

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



УШБУ СОНДА:

**МАҚСАДЛИ
ФОЯЛАР:
ИНСОНЛАР
МАНФААТИ
ЙЎЛИДА**

3

**ЗАРАЗЕН ЛИ
РАК ВООБЩЕ
И РАК
МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ В
ЧАСТНОСТИ?**

6

Халқаро симпозиум



МУҲИМИ: САЛОҲИЯТЛИ АВЛОДЛАРНИ ТАРБИЯЛАШ

Фахр ва гурур билан айтишимиз жоизки, Президентимизнинг ҳар бир соҳа йўналишига катта эътибор ва ғамхўрлиги, айниқса, ёш авлоднинг таълим ва тарбия олишида, шунингдек, инсонлар саломатлигини муҳофаза қилишдек муҳим масалаларга қаратаётган эътиборлари боис, мазкур тизимларда ютуқли натижаларга эришилаётганлиги барчамизни қувонтиради.

Жорий йилнинг 17 февраль кунини пойтахтимиздаги Симпозиумлар саройида Президентимиз Ислоҳ Каримов ташаббуси билан ташкил этилган "Юксак билим ва интеллектуал ривожланган авлоднинг тарбиялаш – мамлакатни барқарор тараққий эттириш ва модернизация қилишнинг энг муҳим шартини" мавзусидаги халқаро конференция бўлиб ўтди.

Мазкур нуфузли анжуманда кўплаб йирик халқаро ташкилотлар ва молия институтлари, жумладан, БМТ, Осиё тараққийёт банки, Жаҳон банки, Ислоҳ тараққийёт банки вакиллари, Буюк Британия, Германия, Италия, Хитой, АҚШ, Жанубий Корея, Япония, Россия каби дунёнинг 48 та дав-

латидан таълим тизими раҳбарлари, олимлар ҳамда мутахассислар иштирок этди.

Анжуманнинг очилиш маросимида Президентимиз Ислоҳ Каримовнинг мамлакатимизда таълим тизимида олиб борилган фаолиятлар ҳамда бу борада эришилаётган ютуқлар ва истиқболли режаларга алоҳида тўхталиб ўтганликлари иштирокчилар томонидан эътироф этилди. Шунингдек, Осиё тараққийёт банки президенти Харухико Курода ҳам мазкур конференциядаги сўзлаган нутқида, аввало, мамлакатимиз иқтисодиёти муваффақиятли ривожланиб бораётганлигини алоҳида таъкидлаб, таълим тизимидаги самарали натижаларни мамнунлик билан гапириб ўтди.

Таъкидлаш муҳимки, конфе-

ренция узлуксиз таълим ва ёш авлоднинг баркамол этиб тарбиялашнинг миллий моделини яратишда Ўзбекистон тажрибасини ўрганишга бағишланди. Эътироф этиш жоизки, юртимизда фаол, интилувчан, иқтидорли ва юксак маънавий фазилатларга эга, замонавий билим ҳамда касбларни чуқур эгаллаган – келажгимиз бўлган ёшларни вояга етказиш учун барча шарт-шароит ҳамда имкониятлар яратилган.

Анжуман доирасида ташриф буюрган меҳмонлар таълим масканларида бўлишиб, у ердаги шарт-шароитларга эътибор қаратиб, иқтидорли ёшларимиз билан суҳбатлашишди.

– Аввало, ана шундай нуфузли даражадаги халқаро анжуманда иштирок этаётганлигимдан хурсандман. Айниқса, юртингиздаги мактаб таълим тизимининг тубдан ўзгарганлиги, ўқитиш сифатининг яхшиланиши, ўқитувчи ва мураббийларнинг меҳнати рағбатлантириляётганлиги, шунингдек, ўқил-қизларнинг республика ва хал-

қаро миқёсдаги фан олимпиадаларида мунтазам иштирок этиб, юқори кўрсаткичларни қўлга киритаётганликлари таҳсинга лойиқдир. Жумладан, «Умид ниҳоллари», «Баркамол авлод», «Универсиада» каби спорт ўйинларининг йўлга қўйилиши ва унинг мазмун-моҳияти ёш авлоднинг интеллектуал салоҳият ва баркамол ўсишида нечоғлиқ муҳим аҳамиятга эга эканлигини таъкидлаб ўтмоқчиман. Кўп мамлакатларда бўлиб, таълим тизимини ўрганган, таҳлил қилган мутахассис сифатида айтмоқчиманки, ёшларни спортга ошно этишнинг бундай усули деярли учрамайди, – дейди «UCSI» университети президенти Петр НГ (Малайзия).

– Ибн Сино, Бухорий, Термизий каби улуғ инсонларни вояга етказган заминга қадам қўйганимдан бениҳоя мамнун бўлдим. 2007 йил Ислоҳ конференцияси ташкилоти (ОИК) таркибидаги муассасалардан бири – Таълим, фан ва маданият бўйича халқаро ислоҳ

ташкilotи – ISESCO тарафидан Тошкентнинг Ислоҳ маданияти пойтахти деб эътироф этилиши ҳам бежиз эмас. Муҳтарам Юртбошингиз ташаббуси билан ўтган ушбу конференциянинг мазмун-моҳияти ҳам бугунги ёш авлоднинг етук бобокалонларга муносиб бўлиб улғайишлари учун замин яратишга қаратилган. 1-республика тиббиёт коллежида бўлиб, у ердаги ўқувчилар билан суҳбатлашганимда, ўзбек ўғил-қизлари илмга чанқоқ, янгиликка интилувчан, ўзларига ишонувчан эканликларининг гувоҳи бўлдим, – дейди Маккадаги «Ум ал-Қуро» университети хирургия кафедраси доктори Муҳаммадамин ХОЛМУРОД МИРЗА.

Юксак савияда ўтган халқаро конференцияда қўриб ўтилган масалалар бўйича иштирокчилар томонидан якуний ҳужжат – резолюция қабул қилинди.

Ибодат СОАТОВА.

Тиббий чақирув

ЮРТИМИЗ ТИНЧЛИГИ - МАРД ЎҒЛОНЛАР ҚЎЛИДА

Ҳар бир йигит учун Ватан ҳимоячиси деган ном шарафлидир. Албатта, Ватан олдидаги йигитлик бурчини ўташ фуқароларнинг нафақат конституциявий, балки инсонийлик бурчи, буюк шараф ҳамда масъулиятдир. Дарҳақиқат, Ватанга бўлган сидқидил – меҳрмуҳаббатдан юксалади ва эъзозланади. Маълумки, ҳар бир давлат мустақиллигини, аввало, ўша мамлакат армияси, Куролли Кучлари, қолаверса, юртимизнинг алп қоматли йигитлари ҳимоя қилади. Шу боис, истиқлолнинг дастлабки кунлариданоқ, мамлакатимиз мудофааси давлат сиёсатининг энг устувор вазифаларидан бири сифатида белгилаб олинди.



Мавзу бошида шуни таъкидламоқчиманки, истиқлол даврида Куролли Кучларимизни ташкил қилиш ҳамда бошқаришнинг мутлақо янги тизими вужудга келди. Улар сафини тўлдириш такомиллаштирилди. Натижада армиямизнинг салоҳияти ва қиёфаси тубдан ўзгарди, ёшлар ўртасида ҳарбий хизматнинг обрў-эътибори, нуфузи ошди, армияда хизмат қилиш том маънода шон-шараф ишига айланди.

Миллий армиямиз тўғрисида қанчалар фахрланиб гапирсақда, озлик қилади. Чунки, Юртбошимиз раҳнамолигида амалга оширилаётган ишлар бугунги кунда ўзининг самарали натижаларини бериб, Ватанимиз сарҳадларида хизмат қилаётган, тинчлигимизни қўриқлаётган ҳарбийларимиз учун яратилган шароит ва имкониятлар бундан мустасно эмас. Шундай экан, ҳарбий хизматга ча-

ёндашув эртанги армиямиз янада мустаҳкамланишида асосий омил бўлиб хизмат қилади. Шу ўринда бу борадаги фаолиятлар Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ҳам изчиллик билан олиб борилмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2012 йил 12 январдаги "Ўзбекистон Республикаси фуқароларининг муддатли ҳарбий хизматга навбатдаги чақируви ҳамда белгиланган хизмат муддатларини ўтаб бўлган ҳарбий хизматчиларни Куролли Кучлар резервида бўшатиш тўғрисида"ги ПҚ-1684-сонли Қарори ижросини таъминлашга қаратилган Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2012 йил 16 январдаги мажлис

бий комиссияларини зарурий тиббий асбоб-ускуналар ва анжомлар билан тўлиқ таъминлаш чоралари кўрилган бўлиб, бугунги кунда Вазирлар Маҳкамасининг 2003 йил 21 февралдаги 95-сонли ва 2009 йил 9 апрелдаги 103-сонли қарорига асосан доимий тиббий комиссиялар дори-дармон, тиббий асбоб-ускуна ва тиббий жиҳозлар (ЭКГ, ФГДС, УТТ) билан тўлиқ таъминланган.

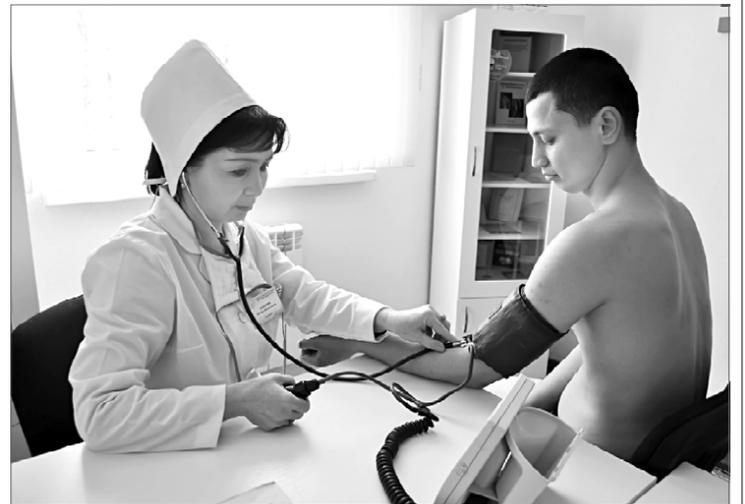
Бундан ташқари, ўсмирлар ва чақирилувчи ёшларга кўрсатилаётган тиббий кўрикни янада яхшилаш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан Қорақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳри ва барча вилоят ўсмирлар диспансерларида ультратовуш, рақамли флюороаппаратлари ва биохимик анализаторлар мавжуд бўлиб, уларда малакали кадрлар фаолият олиб бормоқда.

