



omilidir. Hujumlar orasidagi davrda bemorlar tez charchash, xotiraning zaiflashishi, ish qobiliyatining pasayishi, kayfiyatning o'zgarishi, asabiylashish, apatiya haqida shikoyat qiladilar. Rentgenologik tekshiruvda 5-15 daqiqadan so'ng keng uzluksiz oqim orqali anastomoz orqali bariy aralashmasining evakuatsiyasining kuchayishi, efferent halqaning kengayishi va ingichka ichakning distal qismlarida kontrastli moddalarning tez siljishi kuzatiladi. Alomatlar ifodasiga ko'ra demping sindromi og'irlikning uch darajasiga bo'linadi:

I daraja oson. Bemorlarda uglevodlar va sutli ovqatlardan foydalangandan keyin paydo bo'ladigan va 15-20 daqiqadan ko'p bo'lmagan bosh aylanishi, ko'ngil aynishi bilan davriy zaiflik hujumlari mavjud. Hujum paytida yurak urish tezligi daqiqada 10-15 marta tezlashadi, arterial bosim ko'tariladi yoki ba'zan 1,3-2 KPa (10-15 mm Hg) ga tushadi, qon aylanish doirasi 200-300 ml ga kamayadi. Bemorning tana massasining tanqisligi oshmaydi 5 kg. Ishlash qobiliyati yaxshi saqlangan. Dorivor va parhezli davolanish yaxshi samara beradi.

II daraja - o'rta vazn. Bosh aylanishi, yurak mintaqasida og'riq, giperhidroz, diareya bilan zaiflik hujumlari. Bunday belgilar, odatda, 20-40 daqiqa davom etadi, ba'zi oziq-ovqatlarning oddiy qismlarini iste'mol qilgandan keyin paydo bo'ladi. Bunday holatda yurak urish tezligi daqiqada 20-30 ga tezlashadi, arterial bosim 2-2,7 KPa (15-20 mm Hg) ga ko'tariladi (ba'zan pasayadi), qon aylanishining hajmi 300-500 ga kamayadi. Ml. Bemorning tana vaznining tanqisligi 5-10 kg ga etadi. Ishlash qobiliyati pasayadi. Konservativ davo ba'zan ijobiy ta'sir ko'rsatadi, lekin qisqa.

III daraja qiyin. Bemorlarni doimiy, o'tkir xurujlar, kollaptoid holat, hushidan ketish, diareya bezovta qiladi, ular qabul qilingan ovqatning xarakteri va miqdoriga bog'liq emas va taxminan 1 soat davom etadi. Hujum paytida yurak urish tezligi 1 daqiqada 20-30 ga ko'payadi; arterial bosim 2,7-4 KPa (20-30 mm Hg) ga tushadi, aylanma qon hajmi 500 ml dan ko'proq kamayadi. Tana massasining tanqisligi oshadi 10 kg. Bemorlar, qoida tariqasida, nogironlardir. Konservativ davo samarasiz.

#### POSTGASTREKTOMIA (AGASTRIK) ASTENIYA

Etiologiyasi va patogenezi Postgastrektomiya (agastrik) asteniya oshqozon, oshqozon osti bezi, jigar va ingichka ichakning ovqat hazm qilish funksiyasining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Bunday patologiya bilan og'riq bemorlarda oshqozon po'stlog'i ovqat hazm qilish qobiliyatini deyarli yo'qotadi. Bu dumning kichik sig'imi va undan oziq-ovqatning tez evakuatsiyasi, shuningdek, xlorid kislotasi va pepsin ishlab chiqarishning keskin pasayishi bilan bog'liq. Oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak va ingichka ichakning shilliq qavatlarida gastrin va ovqat hazm qilish traktining boshqa gormonlarining trofik rolining pasayishi natijasida atrofiyaning progressiv o'zgarishi kuzatiladi. Oshqozon shirasida erkin xlorid kislotaning yo'qligi me'da shirasining hazm qilish qobiliyatining keskin pasayishiga va uning bakteritsid ta'sirini pasayishiga sabab bo'ladi. Bunday holat virulent floraning ko'tarilish yo'nalishiga, duodenit, gepatit, xoletsistit, disbakterioz, gipovitaminoz rivojlanishiga va jigarning



antitoksik funksiyasining pasayishiga yordam beradi. Bularning barchasi oshqozondan evakuatsiya qilishning keskin buzilishiga olib keladi.

