



Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана

Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган

2008 йил 28 ноябрь – 4 декабрь № 47 (615)

Жума кунлари чиқади

Инсон ҳуқуқлари умумжаҳон декларациясининг 60 йиллигига

ИНСОН ҲУҚУҚИ ВА МАНФААТЛАРИ ОЛИЙ ҚАДРИЯТ

Охрана здоровья и права человека
Health and Human Rights
Ташкент, 20-21 ноября 2008 г.



Мамлакатда ижтимоий-сиёсий, иқтисодий ислохотларни чуқурлаштириш, демократик фуқаролик жамиятини барпо этиш, инсон ҳақ-ҳуқуқлари ва эркинлигини муҳофаза қилиш давлат сиёсатининг энг муҳим йўналишларидан бири ҳисобланади. Zero, демократик ҳуқуқий давлатлар олдида турган энг асосий вазифа – инсон ҳуқуқ ва эркинликларини таъминлаш, шунингдек, бунинг баробарида уни амалга ошириш учун мавжуд шарт-шароитларни яратишдан иборат.

Айтиш жоизки, Ўзбекистон ҳам демократик ҳуқуқий давлат қуриш йўлидан борар экан, мамлакатда яшовчи фуқароларнинг ҳуқуқ ва эркинликларини тўла таъминлашни ўз олдига мақсад қилиб қўйди. Эътирофлиси шуки, энг аввало, мамлакатда ҳуқуқий асос яратилди. Айниқса, халқаро ҳужжатлар қойдаларига мос келувчи инсон манфаатлари, ҳақ-ҳуқуқ ва эркинликларини дахлсизлигини таъминлаш Республика Конституциясида белгилаб қўйилди.

Маълумки, мазкур йилда халқаро жамоатчилик инсон ҳуқуқлари умумжаҳон декларацияси қабул қилинганлигининг 60 йиллигини нишонлайди. Шу муносабат билан давлатимиз раҳбарининг «Инсон ҳуқуқлари умумжаҳон декларацияси қабул қилинганлигининг 60 йиллигига бағишланган Тадбирлар дастури тўғрисида»ги Фармони қабул қилинган эди. Мамлакатимиз бу кутлуғ санани кенг нишонлаш мақсадида тадбирлар дастурини амалга ошириб келмоқда.

Шу жумладан, жорий йилнинг 20-21 ноябрь кунлари пойтахтимизнинг Халқаро ҳамкорлик марказида Олий Мажлисининг инсон ҳуқуқлари бўйича вакили (Омбудсман), Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти ҳамда Европа Иттифоқи ҳамкорлигида «Инсон соғлиги ва ҳуқуқларини ҳимоя қилиш» мавзусида конференция бўлиб ўтди.

Тадбирни Олий Мажлисининг инсон ҳуқуқлари бўйича вакили (Омбудсман) С. Рашидова кириш сўзи билан очиб, «Инсон ҳуқуқлари умумжаҳон декларацияси»нинг аҳамияти, мамлакатда бу

борасида инсон ҳуқуқлари бўйича Омбудсман институтининг фаолияти тўғрисида батафсил гапириб ўтди. Шунингдек, халқаро ташкилотларнинг вакиллари ҳамда Соғлиқни сақлаш вазирлигининг мутасадди раҳбарлари ва тизимда фаолият олиб бораётган мутахассислар ҳам тадбир доирасидан келиб чиққан ҳолда долзарб мавзуларда маъруза қилдилар.

Дарҳақиқат, инсоннинг соғлигини сақлаш бўйича давлат сиёсати тиббий хизмат олиш имкониятларини кенгайтириш асосида аҳоли саломатлигини яхшилаш, тиббий хизмат кўрсатишнинг ҳуқуқий, иқтисодий ва ташкилий асосларини яратиш орқали фуқароларнинг талабларини қондириш, замонавий тиббиёт илмининг ривожланиш даражасига мос бўлишга қаратилганлиги билан характерлидир. Барча соҳалардаги туб ривожланишлар қонун асоси би-



санани нишонлаш тўғрисида амалга оширилаётган чора-тадбирлар хусусида тўхталиб ўтди. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг Ўзбекистондаги вакили М. Тайад ҳам юртимиздаги соғлиқни сақлаш тизимда олиб борилаётган фаолиятлар тўғрисида ўз фикрларини билдириб, соҳада амалга оширилаётган ислохотларга ургу берди. Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш Бош бошқармаси бошлиғи А. Исламов тизимни ривожлантиришга йўналтирилган Фармон ва Қарорларнинг амалдаги ижроси бўйича тўхталиб, умумэтироф этилган декларациянинг мазмун-моҳияти инсонлар ҳуқуқининг асосий қафолати эканлигини таъкидлаб ўтди.

Шунингдек, тадбир давомида фуқаролар соғлигини сақлаш ва ҳуқуқларини ҳимоя қилишга қаратилган маърузалар тингланиб, муҳокама қилинди. Олий Мажлисининг инсон ҳуқуқлари бўйича вакили (Омбудсман) С. Рашидова ўз маърузасида сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш ва фуқаролар ҳуқуқларини ҳимоя қилиш

лан белгиланганидек, соғлиқни сақлаш тизими ҳам бу йўналишда кўпгина қонуний, меъёрий, ҳуқуқий ҳужжатларга таянади, амал қилади. Тадбирнинг иккинчи ярмида иштирокчилар гуруҳларга бўлиниб, инсон ҳуқуқларини ҳимоя қилишга қаратилган тарқатма материаллар асосида иш олиб бордилар. Баҳс ва мунозараларга бой бўлган бундай фикр ҳамда мулоҳазалар уйғунлиги ҳар бир мутахассиснинг қонун устуворлигидан боғабар эканлигини кўрсата олди. Анжуман доирасида мутахассис ва экспертлар асосий эътиборни қонун ҳужжатларининг амалдаги ижроси ва унинг инсон ҳуқуқларини ҳимоя қилишдаги аҳамияти хусусидаги фикрларга қаратдилар.

Икки кун давом этган анжуман фуқароларнинг ҳуқуқ ва эркинликларини кафолатлашда ҳамда уларнинг қонун олдидаги имкониятлари кенгайтиришга замин яратди.

Ибодат СОАТОВА.
Суратлар муаллифи
Анвар САМАДХОДЖАЕВ.

Давра суҳбати

ҚОНУН ТАЛАБЛАРИ ДОИРАСИДА

Жорий йилнинг 20 ноябрь кўни Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлигида оммавий ахборот воситалари, нашриётлар ва матбаа корхоналари фаолиятида қонунчилик талабларига риоя этилиши масалаларига бағишланган давра суҳбати бўлиб ўтди. Унда оммавий ахборот воситалари, нашриётлар ва матбаа корхоналари вакиллари иштирок этди.



Тадбирни Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлиги бош директори Бобур Алимов кириш сўзи билан очиб, мамлакатимизда оммавий ахборот воситалари фаолиятини ривожлантириш, уларнинг моддий-техник базасини бойитиш, журналист кадрлар салоҳиятини ошириш ва миллий маънавиятимизни юксалтиришга хизмат қиладиган матбаа нашрлар фаолиятини кучайтириш муҳим эканлигини таъкидлади. Шунингдек, Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлиги Лицензиялаш ташкил этиш бошқармаси бошлиғи Обиддин Маҳмудов оммавий ахборот воситалари, нашриётлар фаолиятида қонунчилик талабларига риоя этилишига доир мониторинг таҳлиллари тўғрисида маъруза қилди. Матбуот ва китоб нашрларида учраётган айрим камчиликлар, қонун бузилиш ҳолатлари хусусида ҳам тўхталиб ўтди.

Маълумки, республикамизда бир минг бир юздан зиёд номдаги оммавий ахборот воситаси – газета, журнал, ахборотнома, ахборот агентлиги, электрон оммавий ахборот воситалари, веб-сайтлар рўйхатга олинган. Таъкидлаш жоизки, агентлик томонидан оммавий ахборот воситаларининг амалдаги қонунчиликка риоя этилиши юзасидан мунтазам равишда мониторинг олиб борилмоқда. Хусусан, даврий нашрларга халқаро стандартлар туркум рақами – ISSN белгиси қайд этилмоқда. Бу эса даврий нашрларнинг хорижий давлатларда ҳам тарқалиши учун имконият яратди. Юртимизда саксондан ортққ нашриёт фаолият юритмоқда. Шу билан бирга ҳокимликлар, бошқарув

органлари, ўқув ва илмий тадқиқот муассасаларида олтмишга яқин ноширлик бўлими ишлаб турибди. Улар томонидан чоп этилаётган матбаачилик маҳсулотларига ISBN – рақамларининг қўйиб борилиши эса нашрларнинг адади, хилма-хиллиги орттишига, сифати янада яхшиланмишига хизмат қилмоқда.

