

O'ZBEKISTONDA

SOG'LIQNI SAQOLASH

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УЗБЕКИСТАНА

Tibbiyotning oliy maqsadi – inson salomatligiga erishishdir.



Высшее благо медицины – здоровье.

Gazeta 1995-yil oktabr oyidan chiqqan boshlagan. E-mail: uzss @ inbox.ru № 12 (476) 2006-yil 21-27 mart Seshanba kunlari chiqadi. Sotuvda erkin narxda

ЯНГИЛАНИШ, ЮКСАЛИШ ВА МЕХР-САХОВАТ АЙЁМИ

Президент Ислам Каримовнинг Наврўз байрамига бағишланган тантанали маросимдаги сўзи

Ассалому алайкум, азиз ватандошлар!

Мухтарам меҳмонлар!
Бугун она диёримизнинг барча гўшалари, воҳою водийларида одамларимиз, эл-юртимиз бағрини кенг очиб, «Уш келибсан, Наврўзи олам!» деб баҳорга пешвоз чиқмоқда, яшариш ва янгилашиш фаслини катта хурсандчилик билан кутиб олмоқда.

Барчангизни мана шу қутлуг кун, Наврўз айёми билан чин қалбимдан муборакбод этишга, сиз, азизларга, сизлар орқали бутун халқимизга ўз ҳурмат-эҳтиромимни билдиришга ижозат бергайсиз.

Наврўз айёмининг ҳаётимиздаги ўрни, аҳамияти ва моҳияти ҳақида кўп минг йиллик тарихимизда қанча-қанча дostonлар, афсонау ривоятлар, қўшиқ ва қасидалар битилган бўлмасин, унинг маъно-мазмунни, бекиёс гўзаллигини таърифлашга, уни эъзозлаш ва улуғлашга ҳар қандай сўзлар ҳам ожизлик қилади.

Лекин энг қадимий, энг ардоқли, асл миллий байрамимиз бўлмиш Наврўзнинг юртимизда яшайдиган ҳар қайси инсон қалбига, руҳиятига ҳеч нарса билан қийслаб бўлмайдиган ҳаётбахш таъсир ўтказишини, айна шу фулсункор дамларда унинг кўнглида

жўш ураётган ҳис-туйғуларни таъсирдор қилиш, англаш қийин эмас, деб ўйлайман.

Авалло, кўкдам нафаси уфуриб, майин шабадалар эса бошлаш, табиат уйғониб, куртакларнинг очилиши билан инсон вужудига янги куч, янги ғайрат киргандек, унинг томирига, унинг қон-қонига ҳаёт ва баҳор нашидаси югургандек бўлади, юрагимизни, бутун борлигимизни яхшилик ва яратувчиликка ундайди.

Қир-адирлар, боғу роглар яшил тибосга бурканиб, майса-ғиёҳлар тупроқни ёриб, қўшга талпинаётган ажиб бир паллада одамзот беихтиёр табиат билан уйғун бўлиб яшашга, сумалак ва ҳалим каби тансиқ таомлар тайёрлаб, бу баҳор нёматларини ўз яқинлари, дўсту биродарлари, қадрдонлари билан баҳам кўришга, хурсандчилик билан сайл-томошалар ўтказишга интилади.

Наврўзи олам келиши билан қадим замонларда ҳар қандай уруш-жанжаллар, низо ва адоватлар барҳам топгани каби, бугунги

кунда ҳам одамлар ўртасидаги турли келишмовчилик, гина ва аразларни унутишга қаратилган ҳаракатлар, хонадонлар, барча маҳалла-қўйларда, эл-юртимизда аҳиллик, меҳр-оқибат ва тотувлик муҳити янада кучайиши табиий.

Бетақор Наврўз кунларида шу муқаддас тупроқда яшаб ўтган аждодларимиз, буюк алломалар, азиз-авлиёларимиз, ота-боболаримизнинг, юртимизда тинчлик-хотиржамлик бўлсин, элимизни файзу барака, хосият тарқ этмасин, сувимиз, ҳосилимиз мўл бўлсин, дала ишларини бошлаётган деҳқонларимизнинг бахтини, омадини берсин, деган тилак ва дуоларининг ижобат бўлиши барчамизнинг юрагимизга малҳам беради.

Наврўз фалсафаси, Наврўз қадриятларининг узвий бир қисми бўлмиш ёрдам ва кўмакка муҳтож одамларга, бева-бечора ва етим-есирларга, беморларга меҳр-мурувват кўрсатиш, ўтганларни хотирлаш, табаррук кексаларимизни зиёрат қилиб, дуоси-

ни олиш сингари олижаноб туйғу ва интилишлар янада жонланади.

Мана шу хурсандчилик кунларида бағрикенг, очик кўнгул халқимиз бизнинг қувончимизга шерик бўлаётган узоқ ва яқин қўшни халқларни, мана шу майдонда ўтирган уларнинг вакиллари чин дилдан табриклаб, ўзининг самими тилак ва қутловларини йўллайди.

Мухтарам юртдошларим!
Бу йилги Наврўз истиқлолимиз, мустақиллигимизнинг ўн бешинчи Наврўзидир. Бу йилги Наврўз ҳаётимизнинг барча жабҳаларида, иқтисодийтимиз соҳа ва тармоқларида янгилашиш, ўсиш ва юксалиш Наврўзидир.

Бу йилги Наврўз қишлоқда тобора ҳал қилувчи кучга айланиб бораётган деҳқон ва фермерларимиз ҳаётида том маънодаги янги кун, янги меҳнат палласидир.

Ҳеч шубҳасиз, халқимизнинг мана шундай фидокорона меҳнати, интилиши ва саъй-ҳаракатлари негизда юртимизни янада обод қилиш, одамларимизнинг ҳаёт

даражасини янги босқичга кўтариш, уларнинг ақл-заковати, куч-ғайрат ва салоҳиятини рўёбга чиқариш учун имконият яратиш бериш, аҳоли саломатлигини асраш, кўпмиллатли жамиятимизда ўзаро аҳиллик ва ҳамжихатлик муҳитини мустақамлаш каби юксак мақсадлар мужассам.

Юртимизда 2006 йилни «Ҳомийлар ва шифокорлар йили» деб атаганимиз, шу муносабат билан кенг миқёсда амалга ошираётган режа ва дастурларимиз одамларга беминнат яхшилик қилиш, беғараз ҳомийлик кўрсатиш, инсон дардига шифо бериш сингари Наврўзнинг азалий қадрият ва аъёналари билан ҳамоҳанг экани айниқса эътиборлидир.

Азизларим, қадрдонларим!
Барчангизни бағримга босиб, Наврўз айёми билан яна бир бор табриқлайман. Юртимизда тинчлик ва осейишталик доимо барқарор бўлсин!

Хонадонларимиздан меҳру оқибат, файзу барака аримасин!
Табаррук оталаримиз, муҳтарам момоларимизнинг умрлари узоқ бўлсин, ёшларимизнинг бахтини, камолини берсин!

Наврўзи олам барчамизга муборак бўлсин!

Дил изҳори

СЎЗЛАРИДАН ШИФО ТОПДИМ

Ҳурматли Феруз Гофурович Назиров!

Сизга ва сиз раҳбарлик қилаётган Соғлиқни сақлаш вазирлигидаги даволаш-профилактика ёрдамни кўрсатиш Бош бошқармасининг мутахассислари Шухрат Хошимов, Васи́ла Олимова, Баҳром Мўминовларга ҳамда қабул бўлими ходими Мухаррам Олимжоновга катта раҳмат айтаман. Чунки, уларнинг беминнат хизматлари тўғрисида кўнглидаги шифохонада даволаниб, яшашга умид боғладим...

Дунёда шундай шифокорлар борки, уларнинг бир оғиз ширин сўзи ва юзидаги табассуми бемор қалбга малҳам бўлар экан. Уйда беҳосдан олим йиқилиб, қаттиқ жароҳат олдим. Мени оғир аҳволда Республика ихтисослашган йирик бўғимлар ва қўл-бармоқларини қайта тиклаш хирургияси тиббий марказига олиб келишди. У ердаги қалби пок, тажрибали тиббиёт ходимларининг саъй-ҳаракатлари тўғрисида соғайиб, оилам бағрига қайтдим.

Қалбимдаги туганмас ташаккуримни аввало тиббий марказнинг директори, профессор Ш. Ҳамраевага, нейрохирургия бўлимининг мудури А. Умаров, ассистент А.

Шаропов, даволовчи шифокор М. Зиёев, шунингдек, нейрохирург шифокорлар О. Эрназаров, Х. Мираҳмедов, Ш. Маҳкамов, У. Нишонхўжаев, ўрта тиббиёт ходимлари А. Содиков, И. Соипов, У. Шарипов, З. Муҳаммадҷонова, М. Бурҳонова, С. Одилова, Фомима ва Зухра Зиёева ҳамда кичик тиббиёт ходимлари М. Холназарбекова, М. Комилова, Ф. Расуловларга чин дилдан изҳор этар эканман, илоийм кўлларингиз дард кўрмасин дея, кўнглингиз баҳор гулларидек нафосатга тўла ва беғубор бўлишини тилаб қоламан.

Малоҳат НАЗАРОВА,
2-гурӯх ногирони
Тошкент шаҳри.



— Истикболли юртимизга кириб келган Наврўз таровати, нафосати, ўз кўрки ва гўзаллигини ҳеч қачон йўқотмасин!

РЕКЛАМА ВА Е'ЛОНЛАР: TEL.: 133-13-22, 133-57-73.

Наврӯз — ёшариш, янгилаиш ва бунёдкорлик байрамидир



Давр мавзуси

БИР ОҒИЗ ШИРИН СЎЗ...

*Унутмагил шифокор: ширин сўзинг даводир,
Чехрандаги табассум, кулган кўзинг — даводир.
Хуш бир калом, шаксиз, беморга бахт этар жон,
Хуршид каби мунавбар гулгун юзинг даводир.*

Ха, шифокорнинг бир оғиз ширин сўзи-ю, чехрасидаги табассуми бемор учун қанчалик куч-қудратга эга эканлиги юқоридаги тўртликда ўзига хос мазмун ва моҳиятни кашф этади. Шу боис, республикамызда фаолият юритаётган 75 мингдан ортиқ шифокор ва 250 мингдан зиёд ҳамширалар фаолият олиб борар экан, уларнинг ҳар бир бемор билан қилган муомаласи ҳаётга қайта тириклик бахш этгандек қудратли. Чунки, шифокордан нажот истаётган, ўз тақдирини оқ либосли покиза инсонлар қўлига топширган, унинг ҳар бир сўзини орзиқиб, улкан умидлар билан кутаётган беморга айтадиган сўзлари ана шундай мўъжизавий синоатга эга десак, янгилимаган бўламиз. Ахир беморга бўлган гўзал муомала уни руҳан парваришлаб, нажот соҳилига йўналтиради. Қолаверса, соғайишига бўлган ишончини мустаҳкамлаб, ҳаётга бўлган интилишига куч-қувват бағишлайди.