#### Klinik boshqaruv

Gastrektomiyadan keyingi asteniyaning klinik belgilari bir necha oydan bir necha yilgacha davom etishi mumkin bo'lgan yashirin davrdan keyin paydo bo'ladi. Ushbu davrda bemorlar ko'pincha umumiy zaiflik va yomon tuyadi haqida shikoyat qiladilar. Gastrektomiyadan keyingi asteniyaning asosiy belgilari: umumiy zaiflik, shish, o'tkir vazn yo'qotish, diareya, teri va endokrin anomaliyalar. Gastrektomiyadan keyingi asteniya 40-50 yoshdagi erkaklarda tez-tez uchraydi. Ko'p hollarda diareya kasallikning birinchi alomati bo'lib, operatsiyadan keyin 2 oy ichida paydo bo'lishi mumkin. Diareya, odatda, doimiy xarakterga ega va ba'zida mo'l-ko'l bo'ladi. Og'irlikni yo'qotish juda erta paydo bo'ladi, tana vaznining tanqisligi 20-30 kg ga etadi. Bemor tezda kuchini yo'qotadi.

#### Taktika va davolash usulini tanlash

Konservativ davolash – qon, plazma va albumin quyish. Ushbu preparatlar haftada 2-3 marta buyuriladi. Elektrolitlar almashinuvining buzilishini tuzatish bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi (kaliy, kaltsiy va boshqalarga eritmalarni quyish). Albom sintezi jarayonlarini yaxshilash uchun anabolik gormonlar buyuriladi. Operativ davolash o'n ikki barmoqli ichakning ovqat hazm qilish jarayoniga qo'shilishi, oshqozon bo'shlig'ining sig'imini oshirish va uning tarkibini evakuatsiya qilishning sekinlashishini nazarda tutadi. Bemorlar yo'qotadilar 1 litr qusish massalari bilan safro. Ob'ektiv tekshiruvda skleraning subikteriyasi, organizmning suvsizlanishi belgisi (teri turgorining pasayishi, quruq til, oliguriya, konsentrlangan siydik) kuzatiladi. Bo'shatish tartibsiz, kulrang rangga ega bo'lib, tarkibida o'zlashtirilmagan yog'lar va mushak tolalari ko'p. Kasallikning og'ir o'tishi bilan anemiya rivojlanishi mumkin. Afferent halqa sindromining oson, o'rta va og'ir darajalari ajralib turadi. Kasallikning engil darajasi bo'lgan bemorlarda qusish oyiga 1-2 marta bo'ladi va ozgina regürjitatsiya ovqatdan keyin 20 daqiqadan 2 soat o'tgach paydo bo'ladi, sut yoki shirin ovqatdan keyin tez-tez uchraydi. Afferent loop sindromining o'rta darajasida bunday hujumlar haftada 2-3 marta takrorlanadi, bemorlar sezilarli darajada og'riq sindromi bilan bezovtalanadi va qusish bilan 200-300 ml gacha safro yo'qoladi. Og'ir darajadagi og'riqning kunlik hujumlari xarakterlidir, bu safro bilan qusish bilan birga keladi (500 ml gacha va undan ko'p).

Ovqatlanish tez-tez, kichik qismlarda kerak. Ovqatdan keyin ham yotish mumkin emas, chunki oshqozon tarkibi qizilo'ngachga oqishi mumkin. Kechki ovqat uyqudan 3-4 soat oldin bo'lishi kerak. Oziq-ovqatlarni qabul qilish o'rtasida suyuqlikdan foydalanish tavsiya etilmaydi. Bundan tashqari, qorin bo'shlig'idagi bosimni kuchaytiruvchi omillarni (ich qotishi, meteorizm) olib tashlash kerak. Ko'taruvchi bosh va magistral bilan uxlash kerak. Dorivor preparatlardan konvertli preparatni tavsiya qilish foydalidir. Oshqozonning distal rezektsiyasidan so'ng paydo bo'lgan gastroezofagial reflüksni operativ davolash uzoq davom etadigan va konservativ davolash



samarasiz bo'lgan bemorlarga tavsiya etilishi kerak. Ish paytida, asosan, singan Hisa burchagini yangilash amalga oshirildi. Bundan tashqari, ezofagoplastika, Nessen tomonidan fundoplikatsiya va ezofagofrenofundoplikatsiya amalga oshiriladi. Ushbu asoratning profilaktikasi har bir rezeksiyadan oldin va paytida oshqozonning kardial qismining holatini o'rganish va hisa burchagini tekislashpaytida oshqozon tubini diafragma va qizilo'ngachning qorin bo'shlig'iga mahkamlashdan iborat.