Айни пайтда матбаа корхоналарининг фаолиятини замона талаблари даражасида ташкил этишга ҳам алоҳида аҳамият қаратилмоқда. Ҳозир юртимизда бир минг уч юзга яқин матбаа корхонаси фаолият кўрсатмоқда. Улар томонидан ишлаб чиқарилаётган маҳсулотларнинг сифати давлат стандартларига мос келишига катта эътибор берилмоқда. Шу билан бирга анжуманда нашриётлар, айниқса, хусусий ва нодавлат нашриётлар томонидан китоблар, бошқа нашрлар чоп этиш бора-сида етарли маҳорат ва малакага эга бўлган ноширларнинг етишмаслиги, соҳадаги қонунчиликни пухта эгаллашга эътибор берилмаётганлиги сабабли, уларда мазмунан саёб, давлат стандарт талабларига жавоб бермайдиган, имловий хатолари мавжуд китоблар, дарслик ва қўлланмалар ҳам чоп этилаётганлиги айтиб ўтилди. Бу борада ноширлар ўз билим савияларини устида тинимсиз ишлашлари, касбий маҳоратларини ошириб боришлари, вазифаларига ўта масъулият билан ёндашишлари лозимлиги таъкидланди.

Анжуман сўнгиде журналистларнинг саволларига атрофлича жавоб берилди.

Намоз ТОЛИПОВ.

К 60-летию принятия Всеобщей декларации прав человека

ЗАЩИТА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ

Права на жизнь и здоровье относятся к фундаментальным правам человека и потому государственные и общественные механизмы гарантий защиты этих прав находятся сегодня в центре внимания мирового сообщества. Прежде всего, следует отметить, что в последнее десятилетие в декларациях медицинских неправительственных организаций правам пациента уделяется большое внимание.

Устав ООН (1945 г.), Всеобщая декларация прав человека (1948 г.), Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.), Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950 г.) содержат все основные руководящие принципы, согласно которым разрабатывается современное законодательство о правах пациентов.

Статья 25 Всеобщей декларации прав человека гласит: "Каждый человек имеет право на питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, которые необходимы для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи".

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. признает право каждого человека на наивысший уровень физического и психического здоровья. К международному законодательству о правах пациентов имеют отношение этические нормы и правила. Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации было принято большое число документов, среди которых Международный кодекс медицинской этики, определяющий профессиональное поведение и этические нормы врача. Международный кодекс медицинской этики предусматривает общие обязанности врача, касающиеся профессионализма, гуманизма, уважения прав пациентов, а также обязанности врача по отношению к больному, состоящие в сохранении человеческой жизни, хранении врачебной тайны, оказании неотложной помощи любому нуждающемуся больному, обязанностей врачей по отношению друг к другу.

Право граждан Республики Узбекистан на квалифицированное медицинское обслуживание закреплено в статье 40 Конституции Республики Узбекистан, которая возлагает на Государство обязанность по осуществлению финансирования программ охраны и укрепления здоровья населения, принятию мер по развитию государственной и частной систем здравоохранения, поощрению деятельности, способствующей укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, а также экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

В целях обеспечения конституционных прав населения на получение квалифицированного медицинского обслуживания и социальной защиты, а также создания организационных, экономических и правовых условий для повышения качества медицинских услуг, воспитания здорового поколения, приведения системы здравоохранения в соответствие с осуществляемыми в стране реформами, 10 ноября 1998 года Президентом Республики Узбекистан был издан Указ № 2107 "О государ-

ственной программе реформирования системы здравоохранения в Республике Узбекистан", который определил следующие основные принципы реформирования здравоохранения:

- соблюдение конституцион-



ных прав граждан на получение квалифицированного медицинского обслуживания и социальной защиты;

- равнодоступность населения ко всем видам оказываемых медицинских услуг;

- обеспечение государственного контроля над состоянием здоровья населения и среды его обитания;

- создание эффективной системы охраны материнства и детства;

- гармоничное сочетание экстренного бесплатного медицинского обслуживания с поэтапным переходом специальных и общечеловеческих медицинских учреждений на платные формы обслуживания, развитие медицинского страхования.

В Узбекистане на современном этапе действует единая система здравоохранения, которая представляет собой совокупность государственной и частной систем здравоохранения, представляющая все необходимые виды медицинских услуг всем слоям населения. Главная задача данной системы, создававшейся на протяжении многих лет, состоит в охране здоровья населения страны в целом, а также непосредственно в оказании медицинских услуг потребителям этих услуг - пациентам.

В целях реализации статьи 40 Конституции 29 августа 1996 года был принят Закон Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан". В Законе конкретизировались и развивались положения Конституции Республики Узбекистан, а также были определены основные принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в этой области, закреплены основные права пациентов при обращении за медицинской помощью.

Так, согласно статье 3 Закона, основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья;
- доступность медицинской помощи для всех слоев населения;
- приоритет профилактических

мер, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

- единство медицинской науки и практики.

Важным для формирования взаимоотношений между врачом и пациентом явились четко регламентированные права пациента, расширено и конкретизировано понятие врачебной тайны, установлена ответственность за причинение вреда здоровью, особенно в отношении медицинских работников в случае нару-

1999 г., регулирует общественные отношения в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, противодействует их незаконному обороту, направлен на охрану здоровья граждан, а также на обеспечение государственной безопасности страны.

Закон Республики Узбекистан "О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией" принят 9 декабря 1992 г. Его действие также направлено на охрану здоровья населения. Закон регулирует порядок оказания медицинской помощи лицам, больным алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией.

Закон Республики Узбекистан "О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" принят 19 августа 1999 г. Его действие направлено на установление гарантий на бесплатную медицинскую помощь лицам, страдающим заболеванием ВИЧ /СПИД, закрепление прав как граждан страны, так и лиц, не являющихся ее гражданами на медицинское освидетельствование на

человека и безопасность использования донорской крови и ее компонентов.

Практически все перечисленные законы содержат нормы, направленные на защиту прав пациентов, регулируют отношения между медицинскими работниками и потребителями медицинских услуг - пациентами.

Однако основным законом в сфере защиты прав пациентов все же является **Закон Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан"**, основные правила которого дополнены другими законами в сфере здравоохранения. Прежде всего, необходимо отметить, что Конституционное право пациента на квалифицированную медицинскую помощь реализуется статьей 41 названного Закона, которая определяет, что правом на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью обладают лица, получившие диплом об окончании высшего или среднего специального медицинского учебного заведения в Республике Узбекистан. Медицинские и фармацевтические работники, не работавшие по своей профессии более 3-х лет, могут быть допущены к соответствующей деятельности только после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании аттестации, проводимой аттестационными комиссиями Министерства здравоохранения.

Перечень прав, на который может рассчитывать пациент при обращении за медицинской помощью, содержится в статье 24 Закона. Он включает в себя:

1) **уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.** Этические требования, установленные, прежде всего, для обеспечения благоприятных условий для лечения пациента, сводятся не только к обязанности врача оказывать компетентную медицинскую помощь, но и делать это с чувством сострадания и уважения к человеческому достоинству.

2) **Выбор врача и лечебно-профилактического учреждения.** Это право дает возможность пациенту выбрать себе такого врача, который бы мог удовлетворить не только с точки зрения профессионализма, но и с учетом еще и других качеств. Однако все же соблюдению такого правила на практике препятствует возможность медицинского учреждения. Территориальное прикрепление пациента к семейному или участковому врачу ставит его в подчиненное положение от одного врача, которому он вынужден доверить свое здоровье.

3) **Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.** Согласно статье 24 Закона "Об охране здоровья граждан", критерием квалифицированной медицинской помощи выступает также и сама деятельность медицинского персонала, когда обследование, лечение и содержание

(Продолжение на 7-й стр.)



шения ими прав граждан в области охраны их здоровья.

Следует отметить, что все законы, принятые в сфере охраны здоровья граждан, направлены на защиту прав пациентов. На современном этапе в Узбекистане действует ряд законов, регулирующих отношения в различных сферах медицинской деятельности. К ним относятся:

Закон Республики Узбекистан "О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности", принятый Парламентом 25 апреля 1997 г. Данный Закон регулирует фармацевтическую деятельность в стране, обеспечивает государственную гарантию доступности основных видов лекарственных средств, их качество, запрещает все формы обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, не разрешенных к медицинскому применению.

Закон Республики Узбекистан "О Государственном санитарном надзоре", принятый 3 июля 1992 г., гарантирует право на благоприятную окружающую среду, на получение информации о состоянии здоровья населения и окружающей среды и ряд других положений, касающихся прав человека в санитарно-гигиенической сфере.

Закон Республики Узбекистан "О наркотических средствах и психотропных веществах", принятый 19 августа

ВИЧ/СПИД, осуществляемое на принципах добровольности, анонимности, с соблюдением конфиденциальности. Устанавливает ответственность за заведомое подведение опасности заражения, либо заражение другого лица вирусом иммунодефицита человека лицом, знающим о наличии у него ВИЧ/СПИД.