Инсон бошига ташвиш тушиб, тансиҳатликдан айрилиб қолганида, шифо излаб, тиббиёт ходимлари хузурига келади. Шу ондан бошлаб, унинг тақдирини, ҳаттоки ҳаёти улар қўлида бўлади дейишимиз мумкин. Сабаби, энгилми, оғирми, дард билан шифохонага тушиб,



ушбу хасталиқдан халос бўлиб, оила аъзолари бағрига соғ-омон қайтгунга қадар, бемор бир неча шифокор ва ҳамширалар назарида бўлади. Шу вақт ичидан улар бир-бирини тушуниб, илиқ муносабатни йўлга қўя олса, тиббиёт ходимининг иши муваффақиятли яқунланади.

Шундай экан, ҳар бир тиббиёт ходими энг аввало беморга ўзининг ширин сўзи билан таъсир қила олиш маҳоратига эга бўлмоғи, сўзлари тушунарли ва ишонарли, бир сўз билан айтганда, унда нотиклик санъати кучли бўлиши керак.

Ҳақиқатан ҳам ширин сўз, чиройли хуш-калом инсон умрини узайтириб, унинг вужудида тетиклик, бардам-бақувватлик ва ёшлиқнинг бетакорлар лаҳзаларини акс эттиради, деган иборани кўп бора эшитамиз. Сўзларимиз қанчалик чин, ёнги таъсирли бўлмасин, барибир бу олижаноб фазилатларга эга бўлиш учун ҳар биримиз меҳр-муҳаббат нури билан йўғрилиб яшаймиз. Дарҳақиқат, фикрларимизнинг ёрқин исботини таҳририятимизга келган миннатдорчилик руҳидаги мактублар мисолида кўришимиз мумкин. Жумладан, Андижон, Навоий, Самарқанд, Сурхондарё, Бухоро, Тошкент шаҳри ва бошқа вилоятлардан келган беморларнинг шифокорларга билдирган дилномаларини кўздан кечира эканмиз, уларнинг аксарияти шифокор ва ҳамшираларнинг ширин муомаласи, қалбга даво муолажаси-ю, қўрсатган беминнат ёрдамларини алоҳида ҳурмат билан тилга олганлигининг гувоҳи бўламиз. Албатта, бу фикрларда жон бор. Чунки, кўпчилик тиббиёт муассасаларида бўлсангиз, у ерда фаолият кўрсатаётган тиббиёт ходимларининг ўзига хос нуқт маданияти ва атрофдагиларга нисбатан хушмуомала муносабатда бўлишларини кузатиб, юқоридagi фикрлар нақадар тўғри эканлигига ишончимиз ортади.

Зеро, шоир айтганидек:

**Сўз билан хастани тузатмоқ мумкин,
Сўз билан дунёни безатмоқ мумкин.
Чўккан кўнгилга ҳам юксак руҳ бериб,
Ҳаётга қайтармоқ, юпатмоқ мумкин.**

**Ибодат СОАТОВА.
Асен НУРАТДИНОВ
олган сурат.**

Миннатдорчилик

САВОБЛИ ИШДА ТОЛМАНГ

Ёшим 65 да. Ўн нафар фарзандим бор. Кейинги пайтларда юрагим хуруж қила бошлади. Аҳолимни тушунган фарзандларим Соғлиқни сақлаш вазирлигига қарашли Саломатликни тиклаш ва физиотерапия илмий-текшириш институтида даволанишимни маслаҳат беришди.

Ниҳоят, имтиёзли йўланма билан ушбу тиббиёт муассасасининг юрак, қон-томир касалликлари бўлимида соғлигимни тиклай бошладим. Ушбу бўлимдаги шифокор ва ҳамшираларнинг муомала маданияти ҳамда тахрибакорлиги билан юқори бўлса, физиотерапиядаги ходимлар эса дардга даво муолажалари билан тахсинга лойиқдир. Менга тўғри ташхис қўйиб, фойдали муолажаларни тавсия қилган ва ўзининг доимий ширин сўзи билан қалбим тўридан чуқур ҳурмат олган Динора Файзуевага алоҳида дил изҳоримни билдираман. Шунингдек, Соғлиқни сақлаш вазирлиги Ф. Назировга ҳамда мазкур муассасанинг барча ходимларига самимий миннатдорчилигини айтган эканман, уларнинг савобли ишларида омад ёр бўлишини истаб, Наврӯз айми билан чин юракдан қутлайман.

**Хайринос ЭРГАШЕВА,
Тошкент вилояти,
Чиноз тумани.**



ШАРТНОМА ИМЗОЛАНДИ

Ўзаро ҳамкорлик асосида Новосибирск вилояти соғлиқни сақлаш департаменти ва даволаш-профилактика муассасалари раҳбарларининг вилоятимизга ташрифи гоят самарали бўлди. Ташриф чоғида Россия Федерациясининг Новосибирск вилояти соғлиқни сақлаш департаменти билан Наманган вилоят ҳокимлиги соғлиқни сақлаш бошқармаси ўртасида шартнома имзоланди.

Бундан кўзланган асосий мақсад, наманганлик шифокорларнинг Новосибирскдаги етакчи тиббиёт марказларида малака оширишлари, департамент томонидан вилоятда мутахассисларни тайёрлаш учун мактаб-семинарлари ташкил этиш ҳамда шу ерда департаментнинг тажрибали шифокорлари иштирокида тажрибали операциялар ўтказишдан иборат. Мазкур шартномани Новосибирск вилояти соғлиқни сақлаш департаменти раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор Н. Тов ҳамда вилоят ҳокимлиги соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори М. Ваққосовлар имзолади ва у 2006 йилнинг 1 мартидан кучга кириб, икки йил фаолият олиб бориши тасдиқланди.

2006 йилнинг 25 февраль кўни Новосибирск вилояти соғлиқни сақлаш департаменти раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор Н. Тов бошлиқлигидаги гуруҳ, Республика шошилиқ тиббий ёрдам илмий маркази вилоят филиалининг Тўрақўрғон ва Поп туман бўлимлари, Чуст тиббиёт коллежи, «Қўрғонча» ва «Хўжабод» кишлоқ врачлик пунктларида бўлиб шифокор ҳамда беморлар билан суҳбат курдилар.



Куннинг иккинчи ярмида ушбу гуруҳ вилоят ҳокими, Республика Олий Мажлис Сенати аъзоси И. Нажмиддинов қабулида бўлиб, вилоят тиббиёт тизимида амалга оширилаётган ислохотлар бора-сарида ўзаро ўртоқлашдилар. Мазкур ташриф чоғида вилоят ташхис марказининг мажлислар залида вилоят даволаш-профилактика муассасалари раҳбарлари билан учрашув бўлиб, тизимда олиб борилаётган ишлар хусусида фикр алмашдилар. Ушбу йиғилишда вилоят ҳокимининг ўринбосари А. Болтабоев ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари Н. Шараповлар иш-

тирок этиб, меҳмонларни ҳамкорлик шартномасини имзолаганиги билан табриқлаб, келгуси ишларига омад тилади.

Никита ТОВ, Новосибирск вилояти соғлиқни сақлаш департаменти раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

— Гарчанд беш-ўн нафар наманганлик шифокорлар билан таниш бўлсамда, ташрифимиз аввалида Наманган вилояти тиббиётини, шаҳрини, қолаверса, одамларини бундай тасаввур этмагандим. Тиббиётдаги янги технологиялар, амалга оширилаётган ислохотлар, ҳамкасбларим-



нинг бой билими мени бағоят қувонтирди. Наманганда Республика шошилиқ тиббий ёрдам илмий маркази вилоят филиали, кишлоқ ва шаҳар врачлик пунктлари фаолиятлари билан танишиб, республика тиббиётининг қўлга киритган ютуқлари, унинг юксалишида наманганлик мутахассисларнинг алоҳида ўрни борлигини кўрдим. Айниқса, кишлоқ аҳолисига малакали тиббий ёрдам кўрсатилаётганлиги, вилоятда бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатувчи муассасалар фаолиятида Ўзбекистон ҳукумати ва Жаҳон банки ўрта-

сида тузилган шартномалар асосида «Саломатлик-2» лойиҳаси доирасида бажарилаётган ишлар жуда эътиборлидир. Унинг натижасида эса, мазкур муассасаларнинг моддий-техник базаси юксалиб, унда меҳнат қилаётган ходимлар савияси ва билим даражасининг ортиши нур устига нур бўлади. Диёрингиздаги соғлиқни сақлаш тизимига бўлган эътибор мени ниҳоятда қувонтирди.

**А. АКБАРОВ.
Муаллиф олган суратлар.**



24 март – БУТУН ЖАҲОН СИЛ КАСАЛЛИГИГА ҚАРШИ КУРАШ КУНИ

Аҳолининг СОЎКдан ногирон бўлиб қолиши муҳим ижтимоий муаммо ҳисобланади. Европада ишга лойқатсизлик кунлари бўйича СОЎК бошқа сабаблар билан қиёсланганда учинчи ўринда туради.

Европа мамлакатларида СОЎК гуруҳи доирасида, бронхиал астма (БА) ва зотилжамни қўшиб ҳисоблаганда, 1996 йилда ўлимни келтириб чиқарувчи сабаблар орасида учинчи ўринни эгаллаб, 100000 аҳолига нисбатан олинганда ўрта ҳисобда 20 фоизни ташкил этган.

АҚШда бугунги кунда ўлим даражаси, 100000 аҳолига нисбатан олинганда, 18,6 фоизни ташкил этади, бунда сўнгги 10 йил ичида бу кўрсаткич 71 фоизга ошган. Бу ҳол айниқса муҳимдир, чунки аҳоли ўлими умумий даражаси 21 фоизга камайган. Худди шу давр ичида юрак-томир ва цереброваскуляр хасталиклар тўғрисидаги ўлим тегишли равишда 45 ва 58 фоизларга камайган. Белгияда 40-74 ёшларда, 100000 аҳолига нисбатан олинганда, СОЎКдан 54 киши вафот этган. Агар бу кўрсаткични бевақт ўлимга олиб келадиган сабаблар билан солиштирсак, фақатгина ўпка раки (1000 кишига нисбатан – 8,3) ва юрак ишемик касаллиги – ЮИК (1000 тага – 7,3) кўплаб кишилар ёстигини кўритган.

Ўзбекистонда аҳоли нафас аъзолари касалликлари сон жиҳатдан биринчи ўринни эгаллайди. Сўнгги 10 йил ичида носпециффик ўпка хасталиклари бўйича касалланиш кўрсаткичи 2,5 баравар ошди, шифохонага ётқизилган пульмонологик хасталикка эга беморлар сони юрак-томир ва эндокрин хасталиклар билан оғриган ётоқли беморлар сонидан ошиб кетди. Республикада сурункали носпециффик ўпка касалликлари (СНЎК)дан вақтинча ишга яроқсиз одамлар сони 12 фоиз, ногиронлар сони эса 3 фоизга кўпайган. Ўзбекистонда СНЎКдан ўлим ҳоллари ҳам кўпайиб бормоқда, бу эса МДҲда тегишли кўрсаткичлардан 1,5-2 баравар ортди. Кишлоқ ҳудудларида ўпканинг носпециффик касалликларидан ўлим кўрсаткичи айниқса юқоридир.