Ishqoriy reflyuks-gastrit Etiologiyasi va patogenezi. Ishqoriy reflyuks-gastrit operatsiya qilingan bemorlarning 5-35 foizida oshqozon rezektsiyasi, antrektomiya, gastroenterostomiya, piloroplastika bilan vagotomiya, shuningdek xoletsistektomiya va papillosfinkteroplastikadan keyin uchraydi. Ushbu asoratning sababi o'n ikki barmoqli ichak tarkibining oshqozon shilliq qavatiga ta'siri (o't kislotalari, oshqozon osti bezi fermentlari va izolesitin). Va nihoyat, fosfolipaza A ta'sirida safro lesitinidan hosil bo'lib, oshqozon shilliq qavatining yuzaki epiteliysi hujayralarini membranalaridan lipidlarni olib tashlash orqali yo'q qilishga qodir. Natijada bemor organizmida eroziya va yaralar hosil bo'ladi. Safro kislotalari ham ifodalangan detarjen xususiyatlariga ega. Izolesitin va o't kislotalari sifatida, to'g'ridan-to'g'ri va toksinlar orqali oshqozon dumining shilliq qavatining shikastlanishiga olib keladigan juda muhim bakterial flora. Shuningdek, ishqoriy muhit va operatsiya qilingan oshqozondan evakuatsiyaning buzilishi mikrofloraning o'sishiga ijobiy ta'sir qiladi.

Klinik boshqaruv: Ishqoriy reflyuks-gastritning klinik ko'rinishi uchun epigastral sohada doimiy og'riq, qorin bo'shlig'i va safro bilan qusish xarakterlidir. Ba'zi bemorlarda ko'krak qafasi orqasida ham kuyish va og'riq kuzatiladi. Ko'pgina bemorlarda vazn yo'qotish shunchalik aniq sodir bo'ladiki, hatto uzoq davom etgan kompleks terapiya va qimmatli ozuqa ham tana vaznining etishmasligini ta'minlamaydi. Oddiy belgilar ham mavjud - anemiya, gipo- yoki achlorgidriya. Ishqoriy reflyuks-gastritning ishonchli diagnostikasi klinik amaliyotga endoskopik tekshiruv keng joriy etilgandan so'ng mumkin bo'ldi. Bunday bemorlarda gastroskopiya paytida oshqozon shilliq qavatining giperemiyasi kuzatiladi. Ko'pincha o'n ikki barmoqli ichak tarkibidagi oshqozonda reflyuksiyani kuzatish mumkin. Biopsiya materialini gistologik tekshirishda surunkali yallig'lanish jarayoni, ichak metaplaziyasi, qoplama hujayralari massasining kamayishi va qon ketishlar maydoni aniqlanadi. Bularning barchasi oshqozon shilliq qavatidagi chuqur degenerativ o'zgarishlardan dalolat beradi. Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, yallig'lanish o'zgarishlari, hech bo'lmaganda, anastomoz sohasida, oshqozon rezektsiyasini o'tkazgan ko'pchilik odamlarda kuzatiladi. Shunday qilib, endoskopik tekshiruv diagnostikada hal qiluvchi hisoblanadi. Hatto diffuz yallig'lanish o'zgarishlari ham klinik belgilersiz sodir bo'lishi mumkin va aksincha, klinik belgilar aniq bo'lsa, ba'zida oshqozon shilliq qavatining minimal o'zgarishi kuzatiladi. Taktika va davolash usulini tanlash Reflyuks-gastritni konservativ davolash (tejamkor parhez, antasidlar, o'ralgan preparatlar) odatda samarasiz. Mavjud jarrohlik davolash usullari, asosan, o'n ikki barmoqli ichak tarkibidagi reflyuksiyani oshqozonga olib tashlashga qaratilgan. Roux



usuli bilan ishlash eng mashhur hisoblanadi. Ba'zi jarrohlarning gastroenteroanastomozdan ichaklararo anastomozgacha bo'lgan masofa 45-50 sm bo'lishi kerak deb hisoblashadi.

