

**ОЛИЙ
МАЪЛУМОТЛИ
ҲАМШИРАЛАР
ТАЙЁРЛАШ ДАВР
ТАЛАБИ**
2-бет.

**КАК Я
СТАЛ
ЗДОРОВЫМ**
4-я стр.

**Ushbu
sonda:**

**ЭЗГУЛИККА
ЙЎҚИЛГАН
КЎНГИЛ**
6-бет.

**БРОНХИАЛ
АСТМА**
7-бет.

**O'ZBEKISTONDA
SOG'LIQNI SAQLASH
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
УЗБЕКИСТАНА**

Tibbiyotning oliy maqsadi – inson salomatligiga erishishdir.



Высшее благо медицины – здоровье.

❖ Gazeta 1995-yil oktabr oyidan chiqqa boshlagan. ❖ № 8 (420) 2005-yil 22-28 fevral ❖ Seshanba kunlari chiqadi. ❖ Sotuvda erkin narxda.



Нажот излаб келган беморнинг дардига малҳам бўлмоқ қалби пок, меҳрибон, хушмуомала тиббиёт ходимининг асосий бурчидан биридир. Ана шундай ўз касбининг мохир билимдонларини Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигига қарашли Республика суяк йирингли касалликларини даволашга ихтисослашган илмий марказда учратилиши мумкин.
Суратда: ушбу марказ директори Абдувоҳид Тошпўлатов ходимлари билан «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравосохранение Узбекистана» газетасида чоп этилган мақолалар хусусида фикрлашиб, фаолиятлари давомида қўллайдиган янгиликларни излашнинг тўғрисида келишиб олмақдалар.

Сурат муаллифи: Асен НУРАТДИНОВ.

**Дил изхори
ДАРДАН ФОРИФ АЙЛАБ.**

Инсон яшар экан, ҳар бир ўтган кунига шукрона айтади. Оллоҳдан тинчлик-тотувлик ва тани-соғлиқ беришини илтижо қилиб сўрайди. Яратганга минг бора шукроналар бўлсинки, яқинда 58 баҳорни қарши олдим. Мана, 17 йилдирки, астма ҳасталиги билан рўйхатда турман. Кексалик аломатини ёки табиатнинг инжиқликларини сабабларини шифокорларга деярли ҳар кун мурожаат қилишимга тўғри келади.
Бизнинг Юқоричирик туман марказий шифохонасига Дамира Ашимовна Ёшимбетова раҳбарлик қилади. У киши шифохонамизга бош врач этиб тайинланди, муассаса фаолияти тубдан ўзгарди. Бу тиниб-тинчимас аёлнинг сай-ҳаракатлари тўғрисида кўпгина ишлар амалга оширилди. Жумладан, биринчи навбатда «Тез ёрдам» бўлимини бепул дори-дармонлар билан таъминлаб, кадрлар масаласини қайтадан кўриб чиқди.
Мен шу фурсатдан фойдаланиб, «Тез ёрдам» бўлими бошлиғи Т. Мейлашқулова ва жамоадорлари М. Султонов, Г. Жалилова каби тиббиёт ходимларига, шунингдек, Тиббий тез ёрдам кўрсатиш бўлими бошлиғи Ҳ. Бегимов, шифокорлар Р. Мирбобоева, Б. Намахонов, ҳамширалардан Н. Жумаева, З. Пердимова сингари шу бўлимда фидокорона фаолият кўрсатаётган барча тиббиёт ходимларига, Терапия бўлимида ишловчи дўхтурлардан бўлим бошлиғи Д. Маҳмудова, шифокорлар Малика Камоловна, Ш. Эшов, ҳамширалардан Ҳ. Расулова, М. Асалбоева, М. Эргашева каби ўз касбининг мохир устаси бўлган ҳамки тиббиёт ходимларига таъзим баҳо келтириб, чин юракдан самимий миннатдорчилигимни изҳор этиб, дунё турғунча туришни, нимаки ният қилган бўлса барчасига эришинини, шу билан бирга сўхат-саломатлик, хотиржамлик асло тарқ этмасин дея эзгу тилақларимни билдириб қоламан.
Люба САТТАРОВА,
Тошкент вилояти, Юқоричирик тумани.
Биз тахририятимизга мактуб йўллаган Люба Саттарованинг фикрлари билан танишиб чиқиб, келгусида ана шундай тиббиёт ходимлари ҳақида газета саҳифасида кенг маълумотлар беришни режалаштириб қўйдик.
Тахририят.

**Этироф
МУБОРАК БЎЛСИН!**

Инсоннинг ҳам руҳан, ҳам маънавий дам олишида матбуотнинг ўрни бениҳоя катта. Чунки, ҳар бир инсон сеvimли машғулот билан шуғулланмаса, бирор нарчасини йўқотгандек ҳис этади.
Бошқаларни билмадим, ammo менда доимо шундай ҳол бўлаверади. Тиббиёт соҳасида ишлаганим боисми ёки бошқа сабабми, ҳуллас, нима бўлганда ҳам «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравосохранение Узбекистана» газетасининг ҳар бир сонини қизиқиб билан қўлга оламан. Мен мазкур газетанинг ашаддий муҳлисиман десам, муболага бўлмайди. Уни такрор ва такрор ўқиб завқланман. Мана, кейинги пайтда газета саҳифаларида чоп этилаётган тиббиёт тизимининг барча жабхалари ҳақидаги мақолаларни қолдирмасдан мутолаа қилиб, керакли нарсаларни ён дафтарчамга ёзиб бораман.
Шуни алоҳида таъкидлашим жоизки, бугунги кунда тиббиётдаги ҳар бир ўзгариш, янгиликлар биз учун сув билан ҳаводек зарур. Айниқса, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг «Сўхат-саломатлик йили» муносабати билан қабул қилинган давлат дастури ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг дастур асосидаги буйруғи, шунингдек, тиббий хизматлардан қандай фойдаланиш кераклиги ҳақидаги материалларнинг нашрдан чиқарилганлиги биз учун дастуриламал бўлиб, фаолиятимиз давомида кенг фойдаланишимизда қўл келади.
Шу ўринда бир муштарий сифатида тақдирларимни қиритиб, шахсий фикримни баён этсам. Ҳуллас, газетада ёритилаётган мақолалардан қониқиш ҳосил қиламан. Бу йил анча-мунча танқидий материалларни ўқидим. Шундай бўлсада, тахририят ходимлари доимий равишда ҳаётимизда учраб турган реал муаммоларни кўтариб чиқиб, барта-раф этиш йўлларини кўрсатиб беришса, бундай мақолалардан сўнг, обуначилар сони ҳам кўпаяди, ҳам тиббиёт ходимлари ўз

ишига масъулият билан ёндашади.
Ишончим комилки, «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравосохранение Узбекистана» газетаси ҳеч қачон ўз муштарийларини ранжитмайди. Доим ана шундай дадил одимлайди.
Дарвоқе, газетанинг кечаги сонини қўлимга олдиму, беихтиёр унинг 1995 йилдан буён чиқаётганлигига кўзим тушди. Мен бу билан нима демоқчи эканлигимни газетонлар дарров пайқашган бўлса керак. Ҳа, бу йил газета 10 ёшга тўлар экан. Шу боис, мазкур соҳада тинимсиз изланишлар олиб бораётган тахририят ходимларини сеvimли газетамизнинг яқинлашиб келаётган 10 йиллик тўйи билан самимий муборакбод этиб, уларга оилавий бахт, тани-соғлиқ, келгуси ишларида улкан муваффақиятлар тилайман.
Тўлқин ХОШИМОВ,
Тошкент Давлат педиатрия тиббиёт институти клиникасининг бош шифокор муовини.

Фикр ҲАР СОҲАДА ТЕЗКОРЛИК ЗАРУР

«Сўхат-саломатлик йили» Давлат дастурининг жорий йилини билан барча матбуот нашрларида бу борадаги қўшимча қарор ва тадбирларни кўплаб учратиш мумкин.
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ягона таянчи ҳисобланган «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравосохранение Узбекистана» газетаси бу йил катта масъулиятни ҳис этган ҳолда биринчилардан бўлиб, ишлаб чиқилган дастур, шунингдек, неки қарор ва фармойишлар бўлса барчасини келтирмай, ўз вақтида бериб бераётганлиги муштарийларни беэътибор қолдирмайди. Бу биз тиббиёт ходимлари учун ўта зарур ва керакли манба ҳисобланади. Қувончлики, мана 2005 йил учун вилоятимиз ходимлари ҳар йилгига қараганда газетига кўпроқ оубна бўлиши. Шу билан бирга яқиндагина дастур юзасидан келиб чиқиб ёзилган шарҳ унинг моҳиятини янада чуқур ва тيرانроқ аңглаб етишга имкон беради. Дастурда кўрсатилган-дек, соғлом турмуш тарзини тарбия қилиш, жойларда, оилада уни шакллантириш муаммолари акс этган «Соғлом турмуш тарзининг шарқона асослари» номли мақоласининг дас-тур қабул қилинган куннинг илк ойларидаёқ чоп этилиши айни мудоао бўлди, десак хато бўлмайди. Бу мақола халқимиз орасида соғлом муҳитни, соғлом оилани қандай ташкил қилиш хусусида етарлича маълумот ва йўл-йўриқ бера олади.
Мен газетани кундалик суян-чиғим, деб биламан. Бунинг боис, оммавий ахборот воситаларининг ниҳоят даражада тезкор ва хушёрлик билан фаолият юритишларидир. Оддийгина мисол, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг «Сўхат-саломатлик йили» давлат дастури тўғрисидаги буйруқ ва йиллик иш режасининг ишлаб чиқилганлиги тўғрисидаги маълумотни газета орқали ўқиб, тахририят ходимларининг тезкорлик билан иш олиб боришларига қойил қолдим. Шундай экан, бу йил тахририят ходимлари учун қўш байрам, сабаб, газетанинг ташкил топганлигига 10 йил тўлади. Мен ҳам барча муштарийлар қатори газета ижодкорларига ҳам йилда омад ва зафарлар тилайман.
Раҳматилла РАҲМОНОВ,
Қашқадарё вилояти, Соғлиқни сақлаш бошқармасининг бошлиғи.

РЕКЛАМА VA E'LONLAR: TEL.: 133-13-22, 133-57-73.

«Тиббиёт кадрларини тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини оширишни ташкил этиш тизимини такомиллаштириш керак».

«Сихат-саломатлик йили» давлат дастуридан.