Шуни таъкидлаб ўтиш жоизки, дунёнинг турли минтақаларида СОЎКнинг тарқалиши, улар тўғрисидаги ногирон бўлиб қолиш ва ўлим кўрсаткичлари бир-биридан анча фарқ қилади. Шу босис, СОЎКни ўз вақтида аниқлаш ва даволашда кўпчилик шифокорлар анчагина қийинчиликларга учрайдилар.

Сурункали обструктив ўпка касаллигига асосан сурункали обструктив бронхит ва ўпка эмфиземаси оқибатида келиб чиқадиган нафас йўлларидаги обструкцияси билан характерланган ҳолатлар кирadi.

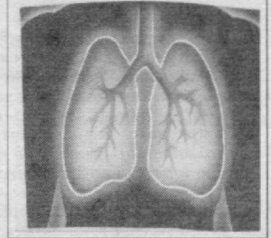
Академик А. Чучалин ва айрим Америка олимлари СОЎКга, яъни сурункали обструктив бронхит ва эмфизема қаторига оғир бронхиал астма, бронхоэктатик касаллик, муковисцидоз ва облитерацияловчи бронхиолитларни ҳам киритишни таклиф қилганлар. Бизнинг фикримизча, бу тўғри таклиф, чунки юқорида кўрсатилган касалликлар ҳам борган сари зўрайиб, оғир нафас етишмовчилигига олиб келадиган, кўпича ортага қайтмас ва нохуш касалликлар қаторига кирadi.

Аммо 2002 йил ноябрь ойида Москва шаҳрида Россия пульмонологларнинг бронх-ўпка касалликларига аталган XII конгресси бўлиб ўтди. Шу анжуман материаллари билан кўпчилик Европа ва Россия олимлари СОЎКга, фақат сурункали обструктив бронхит

Умумий амалиёт шифокорларига
амалиёт ёрдам

СОЎК тарқалиши дунё бўйлаб буюрак ортиб бормоқда. 1995 йилда АҚШда 12,5 миллион одам СОЎК касаллиги ва 1,65 миллион киши эмфиземага йўлиққан. Оқ танли эркаклар орасида бу хасталик 4-6 фоиз кишиларда, аёллар орасида эса 1-3 фоиз ҳолларда учраб туради.

Шуни ҳам қайд этиш мумкинки, киши ёши улғайган сайин унда ушбу хасталикнинг ривожланиш хавфи ошади. Агар СОЎК дардига 40 ёшларда 3-6 фоиз киши учраса, 70 ёшга бориб бу кўрсаткич 24,1 фоизгача ошади. Америкада 65-74 ёшли эркакларнинг 13,6 фоизи ва шу ёшдаги аёлларнинг 11,8 фоизи СОЎКга дучор бўлмоқда. Европа минтақасида бу хасталикнинг ўсиш жараёни юқоридагидан жуда кам фарқ қилади.



СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИ (СОЎК)

ни ва ўпка эмфиземасини қолдириш тўғрисида, деган фикрга келдилар ва сурункали обструктив бронхит ўрнига, «Сурункали обструктив ўпка касаллиги» атамасини қабул қилиш таклиф қилинди.

Сурункали нафас органлари касалликлари орасида энг кўп тарқалган касаллик сурункали оддий бронхитдир. Сурункали бронхит билан хасталанган беморларда 2 йил давомида, камида 3 ой мунтазам йўтал ҳамда балғам ажратиш билан кўринади. Бунда нафас олиш марказий ҳаво йўллари сатҳида жойлашган патологик жараён асосан йирик бронхларда бўлиб, ушбу хасталик «проксимал бронхит» деб номланади. Оддий бронхитда – трахеобронхиал субмукоз безлар гипертрофияси ва шиллик парда трахеобронхиал ҳужайраларининг (қадахсимон ва ҳиллиплочиб эпителий ҳужайралари) гиперплазияси, шиллик парданинг яллиғланиши кузатилади. Бундай ҳолат нообструктив бронхитга хос бўлиб, у сурункали бронхитга эга беморларнинг қарийб 3/4 қисмида кузатилади. Бу тур бронхитларда бемор умумий аҳоли турғун, қоникарли бўлиб, унда иш қобилияти ҳам сақланиб қолади. Бу ерда шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, юқоридаги ҳолат тамаки чекувчиларда бўлганда, кўпича уни фақат тамаки чекиш белгиси деб, киши бошида врачларга мурожаат қилмайди. Лекин касалликнинг аста-секин кучайиб бориши беморни шифокорга олиб келади.

Сурункали обструктив ўпка касаллиги (СОЎК) зомонавий пульмонологияда долзарб муаммо саналади. СОЎК – бронх шиллик пардасининг сурункали ноаллергик яллиғланиши бўлиб, зўрайиб борувчи нафас етишмовчилигига олиб келадиган нафас йўллари обструкцияси билан тавсифланади. СОЎКда рўй берувчи обструкциянинг қайтарилмас ва қисман қайтарилувчан турлари бор. Қайтарилмас тури ўпканинг эластик қоллаген стромаси деструкцияси, бронхиолалар деформацияси ҳамда облитерацияси билан боғлиқ. Қайтарилувчи тури эса бронхлар силлиқ мушаклари спазми натижасида юзага келиб, бунда майда бронхлар шиллик пардаларининг шишиши ва уларнинг обструкцияси кузатилади. Ушбу ҳолат «дистал бронхит» деб аталади.

Этиологияси. СОЎКнинг келиб чиқиш омиллари талайгина. Кўпчилик тадқиқотчилар тақлифи билан, уларни бир неча гуруҳга ажратиш мумкин.

СОЎК шаклланишининг асосий сабаблари

Минтақамизда мавжуд бўлган атроф-муҳитнинг айрим нохуш таъсирлари ва касбга алоқадор зарарли омиллар ушбу касаллик

ларда асосий этиологик омиллардан ҳисобланади. Жумладан, дефолиантлар, хлорорганик бирикмалар, пахта, дон чанглари, олтингугурт ва азот диоксидлари, ҳавода қадий ва кремний моддалари микдорининг ошиши ва бошқаларнинг бронхлар шиллик пардаларига зарарли таъсир кўрсатиши исботланган. Сўнгги вақтларда СОЎК билан касалланишда тураржой биноларининг полотиантларига тобора кўпроқ аҳамият берилмоқда. Улар замо-



навий синтетик қурилиш материаллари ва иситиш тизимларидан фойдаланиш жараёнида, айниқса киш фаслида ҳосил бўлиб, ўз салбий таъсирини кўрсатади.

Сурункали обструктив ўпка касалликлари келиб чиқишида тамаки чекиш зарарли омиллардан бири ҳисобланади. Ҳозирги вақтда барчага очик-ойдин аниқки, тамаки чекиш жуда кўп оғир касалликлар келтириб чиқариши билан инсонларни барвақт ўлимга олиб келмоқда. Сайёрамизда яшаётган миллионлаб одамлар ўз ихтиёрлари билан никотин ва бошқа захарларни сиратиб тутишни орқали таналарига киритадилар. Жаҳон соғлиғини сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда дунёда 1,1 миллиард киши чекар экан, бу эса ўз навбатида ўлимни келтириб чиқарувчи асосий омиллардан бўлиб ҳисобланади, аммо, ирода кучига таяниб уни олдини олса бўлади.

Маълумки, 80-90 фоиз чекувчиларда нафас аъзоларининг сурункали касаллиги, 30 фоизда юрак қон-томир касалликлари ва 85 фоизда эса ўпканинг рақ кассаллиги юзага чиқди. Бу эса йилга 4 миллион кишининг ўлимига сабаб бўлаётди. Бошқача қилиб айтганда, ҳар 8 сонияда чекиш натижасида бир киши ҳаётдан кўз юммоқда.

Айрим маълумотларга кўра, АҚШда йилга 390000, Россияда эса 300000 киши чекиш оқибатида ҳаётдан кўз юммоқда. Жаҳон соғлиғини сақлаш ташкилоти маълумотларига қараганда чекиш шу даражада давом этадиган бўлса,

2020 ва 2030-йилларга бориб йилга 10 миллион киши чекиш қурбони бўлиши кўтилмоқда.

Текширишларнинг кўрсатишича, сўнгги пайтларда Россиянинг 40 фоиз, Бельгия, Финляндия, Швециянинг 25 фоиз аҳолиси тамаки чекар экан. Эркаклар орасида тамаки чекиш Латвия, Эстония, Польша, Молдавия, Туркия, Украина, Литва давлатларида жуда юқори даражада, ўспиринлар орасида чекувчилар ўрта ҳисобда 36 фоиз, юқори синф

йўлларидаги майда тўқималари ўзгаришига сабаб бўлади.

СОЎКга кўпича чекувчилар хасталиги деб қаралади. Унда обструкция фақат ашаддий кашандаларда эмас, балки пассив чекувчи ҳисобланадиган одамларда ҳам учраб туради. Кишининг қайси ёшдан бошлаб чека бошлагани ва бир кунлик чекиладиган сиратларни сони СОЎКда хатари оқибати олдиндан билдирувчи асосий омиллар саналади. Ота-оналари тамаки чекидиган болаларда СОЎКнинг ривожланиш хавфи юқори бўлади.

Кейинги йилларда организмда альфа1-антитрепсин (альфа1-АТ) етишмовчилигига, бронх-ўпка касалликларининг келиб чиқишига сабабчи эканлигига катта эътибор берилмоқда. Альфа1-АТ етишмовчилиги 4-5 фоиз беморларда наслдан-наслга ўтади. Бу ҳолат ўпка эмфиземаси ва сурункали бронхит тараққий этишига шароит яратди, чунки оқсилнинг лейкоцит ва макрофаглар парчаланишидан ҳосил бўладиган ферментлар таъсирида бузилиши юзага келади.

Альфа1-АТ (гетерозигот тури) кишиларда 0,6 фоиз тегиликда учрайди. Уларда эмфизема ва сурункали бронхит билан касалланишга мойиллик бўлади, айниқса ашаддий чекувчиларда альфа1-АТ бўйича гомозигот кишиларда, чекишидан қатъи назар, барвақт эмфизема юзага чиқади.