Xulosa: oshqozon ichak trakt tizimi kasalliklarining sindromlari oqibatida bemorlarda og'ir holatlarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bu esa kasallikning yanada avjlanishiga va yondosh a'zolarining zararlanishiga sabab bo'ladi.

#### FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. The Safety of Mesh Repair for Primary Inguinal Hernias: Results of 3019 Operations from Five Diverse Surgical Sources; Shulman, AG, Amid, PK, Lichtenstein, IL; *The American Surgeon*; 1992; 58:255-7.

2. Tension-Free Hernioplasty; Lichtenstein, IL, Shulman, AG, Amid, PK, Montllor, MM; *Am J Surg*; 1989; 157:188-193.

3. Inguinal Hernia Repair: Biomaterials and Sutures Repair; Gilbert, AI; *Perspectives in General Surgery*; 1991; 2:113-129.

4. The Mesh-Plug Hernioplasty; Robbins, AW, Rutkow, IM, *Surgical Clinics of North America*; 1993; 73:501-12.

5. Abdominal Wall Hernias; Wantz, GE, in *Principles of Surgery*; Schwartz et al.; 6th Edition; 1994; McGraw-Hill, Inc.; New York.

6. The Shouldice Repair for Inguinal Hernia; Glassow, F; in *Hernia*; Nyhus, LM Condon, RE; Second Edition; 1978; J. B. Lippincott Co.; Philadelphia.

7. The Cause, Prevention, and Treatment of Recurrent Groin Hernia; Lichtenstein, IL, Shulman, AG, Amid, PK; *Surgical Clinics of North America*; 1993; 73:529-44.



## “O‘ZBEKISTON – 2030” STRATEGIYASI ASOSIDA “UZBEKISTAN AIRPORTS” AKSIYADORLIK JAMIYATI BOSHQARUVI TIZIMIDAGI YOSHLARNI QO‘LLAB- QUVVATLASH

**Xudoyberdiyev Otabek Xudoyberdiyevich**

*“Uzbekistan Airports” AJ*

*Axborot-tahliliy media markazi Multimedia bo‘limi boshlig‘i,*

**Email:** [otabek.xudoyberdiyev.1991@gmail.com](mailto:otabek.xudoyberdiyev.1991@gmail.com)

**Annotatsiya:** O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Shavkat Mirziyoyevning 2024-yil 21-fevralda “O‘zbekiston – 2030” strategiyasini “Yoshlar va biznesni qo‘llab-quvvatlash yili”da amalga oshirishga oid davlat dasturi to‘g‘risida”gi PF-37-son Farmoniga binoan yoshlarga berilgan imkoniyatlar bilan tanishtiriladi va maqolada ertangi kun kelajagi va umidi bo‘lgan yoshlarni davlat boshqaruvi tizimida qo‘llab-quvvatlash dolzarbligi tahlil qilib chiqilgan.

**Kalit so‘zlar:** yoshlar, “yashil iqtisodiyot”, “Yoshlar balansi”, “Besh tashabbus olimpiadasi”, “Zakovat”, “Yoshlar daftari”, “Yosh tadbirkor”, “Ustoz”, “Qizlar akademiyasi”.

## ПОДДЕРЖКА МОЛОДЕЖИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА “UZBEKISTAN AIRPORTS” НА ОСНОВЕ СТРАТЕГИИ «УЗБЕКИСТАН – 2030»

**Худойбердыев Отабек Худойбердиевич**

*Руководитель отдела мультимедиа Информационно-аналитического*

*медиацентра АО «Uzbekistan Airports» Электронная почта:*

[otabek.xudoyberdiyev.1991@gmail.com](mailto:otabek.xudoyberdiyev.1991@gmail.com)

**Аннотация:** Указ Президента Республики Узбекистан Шавката Мирзиёева от 21.02.2024 г. О государственной программе по реализации стратегии «Узбекистан — 2030» в «год поддержки молодежи и бизнеса» № УП-37 Согласно постановлению познакомиться с возможностями, предоставляемыми молодежи.

**Ключевые слова:** молодежь, «зеленой экономики», «Баланса молодежи», «Олимпиады пяти инициатив», «Законат», «Молодежной тетради», «Молодой предприниматель», «Устоз», «Академия девушек».

## SUPPORT OF YOUTH IN THE MANAGEMENT SYSTEM OF THE JOINT STOCK COMPANY “UZBEKISTAN AIRPORTS” BASED ON THE STRATEGY “UZBEKISTAN – 2030”