ОЛИЙ МАЪЛУМОТЛИ ҲАМШИРАЛАР ТАЙЁРЛАШ ДАВР ТАЛАБИ

Шиддат билан ўтаётган вақт, бугунги кадрдан ўз касбига бўлган иштиёқ ва масъулиятни талаб этмоқда. Таъбир жоизки, ҳар биримизда савол туғилади, кадр ўз ўзидан етук мутахассис бўла оладими? Йўқ. Бунинг учун аввало, унда касбига ҳос истеъдод бўла олиши керак. Лекин ушбу истеъдодни тўғри йўналтири олиш учун устозларнинг хизматлари бекиёс эканлиги фикримиз далилидир. Шундай экан, бугунги давр талаб қилаётганидек, Ватанимиз равнақи йўлида хизмат қила оладиган кадрларни тайёрлашда Бухоро Давлат Тиббиёт институти қошидаги олий маълумотли ҳамширалар тайёрлаш бўлимида тажрибага ўйин устозларнинг фаолият олиб бораётганликлари ҳам бундан мустасно эмас. Ушбу маскан фаолияти ҳусусида бўлим декани, доцент Нуриддин Хикматович Воҳидов билан суҳбатда бўлдик.

– **Замонавий ҳамширага бўлган муносабатингиз?**

– Жуда ўринли савол бердингиз. Ҳар биримиз ҳам аввало ҳамшира ким ва унинг фаолиятдаги ўрни қанчалик масъулиятли эканлигини тушуниб етишимиз керак. Ҳамшира! Бу жамики эзгу фазилатларга эга бўлган инсон. Унда замонавийликка хос бўлган иқтидорни, изланувчанликни, талабчанликни, зукколикни ҳамда билимдонликни кўраимиз. Ҳамширалик иши Юртобшомиз томонидан шу қадр кадрлардан, Вазирлар Маҳкамасининг яқинда «Сихат-саломатлик йили»га бағишлаб чиқарилган қарориди ҳамда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруғида ҳамширалар мавқеини янада оширишга алоҳида эътибор қаратилганлигининг ўзи ушбу касб эгаларининг ўрни бўлган эканлигини кўрсатиб турибди. Демак, бундан кўриниб турибдики, юқоридаги фикрларга асосан бугунги замонавий ҳамширанинг нимага қодирлиги яққол намоён бўлиб турибди.

– **Бўлимнинг хусусида тўғалсангиз.**

– Ҳозирги кунда бўлимимизда 33 нафар талаба таҳсил олмақда. Фахр билан айтишим мумкинки, улар орасидан 1 нафар талаба институт «Илмий кенгаши» стипендиясига номзод, 1 нафари вилоят «Экосан» жамғармасига, шунингдек, 1 нафари эса институт «Камолот» ёшлар ижтимоий ҳаракати стипендиатларидир. Даргоҳимизда 22 та кафедра бўлиб, ўқитиш ва олган билан профессор баҳолаш тажрибаси билан ўқитувчи ва ходимлар томонидан замонавий технология рейтинг назорат тизими қўлланган ҳолда олиб борилмоқ-

дир бўлса, шулардан 10 нафари имтиёзли диплом соҳиби бўлди. Бўлимни тамомлаган талабалардан 4 нафари Бухоро тиббиёт коллежиди педагог, 1 нафари Бухоро тиббиёт институти ИКП кафедрасида ҳамширалик иши фани ўқитувчиси, 1 нафари вилоят болалар касалхонасида бош ҳамшира, қолганлари эса клиник касалхоналарнинг жарроҳлик ва акушерлик бўлимларида ўз фаолиятларини давом эттирмоқдалар. Таъкидлашим жоизки, таҳсил олаётган талабаларимиз ҳамда педагоглар учун барча имкониятлар мавжуд.

Хулоса қилиб айтганда талабаларнинг хоҳиш ва иштиёқлари ҳамда Вазирлар Маҳкамасининг қарорига асосан институти-мизда олий маълумотли ҳамшираларни ўқитиш жараёнини янада мукамаллаштириб, ҳозирги замон ўқитиш технологияларидан кенг фойдаланган ҳолда жаҳон андозаларига мос келадиган ҳар томонлама етук мутахассис кадрларни тайёрлашни олдимизга мақсад қилиб қўйганмиз.



тажриба алмашиш ва раҳбарликни ривожлантириш бўйича семинар бўлиб ўтди. Унда асосан олий малакали ҳамширалар тайёрлашнинг ўқитиш тизими, муддати, ўтиладиган фанлар, ўқиш давомидаги барча фанлардан маъруза, семинар, амалиёт дарсларидан тўлаша керак бўлган кредит, бакалаврик дипломи, ишга кириш учун савол-жавобдан ўтиб лицензия олиши кераклигига қаратилди. Шунингдек, ҳозирги кунда ҳамшираларнинг етишмаслиги сабабли қисқа муддатли курслар, яъни 1 йил 6 ойлик интенсив курсларни очиш, коллежни муваффақиятли тугатганлар 17 та, яъни акушерлик, терапия, реанимация, реабилитация, оила ҳамшираси, геронтолог ҳамшира, ҳамшира анестезиолог, ҳамшира педагог, жамоатчи ҳамшира ва бошқа мутахассисликлар бўйича магистратура ўташи, бу даврда илмий иш билан шуғулланиб, докторлик ишини ҳимоя қилиб, профессор унвонига эга бўлиши хусусида алоҳида тўхтади. Бундан ташқари Хенипин округидаги соғломлаштириш тиббий маркази иши билан танишиб, маъруза билан ишлаш, туғруқхона бўлими ва янги туғилган чақалоқлар бўлими ҳамшираларининг фаолияти, темир моддаси танқис, камқонлик ҳас-таллиги бор ҳомиладор аёлларни кузатиш, назорат қилиш ва даволаш усуллари ҳақида, Миннесота университетининг китоб магазини, ундаги барча бўлимлар бўйича китобларнинг мавжудлиги, шунингдек, ҳар бир китобнинг мазмуни слайд ҳамда магнитофон тасмаларига ёзилган ҳолда тўғлам шаклида сотилиши, университет кутубхонасида 100 дан ортиқ компьютерларнинг

барчаси интернетга уланган бўлиб, талабаларнинг бепул фойдаланиши, талабаларни интернет орқали ўқитиш усули, маълум масофадан дарс бериш, бошқа шаҳарда туриб маъруза ўқиш, патронаж ҳамшира фаолияти, ўсмирлар ўртасида чекиш ва наркоманияга қарши олиб борилаётган чора-тадбирлар, Миннесота штатидаги клиникалар фаолияти, аёллар поликлиникаси-



да ҳамшираларнинг ўрни, бажарилган ишлари каби кун тартибидан ўрин олган масалалар кўриб чиқилди.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда олий маълумотли ҳамшираларни тайёрлаш, ҳамкорлик ва лидерлик фаолиятини, шунингдек, ўқитишнинг илғор технологиялари ҳамда тажрибаларини амалиётга татбиқ этиш ва ривожлантириш, бу ҳамширалар тайёрлашнинг ҳозирги замон талабларига жавоб беришини тайинлашга асос бўлади. Шу боис, куйидаги тақдир ва хулосаларни киратишни лозим деб ўйлаймиз:

1. **Ўрта Осиё республикалари,**

жумладан, Ўзбекистон, Қозоғистон, Қирғизистон олий ўқув юртиларида олий маълумотли ҳамшираларни тайёрлаш ва ўқитишнинг ягона тизимини ишлаб чиқишда иштирок этиш.

2. **Ўқитиш жараёнида янги технология ва ўқитишнинг интерактив усулларидан фойдаланиш.**

3. **Олий маълумотли ҳамширалар бўлимидаги талабаларни илмий излашни ишларига кенг жалб қилиш.**

4. **ЮСАИД халқаро ташкилоти билан ҳамкорликни йўлга қўйиш ва уни чуқурлаштириш.**

5. **Ҳамширалар орасида лидерликни ташкил қилиш, соғлиқни сақлаш тизимида уларнинг ролинини ошириш.**

6. **Институти тугатган ҳамшираларни магистратурага юбориш ва улардан ўқитувчилар тайёрлашни тўғри йўлга қўйиш.**

7. **Халқаро ҳамкорлик мавзусида кўргазмали стенд ва альбом тайёрлаш.**

8. **Олинган тажрибаларни талабалар ва ўқитувчиларга кўргазмали суҳбат асосида етказиш.**

Мана, яқиндагина Миннесота университетининг экспертлари ўқув даргоҳимизга ташириб буюриб, бўлимимиз педагогларига ўқув циклари бўйича машғулотлар ўтказиб, уларнинг тажриба ва малакаларини ошириб қайтдилар. Ўқув жараёнида ўқитувчиларимизнинг ўз тақлиф ва мулоҳазалари билан чиқишлари малакали экспертларда катта таассурот қолдирди. Ўйлайманки, бу ҳамкорлигимиз доимий равишда давом этади.

– **Тиббиёт олийгоҳлари ва коллежларнинг ҳамда малака ошириш масканларининг ўқитувчиларига тилакларингиз.**



да. Талабаларимизга тажрибали мутахассислар сабоқ бериб келмоқдалар. Улардан 5 нафари профессор, 15 нафаридан ортиги фан номзодлари ҳамда доцентлардан иборатдир. Талабаларимизнинг билимларини янада чуқурлаштириш мақсадида амалиётларни турли клиникалар, диагностика марказлар, институт кафедралари, шошилинч тиббий ёрдам шифонаси, туғруқхона ва вилоят неонатология марказларида махсус билимга эга бўлган ҳамда синовдан ўтган шифокор ва ҳамширалар раҳбарлиги остида ўтказилади.

2002-2004 ўқув йилларида 26 нафар талаба ўқишни тугатган

– **Ҳамкорлик борасида қандай ишлар амалга оширилмоқда? АҚШнинг Минеаполис штатидаги Миннесота университетиди бўлиб ўтган семинарда сиз ҳамда бўлимнинг «Ҳамширалик иши» фани ўқитувчиси Ибодат Бахромова иштирок этиб, қайтибсизлар. Бу ҳақдаги фикрларингиз.**

– Дарҳақиқат, 2004 йилнинг 24 октябридан 4 ноябрига қадар, АҚШнинг Минеаполис штатидаги Миннесота университетиди Ўрта Осиё республикалари, яъни Ўзбекистон, Қирғизистон ва Қозғистондан ташириб буюрган вакиллар иштирокида олий малакали ҳамшираларни тайёрлаш бўйича ҳамкорлик қилиш, ўзаро

– Аввало, ҳар бир мутахассис ўз касбининг моҳир устаси бўлмоғи лозим. Чунки, келажак авлод ўстоздангина таҳсил олиб, комиллик сари интилади. Шу боис, устознинг ўзи комил инсон бўла олиши керак, шунингдек, «Ёшлиқдан берилган билим, тошга ўйиб ёзилган битик» каби мустаҳкам бўлмоғи лозим. Республикаимиздаги тиббиёт тизимида фаолият юри-таётган ўқитувчиларнинг захматли меҳнатларига омад ёр бўлишини ҳамда ўзларига мустаҳкам соғлиқ тилаб қоламиз.