СОЎК келиб чиқишига сабаб бўладиган қўшимча омилларга қўйидагилар кирadi:

- вирусли респиратор хасталикларнинг бўлиши: бунда кўпича нафас йўллари эпителиал ҳужайраларида вирусларнинг сақланиб туриши (персистенция) кузатилади ва бу айниқса СОЎК кўзиганда алоҳида аҳамият касб этади;
- ичкиликбозлик ва гиёҳвандликка дучор бўлган кишиларда бу хасталик ҳолатлари СОЎК пайдо бўлишига замин ҳозирловчи омиллар ҳисобланади;
- кишининг ўз ҳаётини эҳтиётларига мос келмайдиган ижтимоий-иқтисодий аҳоли, боланинг туғилганда кам вазнда бўлиши, иммунитет макроминим ўзгарганлиги (масалан, секретор JgA камайиши), 40 ёшдан ошган палла, айниқса, эркакларда.

Ўзбекистонда СОЎКнинг тарқалишида ҳавонинг дефолиантлар билан ифлосланиши, касбга доир омил ва иммунитет танқисликларининг ўрни анча кенг ҳисобланади.

Абдулла УБАЙДУЛЛАЕВ,
академик, Фтизиатрия ва
пульмонология илмий
текшириш институти
директори.

(Давоми бор).

Шiori: «Ҳаёт учун интилиш: силдан ҳоли бўлган дунё учун!»

24 марта — ДЕНЬ ВСЕМИРНОЙ

Сочетание сахарного диабета и туберкулеза легких становится все более актуальной медицинской и социальной проблемой, поскольку повсеместно растет заболеваемость туберкулезом, увеличивается распространенность сахарного диабета. Сейчас в мире насчитывается более 160 млн. больных сахарным диабетом, а через 25 лет, по прогнозам, их число возрастет почти вдвое.

Выявление и изучение групп населения с повышенным риском заболевания туберкулезом - одна из злободневных проблем современной фтизиатрии. В эту категорию лиц входят больные сахарным диабетом, так как туберкулез легких у них встречается в 4-9 раз чаще, чем среди людей с ненарушенным углеводным обменом.

Современные представления о сахарном диабете основаны на выделении двух основных типов болезни: инсулиннезависимый - СД I типа и инсулинозависимый - СД II типа.

При I типе диабета характерно снижение или отсутствие вовсе выработки инсулина в поджелудочной железе. Факторами риска для СД I типа являются

симптоматикой туберкулезной интоксикации; жалобы на повышение температуры тела до 38-39°, резко выраженная слабость, кашель с обильным выделением мокроты; одышка, сердцебиение, иногда кровохарканье или легочное кровотечение; рентгенологический процесс в легких двухсторонний, распространенный, с множественными зачастую мелкими полостями распада.

Для больных инсулинонезависимым сахарным диабетом характерен возраст старше 40 лет; незаметное начало легочного процесса, зачастую напоминающее симптомы диабета; жалобы на недомогание, слабость, небольшую потерю веса, снижение аппетита, потливость; кашель с выделением небольшого количества мокроты по утрам и непостоянная температура тела не выше 37-38°; рентгенологический процесс в легких более ограниченный, но с более крупными одиночными полостями распада.

Диагностика и особенно лечение больных с сочетанием туберкулеза легких и сахарного диабета представляет немалые трудности. Вполне правильным следует считать создание специализированных отделений для этих больных. Такие

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

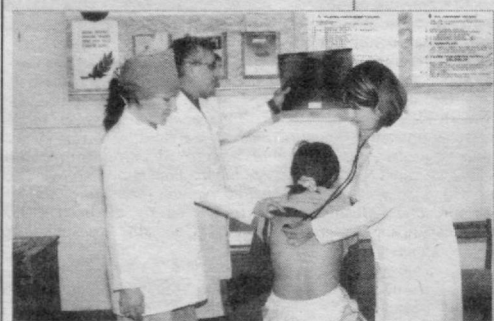
определённые вирусные инфекции (краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит и гепатит), токсические соединения (мочевая кислота и т.д.), отягощенная по сахарному диабету наследственность.

При II типе СД - уровень инсулина в крови может оставаться нормальным или даже возрастать, но сопровождается уменьшением числа инсулиновых рецепторов в тканях. Для СД факторами риска являются: избыточная масса тела, возраст старше 40 лет, наследственность, отягощенная по сахарному диабету, повышенное артериальное давление, снижение физической активности, несбалансированное питание.

отделения, помимо консультанта - эндокринолога, должны быть укомплектованы фтизиатрами, хорошо ориентированными в вопросах диагностики и клинике этого заболевания, особенностях его компенсации у больных туберкулезом. Именно компенсация нарушений углеводного обмена и является первоочередной задачей при лечении больных с сочетанной патологией.

Специального внимания требуют меры по своевременному выявлению сочетанной патологии и её профилактики. Систематическое обследование больных сахарным диабетом с целью выявления туберкулеза легких давно вошло в практику здравоохранения. В противоположность этому выявление нарушения углеводного обмена у больных туберкулезом проводится неудовлетворительно. Больных туберкулезом, а также лиц, перенесших это заболевание, следует рассматривать как группу риска в отношении развития сахарного диабета. Целенаправленное исследование углеводного обмена должно проводиться у них скрининговыми методами. Поэтому для всех вышеуказанных больных, особенно переживших 40-летний рубеж, необходимо, как минимум 2 раза в году, определять сахар в крови или, как наиболее простой и точный метод, определять содержание гликозилированного гемоглобина в крови. Достоинство этого метода, помимо его доступности, состоит в получении информации об эпизодах гипергликемии за длительный предшествовавший промежуток времени. У больных туберкулезом с повышенными показателями гликозилированного гемоглобина необходимо проводить профилактику нарушений углеводного обмена, которая в свою очередь влияет на эффективность лечения специфического процесса в легких.

**Н. ПАРПИЕВА,
доктор медицинских наук.**



Кроме двух основных типов сахарного диабета, выделяют группу пограничных нарушений углеводного обмена, обозначаемых как нарушение толерантности к глюкозе.

Дифференциация и правильная трактовка типов сахарного диабета у больных с сочетанной патологией имеют значение не только для выбора тактики лечения, но и для верного ориентирования в особенностях течения туберкулезного процесса.

Анализ клинической симптоматики туберкулезного процесса и его форм в зависимости от типов сахарного диабета показал, что: для больных инсулинонезависимым сахарным диабетом характерен молодой возраст; острое начало легочного процесса с четко выраженной

РОЛЬ БРОНХОСКОПИИ В КЛИНИКЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В последние годы одним из наиболее надежных и информативных методов инструментальной диагностики заболеваний легких является трахеобронхоскопия.

Как диагностический и лечебный метод она существует с 1897 г., когда д-р Killian провел первую в мире бронхоскопию и удалил инородное тело из правого главного бронха.

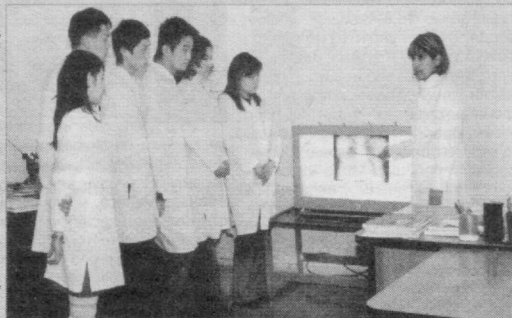
Трахеобронхоскопия (часто употребляют более короткое название — бронхофиброскопия) — эндоскопический метод оценки слизистой оболочки и просвета трахеи и бронхов — так называемого трахеобронхиального дерева. Диагностическое исследование выполняется с помощью гибких эндоскопов, которые вводятся в просвет трахеи и бронхов. Бронхоскопическое исследование показано всем больным с клинически или рентгенологически установленным патологическим процессом в легких для уточнения характера и степени выраженности изменений в бронхиальном дереве, а также для выработки лечебной тактики.

Туберкулезу легких свойственно большое многообразие клинических симптомов, которые варьируют в широких пределах. Обычно отмечают прямую зависимость между выраженностью клинических симптомов и изменениями в легких, но возможно и их несоответствие, тяжелой туберкулезный процесс и маловыраженная клиническая симптоматика или незначительные изменения и достаточно яркая клиническая картина. Поэтому во фтизиатрических клиниках диагностику туберкулеза органов дыхания проводят поэтапно. Методы обязательного диагностического минимума позволяют установить диагноз с наименьшими затратами. Двумя достоверными критериями диагностики остаются обнаружение микобактерий туберкулеза в материале, полученном от больного, и специфические морфологические изменения в биоптате из пораженного органа. В сложных и сомнительных случаях применяют дополнительные инструментальные методы исследования, позволяющие верифицировать диагноз.

Больным с клинко-рентгенологическими проявлениями, характерными для туберкулеза, при удовлетворительном общем состоянии показано проведение бронхоскопии с исследованием аспириата из бронхов или бронхоальвеолярных смывов на микобактерии туберкулеза. Возможно также цитологическое и гистологическое исследование биоптата легочной ткани. Этот метод очень важен и информативен не только для верификации диагноза туберкулеза, но и для дифференциальной диагностики туберкулеза, рака и других заболеваний. Противопоказаниями к бронхоскопии являются острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, легочно-сердечная и сердечнососудистая недостаточность III степени, пароксизмальная тахикардия, атриоventрикулярный блок.

Подготовка больного начинается с проведения клинко-рентгенологического обследования, определения группы крови и резус-фактора, выполнения ЭКГ и спирорографии.

За 30 мин. до начала исследования больному подкожно вводят 1 мл 0,1 %-



раствора атропина сульфата для снятия вагусного влияния. Больным со склонностью к бронхоспазму за 15 мин. до начала исследования вводят внутривенно 10 мл 2,4 %-раствора эуфиллина на 10 мл физиологического раствора, а непосредственно перед началом местной анестезии дают вдохнуть 1 или 2 дозы аэрозоля.

Бронхоскопию выполняют в специальном кабинете бронхофиброскопом или видеоbronхоскопом.

Для анестезии верхних дыхательных путей и гортани применяют 10%-раствор лидокаина, нанося его на слизистую оболочку с помощью распылителя. При трансназальном введении эндоскопа анестезию нижнего носового хода проводят аппликационным способом. Анестезию гортанных складок, карины шпор долевых и сегментарных бронхов выполняют под визуальным контролем с помощью катетера, введенного через канал прибора. Для этого используют 2 % раствор лидокаина в количестве 6-8 мл.

Бронхоскопию можно выполнять при двух положениях больного: сидя или лежа. Если у пациента имеется дыхательная недостаточность, но нет опасности возникновения осложнений, предпочтительнее исследование в положении сидя. Эндоскоп можно вводить трансназально или трансорально.

При осмотре бронхов следует обращать внимание на форму и размеры их устьев, форму и подвижность шпор всех видимых бронхов, окраску слизистой оболочки бронхов, изменения хрящевых колец и сосудистого рисунка, размер устьев слизистых желез, характер и количество секрета.

Важной составной частью диагностической бронхоскопии является биопсия. Она выполняется для установления диагноза и определения распространенности процесса по длине бронха. Во время бронхоскопии производят забор материала для бактериологического, цитологического и морфологического исследований.