Закон Республики Узбекистан "О психиатрической помощи" от 31 августа 2000 г. регламентирует принципы оказания психиатрической помощи. Его действие направлено на профилактику, диагностику, лечение, уход, медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Закон Республики Узбекистан "О защите населения от туберкулеза" от 11 мая 2001 г. устанавливает основные принципы защиты населения от туберкулеза, системность и постоянство осуществления профилактических мер по предупреждению распространения туберкулеза. Закрепляет право граждан страны и постоянно проживающих лиц без гражданства на бесплатную противотуберкулезную помощь.

Закон Республики Узбекистан "О донорстве крови и ее компонентов" от 30 августа 2002 г. закрепляет в качестве основных принципы донорства крови и ее компонентов добровольность, безвредность для че-



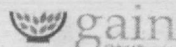
Ўзбекистон
Республикаси



Халқаро тараққиёт
уюшмаси



Осиё тараққиёт
банки



Озиқланишни Яхшилаш
Глобал Альянси

2008 й.
№ 11

«Саломатлик – 2», «Аёллар ва болалар соғлиғини мустаҳкамлаш» ва «Унни бойитиш миллий дастури» лойиҳалари

«Health – 2»

«Women and Child Health Development,
and «National flour fortification programm» Projects

Проекты «Здоровье – 2»

«Укрепление здоровья женщин и детей»

и «Национальная программа по фортификации муки»



Конференция

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ МЕДСЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Вот уже на протяжении десяти лет в медицинских вузах нашей республики функционируют факультеты «Высшего медсестринского дела». Это направление образования было создано по Указу Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года. За это время подготовлено более 900 выпускников, которые на данный момент работают в различных направлениях практического здравоохранения, преподают в медицинских вузах и колледжах. Отрадно отметить открытие магистратуры по специальности «Организация и управление медсестринского дела», которая уже выпустила 12 специалистов.

знаний, разрабатываемая новая учебная программа сосредотачивается на развитии навыков у медсестры, на приобретении знаний на протяжении всей практической деятельности. Стратегия определения новых требований высшего образования для медсестер была разработана в последовательном по-



была проведена встреча Координационного совета и рабочих групп по разработке учебной программы с экспертом ВОЗ, директором Каледонского центра, сотрудничающего с ВОЗ в Глазго (Шотландия), Валери Флеминг по обсуждению проекта учебного плана. Из доклада Валери Флеминг участники получили информацию о Глобальных стандартах базового медсестринского и акушерского образования и стратегии Европейского регионального бюро ВОЗ по базовому и последипломному образованию. В ходе этих двух мероприятий разработан план действий по внедрению усовершенствованного учебного плана для направления «Высшее медсестринское дело» и организации клинической практики. Следует отметить, что в этот план были внедрены новые предметы, такие, как сестринское дело в сообществах, развитие человека, инфекционный контроль и основы доказательной медицины. Деятельность современной медицинской сестры невозможна без знаний в этой области.

тан проект учебного плана и ведется работа по содержанию каждого предмета, входящего в учебную программу.

Для успешного внедрения новой учебной программы необходима подготовка квалифицированного преподавательского состава. Поэтому параллельно с разработкой 12 – 14 ноября текущего года был проведен семинар по международным стандартам навыков преподавания медсестринского дела и внедрения основ доказательной медицины в учебный процесс. В проведении семинара непосредственное участие принимала международный консультант по медсестринскому образованию доктор Морар Маккоррик. В ходе семинара участники имели возможность ознакомиться с международным опытом преподавания медсестринского дела.

Далее 18 ноября 2008 года

Медсестра XXI века – работник с высшим образованием, ответственный и профессиональный, способный взять инициативу в свои руки в необходимый момент и умеющий обосновать все свои принятые решения по мере возможности. Оберегать население, обеспечивая высококачественный медицинский уход с учетом поступательных изменений в системе здравоохранения, – существенное условие того, чтобы медсестра имела соответствующую подготовку для такой ответственной роли.

Ш. МУХАМЕДХАНОВА,
декан отделения «Высшее медсестринское дело»
Ташкентского Педиатрического
медицинского института.

На сегодняшний день ломается традиционно сложившееся представление о медицинской сестре только как о помощнице врача, выполняющей лишь вспомогательные функции, снимаются с нее функции младшего медицинского работника, тем самым поднимая престиж профессии, способствуя повышению качества медицинской помощи. Медицинская сестра определяет главные проблемы пациента, ставит диагноз, то есть собирает объективные и субъективные данные и дает оценку больному, составляет план ухода, что помогает правильно организовать уход за пациентом, вовремя определять проблемы его здоровья. Помимо работы в больницах и поликлиниках, преподавания в вузах и колледжах, медицинские сестры с высшим образованием могут заниматься научными исследованиями по своей специальности. Сестринское дело – это профессия, наука, дисциплина и ответственность. Сегодня и в Узбекистане сестринское дело рассматривается как большой ресурс оказания медицинской помощи и повышения ее качества.

развития тысячелетия», путем сокращения материнской и детской смертности и заболеваний. Таким образом, нам предстоит столкнуться с комплексом задач здравоохранения, необходимых для развития профессиональных услуг медсестер. Определение ценностей существующей системы и методов подготовки медсестер в системе высшего образования, применяемой Министерством здравоохранения, в первую очередь направлено на улучшение качества образования и обучения. Предложенная учебная программа, которая соот-



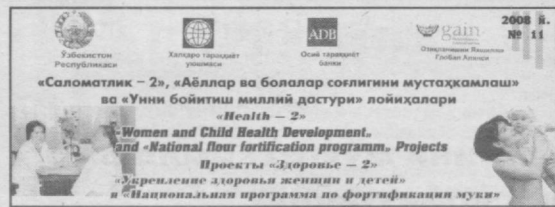
Одним из пунктов Постановления Президента Республики Узбекистан № ПП-524 «О дополнительных мерах по стимулированию повышения профессионального уровня и квалификации медицинских работников среднего звена» является усовершенствование учебных планов и программ. Усовершенствование учебной программы для «Высшего медсестринского дела» – требование времени. Разработка новой учебной программы осуществляется в рамках Проекта АБР по «Укреплению здоровья женщин и детей», главной целью которого является оказание помощи в осуществлении правительственной программы «Цели

ответствует международным стандартам, обеспечит желающих возможностью получить степень бакалавра в сфере медсестринской деятельности. Программа сконцентрирована на обеспечении пациента квалифицированным медсестринским уходом. Медсестры Узбекистана, подготовленные по согласованным высоким международным стандартам, смогут не только развить свой мощный потенциал, но в то же время смогут способствовать осуществлению фундаментальных изменений здравоохранения Узбекистана.

В медицине, где происходит чрезвычайно быстрое расширение

знаний, разрабатываемая новая учебная программа сосредотачивается на развитии навыков у медсестры, на приобретении знаний на протяжении всей практической деятельности. Стратегия определения новых требований высшего образования для медсестер была разработана в последовательном по-

На сегодняшний день разрабо-



ИНТЕРЕС И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА

При явно нетерпимом состоянии системы здравоохранения основная масса врачей делает свое дело вопреки обстоятельствам. Им трудно выполнять свой долг, потому что многие годы обществу и государству не выполнят долг перед ними. Пожалуй, в пору удивляться тому, что в большинстве своем врачи помнят о клятве Гиппократова, а не тому, что все чаще встречаются поборы, равнодушие или просто неспособность помочь.

Складывается ощущение, что государство не хочет видеть происходящего во врачебном сообществе. Глубоко укоренившееся представление о "дешевом" враче по-прежнему является основой политики в сфере здравоохранения. Между тем, хорошо известно, что уровень "человеческого капитала", заложенного во врачебной специальности, намного выше, чем в среднем по экономике страны. Чтобы стать врачом, нужно 6 лет учиться в вузе и долго накапливать опыт и квалификацию. В западных странах отдача от этого "капитала" очевидна: доход врача в 2-3 раза выше, чем в среднем по хозяйству. У нас - на 35% ниже. В Польше, Чехии, Венгрии, прибалтийских государствах уровень зарплаты врачей уже в конце 1990-х годов превысил средний по хозяйству, хотя стартовые позиции у них были такими же, как в России.

Без существенного повышения зарплаты врачей и медицинского персонала все наши попытки что-то изменить в системе здравоохранения обречены на провал. Нужна ясная цель и ежегодные рубежи повышения зарплат работников здравоохранения.