**Суҳбатдош
Ибодат СОАТОВА.**

(Давоми. Боши ўтган сонларда).

Бир қисм беморлар учун бронхиал астманинг атопик дерматит билан кўшилиб келиши ҳам хос хусусият ҳисобланади. Жуда кам ҳолларда бронхиал астма алоҳида, яъни фақат бир хил аллергияга сенсбилизация натижаси кўринишида учрайди. Аксарият ҳолларда эса полисенсбилизация, яъни бир вақтнинг ўзида бир неча хил аллергияларга сезувчанлик ортиси натижаси сифатида учрайди.

Жисмоний зўриқишдан юзага келадиган астма. Сўнги йилларда жисмоний зўриқиш билан боғлиқ равишда юзага келадиган бронх сиқилиши реакциялари алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бронхлар обструкциясининг бу тури алоҳида ҳолда умуман учрамастлигини ҳисобга олиб, бу ерда уни ортқича жисмоний иш, ҳаракат туфайли юзага келадиган бронхоспазм (бронхлар сиқилиши) деб айтиш кўпроқ тўғрроқ бўлса керак. Аммо бу бутун дунё адабиётларида жисмоний зўриқишдан келиб чиқадиган астма деб юритиллади, у кўпроқ бола-орасида учрайди.

Агар ўпка етишмовчилиги туфайли пайдо бўладиган бронх йўллариининг ўтказувчанлиги бузилиши билан боғлиқ бўлган нафас сиқилиши жисмоний иш пайтида юзага келса, жисмоний зўриқишдан юзага келадиган астмадаги нафас сиқилиши ҳолатлари жисмоний иш (ҳаракат)дан кейинги 10 дақиқа ичида юзага келади. Хуружлар камдан-кам ҳолларда оғир кечади. 5-10 дақиқа давом этади, баъзан эса 1 соатгача чўзилиши мумкин. Улар V_2 адреностимуляторлар ёрдамида тўхтатилади ёки бирданига ўз ўзидан йўқ бўлиб кетади.

Адашган нерв эффектор тоналари охириининг таъсирланиши бронх сиқилиши юзага келишида етакчи ўрин тутаяди, деган фикр-мулоҳазалар ҳам мавжуд. Рефлекс кучайтирилган нафас олиш билан боғлиқ бўлган ўпка орқали қисман иссиқлик йўқотилиши билан ҳам юзага келиши мумкин. Совишининг (совқотишининг) медиаторлар механизми орқали таъсири кўпроқ эҳтимолга молик.

Жисмоний зўриқишдан юзага келадиган астмани таъхислашни поликлинника шароитида ҳам ўтказиш мумкин бўлган қуйидаги оддий усул тавсия қилинади. Бу усул касалликнинг энгиллашган, тинч даврида юрак қон-томир тизимида монеликлар ва сурункали ўпка етишмовчилиги бўлмаган ҳоллардагина қўлланилади. Бемор текшириш ўтказилишида 12 соат давомида бронхолитиклар ва интал қабул қилмаслиги керак. Текширишдан ўтказишдан олдин дастлабки маълумотлар (ўпка аускультацияси, томир уриши тезлиги) ва пневмотахометрия кўрсат-

Шифокорларга амалий ёрдам

БРОНХИАЛ АСТМА

кичлари ёзиб олинади. Кейин жисмоний ҳаракат югуриш ёки ўтириб-туриш машқларини бажариш буюрилади. Бу машқлар томир уриш тезлиги 1 дақиқа 140-150 мартага етгунга қадар бажарилади. Машқлар тугатилишидан 5, 10, 15 ва 20 дақиқа ўтгач, яна бемор қайтадан текшириб кўрилади (аускультация, томир уриш тезлиги, пневмотахометрия). Нафас чиқариш тезлигини 20 фоиз ва ундан кўпроқ миқдорига пасайиб кетиши синомани мусбат эканлигини кўрсатади. Бу усул гумонли ҳолларда ташхиснинг тўғрилигини тасдиқлаш учун қўлланилади. У бронхиал астма учун хос бўлган бронхлар юқори сезувчанлик реакциясининг кўринишлари белгиси ҳисобланади.

АСТМА УЧЛИГИ ("АСПИРИНЛИ" АСТМА)

Бу касаллик болаларда учраб турса ҳам, кўпроқ катта ёшдагилар бу касаллик билан касалланадилар. Касаллик одатда йил бўйи давом этадиган полипоз, риносинусит белгилари билан бошланади. Беморларда бир неча марта полипларни жарроҳлик йўли билан олдириб ташланишига қарамай, у қайта ўсиб чиқишга мойил бўлади. Кейинчалик бевосита наватдаги полипектомиядан ёки аспири, анальгин қабул қилингандан кейин бронхиал астма бошланади. Беморлар аспирин, амидопирин ва пиразолан унумларини қабул қилганда, улар бўғилиш хуружлари ва ринит хуружлари кўринишидаги оғир реакциялар келиб чиқаётганлигини сезиб қоладилар. Реакция кўпинча препарат қабул қилингандан 15 дақиқа ўтгач, баъзан эса кечроқ (2 соатлардан кейин) ривожланади. Бу реакциялар кўпинча ўз тарихида амидопирин сақловчи теофедрин ёки антаман қабул қилгандан кейин пайдо бўлади. Кўпчилик клиницистлар астма учлиги бўлган беморларда касаллик оғир кечишини қайд этадилар. Бу беморлар орасида атопиклар умуман бўлмайдди. Амалиётдаги шифокор учун астманинг бундай тури борлигини билиш, уларни даволашда дори моддаларини тўғри белгилаш, парҳезга (сарик рангдаги махсулотларни истисно қилиш) эътибор бериш, иложи борича полипектомиядан воз кечиш мақсадга мувофиқлигини билишлари керак бўлади. Бундан ташқари, одатдаги даволаш самарали бўлмаганда оғир тарофга ўзгариш юз бериши мумкинлигини ҳисобга олиб, беморга кортикостероидлар белгиланади.

Аспиринли учлик бўлган беморларга қуйидаги дори моддаларни қўллаш ман этилади: амидопирин, анальгин, антаман, аскофен, аспирин, асфен, баралгин, бутадидон, вольтарен,

диклофенак, диоксинбензоот кислота, ибупрофен, индометацин, мефенамин, пенталгин, пикрофен, седальгин, теофедрин, цитрамон.

Қуйидаги махсулотлар парҳездан истисно қилинади: олма, ўрик, шафтоли, гилос, малина, қовун, апельсин, олхўри ва қора олхўри, бодринг, гармдори, помидор.

БРОНХИАЛ АСТМА ТАСНИФИ

Республикаимизда узоқ вақт давомида А. Д. Адо ва П. К. Булатов (1969) таснифидан фойдаланилган. Унга мувофиқ бронхиал астманинг инфекция-аллергик, атопик ва аралаш турлари фарқланади. Сўнги ўн йил ичида Г. Б. Федосеев томонидан тўлдирилган бронхиал астманинг таснифи қўлланила бошланди (1982). У таснифга мувофиқ бронхиал астманинг клиник-патогенетик турлари ажратилди.

Бронхиал астма касаллиги бўйича олиб борилган илмий изланишлар бу касаллик ҳақидаги фикр-мулоҳазаларни ўзгартиришга ва уни мустакил касаллик тури деб ҳисоблаб,

сурункали аллергия касаллик деб тавсифлашга имкон беради. Шунга мувофиқ, амалиёт нуктаи назаридан келиб чиққан ҳолда бронхиал астманинг оғирлик даражаси бўйича таснифи биринчи ўринга ўтказилиши, бу касалликни ўз вақтида даволаш йўналишларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга бўлмоқда.

Бронхиал астманинг оғирлик даражаси қуйидаги кўрсаткичлар бўйича аниқланади:

1. Бир кунлик ва бир ҳафталик тунги белгилар сони.
2. Қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган V_2 агонистларнинг неча марта қўлланиши.
3. Жисмоний иш қобилияти ва уйку фаоллигидаги бузилишларнинг яққоллиги.
4. Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқимининг миқдори ёки энг яхши кўрсаткичлари билан фойзадаги муносабати.
5. Нафас чиқаришдаги ҳавонинг энг катта оқими (FEV₁).

2-жадвал

Бронхиал астманинг оғирлик даражаси бўйича таснифи

Оғирлик даражаси	Даволанишдан олдинги клиник манзараси
Энгил	Белгилар ҳафтада бир марта ёки кўпроқ кузатилади. Касаллик хуруж характер фаоллиги ва уйку бузилишига сабаб бўлиши мумкин. Тунги астма белгилари бир ойда икки мартадан кўп катта ҳаво оқими бўлиши керак бўлган ҳаво оқимидан 80 фоиз кўпроқ
Ўрта оғир	Белгилар ҳар кун кузатилади. Астманинг тунги белгилари бир ҳафтада бир мартадан кўпроқ юз беради. Қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган V_2 агонистлар – ҳар кун қабул қилинади. Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқими бўлиши керак бўлган ҳаво оқимидан 60 фоиздан 80 фоизгача бўлади. Нафас чиқаришдаги ҳаво оқимидаги ўзгаришлар 30 фоиздан кўп.
Оғир	Белгилар доимий равишда сақланиб қолади. Хуружлар тез-тез қайталабди. Жисмоний фаоллик бронхиал астма кўринишлари билан чекланади. Нафас чиқаришдаги ҳаво оқими бўлиши керак бўлганидан 60 фоиз кам. Ўзгаришлар 30 фоиздан кўп.

Энгил ўсиб борувчи астма. Астманинг бу шаклида хуруж белгилари ҳафтада бир марта ёки кўпроқ юзага келиши билан тавсифланади. Уйку ва жисмоний фаоллики салбий тарофга ўзгариш юз беради. Тунги астма белгилари бир ойда икки мартадан кўпроқ юз беради. Астманинг бу шакли билан касалланган беморларда нафас чиқаришдаги ҳавонинг энг катта оқими ёки чуқур нафас олишдан кейин 1 сония давомида чиқарилган ҳаво сигими даволанишга қадар меъёрдаги миқдорга

нисбатан 80 фоизга тенг ёки каттароқ бўлиши мумкин. Яъни бемор 1 сония давомида ўпкани ҳаётий сигимининг 80 фоизини ёки кўпроқ қисмини чиқара олади. Кўрсаткичлар ўзгариши 20-30 фоиз атрофида сақланади. Бронхиал астманинг бу тури бронхолитикларни доимий равишда қабул қилиниши билан назорат қилиб борилади.