Лечебно-санитарная бронхоскопия также имеет большое значение в клинике туберкулеза легких. Установлено, что у более 2/3 больных с туберкулезом легких в трахеобронхиальных путях имеются неспецифические воспалительные изменения, которые усугубляют течение туберкулеза. Интратрахеальное введение противотуберкулезных препаратов и антибиотиков широкого спектра с помощью гибкого бронхоскопа позволяет оздоровлению и улучшению дренажной функции трахеобронхиального дерева.

Л. ИРГАШЕВ.

Девиз: «Действия для жизни: к миру,

БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

По оценкам ВОЗ, 50 миллионов человек могут быть инфицированы штаммами микобактерий туберкулеза (МБТ), устойчивыми по крайней мере к одному из стандартных препаратов. Поэтому в 1994 году ВОЗ разработала Всемирный проект по надзору за устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Возникновение полирезистентного туберкулеза происходит при незавершенном лечении больного: либо по вине самих пациентов, которые преждевременно прекращают лечение из-за улучшения самочувствия, либо по вине неграмотных врачей, которые назначают неправильные комбинации препаратов, недостаточные их дозировки или не выдерживают необходимые сроки приема препаратов. Доказано, что после неудачного лечения новых случаев туберкулеза, распространенность лекарственно-устойчивого туберкулеза возрастает в 10 раз.

Хронические случаи туберкулеза являются важнейшими источниками распространения мультирезистентного туберкулеза, а устаревшие методы борьбы с туберкулезом оказались не в состоянии снизить число подобных случаев. Поэтому, для здравоохранения многих стран лечение устойчивого туберкулеза представляет важнейшую проблему.

Предположительный диагноз лекарственно-устойчивого туберкулеза ставится при отсутствии клинического улучшения после проведенного курса лечения, на что уходит в среднем от 3 до 6 месяцев. В итоге у больного с не выявленной первичной устойчивостью отмечается неэффективное лечение. Лабораторное исследование чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам в данной ситуации может быть единственной альтернативой в решении вопроса своевременной коррекции режимов лечения больного. Выходящих лиц с лекарственной устойчивостью определяют обоснованный подбор комбинации противотуберкулезных препаратов и имеет двоякую цель: улучшить исход лечения у таких боль-

ных и пресечь распространение лекарственно-устойчивых штаммов.

Каковы же основные клинические ошибки, вызывающие лекарственную устойчивость?

* Запоздалая диагностика и изоляция больных с положительным мазком;

* Неадекватные исходные режимы терапии (назначение менее 4 противотуберкулезных препаратов; преждевременное прекращение лечения; неоправданное изменение режима лечения при появлении побочных реакций);

* Неспособность распознать существующую лекарственную устойчивость: а) не выяснено, что больной ранее лечился; б) не собран анамнез контакта с известными случаями туберкулеза; в) образцы мокроты не отправлены на исследование лекарственной чувствительности;

* Несоблюдение режимов лечения: а) пациенты не обучаются методам лечения; б) используется неконтролируемая интермиттирующая терапия; в) нет контроля за соблюдением режима лечения;

* Неадекватная продолжительность лечения.

Нельзя не отметить и наличие связи между вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и частотой полирезистентного туберкулеза. Более того, ряд исследований, проведенный в США, выделит ВИЧ-инфекцию в качестве фактора риска развития приобретенной лекарственной устойчивости и указывает, что СПИД, возможно, является независимым фактором риска развития приобретенной устойчивости к препаратам.

Итак, заболеваемость туберкулезом, устойчивым к стандартным противотуберкулезным препаратам, растет во многих регионах мира. Этот рост представляет существенную угрозу для программ лечения и борьбы с туберкулезом, т.к. значительно снижает результаты лечения. Поэтому необходимо выбрать правильный режим терапии, который должен включать не менее 4 противотуберкулезных препаратов, (а возможно, даже шесть-семь препаратов), целью которого является по возможности быстрое и полное уничтожение популяции микобактерий.

Проблему лечения туберкулеза легких на современном этапе усугубляет увеличение полирезистентных (MDR) форм туберкулеза. Дело не только в том, что шансы на излечение у больных, инфицированных штаммами микобактерий туберкулеза с множественной устойчивостью ниже, но и в том, что препараты второго и третьего ряда гораздо токсичнее и дороже.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Для решения данной проблемы рассматриваются два основных подхода: индивидуализированный и стандартизованный.

Индивидуализированный классический метод давно используется специалистами в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза. Больным составляется режим химиотерапии, включающий препараты, к которым чувствительна палочка данного больного, подтвержденная лабораторным исследованием.



Стандартизованный подход более простой, на базе программы DOTS. Химиотерапия коротким курсом не в состоянии излечить большинство больных мультирезистентным туберкулезом. В то же время остальные компоненты стратегии могут оказаться отличной основой для лечения и борьбы с MDR-туберкулезом. Поэтому стратегии, основанные на DOTS, с соответствующими изменениями, необходимыми для лечения больных с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза, являются своевременной реакцией на растущую угрозу общественному здоровью. Стратегия DOTS-Плюс это продолжение хорошо обоснованной

стратегии DOTS. Для выбора стандартного режима понадобятся данные исследования на лекарственную чувствительность, с определением устойчивости, по крайней мере, к основным препаратам. Так, сформирована наиболее эффективная стандартная схема, куда входят следующие препараты: это -аминохинолоны (каприомицин, капацин, капастат 500-1000 мг); фторхинолоны (таваник 500 мг, эзонин 600-800 мг, офлоксацин 600-800 мг); циклосерин 500-750 мг; протиамаид 500-750 мг в соответствующих весу больного дозировках, как указано в рекомендациях ВОЗ по лечению резистентных форм туберкулеза. Препараты распределяются на весь цикл лечения больного мультирезистентной формой туберкулеза, который рекомендуется проводить беспрерывно в течение 18-24 месяцев. Длительность интенсивного курса лечения с использованием 4-5 препаратов, составляет от 3 до 5 месяцев в зависимости от негитивации мазка, общности процесса и наличия сопутствующих заболеваний и поддерживающей фазой применяют 2-3 препарата. Достоинства программы заключаются в меньших исходных затратах, упрощении организации работы и ведении больных, т.к. все пациенты получают стандартные дозы одних и тех же препаратов.

Другого метода лечения резистентных форм туберкулеза придумываются в Новосибирском НИИ туберкулеза Российской Федерации. По представленным им данным, для получения бактерицидного эффекта при средней и высокой степени резистентности микобактерий туберкулеза к 1-2 препаратам важно, чтобы все 3-4 лекарственных препарата были

доставлены к возбудителю в максимальной концентрации одновременно, что требует учитывать при разных способах назначения медикаментозных средств, соблюдая правильную последовательность их введения в организм больного. Так, наибольшие концентрации препаратов в очаге воспаления будут достигнуты, если пациент вначале принимает таблетки (капсулы) рифамицина, пирразинамида или этамбутола внутрь, затем через 1 час ему вводят внутримышечно стрептомицин и еще через 30 минут - изониазид внутривенно капельно. Изменение такого порядка введения лекарств недопустимо, так как может существенно уменьшиться бактерицидный эффект, поскольку часть метаболитически активных МБТ из-за преждевременного попадания какого-то препарата в воспалительный очаг может перейти в состояние персистенции. Позже, поступившие в очаг препараты не смогут оказать повреждающее действие на микробы-персисторы. Переход микобактерий в состояние персистенции препятствует достижению бактерицидного эффекта.

Таким образом, приоритеты программы лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза будут своими в каждой стране. Два основных фактора здесь - успешность Национальной программы по борьбе с туберкулезом и масштабы проблемы полирезистентного туберкулеза.

В. БЕЛОЦЕРКОВЕЦ,
к.м.н. НИИ Фтизиатрии и
пульмонологии МЗ РУз,
г. Ташкент.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ

Туберкулезный менингит — воспаление мягких мозговых оболочек головного мозга, одна из наиболее тяжелых грудных осложнений туберкулеза.

Первые сведения о туберкулезном менингите дошли до нас из Древнего Египта. Необходимо отметить, что наиболее глубокие и четкие описания менингита принадлежат нашему соотечественнику Авиценне. Он описал ранние и поздние признаки и клинические проявления менингита, который им назван горячим фарангузом или сарсамом (от персидского слова - сар - голова, сам - опухоль) (Канон, книга III, т.1, стр. 86-77).

Один из крупнейших американских историков медицины Кэмпстон справедливо отмечал: «...вряд ли к определению менингита Авиценной можно прибавить что-нибудь существенно

новое в наше время».

Несмотря на то, что проблема туберкулезного менингита изучена и изучается всесторонне, вопросы диагностики остаются сложными. Доказано, что для того, чтобы развился туберкулезный менингит, необходимо наличие 3-х основных условий: 1) понижение сопротивляемости организма больного; 2) местная реакция, в данном случае так называемое «шоковое состояние мягких мозговых оболочек»; 3) циркуляция микобактерий туберкулеза в крови и попадание их в центральную нервную систему.

Факторами, способствующими развитию туберкулезного менингита, могут быть: частые простудные заболевания типа «гриппа», ОРВИ, сахарный диабет, черепно-мозговая травма, беременность и роды, злоупотребление алкоголем и наркотиками, нарушение режима лечения туберкулеза.

Туберкулезный менингит, как

и туберкулез в целом, имеет многообразные маски типа «гриппа или ОРВИ», «пневмонии», «брюшно-го тифа», «черепно-мозговой травмы», «опухоль головного мозга». Наличие масок, типичное начало заболевания часто затрудняет правильную и своевременную диагностику.

При классическом варианте туберкулезного менингита можно выделить следующие стадии:

- 1) продромальный период - слабость, недомогание, раздражительность, плохой аппетит. В этом периоде головной боли еще нет;
- 2) период - раздражение мозговых оболочек: характеризуются появлением сильных головных болей, тошноты и рвоты, не связанных с приемом пищи. Присоединяется поражение черепно-мозговых нервов: двоение в глазах, косоглазие, слаженность носогубной складки, отсутствие мимики на лице, ощущение угла рта с пораженной стороны. У больного наблюдается повышение температуры, слабость нарастает, усиливается сердечбиение, появляется раздражитель-

ность на свет и шум. Возможны нарушения функции тазовых органов: задержка стула, мочеиспускание или недержание мочи;

- 3) период парезов и параличей, если не начать лечение во 2-ом периоде, заболевание переходит в 3 стадию. Состояние ухудшается, усиливается головная боль, тошнота, рвота, присоединяются парезы и параличи конечностей, усиливаются вегето-сосудистые нарушения. Смерть наступает от паралича дыхательного и сосудистого центра. При своевременной диагностике туберкулезного менингита и при правильно начатой комплексной терапии выздоровление наступает у большинства больных без остаточных изменений с полным восстановлением трудоспособности пациентов. В последние годы, к большому сожалению, участились случаи развития туберкулезного менингита у лиц молодого, трудоспособного возраста.