Но самое главное - это избавиться от "уровниловки" и платить за реальные результаты труда. Далеко не все врачи удовлетворены нынешней ситуацией, когда для получения достойной заработка надо брать деньги с больных. И все понимают, что это не обеспечивает соответствие размера оплаты реальному вкладу врача. Исключительно российский феномен "неоперирующего хирурга" (есть ставка, есть хирург, похож на настоящего, но не оперирует) - это оскорбительный вызов действительно квалифицированным врачам, не щадящим себя в своем желании помочь больному. Равно как и другие формы нерациональной организации работы медицинских учреждений.

Нужна новая система стимулов как для медицинской организации, так и для отдельного врача. Медицинская организация должна быть заинтересована в том, чтобы повышать эф-

фективность своей деятельности. Это предполагает отказ от доминирующего принципа содержания учреждений и переход в полном объеме на современные методы оплаты реальных объемов и качества медицинской помощи.

Участковый врач или врач общей практики должны нести реальную ответственность за здоровье приписанного ему населения и иметь стимулы к расширению объема своей деятельности, не "сбрасывая" свою нагрузку на узких специалистов. Обеспечить такую мотивацию первичного звена с помощью оплаты за посещение и даже за детальную услугу очень сложно: врач всегда обеспечит нужные объемы, а самое главное - будет заинтересован в увеличении числа больных людей. После перехода на показатель посещений в ряде регионов число врачебных посещений выросло до 15-17 при среднем числе посещений в России около 10 и 5-7 - в европейских странах.

Значительно лучше мотивируют участкового врача метод подушевого финансирования (на одного приписанного человека) и дополнительное поощрение за достижение установленных показателей деятельности - за уровень вакцинации детей, снижение частоты вызовов "скорой", смертности на дому и т.д. В регионах, "разогретых" в прошлом "Новым хозяйственным механизмом" (НХМ), целесообразно вернуться к методу "первичное звено - фондодержатель". После многих лет бездействия многие врачи - участники реализации этого метода ностальгически вспоминают о тех временах: вот тогда нам было интересно работать.

Врачи-специалисты в поликлинике помогают первичному звену в реализации принципа ответственности за здоровье населения и должны быть заинтересованы в расширении объема консультаций по направлениям врачей первичного звена. Врачи стационаров должны быть мотивированы к тому, чтобы оптимизировать объемы стационарной помощи - лечить действительно сложные заболевания, требующие стационарной помощи. Пока 30% госпитализаций будут необоснованными, ресурсов всегда будет не хватать, а значит, врачи будут иметь низкую заработную плату.

Особенно важно создать реальную мотивацию поликлиники к расширению объемов деятельности. Для этого необходимо направить часть экономии от сокращения необоснованных госпитализаций в сектор амбулаторной помощи - путем повышения размера подушевого норматива финансирования поликлиники. Другая часть экономии должна оставаться в самом стационаре, чтобы стимулировать оптимизацию структуры работ и обеспечивать более высокое

ресурсное наполнение лечения действительно сложных больных: сужается "фронт" работ стационара, растет цена лечения среднего случая, расширяются возможности для повышения оплаты труда. Врач стационара должен знать, что он выиграет, если будет лечить более сложные случаи.

Другими словами, экономическая мотивация должна быть ориентирована не только на наращивание объемов услуг, но и на обеспечение более рациональной структуры оказания помощи, достижение максимально высоких клинических результатов и показателей здоровья населения на единицу затрат.

И, конечно же, нельзя сводить проблему качества к проверкам страховщиков и наказаниям. Это дорого и непродуктивно. Решающая роль в обеспечении качества должны играть сами врачи - через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества, обеспечение этических норм поведения врачей. Но это предполагает и повышение их ответственности.

В конечном итоге государство должно изменить доминирующую форму регулирования и оплаты деятельности врачей. Необходим эффективный "социальный контракт" с врачом, основанный не на усредненной, а индивидуальной оплате его труда - с учетом квалификации, репутации и достигнутых результатов клинической деятельности. Для опытного и квалифицированного врача более высокая ставка зарплаты - это признание его заслуг, оправдывающее не только текущие усилия, но и многолетний труд по формированию репутации. А для менее опытного врача - сигнал о том, что приобретаемая репутация имеет вполне осязаемое экономическое измерение. Важность репутационных характеристик оценки деятельности врача вытекает из самой природы его взаимодействия с пациентом - особого значения фактора доверия пациента врачу.

Важнейшее условие эффективного контракта - установление такого размера оплаты труда, который даст врачу возможность заработать достаточно на одном рабочем месте и не размываться на дополнительные ставки. Для этого необходимо отказаться от планирования фонда оплаты труда, исходя из числа имеющихся ставок, и переходить к оплате физических лиц. Зачем обрывать врача на совещание, если даже имеющиеся деньги позволяют заплатить больше, чем положено по должности?

Взаем эффективный контракт определяет требование безус-

ловного соблюдения этических норм поведения врачей - исключение вымогательства, "накручивания" ненужных услуг, неоправданных с клинической точки зрения направлений к своим коллегам, связанным общим коммерческим интересом, а самое главное - обеспечение ответственности врача за свои действия. Ключевая роль в соблюдении этих норм принадлежит самим врачам - через различные формы их самоорганизации и сотрудничества.

Опираясь на свои профессиональные организации, врачи должны навести порядок в сфере платных медицинских услуг. Исследования показывают, что примерно 25-30% расходов на эти цели средств населения выпадает из общих поступлений медицинских учреждений, никак не способствуя улучшению их финансового положения.

Одновременно следует обеспечить прозрачное распределение поступлений от платных услуг - по специальному положению, принимаемому в каждой медицинской организации. Будущие общественные советы будут следить за их выполнением. Но решающая роль принадлежит врачебным организациям.

... Заместитель главврача одной крупной московской больницы рассказывает о том, как он вместе с группой врачей усилил охрану и направил поток больных и их родственников с "этажа" (то есть, от прямого контакта с врачом) в отделение платных услуг со своей кассой. А потом подвел итог сделанного. Оказалось, что в те дни, когда работала усиленная охрана, поступления больницы от платных услуг повышались в 3 - 4 раза. Разумеется, честного администратора уволили. Смысл его исповеди - призыв к органам государственного управления и врачебному сообществу навести порядок в этой сфере: "Надо хотя бы попробовать"...

ВРАЧ И РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хорошо известно, что если врачи не хотят изменений в здравоохранении, то их не будет. В США уже не одно десятилетие пытаются создать более доступное и менее затратное здравоохранение, но эти попытки блокируются прежде всего "организованной медициной", заинтересованной в сохранении "статуса кво". У нас влияние врачей не столь высоко, но тоже существенно. В первую очередь это касается врачебной элиты, формирующей мнение всего врачебного сообщества и имеющей доступ к лицам, принимающим решения.

Не будучи вовлеченными в подготовку реформы здравоохранения и не понимая ее содержания (никто толком не объяснил), врачи в основной своей массе безразличны или враждебны к происходящему. Логич-

ка рассуждений большинства: конечно, многое надо менять, но власть все равно нас не спросит и сделает по-своему, то есть не так, как нужно для нас и пациентов.

Есть только один выход из сложившегося положения - включение самих врачей в реформу, опираясь на его экономические и творческие интересы. Нерациональная система оказания и финансирования медицинской помощи наносит ущерб не только населению, но и врачам, прежде всего наиболее квалифицированным. Поэтому в их интересах - внести свой вклад в обсуждение и проведение реформы.

ПРИОРИТЕТ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Укрепление первичного звена - это не разовая акция повышения зарплаты и улучшения материального оснащения, а постоянные и целенаправленные действия по превращению участкового врача и врача общей практики в центральное звено системы здравоохранения. Стратегические и текущие планы развития территориального здравоохранения должны содержать целевые показатели роста этого сектора в общем объеме государственного финансирования отрасли. Если сегодня это 35%, то в следующем году 37%, через три года 40% и т.д.

Опыт наших соседей убедительно свидетельствует о том, что вложения в укрепление первичной помощи окупаются снижением потребности в стационарной и скорой медицинской помощи. Так, в Эстонии увеличение числа консультаций врачей общей практики по поводу сердечной недостаточности на 10% за 2000-2003 гг. повлекло за собой снижение числа госпитализаций на 15%, по астме - соответственно 13 и 8%.

Аналогичный пример из нашей практики: в Самарской области уже давно отработаны новые формы организации и оплаты первичной медицинской помощи. Прямой результат этих мер - число вызовов скорой медицинской помощи на одного жителя в области на 24% ниже, чем в среднем по стране (соответственно 264 и 346 вызовов).

Неожиданно вспыхнувшие в последнее время споры о враче общей практики, на наш взгляд, не очень продуктивны. Не так важно, как мы называем врача первичного звена, важна суть - он должен занять "водительское место" в общей системе здравоохранения. Для этого нужно менять работу участковой службы, приближая ее к модели врача общей практики, то есть повышать ответственность за здоровье прикреплен-

(Продолжение на 5-й стр.)