Айтиб ўтиш жоизки, тиббий чақирув комиссия таркибига юқори малакали шифокорни тайинлаш ва уларни ҳарбий-тиббий экспертиза масалалари бўйича билимларини доимо ошириб бориш, чақирилувчиларга кўрсатилаётган тиббий хизмат яхшиланишига ва Куролли Кучлар сафини соғлом ёшлар билан тўлдириш асосий мақсадлардан бири ҳисобланиб, мазкур фаолият жиддий

нинг катта врачлари ва врач-мутахассислари эгаллаб турган лавозимларига лойиқлигини аниқлаш учун аттестациядан ўтказилади.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2003 йил 21 февралдаги 95-сонли қарори билан тасдиқланган "Тинчлик ва уруш даврида Ўзбекистон Республикаси Куролли Кучларида тиббий текширувдан ўтказиш тўғрисида"

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг "Чақирув ва йигин пунктларини реконструкция ва модернизация қилиш бўйича 2010-2012 йилларга мўлжалланган Дастур ижросини таъминлаш чора-тадбирлари тўғрисида"ги қарори ижросини таъминлаш борасида маҳаллий ҳокимиятлар, Мудофаа ва Соғлиқни сақлаш вазирликлари ҳамда вилоят соғлиқни сақлаш бош-



ти Низом талабларига мувофиқ тиббий чақирув комиссиялари олий ва биринчи тоифали мутахассислар билан таъминланган. Тиббий чақирув комиссия

қармалари томонидан Қорақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳар ва вилоятлар йиғув пунктларида, туман ҳамда шаҳар бўлимларида



қирилаётган ҳар бир йигит қалбида она юрти тинчлигини сақлаш турар экан, аввало унинг саломатлиги муҳим аҳамиятга эга эканлиги ҳеч биримизга сир эмас. Уларнинг ҳарбий хизматга кетишларидан олдин жойлардаги тиббий чақирув комиссияларидан ўтказилиши одилона ҳал қилиниши ҳамда ҳолисона

баёнини таъминлаш мақсадида белгиланган чора-тадбирлар амалга оширилди.

Жойлардаги тиббий чақирув комиссияларининг самарали ишлашини таъминлаш мақсадида, Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент шаҳар ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқарма бош-

ёндашувни талаб этади.

Чақирув бошлангунга қадар Қорақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳри ва барча вилоятларда вилоят чақирув бўлимлари (шаҳар ва туман чақирув бўлимлари) масъул ходимлари, чақирув тиббий комиссиялари таркибига киритилган барча врач-мутахассислар билан биргаликда Мудофаа вазирлиги марказий ҳарбий-тиббий комиссияси аъзолари ҳамкорлигида навбатдаги чақирув мавсумида ёшларни тиббий гувоҳлантириш сифатини янада яхшилаш ва тиббий гувоҳлантиришга тааллуқли меъёрий ҳужжатлар талаблари ижросига бағишланган семинар-йиғилишлар олиб борилади.

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруғи асосида тиббий чақирув комиссия врачларининг иш сифатини ошириш, тиббий чақирув комиссиялари таркибига юқори малакали мутахассислар жалб қилиш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан доимий тиббий чақирув комиссиялари-

таркибига жалб қилинадиган мутахассисларнинг касб малакаларини ошириш масаласи Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги буйруқларига асосан Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида амалга оширилади. Тиббий гувоҳлантириш даврида пайдо бўладиган айрим муаммоларни ижобий ҳал қилиш мақсадида Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармалари қошида муқобил тиббий комиссиялар ташкил этилган.

тиббий чақирув комиссияларида ишлаётган врачлар учун тўлиқ шароитлар яратилмоқда, бу ўз навбатида чақирилувчиларнинг тиббий кўрикдан ўтиш сифатини янада оширишга катта имкон бермоқда.

Чақирув мавсумида чақирув комиссиялари томонидан соғлиги талабга жавоб бермайдиган чақирилувчилар соғломлаштириш учун даволаш-профилактика муассасаларига бириктирилади ва даволаш-соғломлаштириш ишлари олиб борилади.

Юқоридаги фикрлардан хулоса қиладиган бўлсак, жамиятимиз тараққиёти, юртимиз фаровонлиги, сарҳадларимиз тинчлиги баркамол авлодлар қўлида экан, уларнинг соғлигини муҳофаза қилиш, ҳар томонлама етук ва қомил инсонлар қилиб етказиш барчамизга катта масъулият юкляб, ҳарбий хизматга соғ-омон кетишларида Соғлиқни сақлаш вазирлиги ўзининг астойдил ва одилона меҳнати билан фаолиятлар кўламини кенг тарзда ташкиллаштириб, ишлар самарадорлигини янада оширади.

Ибрагим УРИНБАЕВ,
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Ўсмирлар ва чақирилувчи ёшларга тиббий ёрдам ташкил этиш маркази директори.

Парламентдаги мухбиримиз хабар қилади

МАҚСАДЛИ ҒОЯЛАР: ИНСОНЛАР МАНФААТИ ЙЎЛИДА

Жорий йилнинг 21 февраль куни Олий Мажлис Қонунчилик палатасида ахборот хизмати билан ҳамкорликда Ўзбекистон "Адолат" социал демократик партияси фракциясининг "Ўзбекистон "Адолат" СДП мамлакат модернизацияси янги босқичида" мавзусида фракциянинг 2011 йил якунлари ва 2012 йил устувор йўналишларига бағишланган матбуот конференцияси бўлиб ўтди.



Анжумани Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлис Қонунчилик палатаси Спикери ўринбосари, "Адолат" СДП фракцияси раҳбари Исмоил Саифназаров кириш сўзи билан очиб, жамиятимиз тараққиёти йўлида олиб борилаётган янгиланишлар, амалдаги самарали фаолиятларга алоҳида урғу қаратиб, партия фаолиятининг асосий ғояси халқимизнинг фаровон ҳаётини таъминлаш, ижтимоий адолат таъминлашга асосланган бозор иқтисодиётини шакллантириш, ҳуқуқий демократик давлат барпо этишда янада фаол бўлиш, фуқароларни ушбу ғоялар атрофида бирлаштиришда демократик янгиланишларни янада чуқурлаштириш, бошқарувда шаффофлик, очиклик ва ҳисобдорлик таъминлашга қаратилганлигини таъкидлаб ўтди.

Айтиш жоизки, Олий Мажлис Қонунчилик палатасидаги Ўзбекистон "Адолат" СДПнинг фракцияси 2010 йил 21 январь куни ташкил топган эди. Бир сўз билан айтганда, мазкур партия ўзининг янги ва муҳим ғоялари билан шу кунга қадар кўплаб мақсадли вазифаларни амалга ошириб келмоқда.

Шунингдек, анжуманда Президентимизнинг 2010 йил 12

ноябрдаги Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлис Қонунчилик палатаси ва Сенатининг қўшма мажлисидаги "Мамлакатимизда демократик ислохотларни янада чуқурлаштириш ва фуқаролик жамиятини ривожлантириш концепцияси" номли маърузасида давлат ҳокимияти ва бошқарувини демократлаштириш, суд ҳуқуқ тизими ва ахборот соҳасини ислоҳ қилиш, ахборот ва сўз эркинлигини таъминлаш, сайлов қонунчилигини ривожлантириш, фуқаролик жамияти институтларини шакллантириш ва ривожлантириш, демократик бозор ислохотлари ҳамда иқтисодиётни либераллаштиришни янада чуқурлаштиришга қаратилган бир қатор қонунчилик ташаббуслари "Адолат" СДП фракцияси фаолиятининг дастурий мақсадларида кенг намоён бўлаётганлиги таъкидланди.

Ўзбекистон "Адолат" СДПнинг сайловолди дастурига мувофиқ, республика ижтимоий-иқтисодий ҳаётини барқарорлаштиришни

таъминлашга қаратилган қонун лойиҳаларини тайёрлаш устувор вазифа деб белгилаб қўйилган. Шу муносабат билан фракция аъзолари "Қонун лойиҳаларини тайёрлаш ва Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлис Қонунчилик палатасига киритиш тартиби тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Қонунининг 3-моддаси 3-бандидаги ҳуқуққа мувофиқ қонунчилик ташаббуси ҳуқуқидан фойдаланиб, 13 та қонун лойиҳасини киритдилар, ундан учала ўқишда 4 таси қабул қилинди, шу жумладан, 3 таси давлат раҳбари томонидан имзоланиб, матбуотда чоп этилди, ҳозирда 9 та қонун лойиҳаси устида иш олиб бориляпти. Бундан ташқари, фракция аъзолари 23 та қонун лойиҳаларига масъул бўлиб, уларнинг 15 таси Олий Мажлис Қонунчилик палатаси мажлисида кўриб чиқилди.

Қонун ижодкорлиги фаолиятининг асосий йўналишлари, шу-

тарбияладиган таълим тизимига таянган ҳолда "масофадан ўқитиш тизимини шакллантириш"ни, ишлаб чиқаришни техник ва технологик қайта жиҳозлашга алоҳида эътибор қаратилиб, уни таркибий қайта қуриш, модернизация қи-

ллежларда қуёш энергияларидан усуналар ишга туширилганлигини, бу борада мазкур фаолиятларни янада давом эттириш зарурлигини таъкидлаб ўтдилар.

Яна шуни айтиб ўтиш муҳим-



лиш, "миллий инновация тизими"ни шакллантириш мақсадида "Инновация ва инновацион фаолият" ҳақидаги қонунларни ишлаб чиқиш ва уни амалда рўйбга чиқаришга қаратиб қолади.