Ўрта оғирликдаги ўсиб борувчи астма. Астманинг бу шакли узоқ вақт давомида ҳар кун касаллик белгилари юзага келиши билан тавсифлана-

ди. Тунги астма белгилари бир ҳафтада бир мартадан кўпроқ пайдо бўлади. Бемор V_2 агонистларни ҳар кун қабул қилиши зарур бўлади. Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво сигими даволанишга қадар меъёрда бўлиши керак бўлган миқдорнинг 60 фоиздан 80 фоизгача қисмини ташкил қилади. Бу кўрсаткичларнинг ўзгариши бир кеча-кундуз давомида 30 фоиздан кўпроқ бўлади.

Оғир ўсиб борувчи астма. Беморда касаллик белгилари узоқ вақт давомида сақланиб қолади, тунги белгилар тез-тез содир бўлади, дори моддаларини қабул қилишига қарамай, жисмоний фаоллик чегараланади, оғир бўғилиш хуружлари қайталабди. Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқими ёки бир сония давомида чиқарилган ҳаво сигими даволашга қадар бўлиши керак бўлган миқдорнинг 60 фоиздан кам қисмини ташкил қилади, уларни бир кеча-кундуз давомида ўзгариши 30 фоиздан ортқ бўлади. Клиника амалиётида бронхиал астманинг жуда оғир турларини ҳам ажратиш мақсадга мувофиқ. Бунда касалликнинг барча кўрсаткичлари жуда яққол юзага келади, беморларни глюкокортикостероидлар билан даволашга ҳам сезиларли ўзгаришлар бўлмайди. Уларда астма фаолияти қайта пайдо бўлади. Беморлар кўпинча жаддалаштирилган терапия ва ҳатто жонлантириш (реанимация) бўлимидаги даволашга муҳтож бўладилар.

Беморларда турли асо-ратлар ривожланиши мумкин: ўпка-юрак етишмовчилиги (ўткир, ним ўткир ва сурункали), ўпка эмфиземаси, пневмосклероз (ўпкадаги бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши), ўпка ателактази (ўпканинг бирор қисмига ҳаво келмай қолиб, бужмайиши), интерстициал, медиастинал ва тери ости эмфиземаси, бирданига юзага келадиган пневмоторакс (плевра бўшлиғига ҳаво кириши), асаб тизимига оид ва ички секрция безларига оид бузилишлар. Касалликнинг кечишида хуруж даври ва тинч (касалликнинг энгиллашди даври) даврлар ажратилади.

Бронхиал астманинг келиб чиқиш сабаблари шу ернинг географик ўрни, иқлим шароитларининг ўзига хос хусусиятлари, беморнинг ёшига, касалликнинг қанча вақтдан бери давом этаётганлигига ва бошқа ташқи омилларга боғлиқ.

Озода НАЗАРОВ,
Республика илмий ихтисослаштирилган Аллергология маркази директори, Европа аллергологлар уюшмасининг аъзоси, профессор.
(Давоми бор).

(Окончание. Начало в № 6).

Существует третий сценарий, характерный для декомпенсации краниосиностоза на фоне преждевременного зарастания швов черепа. Декомпенсация может возникнуть у пациентов с изолированными краниосиностозами на фоне любого воспалительного заболевания или стрессового воздействия, а также стать следствием позднего краниосиностоза, как, например, при синдроме Крузона, самого известного из синдромальных краниосиностозов. У некоторых детей в возрасте 2-4 лет появляются частые головные боли, нарушается сон, появляется общезлобовая и, реже, очаговая симптоматика, ухудшается зрение, а при исследовании глазного дна выявляются признаки внутричерепной гипертензии. При неврологическом исследовании не выявляют ни гидроцефального синдрома, ни отхолевого поражения. Лишь при анализе рентгенограмм черепа обращают на себя внимание резкая выраженность «пальцевых вдавлений» и зарастание черепных швов. А на компьютерной томограмме головного мозга могут быть отмечены уменьшение просвета желудочков и резкое сужение субарахноидальных пространств. Жалобы и результаты обследования часто правильно расценивают как краниосиностоз и рекомендуют обратиться в отделение нейрохирургии, где проводится один из вариантов стандартного лечения, принятого в большинстве отечественных клиник. Это или активное увеличение объема черепа (двулопастная краниотомия), или обеспечение пассивного расширения внутричерепного пространства растущим мозгом при иссечении синостозированного шва (синостактомия). При таких операциях практически никогда не происходит значимого исправления характерной деформации черепа, а во многих случаях возникает рецидив краниосиностоза, причем чем младше ребенок, тем больше вероятность такого рецидива.

В нашей стране практически полностью отсутствует квалифицированная помощь детям с преждевременным зарастанием одного или нескольких швов черепа. Основной причиной такого пробела является отсутствие доступной информации относительно особенностей диагностики и лечения краниосиностозов у детей. При этом во всем мире на протяжении последних 4-х лет лечению детей с врожденными деформациями черепа уделяется очень большое внимание, а разработанные методики оперативного лечения позволяют устранить компрессию мозга и значительно улучшить внешний вид детей с краниосиностозами уже в 3-6-месячном возрасте.

Диагностика

При поражении костного шва происходит компенсаторный рост костей перпендикулярно к его оси (закон Вирхова). Результатом этого является характерная деформация свода для каждого из преждевременно замкнутых швов. Таким образом, огромную роль в правильной постановке диагноза играет именно форма черепа. Из инструментальных методов диагностики наилучшим является проведение компьютерной томографии с трехмерным ремоделированием изображения костей свода черепа и лица. Это обследование помогает выявить способствующие заболевания головного мозга, подтвердить наличие синостоза в

случае изолированного повреждения и установить все заинтересованные швы в случае полисиностоза.

Самым активным периодом роста головного мозга считается возраст до 2 лет. Таким образом, с функциональной точки зрения предотвратить краниосиностоз можно ранним оперативным лечением. Оптимальным возрастом лечения краниосиностозов можно считать период с 3 до 9 месяцев.

Преимуществом лечения в данном возрасте можно считать:

- легкость манипулирования с тонкими и мягкими костями черепа;

- облегчение окончательного ремоделирования формы черепа быстро растущим мозгом;

- чем младше ребенок, тем полнее и быстрее заживают остаточные костные дефекты.

Если лечение выполняется после 5 лет, сомнительно, что оно приведет к значительному улучшению функции головного мозга. В большей степени операция будет направлена на устранение

просвета в проекции сагиттального шва.

Оперативное лечение лучше всего проводить у грудных детей в 3-6 месяцев жизни. В этот период оперативное лечение можно выполнить в минимальном объеме и получить достаточно стойкий результат. У детей старше года часто приходится выполнять ремоделирование всего свода черепа, что неизменно увеличивает время операции, делает ее второе продолжительнее и связано с большим риском послеоперационных проблем.

Метопический краниосиностоз. Самым редким в группе изолированных краниосиностозов является метопический краниосиностоз, или тригоцефалия, составляющий 5-10 % от их общего количества. Несмотря на это, данное заболевание, пожалуй, чаще всего распознается как врожденная деформация черепа из-за характерной клинической картины.

При раннем замыкании метопического шва происходит формирование треугольной деформации лба с образованием костно-

КРАНИОСИНОСТОЗЫ

представленной деформации.

Основной особенностью современного хирургического лечения является не только увеличение объема черепа, но и исправление его формы и сочетанной деформации лица за одну операцию.

Такое сочетание функционального и эстетического лечения стало возможным благодаря основополагающим принципам черепно-лицевой хирургии, предложенным в 70-е годы французским хирургом Полем Тессье.

Сагиттальный краниосиностоз. Преждевременное зарастание сагиттального шва приводит к увеличению передне-заднего размера черепа. Возникает нависание лобной и затылочной областей. Уменьшение ширины черепа приводит к формированию узкого овального лица. Такой вид деформации называют скафоцефалией или ладьевидным черепом. Среди общего числа изолированных синостозов скафоцефалия наиболее частое заболевание, возникающее в 50-60 % случаев.

Характерная форма черепа видна уже с рождения. Более того, у новорожденных детей деформация настолько выражена, что при осмотре головы сверху видно «вытяжение» теменных областей, что дает ощущение циркулярной перетяжки свода черепа на уровне или чуть кзади от ушных раковин. Как и при других типах изолированных синостозов, четко определяется большой родничок, причем его размеры не отличаются от нормы. Достаточно характерным считается наличие костного гребня, пальпируемого в проекции сагиттального шва.

В грудном возрасте у детей может отмечаться легкая задержка психомоторного развития. Форма черепа не изменяется.

К окончанию роста мозгового черепа (5-6 лет) становится более очевидной деформация лица в виде вытянутого по вертикальной оси овала, чуть суженного в височных областях.

На типичных КТ-срезах обращают на себя внимание увеличение переднезаднего диаметра и практически равная длина битемпорального и биариетального диаметров. При проведении трехмерного ремоделирования изображения черепа видно отсутствие

го кля, идущего от надпереносия до большого родничка. При взгляде на такой череп сверху видна четкая треугольная деформация с вершиной в области надпереносия. При этом верхние и латеральные края орбит смещаются кзади, что дает ощущение разворота плоскости орбит наружу и уменьшения межорбитального расстояния (гипотелоризм). Деформация лба настолько необычна, что дети с тригоцефалией часто консультируются генетиками и наблюдаются как носители наследственных синдромов, сопровождаемых снижением интеллекта. Действительно, тригоцефалия рассматривается как неотъемлемая часть таких синдромов, как синдром Опитца, орфодидигитальный синдром, и некоторых других. Верно и то, что многие синдромальные заболевания приводят к задержке интеллектуального развития, но часто их настолько низка, а клиническая картина настолько характерна, что не стоит всех детей, имеющих лишь метопический синостоз, причислять к группе риска по развитию умственной неполноценности.

С возрастом исправление деформации лба не происходит, также остаются гипотелоризм и разворот надглазничных краев наружу. Предугадать степень повреждения головного мозга невозможно. В этой группе больных могут отмечаться как хорошая компенсация, так и выраженные нарушения со стороны органа зрения вплоть до полной его потери, а также заметная интеллектуальная задержка.