Российское Здравоохранение

ВРАЧ В РЕФОРМИРУЕМОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ного населения и расширять круг выполняемых функций, в том числе функции организации и координации медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами. Подготовка в крупной российской области 20-30 врачей общей практики в год и их образцово-показательное функционирование ничего не меняют. Такие врачи должны вырваться из среды участковых врачей и в массовом масштабе. При нарастающей финансовой поддержке государства и оплате труда за достигнутые результаты.

При этом совсем не нужно разрушать уже сложившийся "капитал" десятилетиями складывающейся педиатрической службы. Достоинства семейного принципа обслуживания оче-

видны, но к нему следует двигаться постепенно и крайне осторожно. Да и не это главное сейчас, на наш взгляд. Нужно изменить работу участковых врачей – и терапевтов, и педиатров. Вызревающий в этой среде врач общей практики может быть "взрослым" и "детским". Постепенно их деятельность будет сближаться – с большим акцентом на обслуживание семьи в целом.

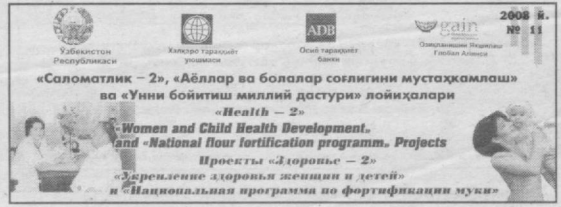
А пока имеет смысл развивать формы коопераций врачей разных специальностей с акцентом на обслуживание семьи в целом. В 1980-90-е годы в ряде регионов России хорошо зарекомендовали себя акушерско-педиатрические-терапевтические комплексы. Восстановление этой формы покажет, стоит ли форсировать процесс объединения обслуживания взрослых и детей.

Другая важная проблема –

наметившийся конфликт между врачами первичного звена и узкими специалистами. Национальный проект "Здоровье" обнажил эту проблему. Повышение зарплаты только врачам первичного звена вызвало далеко неоднозначную реакцию врачебного сообщества.

Наша позиция: приоритет выбран правильно. Не будет у нас сильного и мотивированного врача первичного звена, значит, сохранится неэффективность системы в целом. Специалисты будут иметь дело с запущенными заболеваниями, нагрузка на них будет расти, врачей будет не хватать, потребуются наращивание их числа, а следовательно, возможности повышения зарплаты специалистов будут ограничены. Это замкнутый круг.

Выход из него – в системных преобразованиях в поликлинике. Не должен врач пер-



вичного звена направлять более 30 % пациентов к специалистам. Подавляющая часть пациентов с наиболее распространенными заболеваниями (как минимум, 80 %), в принципе, могут начинать и заканчивать лечение у врача первичного звена. Если же этот врач по-прежнему будет спихивать свою нагрузку на узкого специалиста, то можно пла-

вать ему зарплату американского врача, и все равно ничего не изменится – врачей будет не хватать, пациенты будут недовольны.

Нужна персональная, а не коллективная (а значит, обезличенная) ответственность врача первичного звена за состояние приписанного к нему населения! От этого выиграют все, в том числе и узкие специалисты.

... В Англии шутят: раньше врачи общей практики присылали рождественские открытки специалистам больницы, сейчас – наоборот. Врач общей практики в этой стране чувствует себя очень комфортно. Вот и нам нужно что-то подобное. Для этого требуются ясно оформленная государственная стратегия первоочередного развития первичного звена, ее последовательное осуществление с акцентом на формировании новой мотивации этих врачей.

Доклад Государственного университета – Высшая школа экономики.

Авторы: А. ВИШНЕВСКИЙ, Я. КУЗЬМИНОВ, В. ШЕВСКИЙ, И. ШЕЙМАН, С. ШИШКИН, Л. ЯКОБСОН, Е. ЯСИН. (Сокращенный вариант).

Материал взят из интернета.

(Продолжение.
Начало на 4-й стр.)

Шу йилнинг ноябрь ойида Тошкент Врачлар малакасини ошириш институтининг «Клиник лаборатория диагностикаси» кафедраси «Саломатлик-2» лойиҳаси доирасида «Лаборатория амалиётида янги технологияни ўлаштириш» мавзусида семинар-тренинг бўлиб ўтди.



Унда Жиззах вилоятининг лаборатория хизмати бўйича мутахассислари иштирок этди. Хабарингиз бор, республикамиздаги барча қишлоқ врач-

лик пунктлари ва оилавий поликлиникаларнинг лаборатория хоналари «Саломатлик» лойиҳаси томонидан етарли шарт-шароит ва лаборатория асбоб-ус-

ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯ РИВОЖИ

қуналари билан таъминланмоқда. Демак, бу жараён ўз замирида малакали кадрларнинг билим тажрибасини ошириш ва ишдаги сифат-самарадорликни яхшилаш талабини кўяди. Шу маънода ташкил этилган семинарда иштирокчилар лабораториянинг янги истиқболлари, технологиялар, улардан фойдаланиш механизми бўйича билим савияларини оширдилар. Тажрибали тренер-ўқитувчилар қатнашчиларга клиник лаборатор, биохимик таҳлилларни янги метод асосида олиб бориш йўл-йўриқларини мукамал ўргатдилар. Назарийда олинган билимлар амалиётда синаб кўрилди.

Мавлуда САМАТОВА, Жиззах вилояти соғлиқни сақлаш бошқармасининг лаборатория хизмати бош мутахассиси:

– Ҳозирги ривожланиш даврида янги технологияларнинг кириб келиши касалликни эрта аниқлаш ва таъхис қўйиш имконини бермоқда. Авваллари

қишлоқ участка шифохоналарида лаборатория текширувлари шаҳар шифохоналари билан уз-

кадрлар тайёрлаш йўлга қўйилган. «Саломатлик-2» лойиҳаси доирасида олиб борилаётган



вий ҳолда олиб бориларди. Айни пайтда эса бу жараён янада оsonлашиб, қишлоқ врачлик пунктининг ўзида амалга оширилмоқда. Бунинг учун етарли лаборант

ана шундай семинарларни биз ўз худудларимизда кенгроқ ўтказиб, уларни ҳам янги технология соҳасидаги билимларини бойитишга хизмат қиламиз.

Ота-оналарга маслаҳат

БОЛАНГИЗНИ СКОЛИОЗ КАСАЛЛИГИДАН АСРАНГ!

Маълумки, касалликнинг олдини олиш, уни даволашдан кўра анча осон кечади. Шундай касалликлар борки, уларни эрта аниқлаш осонроқ бўлади. Шулардан бири болалардаги таянч-ҳаракат аппаратлари касалликлари, жумладан, умуртқа погонасининг қийшайиши (сколиоз)дир.

Кўпгина ота-оналар ўз болаларининг қилаётган ҳаракатларига бефарқ бўладилар. Ёш болаларнинг ҳар бир ҳаракати унинг келгуси ҳаётидаги саломатлигига катта таъсир кўрсатади. Шу ўринда сизда: "Боланинг қилаётган ҳаракати сколиоз, яъни умуртқа погонаси қийшайишининг нима даҳли бор?", деган савол турғилиши табиий ҳол.

Сколиозни келтириб чиқарувчи омиллар:
* 1-синфга бораётган болангизга елканинг бир томонига осиладиган сумка олиб бера-сиз. Болангизни суякларни ҳали тўлиқ қотмаган. Ҳар доим бир

томонга сумкани осиб юриш на-тижасида тана суякларининг шу томонга қийшайиши кузатилади;
* фарзандингиз уйда дарс тайёрлаётган вақтида стулга тўғри ўтирмаслиги ва шу стол-стулларни боланинг ёшига тўғри келмаслиги ҳам касаллик юзага чиқишида етакчи омиллардан бири ҳисобланади;
* болангиз эркин юрганда эгилиб ёки бошини эгиб юриши мумкин, бу ҳам сколиозга сабаб бўлади;
* болангиз рахит касаллигига чалинган бўлса, суякларда кальций етишмаслиги оқибатида умуртқа погонасининг қийшайи-

ши кузатилади;
* болаларни оғир юк кўтаришга мажбур қилиш туфайли умуртқа погонаси қийшайиши мумкин;
* пружинали каравотлардан фойдаланишда ҳам умуртқа погонаси қийшайиши мумкин;
* ёш болалар атрофига ёстиқ қўйиб, ўтиришга мажбур қилиш оқибатида ҳали бунга тайёр бўлмаган нозик умуртқа погонасида эгилиш ҳолати пайдо бўлади;
* овқатланиш рақсониди тарқибда кальций сақловчи озиқ-овқат маҳсулотларининг етишмаслиги натижасида суякларнинг мустаҳкамлиги бузилади. Бу ҳам сколиоз касаллигининг юзага келишига сабабчи бўлади.