Шунингдек, анжуман давомида Фан ва технологияларни мувофиқлаштириш қўмитаси раиси ўринбосари Одилхўжа Парпиев, "Ўзбекэнерго" ДАК бошқарма бошлиғи Равшан Ортиқовлар сўзга чиқиб, кундалик ҳаётимизда зарур манбалардан оқилона ва тежамкорлик билан фойдаланиш ҳозирги давр талаби эканлигини, жойларда ва меҳрибонлик уйлари, қишлоқ врачлик пунктлари ҳамда мактаб ва

ки, 2011-2014 йиллар давомида фракция Олий Мажлис Қонунчилик палатаси ялпи мажлисларида муҳокама қилиш учун 22 та қонун лойиҳасини тайёрлаш ва киритишни мўлжалламоқда. Улардан 3 та, хусусан, "Қайта тиклануви энергия манбаларидан фойдаланиш тўғрисида"ги, "Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини химоя қилиш тўғрисида"ги, "Одамларнинг органларини трансплантация қилиш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Қонун лойиҳалари 2011 йил давомида тайёрланган бўлиб, ҳозирги вақтда улар юқори ва мазкур инстанциялар назоратида турибди. Тадбир давомида "Адолат" СДП фракцияси олиб борган фаолиятлар билан танишган иштирокчилар уларнинг амалдаги ишларига ўз фикрларини билдириб, бундай самарали ғоялар халқимиз манфаати ва турмуш фаровонлиги йўлида қилинаётган эзгу ишлардан эканлигини эътироф этиб ўтишди.

Анжуман сўнгида фракция аъзолари журналистларни қизиқтирган саволларга жавоб беришди ва улар билан ўзаро ҳамкорликни янада кучайтириш юзасидан келишиб олинди.

Ибодат СОАТОВА.
2-3-саҳифалардаги суратлар муаллифи
Анвар САМАТХОДЖАЕВ.

Ёшлар нигоҳи

БИЗ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ТАРАФДОРИМИЗ

"Камолот" ЁИХ марказий кенгаши томонидан 1 декабрь "Халқаро ОИТСга қарши курашиш куни" муносабати билан ҳамда 2011 йил 5 октябрдаги "Алкоголь ва тамаки маҳсулотларининг тарқатилиши ҳамда истеъмол қилинишини чеклаш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Қонунининг ижроси бўйича ёшлар ўртасида тарғиботни кучайтириш мақсадида, ўтган ва жорий йилнинг декабрь-январь ойларида "Биз ёшлар – соғлом турмуш тарзи тарафдоримиз, ОИВ/ОИТС инфекциясига йўқ деймиз!" ойлиги эълон қилинган эди.

Мазкур ойлик доирасида ҳаракатнинг марказий кенгаши қошидаги "Соғлом турмуш тарзи тарғиботчилари" гуруҳи томонидан тарғибот ишлари ўтказилиб, тадбирлар Тошкент шаҳридаги академик лицей ва

касб-ҳунар коллежларидаги ўқувчи-ёшлар ўртасида олиб борилди ва айна кунда ҳам давом этиб келмоқда. Ойлик доирасида тарғибот ишлари тенгдош тенгдошга тамойили асосида, очик давра суҳбати тарзида

олиб борилаётганлиги сабабли ўқувчи-ёшлар эътиборига кириб бормоқда ва савол-жавобларга бойлиги, фикр алмашишнинг кенглиги билан амалга оширилмоқда. Хусусан, Республика телевидение ва радио, Мирзо Улугбек транспорт, Тошкент политехника, Тошкент банк, Сергели саноят, Тошкент туризм ва бизнес, Тошкент ихтисослаштирилган хотин-қизлар, Тошкент радиотехника касб-ҳунар коллежларида тадбирлар баҳс-мунозара тарзида олиб борилди.

Ойлик доирасида 2 та гуруҳ фаолият олиб борди. Унда гуруҳ

вакиллари Тошкент фармацевтика ва Тошкент ирригация ва мелиорация институтлари талаба ёшларидан В. Тўхташева, З. Зуппарова, З. Хатамова, С. Муҳаммаджонова, Ю. Арслонова, Л. Қаршиева, Ш. Тўхташев, М. Маҳмудова, С. Ҳайдарова, М. Узоқова, А. Карабекова ва Тошкент шаҳар наркологиya диспансери мутахассислари Ҳ. Юсупхожаева, Ф. Искандаровалар "ОИВ/ОИТС инфекциясига йўқ деймиз!", "Алкоголь маҳсулотларининг инсон организмга таъсири", "Чекиш ва биз!", "Ги-

ёхвандлик бутун жаҳон муаммоси" мавзуларида давра суҳбати, видеоларлар, мавзуга оид сўровнома ва тарқатма материаллар билан иштирок этишди.

Шунингдек, Тошкент радиотехника касб-ҳунар коллежидан соғлом турмуш тарғиботчилари гуруҳи вакиллари иштирокида юқоридаги мавзуларда давра суҳбати олиб борилди. Унда коллежнинг Маънавият, маърифат бўлими бошлиғи З. Нағмаджанова, коллеж хотин-қизлар (Давоми 8-бетда).



Умумий амалиёт шифокорларига амалий ёрдам

ЮРАК ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ

(Давоми. Боши ўтган сонда).

3. Тукиллатиш (перкуссия):

- юрак ўлчамлари;
- ўпка плевра бўшлиғига суюқлик йиғилиши;
- пневмоторакс;
- перикард бўшлиғига суюқлик йиғилиши;
- пневмониялар, ателектаз.

4. Эшитиб кўриш (аускультация):

- ўпкада қон димланиши;
- бронх-ўпка касалликлари;
- юрак нуқсонлари (пороклар).

5. Артериал қон босимини ўлчаш.

Беморлар юзида шиш пайдо бўлиш ҳолатларининг сабаблари: юрак етишмовчилиги, буйрак касалликлари, Квинке (аллергик) шиши, қалқонсимон без фаолиятининг пасайиши (микседема), буйрак усти беши касаллиги (Кушинг касаллиги).

Бемор лаблари, бурун учбурчаги кўкимтир бўлиши (цианоз) юрак порокларида ва оғир юрак етишмовчилигида, шунингдек, юрак касалликларидан ташқари, оғир кечувчи пневмониялар, сурункали астма-тик бронхитларда ҳам цианоз кузатилади. Беморнинг тишлари ва томоқ безларини кўздан кечириш унда сурункали инфекция ўчоқлари бор-йўқлигини аниқлаш имконини беради. Сурункали тонзиллит, синуситлар эса ревматизм, миокардит, эндокардит касалликларига сабаб бўлади.

Қалқонсимон без катталашуви кўп ҳолларда унинг фаолияти кучайиши (тиреотоксикоз) билан кечади. Бунда юрак тез уриши ва қон босимининг ошиши кузатилади. Беморда кўз косаси кенгайиши, иштаҳа пасайиши, озиб кетиш, қўл бармоқларида титраш мавжудлиги тиреотоксикоз касаллигини аниқлашда ёрдам беради. Бўйин веналарининг кенгайиши кўпчилик ҳолларда юрак ўнг қоринчаси етишмовчилигидан далолатдир. Ўнг қоринча етишмовчилиги беморда ҳарсиллаш ва оёқларида шиш пайдо бўлиши билан ҳам намоён бўлади. Беморнинг юрак соҳасини пайпаслаш (пальпация) юрак чўққисини аниқлаш, жигар ва қора талоқ катталашуви, қалқонсимон без ўлчамлари, шишлар хусусияти ва қорин бўшлиғига суюқлик (асцит) мавжудлигини аниқлаш имконини беради. Бундан ташқари, томир уришларини пайпаслаш орқали улардаги сиқилиш (стеноз) даражаси ҳақида маълумот олиш мумкин: оёқ артериал қон томирлари уришининг пасайиши атеросклероз борлигидан, қўл артериясида бир ёки икки томонлама томир уришининг бўлмаслиги Такаясу касаллигидан далолат беради. Беморнинг кўкрак қафасини тукиллатиш (перкуссия) орқали юрак ўлчамлари, плевра бўшлиғига суюқлик йиғилганлиги, пневмоторакс, пневмония, яъни ўпка яллиғланиши белгиларини аниқлаш мумкин. Беморни эшитиб кўриш (аускультация) орқали юрак касалликлари ва уларнинг асоратлари ҳақида тўлиқ маълумот тўплаш мумкин. Жумладан, ўпкани эшитиш беморда юрак чап қоринчаси етишмовчилиги мавжудлиги (пастки қисмида хўл хириллашлар) ва плевра бўшлиғига суюқлик йиғилганлиги (нафас бўғиқлашган ёки умуман эшитилмаслиги) тўғрисида хулоса қилиш имконини беради. Бундан ташқари, аускультация орқали сурункали обструктив бронхит (куруқ хириллашлар) ва ўпка эмфиземаси белгиларини ҳам аниқлаш мумкин. Бу касалликлар кўп ҳолларда кичик қон айланиш доираси, яъни ўпка қон томирлари гипертензияси билан кечиши туфайли юрак фаолиятининг сусайишига олиб келади.

Юрак фаолиятини одатда қуйидаги нуқталарда эшитиш тавсия қилинади: иккинчи қовурғалараро нуқтада, тўш суягининг ўнг томонида, чап томонда иккинчи, учинчи ва тўртинчи қовурғалараро нуқталарда ва юрак чўққиси нуқтасида. Юрак фаолиятини эшитиб кўриш беморни фақат тепага қараб ётган ҳолида амалга ошириш етарли ҳисобланмайди. Чунки аорта клапанлари фаолияти бемор ўтирган ва бироз олдинга энгашган ҳолда эшитилса, митрал тешик (чап бўлмача ва қоринчалараро тешик) стенозида юрак чўққисидаги диастолик шовқин бемор чап томонга ёнбошлаб ётганида (айниқса, жисмоний зўриқишдан сўнг 8-10 марта ўтириб-туришда) эшитилади. Тўш суягининг чап учинчи қовурғалараро нуқтада ва ўнг томонида иккинчи қовурғалараро нуқтада эшитиладиган систолик шовқин аорта тешиги торайишдан дарак беради.

Энг кенг тарқалган юрак нуқсонлари (порок)да эшитиладиган шовқинлар қуйидагилар, яъни юрак нуқсонларида аниқланадиган аускультатив белгилар:

1. Аорта қопқоқ (клапан)лари етишмовчилиги.

Тўш суягининг чап томонида учинчи қовурғалараро нуқтада (айниқса, бемор ўтирган ҳолда) диас-

толик шовқин эшитилади, I ва II юрак товушлари сусаяди.

2. Аорта тешиги торайиши (стеноз).