При анализе каждого случая менингита нами было выяснено следующее:

- 1) наиболее часто туберкулезный менингит (65 %) развивался у женщин детородного возраста,

часто у этих женщин имели место многократные беременности и ежегодные роды;

- 2) у 90 % больных туберкулезный менингит развивался после перенесенного туберкулеза другой локализации (легких, костей, почек и т.д.). Однако сами больные после выписки из стационара самовольно прекращали прием противотуберкулезных препаратов;

- 3) имели место факты обращения и лечения у знахарей и у таббиров;

- 4) занимались самолечением - принимали антибиотики, противоспазмолитические средства и не обращались к врачу на ранних стадиях болезни.

Выздоровление от туберкулезного менингита целиком зависит от сроков диагностики: чем раньше поставлен диагноз, тем лучше прогноз исхода заболевания.

Ф. ТАШПУЛОВА.

Материалы на 3-4-5-полосы подготовили сотрудники НИИ фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова МЗ РУз.

г. Ташкент.
Фото Асена НУРАДИНОВА.

свободному от туберкулеза!»

Наши
современники

СЕРДЦЕ, ОТКРЫТОЕ ЛЮДЯМ

Все, кому довелось познакомиться и беседовать с Фаридом Мухамедовичем Ермаковым - начальником военно-мобилизационного отдела Кашкадарьинского областного управления здравоохранения, поневоле проникается к нему уважением и симпатией. Сотрудники и знакомые ценят его за доброту, отзывчивость, умение поддерживать в трудную минуту, дать полезный совет. Самое важное качество, на которое обращает внимание каждый собеседник Фариды Ермакова, - эрудиция, компетентность, глубокие познания, приобретенные в различных областях науки, культуры, техники и политики.



В детстве Фарид мечтал стать военным. В 1960 году, окончив школу № 2 города Карши, он подготовил документы для поступления в Красноярское высшее военное радиотехническое училище, решив стать связистом. Однако получилось так, что его документы не были своевременно отправлены в приемную комиссию училища, и Фариду пришлось выбирать для поступления учебное заведение в своем городе.

В детстве Фариду довелось испытать житейские трудности, так как его отец был участником Второй мировой войны и в 1942 году сгорел в госпитале под Москвой, где он находился из-за полученного в бою ранения. При бомбежке госпиталя немецкой авиацией погибли многие раненые, находящиеся там, среди них был и отец Фариды - Мухамед Ермаков. Ему довелось увидеть сына лишь в месячном возрасте, затем он был призван в ряды вооруженных сил и сразу ушел на фронт. А всего в семье было четверо детей.

Фарид также испытывал огромный интерес к медицине, поэтому он поступил учиться на фельдшерское отделение Каршинского медицинского училища, которое окончил с отличием в 1963 году. В соответствии с распределением он работал в течение 6 лет в должностях фельдшера в лечебных учреждениях Шурчинского района Сурхандарьинской области. Он бывал в самых отдаленных кишлаках, которые тогда находились в отсталых санитарно-гигиенических условиях. Ему довелось выполнять са-

мую разнообразную работу: излечивать людей от недугов, делать прививки от разных инфекционных заболеваний и даже принимать роды. Затем он был назначен руководителем районного отделения Общества Красного Полумесяца.

В 1971 году Фарид Ермаков по семейным обстоятельствам вернулся в родной город Карши, где работал заместителем председателя областного Общества Красного Полумесяца. Стремясь повысить уровень знаний, проявляя желание получить высшее образование, он поступил учиться на биологический факультет Каршинского педагогического института. Получив диплом и глубокие знания в области биологии и медицины, которые тесно связаны, неотделимы и дополняют одна другую, он прославился в городе и области как знаток этих наук, а также как философ, пропагандист здорового образа жизни, всего передового и прогрессивного. Он является активным борцом за независимость Узбекистана, за сплоченность и дружбу всех народов, проживающих в республике. Являясь активным участником Татарского культурного центра, он утверждает, что приобщившись к истории своего народа, человек лучше понимает, ценит и с большим уважением относится к культуре других народов.

С 1978 года по настоящее время Фарид Ермаков работает в Кашкадарьинском областном управлении здравоохранения в должности начальника военно-

мобилизационного отдела. За эти годы он достиг значительных успехов в своей деятельности, проявляя старания, усердие и упорство на этом важном и очень ответственном участке работы. Его задача сегодня - организация подготовки населения по оказанию первой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях. Не так давно он побывал во многих самых отдаленных уголках местности, в горной и степной местности, где изучил положение дел и оказал помощь в организации обучения местного населения санитарии и гигиене, привитии необходимых навыков, необходимых каждому человеку.

- Расширять свой кругозор, работать над углублением своих знаний обязан каждый, независимо от своей профессии. Ведь наука не стоит на месте, мы обязаны следить за её развитием и использовать её достижения в своей практической деятельности. Моё увлечение политикой, философией, медициной даёт мне понимание глубинных процессов происходящих в мире, а также помогает решать задачи, порученные на ответственном участке работы, доверенном мне, - говорит Фарид Ермаков.

Он является не только старательным, знающим, исполнительным работником, но и замечательным отцом, воспитывающим трёх сыновей и трёх дочерей. Так уж получилось, что не так давно из-за тяжелой болезни ушла из жизни мать его детей и любимая жена Василья. Это горе больно отозвалось в сердце, но не сломило Фариду. Как и прежде, он заботится о своих детях, проявляя к ним теплоту, внимание и любовь, заменяя мать, стремится к тому, чтобы это страшное горе потерь близкого человека не отразилось на их жизни и дальнейшей судьбе.

В этом году Фариду Ермакову исполняется 65 лет. Хочется пожелать ему личного счастья, успехов в работе и воспитании своих детей, которые очень ценят отца за его прекрасные душевные качества, стремятся быть похожими на него.

Лариса БОРТКОВСКАЯ.

Ташаккур



Сиҳат-саломатликни туман бойлик дейдилар. Ҳақиқатан ҳам саломатликни ҳеч бир нарса билан ўлчаб бўлмайдми. Дард чеккан одамгина унинг кадрига ета олади.

Қадим замонда ёш бир табиб ота-онаси ва умр йўлдоши билан тоғли жойдан ўтиб бормоқда экан. Шу пайт яқин атрофдаги гор ичидан аллақимнинг инграган товуши эшитилибди. Йўловчилар гор ичига қадам қўйиб, воқеа моҳиятини англаб етибдилар. Маълум бўлишича ичкарида инграб ётган Акрам исми йиғитни ўғрилар бор-будини шилиб олишган, ўзини эса ярадор қилиб, мана шу ерга ташлаб кетишган экан. Ёш табиб дарҳол мажруҳнинг ярасини яхшилаб боғлаб, араваларига солиб уйларига олиб кетишди. Табиб бу хаста беморни жиддий даволашга киришди.

Онаси ва аёли эса беморнинг ҳолидан хабар олиб, парварийлаб туришди. Бир ойдан кейин Акрам оёққа туриб, шифо топиб кетади. Унинг бу ердалигидан дарақ топган оила аэзолари табиб хонадонига келиб жигаргўшаларини олиб кетишди. Ана шунда ўзининг халоскори билан яхшироқлар экан, Акрам қўзда ёш билан табибга мурожаат қилиб дебди:

- Сиз каби олижаноб инсонлардан чекисиз миннатдорман. Мени ўлим чангалидан омон сақлаб қолдингиз. Бу қилган яхшиликларингизни токи танамда жоним бор экан, ҳеч қачон унутмайман.

Бунга жавобан табиб шундай дебди: «Оиланинг билан соғ-саломат қўришганингизнинг ўзи - биз учун энг улуг муқотодир. Бундай бебаҳо неъматдан бошқа яна нима ҳам истардик».

Бу-ку ўтмишда содир бўлган воқеа. Бугунги кунда ҳам саломатлиги ёмонлашиб, кенг дунё кўзига тор бўлиб қолган, дардига даво излаб зор-нолон қаранча шикаста диллар қанча-қанча. Уларнинг кўнглида фақат бир илинж - Яратган Эгамнинг марҳамати, дардига малҳам бўладиган шифокорга етишимиз орузишга умид билан яшаш! Яхши ҳамки беморлар бахтига бошида туну кун парвона бўладиган, ўзининг олижаноблиги, ширин сўзи, назарфили меҳнати билан эл наза-рига тушган шифокорлар бор. Уларнинг баъшига ҳар қанча мактовлар битсак, иқтидорига тасаннолар айтсак ҳам оз.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигига қарашли Фтизиатрия ва пульмонология илмий-тектириш институти қошида 1968 йилдан буён фаолият кўрсатиб келаётган "Буйрак силлини даволаш" бўлимида ҳам юқорида биз таърифини келтирган жонқуяр шифокорлар хизмат қилётганини эътироф этиб ўтиш истаги туғилди. Бу шифо масканида Гулназа Шарофова бошчилик қилаётган тахшиш бўлими ходимларининг шарафли меҳнатлари чиндан-да таҳсинга сазовор эканлигини таърифлаш билан бирга, узоқ йиллардан бери мана шу даргоҳда хормай-толмай ўшлаб

келаётган бўлим бошлиғи К. Васнедова, катта илмий ходим М. Ҳақимов, шифокорлардан Л. Абибуллаева, Ж. Тарқашев, вегагист А. Ҳақимов, ҳамширалардан Н. Зубонова, М. Набиева, М. Мухамедова каби кўлаб қўли энгил, эл дардига дармон бўлаётган олижаноб инсонларга севимли га-зетамиз орқали самимий миннатдорчилик билдирамиз. Бу ерда даволанаётган беморлар билан қилган мулоқотдан сўнг шунга амин бўлдики, ҳали биронта ҳам бемор бу маскандан кўнгли тўлмади чикиб кетмаган экан. Уларнинг бирдан-бир эзгу ниятлари беморлар дардига малҳам бўлиш, минглаб оилаларга қувонч улашишдан иборат. Зеро, таъобатинг талаби ҳам асли мана шу мақсад йўлида фидойиллик кўрсатишдан, хаста дилларга меҳр-мурувват кўрсатиб, бир инсон қалбини обод қилишга қаратилган эмасми?!

Азизлар, қўларингиз асло дард кўрмасин, қўларингизга нам ингмасин, ҳамшира саховат-пешалик бобиди олдингиз сафларда бўлишингизни талаб қоламиз.

Дардига шифо топиб, дуоингизни қилиб юрган беморларингиз номидан

**Шойра МАЛИКОВА,
1-тоифали ўқитувчи,
Исроил НАБИ ўғли.**

НАВРУЗ

Первые приметы весны мы встречаем всюду. Нас радует и гомон птиц, и первые одуванчики на зеленом ковре земли, и рокот техники на хлопковых полях республики. Это время приходит к нам с заботами хлопкороба, землепашца, агронома, сеятеля и рабочего. С давних времен отмечают на Востоке Навруз - праздник наступления весны. К этому дню жители готовят национальное блюдо - сумалак. Даже непогода не может помешать тор-

жеству. На улицах накрывают столы, за которые садятся не враги, а друзья. Слышны торжественные звуки карнаев и сурнаев. Весело шумит детвора, радуясь приходу весеннего праздника.