Агарда қиз болада сколиоз касаллиги пайдо бўлса, вояга етиб турмуш кўргандин сўнг унда тўғруқ жараёни қийин кечади. Бўйин ёки бел умуртқаларининг

қийшайиши оқибатида уларда букрилиқ ҳолати вужудга келиши ёки умуртқа погонасининг орасига туз ва суюқликлар йиғилиши мумкин.

Бундай ҳолатлар содир бўлмаслиги учун, албатта, фарзандларингизнинг саломатлиги ҳаққида қайғуришингиз лозим.

Ота-оналар болаларини, авваломбор, бу касалликларга чалин-тирмасликка ҳаракат қилиши керак.

* Болада рахит касаллиги бўлса, уни ўз вақтида даволатинг;
* бола ҳали ўтира олмаса, уни ўтиришга мажбур қилманг;

Хурматли ота-оналар! Жисмоний чиниқши омилларидан оқилона фойдаланиш, болаларда учрайдиган ҳар хил касалликларни даволашда ва уларнинг олдини олишда катта ёрдам беради, фарзандларингиз соғлом, бақувват бўлиб ўсади ҳамда руҳияти кўтаринки бўлади.

Мазкур мақола Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Республика Саломатлик ва табиий статистика институти, «Саломатлик» лойиҳаси мутахассислари томонидан тайёрланди.

В помощь врачу общей практики

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

2. Плотнo обхватив мундштук губами, сильно и быстро, как можно резко сделать выдох, не закрывая просвет мундштука языком.

3. Тест нужно повторить трижды. Если это необходимо, между попытками обследуемый должен отдохнуть. Учитывается максимальный результат.

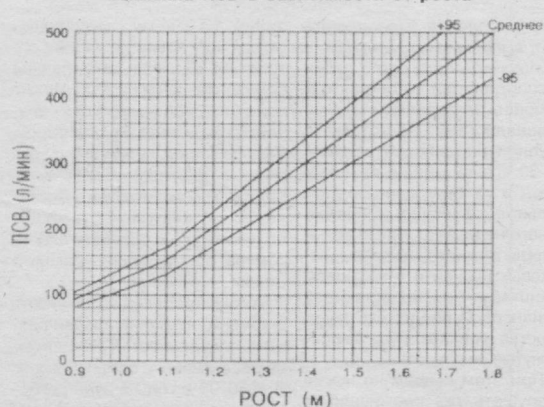
4. Если пациент принимает медикаментозную ингаляцию, то измерение скорости воздушного потока следует производить перед ингаляцией или через 10 минут после нее.

Оценка результатов.

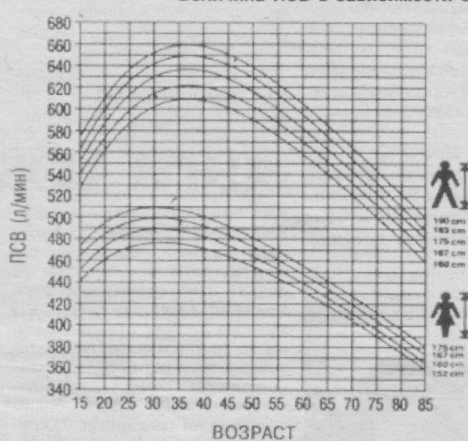
Существуют должные величины ПСВ – это средние величины, рассчитанные на основании данных обследования большой группы здоровых людей. Величина ПСВ выражается в литрах выдыхаемого воздуха в минуту

(л/мин.). Должные величины определения должных величин ПСВ зависят от возраста, роста, пола и широко варьируются. Разработаны номограммы для

Величина ПСВ в зависимости от роста



Величина ПСВ в зависимости от пола, роста и возраста



Для определения показателя пиковой скорости выдоха определяем по номограмме точку пересечения значений возраста, роста на кривой пола и находим показатель отсутствующего (нормального) уровня ПСВ. Этот показатель составляет 100%, а выявленный показатель ПСВ – x. Вычисляем процент от должной величины.

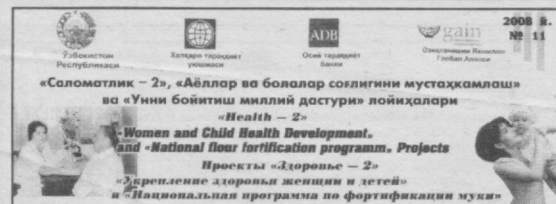
Для оценки результатов пикфлоуметрии необходимо учитывать, что:

ПСВ, более 90% от должной величины – норма;

ПСВ, равное 80-89% от должной величины – условная норма, пациент нуждается в динамическом наблюдении;

ПСВ, равное 50-79% от должной величины – умеренное снижение, пациенту требуется усиление терапии;

ПСВ менее 50% от должной величины – резкое снижение, больному необходима госпитализация в стационар.



Пикфлоуметрия – это измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов – пикфлоуметров – позволяющее объективно оценить функцию легких и степень сужения воздухоносных путей.

Пиковая скорость выдоха (ПСВ) – это наибольшая скорость форсированного выдоха после глубокого вдоха, которая позволяет объективно судить о проходимости бронхов.

Портативные и дешевые пикфлоуметры позволили внедрить функциональную диагностику болезней органов дыхания в повседневную деятельность каждого врача общей практики.

**Показания к проведению пикфлоуметрии:**

– Выявление обструктивных нарушений вентиляции легких.

– Оценка степени обструкции бронхов и тяжести течения болезни.

– Определение обратимости бронхиальной обструкции.

– Дифференциальная диагностика астмы и других хронических обструктивных заболеваний легких.

– Прогнозирование обострений астмы.

– Мониторинг ответа на терапию во время обострения.

– Планирование лечения.

Рекомендации врачу. Пикфлоуметрия – это тест, который можно провести в кабинете врача или на дому. При самостоятельном использовании на дому желательно применять два раза в день – утром и вечером – и записывать данные в таблицу. Необходимо тщательное и грамотное выполнение техники пикфлоуметрии, так как в мониторинге астмы наибольшее значение имеет динамика показателей ПСВ, а не ее абсолютные значения.

Пикфлоуметр – это простой портативный прибор, который измеряет показатель пиковой скорости выдоха. В последние годы появились электронные пикфлоуметры, которые могут запоминать изменения ПСВ в течение нескольких месяцев. Кроме того, они позволяют фиксировать симптомы заболевания, применяемые медикаменты, то есть они объединяют в себе пикфлоуметр и дневник самоконтроля, не требуя дополнительных усилий для обработки и расчета показателей.

Техника проведения

1. Для получения правильного результата необходимо пользоваться пикфлоуметром стоя или сидя. Сначала необходимо установить стрелку пикфлоуметра на исходный уровень. Обследуемый должен взять пикфлоуметр в руки горизонтально телу и вдохнуть как можно глубже.

АМАЛИЙ КЎНИКМАНИ БОЙТИШ ЗАРУРАТИ

Жорий йилнинг 10-15 ноябрь кунлари Тошкент Вrachлар малакасини ошириш институтининг умумий амалиёт шифокорлари малакасини ошириш кафедраси «Саломатлик-2» лойиҳаси доирасида «УАШ амалиёт-ида терапиянинг долзарб муаммолари» мавзуйда семинар-тренинг ташкил этди. Унда Андижон ва Самарқанд тиббиёт институтлари, шунингдек, Тошкент Тиббиёт академиясининг бош мутахассислари иштирок этди.



Бундан кўзланган асосий мақсад умумий амалиёт шифокорлари малакасини ошириш жараёнида ички касал-

ликларнинг долзарб муаммоларини ўрганиш, татбиқ қилиш ҳамда касбий махоратини янада мустақамлашдан

иборатдир. Семинар тренери Роҳатой Нурмухаммедованинг таъкидлашича, бирламчи тиббий санитария ёрдамни кўрсатишда умумий амалиёт шифокорининг роли катта бўлиши билан бирга унинг турли йўналишдаги билимларини такомиллаштириб бориш УАШ малакасини ошириш кафедраларининг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади. Шунга мувофиқ ўтказилаётган семинарлар бутун республикани қамраб олиши билан характерлидир. Олти кун давомида иштирокчилар ички касалликларни даволашнинг замонавий усуллари, ёрдам кўрсатишнинг жаҳон стандартлари, профилактика чора-тадбирларининг ўзига хос қўриқилари тўғрисида маълумотга эга бўдилар. Юқори малакали тренерларнинг назарий маърузаларидан сўнг, қат-

**Матлуба ЖУМБОЕВА, Андижон Давлат тиббиёт институтининг «УАШ малакасини ошириш» кафедраси ассистенти:**

– Ушбу семинар давомида ички касалликларга оид маълумотларга эга бўлди. Уқитишнинг янги техникасини ўргандик. Назарий билимлардан сўнг, гуруҳларга бўлиниб, педагогик махоратимизни синовдан ўтказдик. Эндиги мақсадим кафедрадаги тингловчиларга терапия билан боғлиқ янгиликларни етказиш, амалиётда татбиқ этишга эришишдир.