Тўш суягининг чап томонида учинчи қовурғалараро нуқтада ва ўнг томонида иккинчи қовурғалараро нуқтада систолик шовқин эшитилиб, уйку артерияси бўйлаб тарқалади.

3. Чап қоринча ва бўлмачалараро митрал тешик торайиши.

Юрак чўққисиди диастолик шовқин (айниқса, бемор чап ёнбошида ётганда) аниқ эшитилади ва I юрак товуши кучайган бўлади.

4. Митрал (икки табақали) қопқоқ етишмовчилигида юрак чўққисиди (айниқса, бемор чап ёнбошида ётган ҳолида) систолик шовқин эшитилади ва I юрак товуши сусайган бўлади.

5. Уч табақали қопқоқ нуқсонлари.

Уч табақали қопқоқ етишмовчилигида систолик шовқин ва тешик торайишида диастолик шовқин тўш суягининг чап томонида 4- ва 5-қовурғалараро нуқталарда эшитилади.

Рентгенологик текшириш

Кўкрак қафасини рентгенологик текшириш юракдаги анатомик ўзгаришлар, яъни юрак ва катта қон томирларининг ҳажми, ўпка қон томирларидаги физиологик ҳолат ҳақида маълумот беради. Одатда, рентгенологик текшириш 2 та проекцияда: бемор олд томонидан ва чап ёнбошидан бажарилади. Олдинги проекцияда бажарилган текшириш юрак ҳажмини аниқлашга ёрдам беради. Бунда юракнинг энг катта кўндаланг ўлчамининг ярмидан ошмаслиги зарур. Юрак ўлчамлари ва ҳажмининг катталашуви юрак бўлмачалари ва қоринчаларининг кенгайиши туфайли кузатилади. Чап қоринча гипертрофиясида юракнинг ҳажми катталашмаган бўлсада, аммо олдинги проекциядаги рентгенологик текширувда юракнинг чап чегараси "дўққайган" ва унинг узунасига катталашуви кузатилади. Юракнинг чап қоринчаси дилатацияси (кенгайиши) аорта қопқоғи нуқсонларида кузатилади. Чап бўлмача кенгайиши митрал тешик стенозида кузатилади. Агарда митрал тешик стенози митрал қопқоқ етишмовчилиги билан қўшилиб келса, чап қоринча ҳам бирмунча кенгайган бўлади. Бунинг асосий сабаблари ўпка артерияси стенози (торайиши), ўпка артерияси гипертензиясида ва айрим юрак нуқсонларида кузатилади.

Юрак перикард бўшлиғига суюқлик тўпланганида (гидроперикард, эксудатив перикардит) юрак ҳажми учбурчак шаклида кенгайганлиги кузатилади.

Турли юрак нуқсонлари ва касалликларидаги рентгенологик ўзгаришлар қуйидагилардан иборат:

1. Чап қоринча чегарасининг кенгайиши:

- аорта қопқоғи етишмовчилиги;
- чап қоринча етишмовчилиги;
- аорта қопқоғининг устки ёки пастки қисмидаги торайишлар;

г) аорта қўшма пороклари.

2. Чап бўлмача кенгайиши:

- чап бўлмача ва қоринча (митрал) тешик торайиши;
- митрал тешик торайиши ва митрал қопқоқ етишмовчилиги;
- чап бўлмача миксомаси.

3. Чап қоринча ва чап бўлмача катталашуви:

- қўшилиб кетган митрал ва аорта қопқоғи нуқсонлари;
- кардиомиопатиялар.

4. Ўнг бўлмача кенгайиши:

- уч табақали қопқоқ нуқсонлари;
- ўнг қоринча етишмовчилиги;
- Эбштейн касаллиги.

5. Ўнг қоринча кенгайиши:

- ўпка артерияси стенози;
- ўнг қоринча етишмовчилиги;
- ўпка артерияси қопқоғи етишмовчилиги;
- юрак туғма нуқсонлари (қон юракнинг чап бўлмачаларидан ўнг бўлмачаларига ташланган ҳолларда).

Аммо юрак чегараларининг ўзгаришлари баъзи бошқа аъзо касалликлари (кўкрак оралиғи ўсмалари, кизилўнғач касалликлари ва ҳ.к.) билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

Электрокардиография

Электрокардиограмма (ЭКГ) – юрак электрик активлигининг тана сатҳидан махсус электродлар орқали ёзиб олинган график чизмаси ҳисобланади. Электр фаолликнинг манбаи бўлиб қисқарувчан миокард ва махсус қўзғалувчан, яъни автоматизм хусусиятли синус ва атриовентрикуляр тугунлар хизмат қилади.

ЭКГ тутамлари 5 та электроддан иборат бўлиб, биттадан оёқ ва қўлларга ўрнатилади ва шу 5 электрод юрак сатҳининг 6 та нуқтасига навбатма-навбат қўйилади. ЭКГ 12 та стандарт тутамлардан иборат

бўлиб, булар: I, II, III оёқ-қўллардаги электродлар, 3 та кучайтирилган: aVR, aVL, aVF тутамлари ва 6 та кўкрак тутамларидир.

Нормал ЭКГ тишчалари қуйидагилар: биринчи Р тишчаси бўлиб, у бўлмачалар деполяризацияси туфайли пайдо бўлади. Нормада Р тишчаси aVR тутамидан ташқари барча тутамларда мусбат ҳисобланади. Қоринчалар деполяризацияси QRS комплекси мажмуаси кўринишида бўлади. ЭКГнинг Q тишчаси биринчи манфий тишча ҳисобланади ва R тишчадан олдин келади. Q тишча қоринчалараро тўсиқ деполяризацияси туфайли пайдо бўлиб, нормада кўп ҳолларда намоён бўлмайди. Баъзан Р тишча III, aVL, V1 ва V2 тутамларида манфий ёки мусбат ва манфий бўлиши мумкин. Унинг баландлиги 0,25 мм, давомийлиги 0,1 с бўлади. P-Q оралиғи (P-R) Р тишчасидан бошланиб, Q тишчасигача (Q тишчаси бўлмаса R тишчасигача) масофани ташкил қилиб, бўлмачалар деполяризацияси қўзғатувчан импульсни атриовентрикуляр тугун ва Гисс тутами орқали қоринчаларга етиб келганидан далолат беради. Нормада P-Q интервал 0,12-0,2 с ни ташкил қилади. Баъзи ҳолларда III ва aVF тутамларида чуқур Q тишча кузатилиши мумкин. Бундай ҳол юрак ўқи кўндаланг жойлашганлиги туфайли кузатилади ва бемор чуқур нафас олганда унинг чуқурлиги кескин камаяди. Нормада Q тишча чуқурлиги R тишча баландлигининг 25 фоизидан ортмаслиги ва давомийлиги 0,03 с дан ошмаслиги керак. R тишча юрак чўққиси олдинги, орқа ва ёнбош деворларининг деполяризацияси туфайли пайдо бўлади. R тишча баландлиги нормада 5-25 мм.гача бўлиши мумкин.

S тишчаси одатда QRS комплексининг манфий тишчаси ҳисобланади. Бу тишча юрак асосининг қўзғалганлиги туфайли пайдо бўлади ва у нормада 25 мм.дан ошмаслиги керак. QRS комплекси қоринчалар деполяризацияси туфайли пайдо бўлади. унинг давомийлиги нормада 0,1 с дан ошмаслиги керак.

ST оралиғи (сегмент) QRS комплекси тугагандан кейин T тишчанинг бошланиш жойигача бўлган масофани эгаллайди. Бу оралиқ нормада изоэлектрик чизикда жойлашади. T тишча қоринчалар реполяризацияси туфайли пайдо бўлади ва нормада aVR тутамидан ташқари барча тутамларда мусбат бўлади. Унинг баландлиги R тишчаси баландлигининг 1/3-2/3 қисмини ташкил қилади. Q-T оралиғи (интервал) давомийлиги юрак қисқаруви тезлиги ва бошқа омиллар билан боғлиқ бўлади. Унинг максимал давомийлиги 0,42-0,50 сек.гача бўлиши мумкин.

T-P оралиғи T тишчаси тугаган нуқтадан R тишча бошланишигача масофани ташкил қилади. Бу оралиқ юрак диастоласига, яъни миокарднинг тинч ҳолатига тўғри келади. Нормада 12 стандарт тутамларда ёзилган ЭКГ 1-шаклда келтирилган. Нормал ҳолат PQ оралиғи 0,12-0,20 с ни ташкил қилиб, унинг 0,12 с дан кам бўлиши юрак бўлмачалари ва қоринчалари орасида қўшимча ўтказувчан йўл борлигидан дарак беради (Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми). Агарда PQ оралиғи 0,20 с дан ортиқ бўлса, у ҳолда АВ блокадаси мавжудлиги аён бўлади.

ЭКГ таҳлили

Юрак уриши тезлигини аниқлаш

Юрак уриши тезлигини аниқлашда махсус линейка (чизгич)лар ва жадвалдан фойдаланишдан ташқари, ЭКГ туширилган тасмада 3 сек. давомида RR оралиқлари сони аниқланиб (ЭКГ 50 мм/сек. тезликда ёзилганда кичкина катак 0,04 сек.га тенг), 20 га кўпайтириш йўли билан аниқланади.

Қоринчалар гипертрофияси

Ўнг қоринча гипертрофияси белгилари қуйидагича намоён бўлади: V1 тутамида R тишчаси катталашуви (0,5 мВ) ва V5-V6 тутамларида S тишчаси чуқурлашуви ($\geq 0,7$ мВ) кузатилади. Гипертрофия даражаси камроқ бўлганда V1 тутамида S тишчаси сақланган бўлса-да, R тишчаси унга нисбатан баланд бўлади. Баъзи ҳолларда R тишчасининг баландлиги V1 тутамида ўзгармаган бўлса-да, V5-V6 тутамларида S чуқурлашуви кузатилади. Чап қоринча гипертрофиясида стандарт тутамларда R тишчаси катталашуви (≥ 2 мВ), V1-V2 тутамларида S тишчаси чуқурлашуви ($\geq 2,5$ мВ) ва V5 ёки V6 тутамларида патологик R тишчаси ($>2,5$ мВ) кузатилади. Кўп ҳолларда чап қоринчанинг гипертрофияси V5-V6 тутамларида ST сегменти пасайиши ва T тишчаси яссиланиши билан кечади ва бу чап қоринчанинг зўриқиши белгиси ҳисобланади.