Жители оживленно готовятся к празднику. Проводят общественные субботники (хашаров), в которых участвует весь народ, чистят газоны, готовят к посадке весеннюю рассаду цветов. Ведь Навруз ассоциируется с чистой не только души и тела, но и природой, окружающей среды.

Новый подход

Ученые из Центра молекулярной медицины имени Макса Дельбрюка в Берлине и из Университета имени Гумбольдта обнаружили мутации в гене титина, который входит в состав протеиновых мышечных клеточек сердца и скелетной мускулатуры и служит в качестве молекулярной «пружинки», препятствующей растяжению мышц.

Дефекты в гене титина были обнаружены при обследовании членов двух семей, страдавших наследственной слабостью сердечной мышцы.

По сообщению исследователей в журнале Genomics, у членов одной семьи строение белка титина было сильно изменено, а у членов другой семьи отсутствовала часть молекулы, которая не могла поэтому принимать правильную форму. Неожиданным показало то, что у больных не

обнаружены изменения скелетной мускулатуры.

Среди хронических заболеваний хроническая сердечная недостаточность составляет значительную долю, а причины ее возникновения чаще всего неизвестны.

Исследователи надеются, что изучение нормальной и дефектной гены титина поможет найти новые методы лечения хронической сердечной недостаточности.

Наргиза ВАХАБОВА.

Долзарб мавзу

**ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ
КАСАЛЛИКЛАРИ ВА
ҲОМИЛАДОРЛИК**

(Давоми. Боши ўтган сонларда).

Ҳомила қалқонсимон безининг фаолияти мутлоқ ондан ҳомилага ўтадиган йодга боғлиқ. Ҳомиладор она организмга етарли микдорда йод кирмаслиги ҳомила танасида ҳам йод танқислигини вужудга келтиради. Бу эса ҳомилада ҳам бўқоқ тараққий этишига олиб келади. Ҳомилада ва неонатал даврда гипотиреоз бўлиши туғилган боланинг ақлий ва жисмоний тараққиёти нуқсонли бўлишига сабаб бўлади. Бу нуқсон эндемик кретинизм даражасигача бориши мумкин.

Йод танқислиги бўлган ҳудудларда ёйма захарсиз бўқоқнинг олдини олиш ва даволаш учун суткасига 150-200 мкг ҳисобига йод қабул қилиш тавсия этилади. Бунинг учун ҳафтасига бир-икки марта бир таблеткадан «Антиструмин» (1 таблеткада 1000 мкг калий йодид бор) ёки ҳар кун би таблеткадан «Калий йодид-200» ёки «Йодид-200» таблеткаларини қабул қилиш буюрилади. Буни амалга ошириш одатда

бўқоқнинг катталашини тўхтатади, баъзи ҳолларда уни кичиклаштиради.

Ҳомиладорликка катта бўқоқ бўлган ҳолларда, ҳомиладорликнинг бошланғич даврларида бўқоқ тез катталашган ҳолларда йодни қалқонсимон без гормонлари билан бирга буюриш мақсадга мувофиқдир. Бунинг учун ҳар кун би таблеткадан тиреоксид ёки йодтироксиддорларини қабул қилиш билан бирга, ҳафтада 1-2 марта антиструмин қўллаш тавсия этилади. Буни амалга ошириш ҳомиладор аёлдаги қалқонсимон безнинг нормал фаолиятини тиклашга имконият беради ва ҳомиладорликни бўқоққа олиб келувчи таъсирининг олдини олади.

Қалқонсимон без касалликларида, унинг фаолияти бузилиши без гормонларининг мёёридан ортик (гипертиреоз) ёки кам (гипотиреоз) ишлаб чиқиши билан ифодланади. Модда алмашинувининг гипертиреоз ҳолати билан кечадиган касалликлар орасида энг муҳими ёйма захарли бўқоқдир.

**ЁЙМА ЗАҲАРЛИ
БЎҚОҚ ВА
ҲОМИЛАДОРЛИК**

Ёйма захарли бўқоқ қалқонсимон без гормонларининг мёёридан ортиқча ишлаб чиқарилиши билан кечадиган ҳасталиқ. Қалқонсимон без фаолиятининг кучайиши билан бирга унинг ҳажми ҳам бир текисда катталашади. Касалликнинг келиб чиқишида аутоиммун жараёнлар ва наслий омиллар иштирок этади. Ҳасталиқ кўпинча 20-50 ёшлар орасида вужудга келади ва кўпроқ аёлларда учрайди. Аёл ва эркеклар орасида касаллик тахминан 5:1 нисбатда тарқалган. Сўнгги йиллардаги маълумотларга кўра Ўзбекистонда захарли бўқоқ 100 минг аҳолига ҳисоблаганда 48,2 кишини ташкил қилган. Касаллик кўпинча ички секрет безлари фаолиятида ўзгаришлар вужудга келадиган (балоғатга етиш, ҳомиладорлик, климакс) даврларида номоён бўлади. Бундан ташқари жисмоний ва руҳий эзилишлар ҳам касалликнинг рўёбга чиқишига шароит туғдиради.

Касалликнинг асосий белгилари (беморнинг озиб, вазнини йўқотиши, руҳий безовталик, хотиржамликни йўқотиш, асабийлашиш, юракнинг доимо тез уриши, тери нам ва иссиқ бўлиши, олдинга чўзилган қўл бармоқларида майда титроқлар кузатилиши, кўз соққасининг қақчайиб туриши – экзофтальм) аниқ номоён бўлган ҳолларда захарли бўқоқ ташхисини қўйиш кийинчилик туғдирмайди. Агар касалликнинг белгилари суст юзага чиққан бўлса, ташхис қўйишда кийинчиликлар вужудга келиши мумкин. Касаллик бордини тасдиқлаш учун қалқонсимон без гормонлари – эркин тироксин (эр Т4) ва эркин уйдотиронин (эр Т3)ларнинг микдори аниқланади. Ёйма захарли бўқоқда бу гормонларнинг микдори мёёридан ортик бўлади. Ҳомиладор аёлларда қалқонсимон безнинг гормонал фаолиятини аниқлашда кўп учрайдиган ҳолатлардан бири умумий тироксин (ум Т4) ва умумий уйдотирониннинг (ум Т3) қондаги микдорини аниқлашдир.

Ҳомиладор аёллар қонидаги оксиларни қалқонсимон без гормонлари билан боғлашиш хусусиятининг ортиши ҳомиладор аёл қонида ум Т3 ва ум Т4 микдорини кўпайтиради. Аммо қалқонсимон без гормонларининг оксилар билан боғланган шакллари гормонал таъсир кўрсатмаганлиги учун уларнинг

умумий микдори ортиши ҳомиладор аёлларда тиретоксикоз бордини асос бўлмайди. Бунинг учун қалқонсимон без гормонларининг таъсирчан шакллари – эр Т3 ва эр Т4 ларнинг микдори ортган бўлиши керак.

Қалқонсимон без гормонлари билан захарли бўқоқнинг энгил, ўрта ва оғир кечилиши фарқланади. Захарли бўқоқнинг энгил кечилиши асаб қўзғалувчанлиги қисман ошади, беморнинг вазни 10-15 % камаяди ва юрак уриши 1 дақиқада 100 дан ортмайди. Ўртача оғирликдаги кечилиши асаб қўзғалувчанлиги анча ошади, юрак уриши 1 дақиқада 100-120 орасида бўлади. Захарли бўқоқнинг оғир кечилишида бемор осон асабийлашадиган бўлиб қолади, юрак уриши дақиқасига 120 дан ортади, бемор 50 % гача вазнини йўқотиши мумкин. Касалликнинг бу кечилишида кўпинча юракнинг тартибсиз уриши, жигар фаолиятининг бузилиши, юрак фаолиятининг етишмовчилиги кузатилади.

Захарли бўқоқнинг энгил ва ўртача кечилишида бўлган аёлларнинг 3 % ида ҳомиладорлик кузатилади. Касалликнинг оғир кечилишида одатда аёллар бешуфт бўлади. Модда алмашинувида гипертиреоз ҳолати бўлган аёлларнинг ҳомиладор бўлиши қийин бўлгани учун кўпроқ ҳомиладорлик даврида вужудга келган захарли бўқоқ учрайди.

Энгил гипертиреоз ҳолати бўлган модда алмашинуви ҳомиладорлик натижасида қисман яхшиланиши мумкин. Ҳомиладорлик тиреотоксикозни оғирлигини энгиллаштиради, унинг клиник белгиларини сустайтиради. Баъзи ҳолларда захарли бўқоқнинг ремиссияси кузатилади. Бунинг асосида ҳомиладорликнинг аутоиммун касалликлар кечилишини энгиллаштириш хусусияти, яъни унинг аёл организмга иммуносупрессив таъсири ётади.

Зоирхўжа АКБАРОВ,
Эндокринология илмий-тектирши институтининг диабетология бўлими раҳбари, профессор.
Муяссар РАХИМЖОНОВА,
катта илмий ходим,
тиббидёт фанлари номзоди.
(Давоми бор).



Хотира уйғонса гўзал

Ҳамон эсимда... 2004 йилнинг август ойида туман ҳокимлигидан келган вакиллар Комилжон ақани Тошкент шаҳар, Мирзо Улугбек тумани «Гулистон» маҳалласига раис этиб тайинлашди. Шу нарсага амин бўлдимки, маҳаллада халқ билан ишлашнинг ўзига яраша машаққатли томонлари бор экан. Баъзан ярим тунда бўлса ҳам, ёрдамга муҳтож бўлган инсонларга қўлидан келганча ёрдами-ни беради, улар оғирини энгиллаштиришга ҳаракат қиларди. Чунки, маҳаллага турли муурожаатлар билан келган фуқароларга нисбатан ҳушмуомалали бўлиш, ташаббускорлик кўрсатиш раҳбардан катта масъулият талаб қилса-

**ШУНДАЙЛАР
БОР БЎЛСИН**

Комилжон ака ҳаётда, оилада ва жамоада камтарин, олижаноб, самимий инсон бўлиб, 25 йил давомида Ички ишлар органида сикдидилдан меҳнат қилиб, халқнинг тинчлиги йўлида беминнат хизмат кўрсатиб келди. Фахр билан айтишим мумкинки, турмуш ўртоғининг туну кун қилган хизматларини ҳисобга олган орган ходимлари бир неча бор фахрий ёрликлар ҳамда қимматбаҳо совғалар билан тақдирлашди. Ойлар, йиллар ўтиб, ички ишлар органидан нафақага чиққан Комилжон ака Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясига қарашли бўлган автокорхонада фаолият юритди. Камтарин инсон ўзининг ташаббускорлиги, меҳнатга бўлган иштиёқи билан ушбу жамоа орасида ҳурмат ва эътибор қозонди. Бу давр мобайнида заҳматқаш инсон автокорхонада ўзининг фаолиятдаги ўрни ва тажрибаси билан жамоа ходимларига ўрнак бўлди. Дарвоқе, Комилжон ака 60 ёшни қарши олганларида уйимизга ташриф буюрган жамоадорлар: «Устозимиздек бағри кенг, саҳий ва меҳрибон инсонни топиш қийин», дейишар эди...