Совместное бюро реализации проектов «Здоровье-2», «Укрепления здоровья женщин и детей».

И.О. исполнительного директора Максумов Джамшид Джалолович.
700007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51,
ТашИУВ, административный корпус, 3-й этаж.
Контактные телефоны: 268-08-19, 267-73-47.
Факс: 268-25-39, E-mail: office @ jpb.uz. com.uz.

Над спецвыпуском работали: И. СОАТОВА, Н. ТАЛИПОВ, И. ИЛЬХАМОВА, Ю. НАЛИБАЕВА. Автор фото Анвар САМАДХОДЖАЕВ.

К 60-летию принятия Всеобщей декларации прав человека

ЗАЩИТА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ

пациента должно проводиться в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

4) Проведение по его просьбе консилиума и консультации других специалистов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Порядок проведения консилиумов и консультаций определен приказом Министерства здравоохранения.

5) Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Обязанность хранить врачебную тайну возлагается на медицинских работников. Не допускается разглашение врачебной тайны лицами, которым в установленном порядке были переданы данные сведения, а также лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных или иных обязанностей. Однако законодательством предусмотрены пределы использования права граждан о неразглашении врачебной тайны. В статье 45 Закона имеется перечень случаев, когда допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, по запросу правоохранительных органов при проведении расследований или судебном разбирательстве, в целях лечения гражданина, не

способного из-за своего состояния выразить свою волю, при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий, либо несчастного случая.

6) Добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина. Важным условием получения согласия на вмешательство, а также оформление отказа от него, является информация с учетом компетентности пациента. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

Вместе с тем, законодательство устанавливает основания и порядок, в соответствии с которым оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, осуществляется без согласия граждан и их законных представителей.

7) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию:

- о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования;
- о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;
- о методах лечения и связанных с ними риске;
- о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Гражданин имеет право непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультацию по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Реализация пациентом права на получение информации о состоянии своего здоровья заключается в том, что этим правом можно воспользоваться в том случае, если это не противоречит желанию пациента. Причем акцент сделан не на обязанности врача, а именно на праве пациента. Это значит, что врач не должен немедленно и по собственной инициативе предоставлять соответствующую информацию больному. Тем более запрещается раскрывать сведения о состоянии здоровья гражданина

против его воли. Но если пациент требует информации, то врач обязан с соблюдением медицинских норм ее сообщить. Одновременно гражданин может непосредственно ознакомиться и делать выписки из медицинской документации, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации у других специалистов, делать ксерокопии истории болезни и с другой медицинской документацией, носящей информацию о состоянии его здоровья.

8) Получение медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования. Это право пациента на современном этапе может быть реализовано Законом Республики Узбекистан "О страховой деятельности", который предусматривает страхование здоровья как один из видов страхования.

9) Возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи в порядке, установленном законодательством. Наиболее частым последствием оказания медицинских услуг ненадлежащего качества является причинение вреда здоровью человека, который, безусловно, нуждается в возмещении. Так, согласно статье 46 Закона "Об охране здоровья граждан", в случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленном законодательством. Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, возмещаются с юридических и физических

лиц, ответственных за причиненный вред их здоровью.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством.

10) Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав. Основанием для допуска адвоката является устная или письменная просьба пациента.

- Документом, подтверждающим представление интересов пациента, служит ордер.

- Общение пациента с адвокатом должно проходить наедине (необходимость предоставления "гостевой комнаты").

- Особые условия для встречи с адвокатом инфекционного больного.

- Ограничения (на количество адвокатов или перечень процедур, исключающих контакт) оформляются локальным актом ЛПУ.

При этом следует заметить, что нотариус не является законным представителем больного.

11) Обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, вышестоящему органу управления, либо в суд. Такая современная нормативная база, направленная на охрану прав пациентов.

И. ДУДУКИНА,
Главный юрист-консульт
Министерства
здравоохранения
Республики
Узбекистан.

(Продолжение.
Начало 2-й стр.)

1 декабрь — Халқаро ОИТСга қарши кураш куні

ПРОФИЛАКТИК ТАРҒИБОТНИНГ САМАРАСИ

Республикада соғлом турмуш тарзини шакллантириш давлат сиёсатининг устувор вазифаларидан бири саналади. Бу борада давлатимиз томонидан қабул қилинган ҳужжатлар ҳаётга кенг татбиқ этилиб, амалий ишлар олиб борилаётган. Дунёда инсон саломатлиги, унинг руҳан, жисмонан баркамоллигидан ортиқроқ бойлик бўлмаса керак.

Шу боис, ҳукуматимиз томонидан аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш, айниқса, келажак авлодни соғлом инсонлар қилиб вояга етказишга алоҳида эътибор берилмоқда. Барчамизга маълумки, ОИТС (ортирилган иммунитет танқислиги синдроми) айрим одамлар, оилалар, жамоалар ва мамлакатлар учун оғир оқибатга олиб келувчи илтимий ва иктисий касаллик сифатида қайд этилган. Бугунги кунда дунёда ОИТС билан оғирган инсонлар сонини кўпайиб бормоқда. Бу, албатта, ҳеч бир кишини бефарқ қолдирмайди. Ушбу касаллиқнинг олдини олиш борасида дунё ҳамжамияти ҳамда тегишли ташкилотларнинг саъй-ҳаракати билан кенг доирадаги чора-тадбирлар режаси белгила-ниб, ижроси таъминлаб келинмоқда.

Республикада худудида ОИВ/ОИТС касаллигининг олдини олиш тўғрисидаги Қонуннинг ижроси, ОИВ/ОИТС касаллигининг профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш, 1 декабрь — Халқаро ОИТСга қарши кураш кунини ўтказиш буйича тарғибот-ташвиқот ҳамда профилактик ишлар самардорлигини ошириш борасида амалий фаолиятлар олиб борилаётган. Хусусан, республикамизнинг барча худудларида ишонч пунктларининг ташкил этилиши, ОИТС муаммолари билан шуғулланаётган ташкилотлар фаолиятини умумлаштириш ва ҳамкорлик тадбирларини йўлга қўйишда ижобий ҳаракатлар ўз самарасини бермоқда.

Кузатишлар натижаси шуни кўрсатадики, ОИТС касаллигига чалинган шахсларнинг кўпчилиги гиёҳванд моддаларни томир орқали қабул қилув-

чилар экан. Бундан кўриниб турибдики, гиёҳванд моддалар ОИТС хасталиги тарқалишида асосий омиллардан бири бўлиб хизмат қилади. Демак, олдимизда турган масалалардан бири гиёҳвандликнинг олдини олиш билан бир қаторда, ОИТСга қарши курашиш ҳамда масъулликларини ошириш муҳимдир. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, инсон саломатлиги муҳофазасининг 60-65 фоизи соғлом турмуш тарзига боғлиқ экан. Бу йўлдаги ҳаракатлар асосан соғлом турмуш кегираётган кишиларни бирлаштириш ҳамда уларнинг жамоатчилик асосидаги жамиятларини ташкил этиш ва сихат-саломатлигини оммалаштириш. Ушбу жамият ўз атрофида соғлом турмуш тарзини кегирувчи ва саломатлиги билан шахсан шуғулланишни истаган одамларни бирлаштириб, уларнинг тиббий саводхонлигини оширишда муҳим аҳамият касб этади.

Республикада ОИТС ка-

саллиги вирусини юктирганларни аниқлаш мақсадида мунтазам равишда эпидемиологик назорат ишлари билан бир қаторда, махсус "Ишонч пунктлари" ҳам фаолият олиб бормоқда. Агарда бирор бир кишида ҳафта ичида тана ҳароратининг сабабсиз кўтарилиши, бир ойдан кўпроқ вақт йўталиши, бир ойдан узоқ вақт давомида ҳеч қандай сабабсиз тана озиши, ҳафта мобайнида ич кетиши, лимфа тўғунларининг катталашуви ва уларда оғрик каби белгилар пайдо бўлса, тезда шифокорга ёки юқорида келтириб ўтилган "Ишонч пунктлари"га мурожаат этиши мумкин.

Хулоса қилиб айтидиган бўлсак, мақдур касаллиқнинг олдини олиш ўзимизга боғлиқ экан, бу борада аҳоли орасида тарғибот ишларини кўчатириб, инсонларнинг ўз соғлиқлариغا бўлган эътиборларини оширган ҳолда мукамал даражада иш юритсак, мақсадга мувофиқ бўлар эди.

Нуриддин ТОШБОВ,
Республика Давлат санитария-эпидемиология хизмати ходими.