Оперативное лечение можно проводить уже с 3-месячного возраста. Более того, раннее оперативное вмешательство имеет ряд преимуществ по сравнению с операциями, выполненными детям старшего возраста. Во-первых, время стандартной краниопластики у детей до 6 месяцев жизни составляет 3,5-4 часа, в то время как у детей 2-3 лет обычно требуется около 6 часов. Во-вторых, оставшиеся дефекты костей черепа у детей до 6-месячного возраста заживают практически полностью самостоятельно, тогда как у детей старше 2 лет требуется проведение костной пластики для того, чтобы остав-

Конспект врача

шиеся костные дефекты не превышали в ширину 1 см, но и в этом случае заживление может пройти не полностью. В-третьих, силы бурно растущего мозга на первом году жизни способны ремоделировать кривизну костей свода черепа, даже если во время операции не удалось полностью ее исправить.

Односторонний коронарный краниосиностоз

Коронарный шов расположен перпендикулярно срединной оси черепа и состоит из двух равноценных половин. Так что при преждевременном зарастании одной из его половин формируется типичная асимметричная деформация (плагичефалия). Вид ребенка с плагичефалией характеризуется уплощением верхнеорбитальной части орбиты и лобной кости на стороне поражения с компенсаторным нависанием противоположной половины лба. Малыш как будто хмурится с одной стороны лица. С возрастом более отчетливо начинают

шишиеся костные дефекты не превышали в ширину 1 см, но и в этом случае заживление может пройти не полностью. В-третьих, силы бурно растущего мозга на первом году жизни способны ремоделировать кривизну костей свода черепа, даже если во время операции не удалось полностью ее исправить.

кого сочетанного поражения у новорожденного ребенка резко нарушается дыхание, что значительно затрудняет его кормление. Поэтому требуется интенсивное наблюдение за малышом. Часто в случаях синдромальных краниосиностозов происходит зарастание не только коронарного, но и других швов черепа, что вызывает явления краниостеноза. Таким образом, дыхательные расстройства и трудности с кормлением усугубляются неврологическими нарушениями, что диктует необходимость раннего хирургического лечения таких больных. Важно помнить, что у большинства пациентов с синдромальными краниосиностозами имеется резкое увеличение большого родничка и даже расширение сагиттального шва по всей длине. Это часто сбивает с толку клиницистов, которые не представляют себе возможности сосуществования расширенного родничка с преждевременным зарастанием швов черепа.

Прогноз оперативного лечения изолированных синостозов коронарного шва вполне благоприятный. Часто бывает достаточно одной правильно выполненной операции для полного устранения деформации черепа и обеспечения нормального развития головного мозга. В случаях синдромальных нарушений прогноз хуже. Это объясняется тем, что около 30 % детей имеют сочетанные пороки развития головного мозга, которые у 10 % приводят к неврологическому дефициту. При отсутствии специфической помощи в раннем возрасте интеллектуальный дефицит возникает примерно у половины пациентов. Кроме того, многим детям с синдромальными синостозами требуется проведение оперативных вмешательств, направленных на улучшение внешнего вида и нормализацию функции дыхания.

Несмотря на тяжесть внешних проявлений синдромальных синостозов, современные достижения реконструктивной хирургии позволяют надеяться на значительный прогресс в отношении эстетической, функциональной и социальной реабилитации таких пациентов в будущем. И эти надежды не напрасны. Так, еще 30 лет назад хирургические возможности не позволяли добиться и десятой части тех результатов, которые мы можем наблюдать сегодня.

Своевременная квалифицированная помощь позволяет уже в первые месяцы жизни не только устранить функциональный дефицит, но и исправить сопутствующую косметическую деформацию.

Несмотря на внешнюю тяжесть некоторых форм краниосиностозов, ни в одном из случаев нельзя с уверенностью предугадать степень неврологических нарушений, если лечение выполнено вовремя (а на первые месяцы жизни), а наличие тяжелых внешних черепно-лицевых деформаций и пороков развития конечностей может быть с успехом исправлено у детей, начиная с 3-5-летнего возраста.

Андрей ЛОПАТИН,
Сергей ЛЕОНОВ.
(«Медицинская газета»
28.04.2004 г. № 32)

Уроки здоровья

ДИСБАКТЕРИОЗ ИЛИ СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СРК)

По данным ученых, в теле человека примерно сто триллионов клеток, но лишь десятая часть из них - человеческие клетки. Остальные - микробы. Они населяют нашу кожу, живут в носоглотке, на всем протяжении кишечника. Конечно, они меньше человеческих клеток в 10-100 раз, но они сильно влияют на нашу жизнь.

Подавляющее большинство из них безвредны, а многие даже полезны. В частности, микроорганизмы, заселяющие кожу, слизистые оболочки и желудочно-кишечный тракт, составляют экологическое единство с организмом человека и участвуют в формировании иммунитета, в процессе пищеварения. Нормальная кишечная микрофлора составляет 5% от веса тела: 3-5 кг. Она участвует в переваривании пищи; осуществляет всасывание в кишечнике воды, белков, жиров, углеводов, холестерина, железа, кальция; синтезирует витамины и гормоны; обезвреживает токсичные для организма вещества; поддерживает перистальтику кишечника; оказывает противоаллергенное действие, а также обеспечивает иммунную и противовоспалительную защиту.

Но есть и патогенные микроорганизмы, насчитывающие более 3000 видов, из них более 1000 видов составляют вирусы. Несмотря на все усилия научной и практической медицины, инфекции не только не исчезают, но и умножаются. Так, в последние годы открыты новые вирусы гепатита. К уже известным - А, В, С, D и E - добавились F и G.

Установлено, что есть вирусы, которые могут жить в космосе, переносить температуру плавления металлов и хорошо себя чувствовать в серной кислоте. У некоторых людей нередко развивается дисбактериоз или синдром раздраженного кишечника - СРК. Дисбактериоз - это нарушение баланса между микроорганизмами, прежде всего в кишечнике: гибель полезных микроорганизмов и активизация вредных (патогенных). Но в международной классификации болезней, медицинской энциклопедии и в нормативном документе МЗ РФ дисбактериоз не упоминается. Большинство ведущих российских гастроэнтерологов еще несколько лет назад признали, что диагноз «дисбактериоз кишечника» не имеет клинической составляющей, попросту говоря - не существует такой болезни. Да и среди разных специальностей нет единого мнения, о том, что это такое. Педиатр, иммунолог, микробиолог, аллерголог и инфекционист выскажутся на эту тему по-разному. По мнению ученых, дисбактериоз - понятие чисто бактериологическое, и его «коррекция» к врачеванию никакого отношения не имеет.

Бактериальный баланс восстанавливается самостоятельно. Кишечник - система самоорганизующаяся. Ешьте фрукты, ешьте овощи, и вы будете отличной - советуют они.

О наличии дисбактериоза могут свидетельствовать следующие симптомы:

- урчание и боль в животе;
- постоянные нарушения стула (запор, понос);
- отсутствие аппетита или, наоборот, постоянное чувство голода;
- изменение вкуса, неприятный стойкий запах изо рта;
- интенсивное выпадение волос;
- тонкие деформированные ногти;

- трещинки на губах и слизистых оболочках;
- налет на языке;
- высыпания на коже аллергического характера;
- постоянная слабость, быстрая утомляемость;
- нарушение сна, головные боли;
- нарушение концентрации внимания;
- чувство постоянного беспокойства;
- вздутие живота, повышенное газообразование (метеоризм);
- учащенное мочеиспускание;
- раздражительность, плаксивость;
- апатия, вплоть до депрессии.

По утверждению ученых при дисбактериозе кишечника (СРК) организм остается беззащитным по отношению к неблагоприятным факторам внешней и внутренней среды, и на его фоне легко возникают кожные, желудочно-кишечные, аллергические и другие болезни.

Дисбактериоз отмечается при всех заболеваниях желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астме, дерматитах, пищевой и лекарственной аллергии, ишемической болезни сердца, атеросклерозе, сахарном диабете, ревматоидном артрите, деформирующих артрозах, подагре, коллагенозах, нарушениях менструального цикла, кариезе, остеопорозе, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, желчно- и мочекаменной болезни, анемии, депрессии, хронической усталости и др.

По мнению ученых, за счет дефицита бифидобактерий нарушается равновесие микробной флоры. Бифидобактерии - это апатогенные микробы, то есть неспособные вызывать заболевание. Они сотрудничают с организмом, участвуя в белковом, жировом и минеральном обмене, в выработке витаминов и ферментов.

Наконец, они активно продуцируют кислоты, губительные для сальмонелл, стафилококков, возбудителей дизентерии.

Дефицит бифидобактерий сильнее всего выражен у новорожденных детей. У них, почти как правило, развивается дисбактериоз - нарушение нормального соотношения бактерий в кишечнике. Без нейтрализующего действия бифидобактерий и некоторых других полезных микроорганизмов, в частности, лактобацилл увеличивается количество микробов с агрессивными свойствами - стафилококков, протей, грибов. Токсины их провоцируют развитие диабета и в незначительной степени хронических заболеваний органов пищеварения. **Бифидобактерии очень чувствительны к антибиотикам. Широкое применение этих препаратов нарушило гармоническое соотношение у миллионов людей в мире.** Одна из мер профилактики нашествия патогенных (болезнетворных) микробов - раннее прикладывание новорожденного к груди матери. Так как близкий контакт с матерью в первые же часы и дни жизни создает условия для перехода бифидобактерий от нее к ребенку. Главное преимущество состоит в том, что материнское молоко содержит особые вещества, способствующие росту бифидобактерий. Этих веществ нет не только в молочных смесях, но даже и в пастеризованном донорском молоке. Дисбактериоз часто развивается у детей, склонных к респираторным заболеваниям.

Нижелечисленные причины лежат в основе развития дисбактериоза - СРК:

- **Неправильное питание** - пища сильно изменена (мономеры); деградирована (термическая обработка); неправильно потребляется.
- **Употребление лекарств, особенно антибиотиков** - формирует патогенную микрофлору, угнетает, извращает и подавляет нормальную (полезную) микрофлору;

- **Заболевание желудочно-кишечного тракта** (гастрит, колит, язва);
- **Авитаминоз** (глубокое нарушение обмена веществ, вызванное длительным отсутствием в пище отдельных или целых групп витаминов);
- **Гиповитаминоз** - витаминное голодание организма;
- **Эмоциональные стрессы** (невроз, гнев, страх и др.);
- **Дрожжи**, содержащиеся в хлебо-булочных изделиях, губят нас медленно, но верно, они извращают нашу микрофлору.
- **Употребление спиртных напитков, табакокурение, наркотики и др.**

Полезные советы:

1. К любому «растрояству желудка» надо относиться настороженно и обязательно обращаться к врачу. Только он, определив диагноз, может назначить комплексное лечение.
2. Помните, что результат лечения любого заболевания будет наиболее успешным после восстановления нормальной кишечной микрофлоры.
3. Постоянное пользование слабительными или очистительными клизмами может приводить к развитию дисбактериоза, который еще более усугубляет развитие СРК.