да, Комилжон ака бундай пайтларда асосий кучни сабр-тоқат билан энгиб ўтиб, муҳим эътиборни шароити оғир, кам таъминланган, ижтимоий муҳофазага муҳтож оилаларга қаратиб, астойдил муаммоларни ечишга уринарди.

Мана бугун Наврўзи олам кириб келди. Бу кун жуфти ҳалолимни кўзимдаги ёш билан ёдга олдим. Чунки, у ҳар Наврўзда маҳалла фуқаролари учун байрам дастурхони ёзиб, улар қалбига йўл топа олган ва бир оғиз ширин сўз ҳамда соғлиги туйфайли ўзгалар ёрдамига муҳтож бўлиб қолган инсонларга мурувват ёрдамини кўрсатган камтарин инсон эди. Афсуски, лаҳзалик умр инсонга бир марта берилар экан. Мен учун ардоқли бўлган, ҳаётимда мангу из қолдирган турмуш ўртоғим Комилжон ақанинг мурувватга тўла қалби биргина мени эмас, балки бугун маҳалла аҳли юрагида муҳрланиб қолган.

Жамила ая АҲМЕДЖОНОВА,
Тошкент шаҳри,
М. Улугбек тумани.

Выставка



НА ПУТИ ЗДОРОВЬЯ

С 15 по 17 марта 2006 года в Центральном выставочном зале Академии художеств Узбекистана прошел 2-й Международный стоматологический форум Dental Salon Uzbekistan.

Форум проведен при поддержке Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, хокимията города Ташкента, Стоматологической ассоциации России, Российской ассоциации производителей и продавцов стоматологической продукции (РРСИ), компании «Stomaservice United».

Организаторами Стоматологического форума являются выставочная компания «Zar Expo» (Узбекистан) и выставочная компания «Dental Expo» (Россия).

Открыл форум заместитель министра здравоохранения Узбекистана А. И. Камбаров. Гости Международного форума поздравили всех участников мероприятия и пожелали дальнейших успехов.

участников выставки. Стенды 2-го Международного стоматологического форума пополнились продукцией фирм Dentsply (США), KAVO и Zhermack (Германия), Kerr Hawe (Швейцария), Euro CosMed и Kodak Dental Systems (Россия) и др. В Dental Salon Uzbekistan – 2006 участвовали свыше 20 компаний из 9 стран мира.

Взору посетителей были представлены оборудование и инструменты для зубных техников, материалы и инструменты для костной пластики и челюстно – лицевой хирургии, средства для ухода за полостью рта и многие другие.

А 16 и 17 марта 2006 года в рамках 2-го Международного стоматологического форума проведена 2-я Международная практическая конференция «Новые технологии в стоматологии». На конференции были прочитаны лекции, касающиеся различных направлений и новинки в стоматологии сегодняшнего дня.

В этом году заметно расширился круг

Ирода ИЛЬХАМОВА.

ЭЪЛОН

Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлиги жазони ижро этиш Бош бошқармасининг жазони ижро этиш колониясида қарашли ихтисослаштирилган Республика касалхонасида хизмат қилиш учун олий маълумотли шифокорларни ишга қабул қилади. Ишга қабул қилинганлар 35 ёшгача соғлигини ҳисобга олган ҳолда ички ишлар идораларида зотибит бўлишлари ҳамда 50 ёшида нафақага чиқиш имтиёзидан фойдаланадилар. Боиланғич ойлик маоши 115.000 сўмдан 140.000 сўмгача белгиланган.

Манзил: Тошкент шаҳри, Ҳамза тумани, Оханграбо кўчаси, 1-уй.

Транспорт: Амир Темура хиёбонидан 7 автобус ва 28 троллейбус. Тошкент шимолий вокзалдан 81 автобус, Чкалов метросидан 15 автобус, Юнусобод тумани 10-дахасидан 93 автобус.

Телефонлар: 90-83-86, 90-36-29, 90-78-14, 90-36-35.

ЎЗР ИИБ ЖИЭББ.

ОБЪЯВЛЕНИЕ

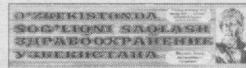
В Специализированную Республиканскую больницу при учреждении Главного управления исполнения наказаний МВД Республики Узбекистан приглашаются врачи с высшим медицинским образованием в возрасте до 35 лет с аттестацией на офицерскую должность (предпочтительно мужчины). Начальный оклад составляет от 115.000 до 140.000 сум, с возможностью выхода на пенсию в 50-летнем возрасте.

Адрес: г. Ташкент, Хамзинский район, ул Оханграбо, дом № 1.

Транспорт: от площади А. Темура 7 автобус и 28 троллейбус. От Ташкентского Северного вокзала 81 автобус, от метро Чкалова 15 автобус, от 10-квартала Юнусабада 93 автобус.

Телефоны: 90-83-86, 90-36-29, 90-78-14, 90-36-35.

ГУИН МВД РУз.



Gazeta muassisi:

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi

Bosh muharrir vazifasini bajaruvchi:

Ibodot SOATOVA.

Tahrir hay'ati raisi:
Feruz Nazirov

Tahrir hay'ati a'zolari:
Bobur Alimov
Gavhar Islomova
Omonturdi Mirtazayev
Ozoda Muhitdinova
Mirjalol Miraliyev
(Bosh muharrir o'rinbosari),

Baxtiyor Niyazmatov
Abdurahmon Nosirov
Nurmat Otabekov
Xolmurod Rabbanayev
Rixsi Solixojaeva
Namoz Tolipov
Maryash Turumbetova
Abdulla Ubaydullayev
Farhod Fuzaylov
Nodir Sharapov

Manzilimiz:

700060, Toshkent, Oxunboboev ko'chasi, 30-uy, 2-qavat.
Tel/faks: 133-57-73; tel. 133-13-22.

Gazeta O'zbekiston Respublikasi Matbuot va axborot agentligida 2003-yilning 17-noyabr kuni ro'yxatga olingan, guvohnoma raqami 211. Adadi 8156 nusxa. O'zbek va rus tilarida chop etiladi.

Maqolalar ko'chirib bosilganda

«O'zbekistonda sog'liqni saqlash»dan olindi deb ko'rsatilishi shart. Buyurtma G-551.

Gazeta «SHARQ» nashriyot-matbaa aksiyadorlik kompaniyasi

bosmaxonasida chop etildi. Korxona manzili: Toshkent shahri, Buyuk Turon ko'chasi, 41. Hajmi 2 bosma taboq. Format A3. Ofset usulida bosilgan. Gazeta IBM kompyuterida terildi va sahifalandi. E'lon va bildiruvlardagi fakt hamda dalillarning to'g'ri riiigi ushun reklama va e'lon beruvchilar mas'uldirdi.

Sahifalovchi: Baxtiyor QO'SHOQOV.

Bosmaxonaga topshirilish vaqti 20.00.

Topshirildi 20.00.

2 3 4 5 6



Гўзалликка бурканди ўлкам, кутлуг бўлсин Наврўзи олам!
Асен НУРАТДИНОВ олган сурат.

НЕ НОСИТЕ ТЕСНУЮ ОБУВЬ

Тесная обувь затрудняет кровообращение больше, чем тесная одежда, а именно ноги должны всегда снабжаться кровью как можно лучше. В каждой ноге расположено 26 костей, более чем в любой другой части тела. Когда кровь не поступает в ноги в необходимом количестве, то «шлаки» остаются там же в клетках. Вот почему у многих от ног идет неприятный запах.

Одной из причин плохой циркуляции крови в ногах, плохой осанки является тесная обувь. Обувь не должна сдавливать сосуды и препятствовать свободной циркуляции крови в ногах.

Идеальный эффект дает хождение босиком, что и надо делать при любом удобном случае. Ходьба босиком улучшает кровообращение, что способствует оздоровлению сердца.

ПОТОГОННЫЕ СРЕДСТВА

В число основных средств, применяемых при лечении простудных заболеваний, входят потогонные. Рецептов использования с этой целью растительного сырья в народной медицине накоплено немало.

Вот некоторые из них

- 2 столовые ложки сухих ягод малины залить 1 стаканом кипятка, настаивать, укутать, в течение часа. Пить, как чай, несколько раз в день.

- Сильное потогонное действие оказывает такое широко известное средство, как малиновое варенье.

- Смешать 2 части сухих ягод малины и 1 часть травы душицы. 2 столовые ложки смеси заварить 2 стаканами кипятка, настаивать полчаса, процедить. Пить в горячем виде по 0,5 стакана 3-4 раза в день.

- Смешать в равных частях плоды малины, листья мать-и-мачехи и траву душицы. Две столовые ложки смеси заварить двумя стаканами кипятка, настаивать 20 минут, процедить. Пить на ночь в горячем виде.

- Обильное потоотделение вызывает крепкий чай из одной травы душицы. Такой чай полезен и при нервных расстройствах.

- 3 столовые ложки сухих или размягченных свежих ягод черной смородины залить 0,5 л крутого кипятка, настаивать 2-3 часа, подогреть и пить настоем горячим (лучше с медом - по вкусу) по полстакана 3-5 раз в день.

- 3-4 столовые ложки листьев ежевики сизой залить литром кипятка, укутать, настаивать час-два, затем подогреть и пить без ограничения, как чай, с медом по вкусу.

- 1 столовую ложку цветков калины заварить стаканом кипятка, настаивать, укутать, час, процедить. Пить по 1 стакану трижды в день.

- 1 столовую ложку ягод калины залить стаканом кипятка. Настаивать 2-3 часа, процедить, добавить мед по вкусу. Пить в теплом виде по 1/3 стакана несколько раз в день.

- Смешать в равных частях цветки липы и бузины черной. 2 столо-

вые ложки этой смеси заварить стаканом кипятка, кипятить 2 минуты, процедить. Выпить в горячем виде в один прием.

- Смешать 1 часть цветков бузины черной, по 2 части листьев ежевики и цветков липы, 3 части - корня лопуха и 4 плодов шиповника. 3 столовые ложки смеси залить 1 стаканом кипятка, настаивать два часа, подогреть и пить, как чай, без ограничения с медом.

- Смешать по 1 части листьев мяты и цветков бузины и 2 части цветков липы. 1 столовую ложку смеси заварить двумя стаканами кипятка, настаивать час, процедить. Выпить в горячем виде на ночь.

- 2-3 столовые ложки цветков липы залить 0,5л кипятка, настаивать два часа, пить горячим (с медом по вкусу) без ограничения.

- 1 столовую ложку измельченной коры девясила залить 1 стаканом кипятка, настаивать в термосе, процедить. Пить по 0,5 стакана трижды в день за полчаса до еды.

Подготовила
Л. ВОЛОШИНА.