Равшан ҚУРБОНОВ,
Республика ихтисослаштирилган
кардиология маркази
директори, профессор.

(Давоми бор).

Медицинские учреждения страны

БУДНИ И ПРАЗДНИКИ ЭНДОКРИНОЛОГОВ

За год в Республиканский специализированный медицинский научно-практический медицинский центр эндокринологии обращаются около шестидесяти пяти тысяч человек, госпитализацию проходят шесть тысяч больных, нуждающихся в серьезном лечении, в том числе и в операциях на щитовидной железе, гипофизе, надпочечниках, околощитовидных и половых железах. За этими цифрами – огромный труд коллектива, для которого совершенствование методов помощи – дело чести, профессиональной гордости.

Три раза в неделю профессор, доктор медицинских наук Саид Ибрагимович Исмаилов встает к операционному столу, выполняет по пять-шесть операций. Естественно, очень сложных, ибо его статус – врача высокой квалификации и к тому же директора данного медицинского учреждения предполагает высочайший уровень отдачи знаний, опыта, практических навыков, соответствия современным требованиям.

Вчерашний день тоже был таким. И хотя прошли сутки, Исмаилов сегодня занимается уже другими делами, впечатления все же остались с ним. В том числе ещё и как крупица нового опыта.

У одного пациента был многоузловой зоб, у другого – смешанный, случаи очень тяжёлые. Но (смеется) все-таки «вытащил», оба больных идут на поправку.

Конечно, любое вмешательство в организм, а тем более оперативное, – риск. Подобные случаи требуют большой сосредоточенности, как бы отключения от других проблем, которые всегда присутствуют в деятельности руководителя. В другое же время от них никуда не деться. Большие и маленькие – они ждут своего решения и должны его получать. Но и новые задачи появляются – ведь процесс совершенствования не остановим...

В разные годы это лечебное учреждение называлось по-разному, согласно недавнему распоряжению оно стало Республиканским центром. Естественно, что смена вывески – это не формальный акт. Предполагаются внутренние изменения, какие? – спрашивает я у Саида Ибрагимовича.

– Я бы определил это как повышение статуса, который включает в себя огромную ответственность. То есть нам даются дополнительные права и возможности, но и спрос возрастает за то, как мы этим воспользуемся.

Вот хотя бы такой пример. Под нашим контролем теперь находится сорок сельских врачебных пунктов, где ведут приём эндокринологи.

Согласно графика наши врачи выезжают для оказания помощи своим коллегам. Что сюда входит? Проверки состояния помещения – соответствует ли оно нормам оборудования, наличия реактивов, того, как ведется документация. При этом доктора сотрудничают с местной администрацией, требуя внимания к решению наболевших вопросов. Так, например, в сельском врачебном пункте «Тепакургон» Папского района Наманганской области мы

настояли, чтобы был сделан ремонт, подведена вода. Но самое главное, конечно, то, что наши врачи ведут совместный прием больных, обучая их новым приемам диагностики. Для них это очень полезная практика. Добавлю к вышесказанному, что в прошлом году мы в каждой области провели двухдневные семинары, читали лекции на самые актуальные темы, потом проводили практические занятия. А начинали мы с тестирования. Прибывшие коллеги заполняли специальные анкеты, по ответам на её вопросы мы могли судить об их уровне знаний. После теоретических и практических занятий они отвечали на вопросы анкеты, и мы могли оценить качество усвоенного ими материала, который поможет им правильно ставить диагноз и точно вести процесс лечения больного. Конечно, такая работа будет продолжена и в этом году, да ещё с большей интенсивностью.

– К вам в Центр направля-

ются пациенты со всей республики. Среди них немало тех, кому нужна очень серьезная помощь, связанная не только с восстановлением здоровья, но и спасением жизни. Медицинская наука не стоит на месте, ученые-практики предлагают новые технологии, совершенствуют оборудование. В эндокринологии, естественно, тоже есть серьезные подвижки. Да такие, что граничат буквально с чудом, поднимая на ноги тех, кто ранее был обречен. Как решается задача соответствия вашего Центра современным требованиям?



– На этот вопрос – как это не покажется несколько странным – я хочу ответить так: для начала мы занимались и занимаемся ремонтом. Кто был год-два назад в наших корпусах и пройдет сейчас, заметит немало изменений. Все, что делается в этом плане, мы хотим довести до европейских стандартов. Палаты – для одного-двух пациентов со всеми удоб-

ствами. Для врачей – прекрасные кабинеты с необходимым оборудованием для эффективного ведения приемов. Огромное внимание уделили оснащению операционного блока. Кстати, где-то через месяц новый блок войдет в эксплуатацию. Сейчас мы получаем для него оборудование – также новейшее.

Вот вы упомянули слово «чудо» по отношению к медицинскому лечению. А ведь по-другому и назвать нельзя применение нового нейроэндоскопа, который позволяет, не вскрывая черепной коробки, оперировать опухоль на гипофизе – органе, который руко-



дочный стал передвигаться самостоятельно.

Вот потому мы стремимся всеми силами заполучить новое оборудование, освоить его. Для этого есть немало направлений. Мы горды тем, что получили гранд Международного фонда диабета, который выделил для Ассоциации эндокринологов Узбекистана установку УЗИ с доплером, аппарат для снятия электрокардиограммы. Все самое новейшее.

Еще у нас вскоре откроется отделение диабетической нефропатии и гемодиализа. Медикам не надо объяснять, как важно продлить жизнь больному, провести «очистку» его крови от шлаков. Но дело в том, что для больных диабетом эта процедура имеет свои особенности. Опять-таки наша специфика позволяет наиболее грамотно, с большим эффектом ее проводить. Кстати, к нам направляются пациенты из других лечебных учреждений, когда возникают определенные сложности. Тщательное изучение состояния больного, я бы сказал, скрупулезный подход к проведению этой лечебной акции, дает отличные результаты. И мы этим тоже гордимся.

Вся эта работа продолжается. Очень хотелось бы построить здание новой поликлиники, также получить для неё новое оборудование. Думаю, это дело недалекого будущего. Именно для этого работает наша команда. Собираясь, мы обсуждаем, что нужно сделать в первую очередь, как и принимаем коллегиальные решения. А когда каждый чувствует свою ответственность за выполнение своих предложений, одобренных другими специалистами, дело не стоит на месте.

воздействовать на больной орган. С помощью этой установки – кстати, единственной в Центральной Азии – мы проверяем состояние надпочечников, сердца, костей, диабетических отклонений (поскольку, это наша специфика). Цифры, которые я хочу привести, тут более чем уместны. Проверены почти тысяча триста пациентов за 2011 год, у шестидесяти двух обнаружен рак щитовидной железы, у девяноста шести – диффузный токсический зоб. Радиоизотопы позволили провести точнейший диагноз и, соответственно, своевременная помощь была оказана. Сделать это можно только у нас.

Был такой случай: поступил к нам больной, у которого были очень хрупкие кости. Уже год он не вставал с постели. С помощью компьютерного томографа мы нашли причину беды – крошечная опухоль паращитовидной железы, которая «вымывала» кальций из костей. Правильное диагностирование (ранее никто не мог установить причину этой болезни) помогло успешно провести операцию. Уже через месяц наш по-

водит деятельностью всех желез внутренней секреции. Мы очень благодарны нейрохирургам из Великобритании Майклу Паулу и Эшли Гроссману, которые на протяжении семи последних лет два раза в год приезжают к нам и оперируют вместе с нашими докторами. Уже сделано восемьдесят операций и все они прошли успешно, больным возвращено качество жизни. Эту новую технологию успешно освоили Равшан Файзуллаев и Алишер Акбутаев. А это совершенно новое направление в нейрохирургии, и эти медики стали у нас первопроходцами.

Можно ли иначе назвать результативность проведенной модернизации отделения нуклеарной медицины, где установлен «Гамма-спект + СТ» спект-томограф. Это еще одно новое направление – нуклеарная медицина, то есть с радиоизотопами. Как все понимают, диагностика – самое главное, правильно установленное заболевание позволяет эффективно

– Саид Ибрагимович, есть ещё одна важнейшая ипостась деятельности этого Центра – научная. Естественно, результат – это повышение качества оказания медицинских услуг. Другая сторона медали – становится больше врачей, получающих особое признание. У вас исследуются темы, которые становятся в дальнейшем основой для кандидатских и докторских диссертаций. Но, наверное, это разговор – особый, и хотелось бы встретиться и побеседовать с теми, кто, я бы сказала, по-здоровому азартен в своей профессиональной работе, конкретизировать итоги и перспективы.

– Тут, действительно, можно тоже о многом рассказать. Думаю, что это интересно не только нашим коллегам, но и всем, кто обратится к нам за помощью. Такая публикация придаст уверенность им в выздоровлении. А это ещё одна помощь нам, медикам, – позитивный настрой пациента на полное доверие врачам.

Н. ВЕТКАСОВА.

Фото Анвара САМАТХОДЖАЕВА.

Актуальная тема

ЗАРАЗЕН ЛИ РАК ВООБЩЕ И РАК
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЧАСТНОСТИ?

В 1905 г американец Раус приготовил вытяжку, в которой не было клеток, из опухоли курицы и ввел её другой курице той же породы. У этой курицы возникла такая же опухоль, которую стали называть «куриная» саркома Рауса. Это дало основу для блестящих серий исследований, которые создали фундамент вирусной теории опухоли.

Сторонники вирусной теории считают, что саркома Рауса – это классическая вирусная опухоль. Возникает опухоль потому, что с фильтратом переносится «живое вещество» – опухолевый вирус, который вызывает саркому.

Кроме того, в лаборатории Академии медицинских наук в Сухуми, занимавшейся вопросами онкологии под руководством выдающегося онколога Н. Н. Петрова, был отмечен любопытный факт. Была приготовлена бесклеточная вытяжка из папилломы Шоупа.