4. Подтвердить диагноз «дисбактериоз кишечника» - СРК можно с помощью лабораторного и ультразвукового исследования. Только при условии обоюдного желания врача и пациента можно успешно лечить СРК, жить и чувствовать себя достаточно комфортно.

5. Обращайте внимание на срок годности продукта, его вид, вкус, упаковку. Если сомневаетесь - не ешьте. «Лучше голодать, чем что попало есть» - гласит восточная мудрость.

6. В дальнейшем поддерживать нормальную микрофлору кишечника помогут натуральные лечебные продукты питания. Из рациона исключают лишь те продукты, которые пациент плохо переносит. Но всем больным следует больше есть овощей и фруктов, содержащих необходимую растительную клетчатку.

7. В случае броидальной диспепсии следует ограничить продукты, богатые углеводами, в первую очередь сахар, сладости, варенье, конфеты, мучные блюда и продукты, усиливающие брожение: бобовые, капуста, черный хлеб.

8. При гнилостной диспепсии ограничивают продукты, определяющие животный белок: мясо, рыбу, яйца. Их лучше есть не каждый день в небольшом количестве (100-150 граммов), пока не стихнут явления дисбактериоза - СРК.

9. Кисломолочные продукты - ацидофилы, простоквашу, ряженку, кефир, айран, кумыс, курт, творог надо есть ежедневно. Так как некоторые молочнокислые бактерии и вещества (лизин, лактолин, стрептоцин) способны подавлять развитие гнилостной микрофлоры, оказывают лечебное действие, нормализуют кишечную микрофлору, а также снижают риск развития злокачественных опухолей в толстой кишке.

10. Берегите нервы. Гнев, тоска, тревога, страх, неудовлетворенность своей учебой, работой или должностью, чрезмерные эмоциональные нагрузки, недостаток информации - все это вызывает перенапряжение нервной системы; нарушается регуляция многих органов, в том числе и пищеварительной системы.

11. Старайтесь сохранять ровное и доброжелательное расположение духа, следуя заповедям античных философов: **Демокрит**, например, считал идеалом «эвтимии» - спокойную, уравновешенную жизнь, а **Эпикур** проповедовал «атараксию» - безмятежное состояние духа. **Джонатан Свифт** говорил, что три лучших доктора мира - это доктор Диета, доктор Покой и доктор Веселье.

12. Учитесь и соблюдайте вести правильный и здоровый образ жизни. Помните! Предотвратить болезнь легче, чем ее лечить.

Сафар МУХАММАДИЕВ,
доцент.

Актуальная тема

Наркотики... наркомания... наркоман - эти слова мы слышим по телевизору и по радио, читаем на страницах газет и журналов почти ежедневно. Да, это проблема наших дней. Существует группа социальных заболеваний: туберкулез, СПИД, хронический алкоголизм, наркомания. Наркомании подвержены в основном люди молодого возраста - 80% наркоманов имеют возраст от 20 до 35 лет. За последнее десятилетие эта шкала имеет тенденцию к омоложению. Наркоманами становятся и более молодые люди - в возрасте 14-15, а иногда и 12-13 лет. Наркомания поражает как раз тот возраст, когда подросток, окончив школу, должен поступать в учебные заведения, работать, расти по служебной лестнице, создавать семью и служить отечеству. Какие же подростки подвержены этому злу? Большинство из подростков становятся наркоманами из-за разного рода любопытства - хотят попробовать все на себе. Это, как правило, подростки слабохарактерные, подверженные чужому влиянию и со слабыми внутри организма наркоманий-

XXI ВЕК - БЕЗ НАРКОТИКОВ

ными барьерами. Встретив на своем пути лидера наркомана, у такого подростка нет так называемого внутреннего протеста. Один раз испробовав наркотическое вещество и испытав состояние блаженства, такой подросток будет искать пути повторного его использования. Постепенно он становится зависимым от наркотика: с наркотиком ему хорошо, чувствует себя увереннее, ощущает состояния легкости в теле, исчезают проблемы. Но все это обманчивое состояние: наркотик полностью поглощает его. Через небольшой отрезок времени его «засыпает» это болото. У наркомана развивается не только психическая, но уже и физическая зависимость. Эту проблему очень хорошо знаем мы - врачи наркологи. Человек без видимых целей полностью становится зависимым от данного наркотика. Без наркотика развивается так называемое состояние абстиненции - это тягостное состояние, когда наркоман всецело, психически и физически зависит от данного наркотика: в его организме происходят такие изменения, которые нередко приводят к смерти. В настоящее время не секрет, что самым большим злом является героин. Достаточно 3-5 внутривенных инъекций героина, чтобы человек стал наркоманом. Статистика утверждает, что из 10 наркоманов одна - женщина. Женщине - наркоманке нужен только героин для очередного употребления: семья, дети, работа ее не интересуют. Дети для нее давно стали обузой. У наркомана появляется масса проблем соматического и неврологического характера. Изнашиваются преждевременно печень, почки, головной мозг. Без наркотика он явл. не работоспособен, раздражителен, безынициативен. Интересы со временем становятся ограниченными. Мало внимания обращает своему внешнему виду и духовному росту. Имеются также морально-этические последствия наркомании. Наркоман будет иметь дело с обществом, с милицией. Поэтому как врач-нарколог призываю всех молодых людей быть осторожными, не стоить проводить испытания на себе. Всегда помните, что существует проблема наркомании - недаром, день 26 июня все человечество объявило Всемирным днем борьбы с наркотиками. Призываю всех молодых людей заниматься созидательным трудом, учиться, служить отечеству, заниматься спортом, повышать свой культурный уровень и кругозор, вести здоровый образ жизни. В новый век мы вступили с девизом: «XXI век - без наркотиков».

Р. КАБУРОВ,
ТОПНД - врач-нарколог.
Ф. КОМИЛОВА,
врач-методист Областного центра
Института здоровья.

«Одамларда бебаҳо бойлик бўлган ўз соғлигини сақлашга тўғри ва масъулиятли муносабатда бўлиш, соғлом турмуш тарзини олиб бориш, ўз ҳаёт фаолиятини оқилона ташкил қилиш, зарарли одатлардан воз кечиш, соғлом бўлишга, жисмоний ва руҳий жиҳатдан уйғун камол топишга интилишга йўналтирилган ҳаётий фалсафани шакллантириш».

«Сихат-саломатлик йили» давлат дастуридан.



ДОЛЗАРЪ МАВЗУ

АЛКОГОЛИЗМ ВА УНИНГ ЗАРАРЛИ ОҚИБАТЛАРИ

Алкоголизм тиббиёт тили билан айтганда, спиртли ичимликларни оз-оздан, тез-тез истеъмол қилиш оқибатида одат тусига кирган касалликдир. Алкогол арабча сўз бўлиб, «ўгли сув» деган маънони англатади. Алкогол деб этил спирти тушунилади. Алкогол сувга жуда ўч бўлиб, организмга тушганда ўзи бориб тўқима ва ҳужайраларнинг сувини тортиб олади, натижада баъзи орган ва тўқималар зичлашиб ҳажми кичраяди. Этил спирти ҳамда барча спиртли ичимликлар марказий асаб тизимининг фаолиятини сустайтиради. Алкоголнинг катта дозалари ўткир захарланишга олиб келади. Бу ҳавфли ҳисобланиб, муҳим марказларни фалажлаши мумкин, кичик дозалари эса қон айланишига таъсир қилиб, томир уришни, нафас олишни тезлаштиради.

Алкогол ички организмлардан жигарга салбий таъсир кўрсатади. Маълумки жигар организмда жуда муҳим вазифаларни бажаради. Чунончи, овқат ҳазм бўлиши учун зарур бўлган ўт ишлаб чиқаради, организмда ҳосил бўлган захарли моддаларни зарарсизлантиради, киши узоқ муддат алкоголь истеъмол қилиши натижасида жигар функцияси бузилади, натижада организмда модда алмашиши жараёнига салбий таъсир қилади. Бир неча йил узлуксиз ичкиликка берилган кишилар «Алкоголнинг психоз» деб аталувчи руҳий касалликка дучор бўладилар. Булар оила ва жамоат жойларида ўзини тутта билмайди, натижада оилавий жанжалнинг келиб чиқишига сабабчи бўладилар ёки бўлма-са ичкилик тўфайли жиний

иш содир қиладилар. Алкоголизм наслга ҳам таъсир қиладди.

Шифокор олимларнинг аниқлашича, алкоголизмга учраган баъзи ота-оналардан туғилган болалар бирон-бир нуқсон билан ёки касалманд бўлиб туғилдилар. Алкоголизм баъзи жинсий (сузак, захм) касалликларига сабабчи бўлади. Чунки киши озгина ёки ўртача спиртли ичимлик ичганда энгил табиатли бўлиб қолади. Алкоголизм травматизмнинг ҳам сабабчиси. Чунки транспорт бошқарувчилари, муҳим станок ва аппаратлар билан ишлайдиган ишчилар ичганда диққат-эътибори сустайиб, травма олишига сабабчи бўладилар. Алкоголга ўрганиб қолмаслик учун спиртли ичимликларни тез-тез бетартиб ичишдан сақланиш керак, иложи бўлса бутунлай ичмаган маъқул, бу эса ўз ўрнида ҳар кимнинг иродасига боғлиқ. Алкоголизмга ўрганиб қолган кишилар учун шифохона ва наркологик диспансерлар мавжуд. Буларда тажрибали психиатр ҳамда наркологик врачлар ишлайди. Алкоголизм даволаб бўладиган касалликдир. Кези келганда шуни айтиш керакки, савдо нуқталарида спиртли ичимликлар сотилишини назорат қилиш ва уларни тартиб билан сотиш алкоголизмнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эгадир.

Ешларни меҳнатдан кейин дам олиш зоналарига, спорт майдончаларига, шахмат-шашка клубларига жалб қилиш, фойдаланиш меҳнат билан шуғулланиш алкоголизмга қарши курашда муҳим роль ўйнайди. Хулоса қилиб шуни айтмакчи, спиртли ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш организм учун ҳам, жамятимиз учун ҳам зарарли одатдир. Ундан сақланинг.

ГИЁҲВАНДЛИК УМР ЗАВОЛИ

Гиёҳвандлик (юнонча бангилик ёки телбалик деган маънони англатади) – наркотик моддаларни сунистеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган касалликдир. Наркотик моддаларни аста-секин қабул қилиш натижасида киши организмда чуқур ўзгаришлар рўй беради. Жумладан, энг аввало марказий асаб тизимига салбий таъсир қиладди.