Наконец, третий вид опухоли – это рак молочной железы у мышей. Было замечено, что если отобрать из многих мышей таких, у которых имеются опухоли молочной железы, отсаживать их и воспитывать отдельно, а потом добиться внутрисемейного размножения таких мышей, то можно вывести породу мышей, у 98% самок которых будет развиваться рак молочной

железы. На этом основании было сделано предположение, что рак молочной железы передается по наследству, что это – не что иное, как наследственно закрепленный фактор. Однако в 1936г. американец Битнер развенчал эту теорию и доказал, что дело здесь в другом. Он брал породу мышей, у которых опухоль молочной железы встречалась очень редко. Когда у какой-нибудь из этих мышей рождались детёныши, то их сразу же отсаживали от самки и подсаживали к самке из другой породы мышей, в которой рак молочной железы встречается часто. Этим малышам достаточно было один раз сосать молоко, чтобы у них впоследствии развился рак молочной железы. Стали давать молоко в разведении в два, в сто и в тысячу раз. И даже самый слабый раствор этого молока неизменно приводил к развитию рака молочной железы. Таким образом, возникло новое интересное учение о так

называемом факторе молока.

Наблюдения помогли выявить другой любопытный факт. Оказалось, что рак молочной железы у этих детёнышей развивается в 100% случаев тогда, когда они пили молоко в раннем возрасте. Если позже 20-го дня жизни, то этот показатель снижался до 10%. Выяснилось также, что рак молочной железы возникает не сразу, а после достижения ими возраста половой зрелости, т.е. реализация этого фактора была связана с выработкой половых гормонов, с гормональным статусом организма. Если это молоко давать самцам, то рак молочной железы у них не развивается, а если кастрировать этих самцов, то у них также возникает рак молочной железы. Таким образом подтвердилось, что возникновение этого вида рака связано с половыми гормонами.

До сих пор не ясно, какова природа фактора молока. Не существует единого мнения в этом вопросе. С одной стороны, у этих животных развивается рак только молочной железы, значит, этот фактор действует только на эпителий молочной железы. Чувствителен к этому фактору не всякий эпителий, а подготовленный гормонами. Представители вирус-

ной теории говорят, что фактор этот является вирусом, который проникает в организм, остается в ткани молочной железы, и его действие выявляется тогда, когда оно подготовлено половыми органами. С другой стороны, фактор молока – не живое существо, а только ферментоподобный агент, который обладает способностью возбуждать опухолевый рост в клетках молочной железы, подобно тому, как это делает фактор саркомы Рауса.

Значительно позже были обнаружены вирусы рака молочной железы у крыс, собак и обезьян. Повышение интереса к этой группе вирусов связано с открытием сходных вирусных структур как в злокачественных опухолях молочной железы, так и в молоке. «Отпечатки пальцев» некоторых вирусов при раке молочной железы у человека также определяются биохимическими, молекулярно-биологическими и иммунологическими методами.

И все же многие исследователи доказали, что рак молочной железы у человека не заразен. Так, например, доктор Алиберт – знаменитый парижский хирург времен Наполеона – 17 октября 1808 г. выполнил

необычную операцию в больнице Сан-Луи в Париже. Экстракт и мелкие частицы из опухоли молочной железы он ввел себе и троим студентам под кожу. Появилось острое воспаление, которое длилось несколько дней. Другой реакции не было. Через несколько дней эксперимент был повторен, но результаты оказались аналогичными. Исследовательница из США доктор Флит выполнила эксперимент, потребовавший мужества: в кожу своей молочной железы она втерла отделяемое из язвенной поверхности раковой опухоли. На месте манипуляции возникла довольно сильная воспалительная реакция, которая окончилась благополучно. Раком эта женщина не заболела.

Исходя из вышесказанного, мы не имеем ни одного доказательства вирусной природы злокачественной опухоли человека и считаем, что для возникновения рака нужны дополнительные условия. Есть предположение, что такие заболевания, как лейкозы и в некоторых случаях рак молочной железы человека, вызываются вирусами. Но доказательств этого нет.

У здоровой женщины могут возникать незначительные болевые ощущения (масталгия) в молочных железах в середине менструального цикла и за несколько дней (1-3 суток) до начала менструации.

Эти изменения, обусловленные циклическими гормональными реакциями в организме женщины, являются нормальными, физиологическими и не должны вызывать у неё беспокойства и волнения.

Начало масталгии связывают с появлением нагрубания и болезненности в молочных железах, особенно за 7 дней до начала менструации. Пациентки жалуются на боль в области молочных желез разной интенсивности и характера (тупую, ноющую, колющую), а

БОЛЬ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

также нагрубания. Иногда могут наблюдаться выделения из сосков – серозные, молочного цвета, зеленоватые. В таком случае масталгия сопровождается галактофоритом, галактореей.

С нашей точки зрения, необходимо различать масталгию, возникающую в пубертантном возрасте, у женщин в периклимактерическом периоде и у женщин репродуктивного возраста как ранний симптом диффузной мастопатии.

При осмотре и пальпации определяется нагрубание железистой ткани молочной железы за счет отека, вызванного изменением проницаемости стенок сосудов и нарушением гемодинамики и водно-электро-

литного баланса, могут определяться гиперплазированные лимфоузлы.

Лечение масталгии начинают с оценки факторов риска и факторов, которые провоцируют начало заболевания, и, по возможности, их ликвидации. Для этого необходимо, кроме данных клинического обследования, пальпации молочных желез и подтверждения диагноза с помощью специальных методов исследования (УЗИ, маммографии), определить гормональный фон женщины и с учетом установленных нарушений отрегулировать менструальный цикл. Следует обращать внимание на анамнез. Нередко боли в молочных железах (по статистике это

у 36-95% женщин) связаны с воспалительными заболеваниями матки и придатков, дисфункциональными маточными кровотечениями, эндометриозом, гиперплазией желез эндометрия, дисплазией шейки матки, миомой, поликистозом яичников, нарушением менструального цикла, бесплодием.

Терапия масталгии эффективна только тогда, когда она имеет комплексный характер. Наряду с ликвидацией основной причины гормональных нарушений (заболевания женских половых органов, печени, ановуляторные циклы, вызванные психическими стрессами, переутомлением и другими неблагоприятными факторами), больным рекомендуют

с избегать простудных заболеваний, нередко связанных с переохлаждением, а также избыточной инсоляции (тепло усиливает эстрогеновую функцию яичников), периодически принимать в зимний и весенний периоды поливитамины.

Не следует также забывать о важности седативной терапии, лечении желчегонно-мочегонными травами, дегидратационными средствами, препаратами антипролактинового действия (мастодинон, дотинекс, парлодел), при стойком процессе используют антипрогестандиновую терапию.

Лола АЛИМХОДЖАЕВА,
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, д.м.н., научный руководитель отделения маммологии.

Ибрат

БЕМОРЛАРГА НАЖОТ БАХШ ЭТИБ

Бахтиёр Нуриллаев ўз касбининг моҳир фидойиси. Ҳар сафар Самарқанд вилоятининг Нарпай туман тиббиёт бирлашмасига қарашли катталар поликлиникасига борганимда тажрибали невропатолог билан учрашиб, суҳбатлашгим келарди.

Ниятим холис экан, Бахтиёр Нуриллаев билан яқиндан танишгач, шифокорлик касбини нега танлаганлиги ҳақида сўраганимда, у: «Ёшлигимда нимжон бўлганлигим сабабли, 7-8 ёшларда эдим, отам мени бир шифокорга олиб бордилар. Оппоқ халати ўзига ярашиб турган шифокор мени текшириб кўргач, яхши овқатлансам ва спорт билан мунтазам шуғуллансам тезда соғайиб кетишимни айтгач, хурсанд бўлиб кетганман», деб жавоб берди.

– Катта бўлганимда ким

бўлмоқчисан? – деб сўраганимда ҳеч иккиланмай: «Сизга ўхшаган шифокор бўламан», деганман.

– Ўғлим, сен албатта шифокор бўласан, – деганди у бошимни силаб.

– Шу кундан бошлаб мурғак қалбимда тиббиётга бўлган қизиқишим, меҳрим янада ортганди. Кейинчалик билсам кўзларимга нажоткор бўлиб кўринган шифокор – Холмурод Сувонов экан, – деди у кулиб.

Ўрта мактабни тугатгач, 1983-89 йиллари Самарқанд тиббиёт олийгоҳида таълим олган Бахтиёр

Нуриллаев 1989-90 йилларда Россиянинг Волгоград шаҳрида асаб касалликлари мутахассислиги бўйича билим ва малакасини оширгач, 1990 йилдан шу кунга қадар Нарпай туман тиббиёт бирлашмасига қарашли катталар поликлиникасининг асаб касалликлари бўлимида ишлаб келмоқда. Бахтиёржон билан дилдан суҳбатлашаётган эдик, қарасам қабулга келган беморлар сони кўпайиб кетибди. Ҳижолат бўлиб турганимда улардан бири:

– Яшайдан умидимни узган эдим. Дунё кўзларимга қоронғу бўлиб кўринарди. Шундай кунларнинг бирида ўғлим тажрибали шифокор Бахтиёржонни уйимизга олиб келди. Унинг тўғри ташхиси ва муолажалари мени ҳаётга қай-

тарди, – деди хурсанд бўлиб.

Шунда Бахтиёржондан нега кўпчилик асаб касаллигидан шикоят қилади, деб сўраганимда, у: «80-90 фоиз касалликлар асосан асаб билан боғлиқ. Инсон танасини даволаш осон, бироқ руҳини даволаш жуда қийин», деди.

Бахтиёр Нуриллаев билан хайрлашар эканман, қабулга нажот излаб келаётган беморларга меҳр улашаётган, уларнинг юрагига қувонч олиб кираётган бу шифокор ниҳоятда чуқур билимга эга бўлган инсон эканлигини юрак-юрақдан ҳис этиб, у оддий шифокор эмас, гўёки, ноёб қобилият эгаси эканлигига амин бўлдим.

Сафия НАЗАРОВА.
Самарқанд вилояти.

Ҳурматли муштарийлар!

Сизга маълумки, расмий веб-сайтимиз (www.uzssgz.uz) фаолият бошлагандан буён доимий равишда газетадаги мақолаларни интернет саҳифаларида эълон қилиб келмоқдамиз. Сиз Ўзбекистон Республикаси Президенти Фармон ва Қарорлари, шунингдек, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг барча буйруқ ва меъёрий ҳужжатлар матини «Расмий ҳужжатлар» бўлимидан топширмоқчилик эгасиз. Ундан ташқари, сизда таҳририят билан яқин ҳамкорлик қилиш истаги бўлса, info@uzssgz.uz, uzss@yandex.ru манзилига хатлар йўллашингиз мумкин.