Чеккан одам таҳанглашади, хотираси сустайди, жамоатчилик жойларида ўзини тутта билмайди, натижада жанжал чиқариб, бошқаларнинг кайфиятини бузади. Наркотик моддаларни доимий қабул қилиш бошқа соматик касалликлардан юракни тез уришига, оғиз қуришига, озиб кетиш, бутун тана қақшаб оғришига сабабчи бўлади. Бемор кайф қилиш, танадаги органик пайдириш мақсадида навабдаги чекишга (томирга игна уришда) унинг меъёрини кўпайтиришига ҳаракат қиладди.

Бу касалликка учраган беморлар жамят учун ҳам зарарли, чунки гиёҳванд моддаларни топиш мақсадида баъзи гиёҳвандлар жиноятчиликини содир этишга мойил бўладилар.

Касалликнинг олдини олиш
Тиббиётда «касаликни даволашдан кўра унинг олдини олган маъқул» деган нақл бор. Бу йил давлатимиз раҳбари томонидан «Сихат-саломатлик йили» деб эълон қилинди. Сир эмаски кейинги пайтларда ёшлар ўртасида тамаки ва нос чекиш кўпайиб бормоқда. Бу ўз навбатида бир қанча касалликлар, шу жумладан, гиёҳвандликнинг ҳам сабабчиси. Бундай иллатларнинг олдини олишда ота-оналар, ўқитувчилар ҳамда тарбиячилар фаол иштирок этишлари лозим.

Ешларни ўқишдан кейин дам олиш, спорт билан шуғулланишга жалб қилиш, бундай зарарли одатларнинг олдини олишда муҳим роль ўйнайди. Бошқа касалликлар қатори гиёҳвандлик ҳам даволаб бўладиган касалликдир. Барча вилоятларда беморларни даволайдиган наркологик диспансерлар мавжуд бўлиб, уларда тажрибали психиатр, нарколог-шифокорлар фаолият юритади ва у ерда кўнт билан даволанган беморлар дарддан фориғ бўлиб кетадилар.



ТАМАКИ ВА НОС ЧЕКИШ ЗАРАРЛИ ОДАТ

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотига кўра ҳар йили тамаки чекувчилар орасида касалликлар кўпайиб, ўлим даражаси ошмоқда. Шунинг натижасида ҳар йили 31 май жаҳон бўйича – Тамаки чекишга қарши кураш куни деб эълон қилинган.

Тамаки таркибида киши саломатлигига салбий таъсир қилувчи никотин, пиридин, углерод окиси ва бошқа зарарли моддалар мавжуд. Мунтазам тамаки ва нос чекувчиларда юрак қон-томир, нафас органи ҳамда ошқозон-ичак касалликлари кўпайиб учрайди. Бундан ташқари чекувчи одамларда касалликларга қарши курашувчи иммунитет, яъни ҳимоя кучлари пасаяди.

Чекувчи оилаларда чекмайдиган оила аъзолари ҳамда ёш болалар азият чекадилар. Доимо чекувчи ота-онадан нимжон, ақли заиф болалар туғилади, бу эса ўз навбатида оила учун, жамят учун зарарлидир. Хулоса қилиб айтганда чекиш қони зарар, ундан сақланинг азиз юртдошлар.

ОИТС (СПИД)ДАН ЭҲТИЁТ БЎЛИНГ

ОИТС юқумли касаллик бўлиб, унинг кўзгатувчиси

кўзга кўринмайдиган ретровирусдир. Касаллик манбаи шу касалликка учраган одам ёки вирус ташувчилар ҳисобланади. Айни пайтда жаҳоннинг 150 та мамлакатида ОИТС касаллиги қайд қилинган. Баъзи олимлар ОИТСни XXI аср вабоси деб атамоқда.



Касалликнинг юхши йўллари:

1. ОИТС вируси соғлом одамга касалликка чалинган кишилар билан жинсий алоқада бўлганда юқади.
2. Қон орқали беморларга қуйиладиган қон лаборатория текширувидан ўтмаган бўлса ёки ҳар хил муолажалар орқали.
3. Бу касалликка асосан гиёҳванд (наркоман)лар сабабчи бўлади. Чунки, улар ҳар хил қайнатилмаган шприц ва игналардан фойдаланадилар.

Касаллик белгилари:

Касалланган бемор ҳимоясиз бўлиб қолади, яъни иммунитет тақчиллиги пайдо бўлади, чунки вирус оқ қон таначаларини емиради. Шунингдек, дармон қуриши, кўп терлаш ва лимфа безларининг катталашуви билан бошланади. Бемор кундан-кунга озиб кетади.

Ҳозирча ОИТС касаллигини даволаш унчалик самара бермайпти, лекин олимлар бу касалликни даволовчи дорилар ва вакциналар тўғрисида бош қотирмоқдалар.

Касалликнинг олдини олиш:

1. Ҳар бир киши соғлом турмуш тарзига риоя қилиши, яъни тасодифан жинсий алоқадан ўзини туттиши зарур.
2. Гиёҳвандлар, гомосексуалистлар ва пала-партиш жинсий ҳаёт кечирувчи шахслар билан алоқада бўлмаслик керак.
3. Беморларга қуйиладиган қон препаратлари лаборатория текширувидан ўтиши лозим. Тиббий муолажалар учун ишлатиладиган асбоб-ускуналар тоза бўлиши керак.

А. ЖЎРАЕВ,
Қашқадарё вилояти, Чирокчи тумани
Саломатлик марказининг бош вақили.

Маҳаллада учрашув

ТАНИ СОҒЛИҚ – ЎЗИМИЗГА БОҒЛИҚ

Яқинда С. Раҳимов туманида жойлашган «Истикбол» маҳалласида «Сихат-саломатлик йили» муносабати билан 33-оилавий поликлиника шифокорларининг маҳалла аҳли билан учрашуви бўлиб ўтди. Сўхбат тарзида ўтган бу учрашувда барча маҳалла фаоллари ва маҳалла фуқаролари иштирок этдилар.

Учрашувда поликлиника ички касалликлар бўлими мудри Нодира Юнусова «Сихат-саломатлик йили» да аҳоли сихат-саломатли-

гига раҳбарликни янада кучайтириш, экологик муаммоларга қарши кураш олиб бориш, хонадон ва кўчалар тозаллиги, ободчилиги, профи-

лактик ишларни кучайтириш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, камқонлик, грипп ва барча юқумли касалликларнинг олдини олиш учун тиббиёт ходимлари билан биргаликда аҳоли ўртасида тарғибот-ташвиқот ва тиббий назорат ишларини янада кучайтириш ҳақида

батафсил маълумот берди.

Хотин-қизлар шифокори Ойгул Мағдиева одамлар соғлигининг 52 фоизи ўзига, 20 фоизи экологияга, 20 фоизи ирсиятга, атиги 8 фоизи тиббиётга боғлиқ эканлигини аҳолига тушунтирган ҳолда, аввало ҳар бир инсон ўз соғлигига ўзи масъулдигини, айниқса аёлларнинг шахсий гигиенага риоя қилишлари, соғлом онадан соғлом фарзанд дунёга келишида онанинг

роли, гиёҳвандликка қарши кураш, қариялар соғлигига раҳбарлик, ногиронлар ҳолидан хабар олиш ва уларга берилган тиббий имтиёزلардан фойдаланиш каби ишларни самарали олиб бориш учун аҳоли билан ҳамжиҳатликда ҳаракат қилиш кераклиги ҳақида маҳалла аҳлига тушунтирилиб, уларга маслаҳат ва тавсиялар берилди.

М. АҲМЕДОВА,
Д. ҲАСАНОВА.

(Давоми. Боши ўтган сонларда).

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Даволашнинг номахсус усуллари, асосан хуружларни тўхтатиш мақсадида, яъни хуруж даврида қўлланилади. Комплекс ҳолда олиб бориладиган даволаш ишлари касалликнинг турига, босқичига ва аллергия жараёнининг оғирлигига, ривожланиш механизмига боғлиқ ҳолда белгиланади. Даволашнинг асосий негизи – бу ҳар бир беморни ўзига хос равишда даволаш ҳисобланади. Бронхиал астма даволашнинг аҳамиятли томони – бу яллиғланиш жараёнига таъсир кўрсатадиган усткурма (базис) терапиянинг ишлаб чиқиши бўлди.

Бронхиал астманинг усткурма терапияси асосини яллиғланишга қарши терапия ташкил қилади:

- кромгликат натрий;
- недокромил натрий;
- ингалицион ва тизимли кортикостероидлар;
- махсус иммунотерапия.

Бронхиал астманинг энгил ва ўрта оғирликдаги шакллари даволашда яллиғланишга қарши стероид бўлмаган яллиғланишга қарши моддалар гуруҳига кирувчи интал (кромгликат натрий) ёки тайлед (недокромил натрий) қўлланилади. Бронхиал астманинг оғир кечмишда ингалиция қилиш учун мўлжалланган кортикостероидлардан фойдаланиш керак. Кромгликат натрий ва недокромил натрий бронхиал астманинг энгил ва ўрта оғирликдаги шакллари даволаш асосий ўрин тутади, оғир шаклларида эса унинг самараси камроқ бўлади. Бу синф препаратларнинг кенг доирали таъсири, уларнинг аллергия жавобининг эртанги босқичи ҳамда сурункали яллиғланишда аллергия реакциянинг кечки босқичларини ҳам тўхтати олиш хусусиятига эга эканлиги ва, шунингдек бронхлар юқори реактивлигини камайтира олиши билан аниқланади. Кромгликат натрий (интал, кромолин натрий) бронхиал астмани даволашда кенг фойдаланиладиган фармакологик моддалардан ҳисобланади. Унинг терапевтик самараси фосфодиэстераза фаоллигини пасайтириш, цАМФ йиғилиши ва кальцийнинг ҳужайраларга киришини тўсиб қўйиш ҳисобига тўйинган ҳужайралар ва базофиллардан аллергиянинг медиаторларини ажралиб чиқиш жараёнини тўхтатиш орқали аллергия жавоб реакциясининг эртанги босқичи ривожланишини олдини олиш хусусияти билан боғлиқ. Кромгликат натрий яллиғланиш реакцияларида иштирақ этувчи (нейтрофиллар, эозинофиллар, моноцитлар) ҳужайралар фаоллигини пасайтиради, тормозлайди. Унинг таъсири остида эозинофиллар сонининг пасайиши ва нафас йўллари шиллиқ қаватларида аллергия реакция

ривожланишининг бостирилиши, бронхлар юқори реактивлигининг пасайиши кузатилади. Недокромил натрий (тайлед) астмада бронхлардаги яллиғланиш даволашда кўпроқ самарали восита ҳисобланади, аллергия реакциянинг медиаторлари ажралиб чиқишини тормозлайди. У нафас йўллари шиллиқ қавати ҳужайраларидан LTC₄, PGD₂, PAF химо-тактик омиллар ажралиб чиқишини тўхтатади.