Конспект врача

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

(Продолжение.
Начало в предыдущих номерах).

* Начало сезона обострения аллергического ринита может смещаться на 1,5-2 нед. в связи с климатическими особенностями весенне-летнего периода * Споры грибов появляются ранней весной, достигая пика распространённости в апреле и мае, исчезают после первых заморозков. Клинически наиболее значимы *Alternaria*; *Cladosporium*, *Aspergillus*. Максимальную концентрацию спор наблюдают при сильном ветре после нескольких дней сырой и дождливой погоды.

● Аллергены с круглогодичным характером распространения: * Домашняя пыль. Основной антигенный компонент – продукты жизнедеятельности клеща *DERMATOPHAGOIDES pteronyssinus* и *D. farinae*. Аллергены животных – шерсть, эпидермис, компоненты высушенной слюны. * Споры грибов, обитающих в домах: *Aspergillus*, *Penicillium*, *Rhizopus*, *Mucor*.

● Профессиональные аллергены – мука, древесная пыль, ферменты в составе стиральных порошков.

Патогенез

● Взаимодействие IgE и аллергена включает каскад процессов в тКл, приводящих к следующим эффектам: * Выход содержащихся в гранулах медиаторов (гистамин, протеазы) * Образование новых (ЛТ, Пг и ФАТ) провоспалительных медиаторов * Немедленная (15-30 мин после контакта с аллергеном) симптоматическая реакция переходит в персистирующую (4-8 ч и более) отсроченную реакцию, связанную с инфильтрацией тканей активированными эозинофилами, нейтрофилами и мононуклеарными клетками, а также повреждающими эффектами их продуктов.

● Медиаторы немедленной и отсроченной реакций оказывают воздействие на окружающие ткани, вызывая клиническую симптоматику: заложенность носа, зуд, чиханье и т.д.

Клиническая картина:

● Приступы чиханья (15-20 раз подряд), возникающие чаще ранним утром, а также при контакте с виновным аллергеном.

● Зуд носа, нёба и глотки обычен и может приводить к аллергическому салюту (повторяющееся почёсывание кончика носа в восходящем направлении), часто вызывающему появление поперечной складки на спинке носа.

● Водянистое носовое отделяемое сочетается с заложенностью носа и затруднением носового дыхания, поэтому дыхание чаще ротовое.

● Избыточное слезотечение, зуд и болезненные ощущения в глазах часто сопутствуют аллергическому риниту.

● Потеря обоняния и вкусовых ощущений может быть следствием тяжёлых хронических застойных процессов в слизистой оболочке носа.

● Иногда развиваются средние отиты и синуситы, обусловленные нарушением дренажа слуховой трубы и околоносовых пазух.

Диагностика

● Анамнез. * При сезонном аллергическом рините – ежегодные обострения в одно и то же время года, улучшение в дождливую погоду при поллинозе (пыльца прибивается к земле) и ухудшение в солнечные ветреные дни. * Обострение симптомов при контакте с аллергенами (например, во время уборки в квартире при аллергии на домашнюю пыль, после посещения подвалов при аллергии на грибы и т.д.). * Эффективность элиминации (исчезновение симптомов при прекращении контакта с аллергеном).

● Проведение кожных проб с соответствующими аллергенами – наилуч-

ший метод идентификации Ag, вызывающих IgE-зависимый ринит.

● Повышенный уровень IgE подтверждает диагноз, но концентрация общего IgE увеличена только у 30-40% больных аллергическим ринитом.

Примечание

● Следует иметь в виду другие вероятные причины повышения уровня IgE – острый период вирусных инфекций, паразитарные заболевания и др.

● Радиоаллерго-сорбентный тест.

● Эозинофилия периферической крови – непостоянный симптом у больных аллергическим ринитом.

● В окрашенном мазке носового отделяемого в период обострения часто определяют увеличенное количество эозинофилов, однако этот феномен также регистрируют у больных эозинофильным неаллергическим ринитом или гиперпластическим синуситом, а также у здоровых детей в возрасте до 6 мес.

● Поверхностная биопсия слизистой оболочки носовой полости (амбулаторная процедура, легко выполняемая с помощью одноразовой пластиковой кюретки) – базофильная инфильтрация слизистой оболочки и тКл в собственной её пластинке.

● Фиброриноскопия показана при односторонней заложенности носа, особенно при неэффективности консервативной терапии. * В носовой полости обнаруживают водянистый секрет; слизистая оболочка отёчна, бледна или цианотична. * Возможно обнаружение полипов, однако они не типичны для аллергического ринита. Полипоз обычно сочетается с кистозным фиброзом у детей и непереносимостью аспирина в сочетании с бронхиальной астмой у взрослых. * Если заложенность вынуждает больного периодически почёсывать нос, то в переднем носовом своде можно обнаружить признаки недавнего кровотечения.

● Назальные провокационные пробы с аллергенами могут быть информативны у больных с отрицательными результатами кожного тестирования и РАСТ.

Дифференциальная диагностика

● Заложенность носа у умеренной ринореей иногда наблюдают у беременных и больных гипотиреозом.

● Медикаментозный ринит при приёме гормональных контрацептивов, празозина, пропранолола, клонидина, резерпина, сосудорасширяющих препаратов местного действия.

● Вазомоторный нейровегетативный ринит.

● Эозинофильный неаллергический ринит.

● Инфекционный ринит часто развивается у больных с предшествующим аллергическим ринитом и сопровождается гиперемией слизистой оболочки носа, густым носовым отделяемым, болью в горле, шейной лимфаденопатией и умеренной лихорадкой.

● Хронический инфекционный ринит может сочетаться с бронхоэктатической болезнью и обратным расположением внутренних органов (триада Картагенера).

● Симптомкомплекс, известный как аспириновая триада, включает полипоз носа, непереносимость аспирина и других НПВС и аспириновую бронхиальную астму.

● Частичное искривление носовой перегородки, способное вызвать назальную обструкцию.

● Обструкция инородным телом – односторонние носовые выделения и неприятный запах.

● Атрофический ринит (см. Ринит хронический атрофический).

ЛЕЧЕНИЕ**Диета**

Пациентам с аллергией на пыльцу растений показана диета с исключением перекрестно реагирующих продуктов растительного происхождения (лесные оре-

хи и фундук при аллергии на лещину, яблоки для 50% пациентов с аллергией на пыльцу березы, халву и семечки подсолнуха при аллергии на подсолнух и т.д.).

Специфическая терапия

● Элиминация. Обязательно устранение или ограничение контакта с причинным аллергеном. * Наиболее эффективна элиминация при аллергии на домашние животные. * При сенсибилизации к аллергенам домашней пыли – поддержание беспылевого режима. * Неспецифические раздражители (известковая пыль, резкие запахи, табачный дым) также могут провоцировать клинические проявления. Кондиционеры уменьшают концентрацию пыльцы и спор грибов внутри помещений, но необходима их правильная техническая эксплуатация для предотвращения грибковой контаминации.

● Иммуноterapia (при отсутствии противопоказаний). При неэффективности элиминации возможных аллергенов и применения ЛС, специфическая иммунотерапия – экстракты причинных аллергенов, определяемых обычно при проведении кожных проб, вводят подкожно в увеличивающихся дозах.

Лекарственная терапия

В документе ВОЗ ARIA (2001 и 2008 гг.) рекомендуется следующее медикаментозное лечение аллергического ринита, в зависимости от его формы и степени тяжести.

Интермиттирующий ринит легкого течения

● пероральные антигистаминные препараты или

● топические антигистаминные препараты и/или

● деконгестанты или

● антилейкотриеновые препараты.

Персистирующий ринит среднетяжелого и тяжелого течения

● интраназальные кортикостероиды (первая линия терапии)

● интраназальные кортикостероиды в сочетании с деконгестантами при выраженном отеке

● интраназальные кортикостероиды в сочетании с пероральными антигистаминными или антилейкотриеновыми препаратами при выраженном зуде, чихании и других проявлениях аллергии.

Итак, в случае легкого интермиттирующего аллергического ринита назначаются системные (оральные) антигистаминные препараты. При среднетяжелом /тяжелом интермиттирующем аллергическом рините – интраназальные кортикостероиды в дозе эквивалентной бекламетазону 300-400 мкг/день.

Если необходимо, после одной недели лечения могут быть добавлены оральные антигистаминные препараты и/или системные (оральные) кортикостероиды в качестве стартовой терапии для облегчения симптомов с последующей отменой и продолжением лечения интраназальными кортикостероидами.

В случае легкого персистирующего ринита адекватной фармакотерапией является применение оральных антигистаминных препаратов или низких доз интраназальных кортикостероидов (эквивалентных 100-200 мкг/день бекламетазона). Среднетяжелый и тяжелый персистирующий аллергический ринит должен контролироваться высокими дозами интраназальных кортикостероидов (эквивалентных 300-400 мкг/день бекламетазона). Если симптомы тяжелые, следует добавить оральные антигистаминные препараты и/или оральные кортикостероиды в качестве стартовой терапии для облегчения симптомов с последующей отменой и продолжением лечения интраназальными кортикостероидами.

В качестве антигистаминного препарата может быть выбран Фексофен по 120 мг 1 раз в день.

Осложнения:

● Синусит.

● Вторичная инфекция.

● Носовые кровотечения.

● Средний отит.

● Носоглоточная лимфоидная гиперплазия.

● Побочные эффекты лекарственной терапии.

Сопутствующая патология – прочие IgE-зависимые состояния, наиболее часто – конъюнктивит, а также бронхиальная астма и аллергический дерматит.

Профилактика:

● Элиминация – большинство пациентов с аллергией на аэроаллергены полностью выздоравливают после устранения контакта с аллергеном.

● Кондиционирование воздуха и ограниченное пребывание вне помещений в течение периода цветения весьма эффективно у пациентов с пыльцевой аллергией.

● Обучение пациентов, сенсибилизированных к аллергенам клещей домашней пыли, оптимальным методам поддержания чистоты в доме и устранение этого аллергена.

● Необходимо ограничить контакт с животными. Следует избегать воздействия раздражителей окружающей среды, например, курения, как активного, так и пассивного.

● Использование специальных противоаллергических покрытий, особенно на матрацах и подушках.

МКБ:

● J30 Вазомоторный и аллергический ринит.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА

Синдром Лайелла – тяжелое заболевание, сопровождающееся буллезным поражением кожи и слизистых оболочек с отслойкой эпидермиса или пласта эпителиальных клеток, часто обусловленное применением ЛС. Впервые описал Лайелл в 1956 г. Частота – 0,3% всех случаев лекарственной аллергии.

Этиология в большинстве случаев неизвестна, часто (в 30-50%) связана с приемом ЛС (сульфаниламидов, антибиотиков, НПВС и др.).

Патогенез неясен. В случаях, связанных с приемом ЛС, предполагают участие аллергических механизмов (III и IV типы аллергических реакций), где препарат, вероятно, играет роль гаптена, фиксирующегося к белкам клеток кожи. Некоторые исследователи рассматривают синдром Лайелла как наиболее тяжелое проявление многоформной эритемы.

Клиническая картина

● Острое начало с подъёмом температуры до 39-40°C.

● Появление эритематозных пятен на коже и слизистых оболочках (эритематозная стадия), в течение 2-3 дней превращающихся в дряблые тонкостенные пузыри неправильной формы (буллезная стадия) со склонностью к слиянию, легко разрывающиеся с эрозиванием обширных поверхностей (десквамационная стадия). В разгар болезни пораженная поверхность напоминает ожог кипятком II – III степеней.

● Положительные симптомы Никольского (отслойка эпидермиса) и Асбо-Ганзена (при надавливании на пузырь увеличивается его размер вследствие отслойки эпидермиса по периферии пузыря под давлением повышенного давления его содержимого).

● Поражение слизистой оболочки полости рта, начинавшееся с афтозного и развивающееся до некротического – язвенного стоматита.

● Поражение половых органов (вагинит, баланопостит).

А. НАЗАРОВ,
д.м.н., профессор, директор
Республиканского научно-специализированного
аллергологического центра.

(Окончание. в
следующем номере).

Полезные советы

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ

Не секрет, что здоровье и самочувствие человека во многом зависят от того, в каком состоянии находятся его ноги. Подвижный образ жизни, позволяющий нормализовать обмен веществ, насытить кровь кислородом и стабилизировать работу внутренних органов, является лучшим профилактическим средством против различных болезней.

Однако многим приходится сталкиваться с таким недугом, как пяточная шпора, который сопровождается резкой болью в ступнях, что вызывает трудности при ходьбе.

Пяточная шпора представляет собой острый подкожный шип, который доставляет особенно болезненные ощущения после пробуждения. В некоторых случаях это заболевание может осложняться отеком ступни и воспалительным процессом. Как правило, пяточными шпорами страдают люди среднего и пожилого возраста, у которых возникновение заболевания связано с отложением солей. Однако нередко случается, когда пяточная шпора является следствием плоскостопия, различных травм нижних конечностей и инфекционных заболеваний.

Лечение пяточной шпоры с помощью лекарственных препаратов может локализовать болезнь, снять отечность и воспаление. Однако гели и мази, обладающие болеутоляющим свойством, не ре-

шают проблемы, и через некоторое время болезнь вновь дает о себе знать.

Более стойкий эффект дают подкожные инъекции дипроспана, а также ударно-волновая терапия. Но лучше всего воспользоваться простыми и доступными народными средствами, с помощью которых лечение приносит облегчение уже через сутки, а в течение нескольких недель пяточная шпора полностью рассасывается.

В первую очередь следует взять за правило каждый вечер распаривать ноги в горячей воде с добавлением соды из расчета 1 столовая ложка на 2 литра воды. Такие ванночки помогают раскрыться порам, через которые постепенно выходит соль. После процедуры лучше всего смазать шпору 5-процентным йодным раствором, смешанным с жидким анальгином в пропорции 1:1. Этот препарат снимает боль и воспаление, а также отлично прогреет пятку, позволяя восстановить кровообращение.

Днем на 20-30 минут необходимо прикладывать к пяточной шпоре ватку, смоченную смесью нашатырного спирта и подсолнечного масла в пропорции 2:1. В летнее время года лечение можно дополнить подорожником, листья которого необходимо зафиксировать на пятке с помощью бинта и оставить до вечера.

ГРИБОК НА НОГАХ: ЭФФЕКТИВНЫЕ
РЕЦЕПТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Неправильно подобранная или же некачественная обувь, повышающая потоотделение ног, несоблюдение правил личной гигиены и контакты с инфицированными людьми на пляже либо в бассейне часто могут стать причиной развития грибкового заболевания ног.

Оно характеризуется постоянным отслаиванием эпидермиса, возникновением трещин и кровотокающих ранок, которые со временем перерождаются в язвы, а также неприятным запахом, который является результатом жизнедеятельности грибка. Этот микроорганизм прекрасно размножается во влажной и слабощелочной среде, легко переносит холод и с трудом поддается лечению.

Сегодня фармацевтическая промышленность выпускает огромное количество различных мазей, бальзамов и суспензий, призванных предотвратить распространение грибковых заболеваний. Однако существует множество доступных средств, которые помогают избавиться от болезни в домашних условиях без помощи врача.

В первую очередь это обычная борная кислота, ежедневные ванночки с которой прекрасно дезинфицируют стопы и кожу между пальцами ног. Для их приготовления понадобится залить 2 столовые ложки порошка борной кислоты тремя литрами горячей воды и погрузить в нее стопы на 10-15 минут.

Также можно усилить эффект, припудрив после процедуры распаренные ноги порошком борной кислоты

и надев на ночь теплые шерстяные носки. Улучшение наступает уже через несколько дней, а после недели такого лечения грибок полностью исчезает.

В качестве подручного средства для борьбы с грибком можно использовать чеснок, зубчики которого необходимо разрезать на две части, половинки обмакнуть в поваренную соль, а после натереть ими стопы и кожу между пальцами. Смывать соль и чесночный сок не рекомендуется в течение нескольких часов, а саму процедуру следует повторять 2-3 раза в сутки.

Для избавления от грибка на ногах можно также использовать компресс из нашатырного спирта, 1 столовая ложка которого разводится с 200 мл кипяченой воды. Раствором необходимо смочить кусок хлопчатобумажной ткани, обернуть ими стопу, надеть на ногу полиэтиленовый пакет, а сверху – теплый шерстяной носок. Компресс необходимо оставлять на ночь, процедуру повторять 5-10 раз в зависимости от необходимости.

Против грибка также отлично помогают свежие листья мяты, которые растираются с солью. Кашица наносится на стопы ног и между пальцами, оставляется примерно на час, после чего смывается прохладной водой.

ВНИМАНИЕ!
Любое самостоятельное лечение не следует проводить, не посоветовавшись предварительно с врачом.

Подготовила Л. ВОЛОШИНА.



Родная земля – прекрасна всегда.

Ёшлар нигоҳи

БИЗ СОҒЛОМ
ТУРМУШ ТАРЗИ
ТАРАФДОРМИЗ

(Давоми. Боши 3-бетда).

қўмитаси раиси С. Рўзметовалар ҳам сўзга чиқиб, юқоридаги мавзу бўйича ўз

юқиши, нима сабабдан ёшлар шу йўлга кириб қолаётгани ва бунинг олдини олиш ҳақида кўплаб маълумотларга эга бўлди. Бундан ташқари, слайдлар



фикрларини билдириб ўтишди. Тадбирга коллежнинг ўқитувчи ва педагоглари ҳамда 130 нафар ўқувчи-ёшлари жалб қилинди.

Тадбир давомида Ҳамза компьютер технологиялари коллежи ўқувчиси Илҳом Юнусхўжаев, Бухгалтерия ва аудит коллежи ўқувчиси Камола Аҳмедова, Радиотехника касб-хунар коллежи ўқувчиси Назокат Раҳимбердиевалар:

– Бу тадбирда ОИТС, ичкиликбозлик ҳамда гиёҳвандлик касалликлари қандай ҳолларда ва қайси йўллар орқали

ҳамда видеофильмларнинг намойиш этилганлиги ушбу жирканч иллатларга бўлган нафратимизни янада оширди. Тадбир давомида ҳаётимиз учун керакли бўлган муҳим кўникмалар ҳосил қилдик. Албатта бу каби тадбирлар тез-тез ёшлар орасида ўтказиб турилишини сўраб қоламиз, – деб ўз фикрларини билдиришди.

Зулфия ЗУППАРОВА,
Васила ТҲХТАШЕВА,
Тошкент фармацевтика
институтини талабалари.

Хурматли муштарийлар!

Агар Сиз обуна бўлган ҳудудда газетанинг кечикиб бориш ҳолатлари кузатилса, тахририятнинг куйидаги рақамларига мурожаат қилишингиз мумкин:
(8371) 233-13-22, 233-57-73.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Фан ва ўқув юртлари Бош бошқармаси бош мутахассиси Лолахон Халилжоновна Мусажоновна волидаи муҳтарамаси

САНОБАР аянинг вафоти муносабати билан ҳамдардлик билдиради.

Тошкент вилояти дезинфекция станцияси жамоаси станция бош ҳисобчиси

Шоиства ЮСУПОВАнинг вафоти муносабати билан марҳумнинг оила аъзолари ва яқинларига чуқур таъзия изҳор этади.

Газета
муассиси:
Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни
сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир Анвар АЛИМОВ
Нашр учун масъул
Бош муҳаррир ўринбосари
Ибодат СОАТОВА

Газета ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг жума кунлари чиқади. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash – Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт.
Интернет саҳифаларидан фойдаланилган суратларга «!» шартли белгиси қўйилади.

Манзилимиз: 100060, Тошкент шаҳри, Истикбол кўчаси, 30-уй, 2-қават.
Тел/факс: 233-13-22, тел.: 233-57-73. Газета Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот агентлигида 2009 йилнинг 11 март куни рўйхатга олинган. Гувоҳнома рақами 0015.

Газета материаллари тахририят компьютер марказида терилди ва саҳифаланди.

Адади 10719 нусха.
Буюртма Г-245.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмаҳонасида чоп этилди. Корхона манзили: Буюк Турон кўчаси, 41-уй.
Газета ҳажми 2 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Саҳифаловчи Бахтиёр ҚҲШОҚОВ. Навбатчи Владимир ПОЖОГИН.
Босмаҳонага топшириш вақти – 20.00.