Кортикостероидлар ҳозирги пайтда астмани даволашда энг кўп самара берувчи яллиғланишга қарши восита ҳисобланади. Бронхиал астмадаги кортикостероидларнинг аниқ таъсир механизми ҳали охиригача ўрганилмаган. Уларнинг таъсир механизми тўғрисида бир қанча таҳминий фикр-мулоҳазалар билдирилган бўлиб, кўпроқ аҳамиятга эга деб ҳисобланганлари қуйидагилар: араҳидон кислоталар алмашинуви ва лейкотриенлар, простагландинлар синтезига таъсир, капилляр қон томирлар ўтказувчанлигининг пасайиши, цитокинларнинг махсуслотлар ишлаб чиқишини тормозлаш, яллиғланиш ҳужайраларининг фаоллашуви ва ҳаракатга йўналишини олдини олиш, нафас йўли силлиқ мускулларининг бета-рецепторлари реактивлигини ошириш.

Кортикостероидлар парентераль, перораль ёки аэрозоль ҳолида организмга киритилиши мумкин. Бронхиал астманинг оғир хуружларида кортикостероидларнинг перорал (оғиз орқали) қўлаш орқали астма хуружининг кучайиб кетишининг олдини олиш мумкин. Ингалиция йўли билан қўлланиладиган кортикостероидлар астмани даволашда хавфсиз ва самарали восита бўлиб, уларни узоқ вақт давомида кичик миқдорда ёки кичик вақт давомида юқори миқдорда қўлаш мумкин. Бронхиал астманинг сурункали оғир шаклларида эса кортикостероидлар узоқ вақт давомида катта миқдорда ингалиция йўли билан қўлланилади. Кортикостероидларни узоқ вақт давомида ингалиция йўли билан киритиш натижасида уларни доимий равишда оғиз орқали қабул қилишга эҳтиёж камаюди. Бу эса кортикостероидлар келтириб чиқарадиган умумий тизимли асоратлар хавфини олдини олади. Ингалиция йўли билан қўлланиладиган кортикостероидлардан фойдаланилганда қуйидаги ноҳақ оқибатлар келиб чиқиши эҳтимоли бўлади: оғиз бўшлиғи ва юткин кандидозлари, дисфония (овоз бўғилиб қолиши), юқори нафас йўллари таъсирланиши ҳисобига йўтал тутиб қолиши, аммо буларни кўп ҳолларда спайсер (ингалицияда фойдаланиладиган махсус мослама)дан фойдаланиш орқали

олдини олиш мумкин. Ингалициядан кейин оғиз бўшлиғини чайиш билан ҳам кандидоз ривожланишини олдини олиш мумкин. Кортикостероидларни узоқ вақт давомида оғиз орқали қўлашни даволашнинг бошқа усуллари, шу жумладан, ингалиция йўли билан киритиладиган кортикостероидлар ёрдам бермаган ҳоллардагина белгиланган мумкин.

Бронхларнинг мускул қаватига спазмолитик таъсир кўрсатадиган дори моддалар. Бу гуруҳга вақтинча бронхларнинг сиқилишини камайтириш ёки бунунлай йўқ қила олиш хусусиятига эга бўлган ва шу билан бўғилиш хуружини тўхтата оладиган дори моддалар қиради. Улар бронхиал астманинг ҳар кунлик давоида ишлатилади. Чунки

улар тез таъсир кўрсатиб, беморнинг аҳволини яхшилайдди, аммо бронхлардаги яллиғланиш жараёнига таъсир кўрсатмайди. Ҳозирги пайтда уларнинг фақат ўзларини қўлаш, яъни яллиғланишга қарши моддаларсиз қўлаш тавсия этилмайди. Улардан фақат зарур бўлган ҳоллардагина фойдаланиш мумкин.

Шифокорларга амалий ёрдам

БРОНХИАЛ АСТМА

3-жадвал

Ингалиция йўли билан ишлатиладиган кортикостероидларнинг тавсия этиладиган кеча-кундузлик миқдори

Препаратлар	Ўртача миқдори		Юқори миқдори	
	болалар учун	катталар учун	болалар учун	катталар учун
Бекламетазон дипропинат (бекотид)	400-600 мкг	600-800 мкг	>600 мкг	>1500 мкг
Флунизолит (ингакорт)	750 мкг	1000 мкг	>1000 мкг	>2000 мкг
Триамцинолон ацетонид (азмакорт)	400-600 мкг	1000 мкг	>800 мкг	>1600 мкг
Будесонит	200-400 мкг	400-600 мкг	>400 мкг	>800 мкг

Ингалиция йўли билан қўлланиладиган симпатомиметиклар бронхларнинг В₂ рецепторларини рағбатлантириш йўли билан бронхларнинг мускул қаватига бевосита спазмолитик таъсир кўрсатади ва у бўғилиш хуружини йўқ қилади.

Бу дори моддаларни жисмоний меҳнатдан олдин ёки аллергия билан алоқада бўлишдан олдин қўлланилганда, яъни юзга келиши мумкин бўлган бўғи-

лиш хуружлари олдинда ишлатилганда хуружнинг олдини олиш мумкин. Аммо уларни узоқ вақт давомида яллиғланишга қарши моддаларсиз қўлаш салбий оқибатларга олиб келади. Узоқ вақт давомида таъсир кўрсатадиган янги В₂ миметиклар (сальметерол ва формотерол) тунги бўғилиш хуружларини олдини олишда айниқса самарали бўлиши мумкин, бироқ астмани даволашдаги уларнинг ўрни ҳали

аниқланмаган. **Оғиз орқали (перораль) қўлланиладиган метилксантинлар.** Улар бронхларнинг силлиқ қаватларига спазмолитик таъсир кўрсатади, нафас йўли мускулларидаги толиқишни олдини олади. Ҳозирги вақтда узоқ вақт давомида таъсир кўрсатувчи препаратлардан: аминофиллин ретард (300 мг), теоспек (300 мг), эуфиллин ретард (350 мг) қўлланилмоқда.

4-жадвал

В₂-агонистлар гуруҳига кирувчи асосий дори моддалар

Халқаро номи	Савдодаги номи	Кеча-кундузлик миқдори
Қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган В₂-агонистлар		
Сальбутамол	вентолин	>400 мкг
Тербутаин	сальбутамол	1000 мкг
Фенотерол	бриканил	400 мкг
	беротек	
Узоқ вақт давомида таъсир кўрсатадиган В₂-агонистлар		
Сальметерол	серевент	100 мкг
Формотерол	сальметер	
	фородил	24 мкг

БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ОҒИР ХУРУЖЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Астма натижасида ўлим оқибатига олиб келувчи хавф юқори бўлган беморлар доимий кузатувга ва айниқса ўз вақтида кўрсатилган ёрдамга муҳтож бўлади.

Бу гуруҳга анамнезда қуйидаги кўрсатмалар бўлган беморларни киритиш мумкин:

- ҳозирги пайтда кортекостероидларни қўлаётган ёки улар

ни қабул қилишни яқинда тўхтатган беморлар;

- астма касаллиги бўйича шу ўтаётган йилда шифохонада ётиб, даволанган беморлар (4-5 мартаба);

- шу йил давомида астма туфайли тез ёрдам бўлимига мурожаат қилган беморлар;

- астма касаллиги оқибатида интубация ўтказилган беморлар;

- руҳий касалликлар ёки ижтимоий муаммолар;
- астмани даволаш режаларини бажармаган беморлар.

Озод НАЗАРОВ,
Республика илмий ихтисослаштирилган Аллергология маркази директори, Европа аллергиялар уюмасининг аъзоси, профессор.
(Давоми бор).

Ибрат

ҚАЛБИ МЕҲРГА ТўЛА

«Ҳамшира – Оллоҳ инъом этган бетаквор қобилият нурлари билан суғоришган гўзаллик маликаси».

Зулхумор Ибрагимова кўп йиллардан буён Андижон шаҳридаги 4-поликлиникада катта ҳамшира вазифасида ишлаб, эл олқишига сазовор бўлган, қалби меҳрга тўла инсондир. Ундаги бой тажриба, малака ва

маҳорат кўпчилик ҳамкасбларига намуна бўлиб келмоқда...

Тонг саҳар туриб, ҳовлининг у ёқ бу ёғига назар ташлаётган Зулхумор қўшини ҳовлидан эшитилаётган шовқин-суронга қулоқ солди. Ажабо, кунни кеча тўй бўлиб ўтган хонадонда нима жанжал бўлиши мумкин... Кейин билса янги тушган келиннинг тили чучук, дудуқланиб гапирар экан.

Қайнона бўлмиш Розиянон ая тинмай сайрарди: «Билувдима, нимага улар бунчалик мулойти, меҳмондўст экан деб. Ҳа, шунга тили қисик экан-да».

– Ахир сал тутулиб гапириниш ногиронлик эмас-ку. Қизнинг одоби, сўхбатлари, чирой-чимматига гап йўқ. Фалончи ўйланибди-ю, хотинининг тили чучик экан, деганлар деверсин, рўзгор тутуши, чеварлик хунарларини айтмайсиз-ми, қўшни, – дея Зулхумор жанжални тинчитди.

Мана, ҳар хил миш-миш гапларни жасорат билан енгган қувё

ва эсли-хўшли қиз фарзандлик бўлишди. Бу савоб ишда Зулхуморнинг ҳам муносиб ҳиссаси бор.

Истараси иссиқ, ширинзабон, чаққон, шунинг учун ҳам барчага ёққан, жуда камтар хуллас, барча мактовларга лойиқ, ўз касбининг моҳир устаси Зулхумор Ибрагимова десам муболага қилмаган бўламан. У ҳозирги замон талабига жавоб бера оладиган ҳамширадир. Шу боси, Зулхуморни барча беморлар ҳурмат қилишади.

Унинг ҳамширалик касбига қизиқиши, орзу-хавас, эътиқод ва

интилишлари тиббиёт билим юрти сари етаклади. Ниҳоят ниятига етди. Албатта, бу касбни осонликча қўлга киритгани йўқ. Узининг меҳнатсеварлиги, ҳаракатчанлиги, касбига бўлган садоқати, ўта талабчанлиги билан жамоа орасида ҳурмат-эътиборга сазовор бўлди. Мана, 14 йилдирки, ўз касби – ҳамширалиқни севиб, ардоқлаб келмоқда.

Ж. ТУРДИЕВ,
Андижон вилояти,
уруш ва меҳнат фахрийси.