Обуна — 2009



«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш — Здравоохранение Узбекистана» газетасига 2009 йил учун обуна бўлиш мавсуми давом этмоқда. Азиз тиббиёт ходимлари ва муштарийлар! Республика тиббиёт тизимида амалга оширилаётган ижобий ишлар, фаолиятлар ҳамда янгиликлардан хабардор бўлишни истасангиз сеvimли газетангизга обуна бўлишни унутманг! **Нашр индекси: 128.**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий фаолиятни лицензиялаш Кенгаши маълум қилади

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий фаолиятни лицензиялаш Кенгашининг 2008 йил 31 октябрдаги 10-сон мажлис қарорига асосан лицензияларнинг аризалари инobatга олиниб, уларга тиббий фаолият кўрсатиш учун берилган лицензия ва "Вақтинчалик рухсатнома"ларнинг амал қилиши тугатилган, тўхтатиб турилган ва тикланган қуйидаги юридик ва жисмоний шахслар ҳақида ахборот.

2008 йил 31 октябрдаги 10-сон мажлис қарорига асосан лицензия ва "Вақтинчалик рухсатнома"ларнинг амал қилиши тугатилганлар:

1. Тошкент шаҳри, Яқкасарой тумани, Баҳодир кўчаси, 7-уйда яшаган **Миразимов Батир Миродиловичга** травматолог-ортопед ихтисослиги бўйича 24.02.2005 йилда берилган 4361-рақамли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

2. Тошкент шаҳри, Собир Раҳимов тумани, Абдураҳмон кўчаси, 3-Б уйда жойлашган **"KARIMATIBVIYOT"** хусусий фирмасига 16.04.2004 йилда берилган 2689-тиб. рақамли лицензия бекор қилинди.

3. Фарғона вилояти, Ўзбекистон тумани, Охунбоев фуқаролар йиғини, Яқкатут қишлоғида жойлашган хусусий **"Лукмони-Ҳаким"** урология ва жаррохлик фаолияти билан шуғулланувчи фирмасига 27.06.2001 йилда берилган 2655-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

4. Фарғона вилояти, Ўзбекистон тумани, Яқкатут қишлоғида жойлашган **"Жаррох Сервис"** хусусий фирмасига 23.03.2005 йилда берилган 4312-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

5. Наманган вилояти, Наманган шаҳри, Бобуршоҳ кўчаси, 10-уйда жойлашган **"BIVRON"** хусусий фирмасига 20.09.2002 йилда берилган 2994-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

6. Тошкент шаҳри, Шайхонтоҳур тумани, Халқлар Дўстлиги кўчаси, 8-А уйда жойлашган **"BOLALAR TIBBVIYOT MARKAZI"** МЧЖга 12.07.2002 йилда берилган 3059-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

7. Хоразм вилояти, Урганч шаҳри, Ал Хоразий кўчаси, 143-уйда жойлашган **"САБР"** хусусий фирмасига 27.02.2001 йилда берилган 2573-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

8. Хоразм вилояти, Шовот тумани, К. Отаниёзов кўчаси, 80-уйда жойлашган **"Нажот"** хусусий клиникасига 17.10.2005 йилда берилган 4957-тиб. сонли лицензия бекор қилинди.

9. Тошкент шаҳри, Чилонзор тумани, 10-мавзе, 16-уйда жойлашган **"JAMOLHON"** хусусий корхонасига 30.04.2007 йилда берилган 6131-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

10. Тошкент шаҳри, Миробод тумани, Бойсун кўчаси, 99-уйда жойлашган **"USTOZ-PROFI"** МЧЖга 11.08.2004 йилда берилган 3868-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

11. Самарқанд вилояти, Самарқанд шаҳри, Имом Бухорий кўчаси, 2/22-уйда яшовчи **Карахаджаева Иркин Бабахаджаевнага** психиатр ихтисослиги бўйича 11.02.2004 йилда берилган 4109-сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

12. Тошкент вилояти, Янгийўл шаҳри, МЖК-2, 6-корпус 2-хонадонда яшовчи **Даутов Палат Абдирасуловичга** стоматолог-терапевт, хирург ихтисослиги бўйича 17.04.2006 йилда берилган П3411-сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

13. Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, 14-мавзе, 21-уй, 58-хонадонда яшовчи **Сайдалиев Раъшон Абдурашидовичга** стоматолог-ортопед ихтисослиги бўйича 16.05.2005 йилда берилган 4410-сонли лицензиянинг амал қилиши тугатилди.

14. Тошкент шаҳри, Мирзо Улуғбек тумани, Буюк Ипак йўли кўчаси, 483-уйда яшовчи **Муродова Эркага** дерматолог ихтисослиги бўйича 27.09.2001 йилда берилган 3550-рақамли "Вақтинчалик рухсатнома" (лицензия)нинг амал қилиши тугатилди.

15. Тошкент шаҳри, Яқкасарой тумани, Хумо кўчаси, 7-уйда яшовчи **Маликова Хушнуда Камилловнага** стоматолог-терапевт ихтисослиги бўйича 24.07.2001 йилда берилган 3494-рақамли "Вақтинчалик рухсатнома" (лицензия)нинг амал қилиши тугатилди.

16. Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, 13-мавзе, 64-уй, 92-хонадонда яшовчи **Таджидинова Алишер Хамрақулловичга** стоматолог-ортопед ихтисослиги бўйича 12.12.2002 йилда берилган 3840-рақамли "Вақтинчалик рухсатнома" (лицензия)нинг амал қилиши тугатилди.

17. Тошкент вилояти, Бўка шаҳри, Тинчлик кўчаси, 102-уйда яшовчи **Тулаев Норбой Амминовичга** жаррох ихтисослиги бўйича 27.09.2001 йилда берилган 3542-рақамли "Вақтинчалик рухсатнома" (лицензия)нинг амал қилиши тугатилди.

3. Лицензиянинг амал қилиши 6 ой муддатга тўхтатиб турилган хусусий корхоналар:

1. Тошкент шаҳри, Ҳамза тумани, Мухтор Ашрафий кўчаси, 34-уйда жойлашган **"ALISHER-TIBBVIYOT"** МЧЖга 29.03.2007 йилда берилган П3468-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши 01.11.2008 йилдан бошлаб 6 ой муддатга тўхтатилди.

2. Фарғона вилояти, Данғара тумани, Найманча қишлоғи, "Наргиз" болалар богчаси биносида жойлашган **"УМРИНСО"** хусусий фирмасига 13.07.2006 йилда берилган 5557-тиб. рақамли лицензиянинг амал қилиши 01.11.2008 йилдан бошлаб 6 ой муддатга тўхтатилди.

4. Лицензиянинг амал қилиши тикланган фирмалар:

Тошкент шаҳри, Учтепа тумани, Чилонзор 12-мавзе, 36-уй, 39-хонадонда жойлашган **"MADAD-SHUKUR"** хусусий фирмасига 30.12.2004 йилда берилган 2676-тиб. сонли лицензиянинг амал қилиши тикланди.

ИНТЕРНЕТ СООБШАЁТ

В Бразилии 15-летний мальчик вылечился от бешенства

Бразильским врачам удалось вылечить 15-летнего подростка, госпитализированного с симптомами бешенства. Это третий в мире подтвержденный случай, когда человеку удалось выздороветь от этого заболевания без использования вакцины, сообщает MSNBC.

Подросток, имя которого пока не раскрывается, заразился бешенством в результате укуса летучей мыши в бразильском штате Пернамбуко. По неизвестным причинам мальчику не проводилась вакцинация, позволяющая избежать развития заболевания. В октябре у ребенка появились симптомы поражения нервной системы, характерные для бешенства, и он был госпитализирован в Университетскую больницу Освальдо Круза в Ресифе, столице штата Пернамбуко.

Для лечения мальчика врачи использовали комбинацию противовирусных препаратов, седативных средств и этанетических анестетиков. Эта методика, известная как "протокол Милуоки", была впервые успешно применена в США в 2004 году при лечении больной бешенством Джини Гис.

По словам лечащих врачей, спустя месяц после начала лечения в крови мальчика отсутствует вирус. В настоящее время ребенок идет на поправку. Подробности о заболевании подростка и его лечении будут подробно описаны в одном из научных журналов.

Бешенство – практически неизлечимая вирусная инфекция, поражающая центральную нервную систему. Вирус передается через укусы, ослабление и оцарапывание больных животных – как домашних, так и диких, в том числе летучих мышей. Единственным спасением является заблаговременная вакцинация. В мире известно всего восемь случаев выздоровления людей от бешенства, среди которых пять не были подтверждены лабораторно. Наиболее известен случай 15-летней американки Джини Гис, которую удалось вылечить от бешенства с помощью искусственно вызванной комы.

ЭКО увеличивает риск некоторых пороков развития

Дети, зачатые в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), чаще страдают некоторыми врожденными дефектами. По данным американских ученых, у таких детей в два-четыре раза чаще

встречаются заячья губа (расщелина верхней губы), дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки сердца, а также пороки развития желудочно-кишечного тракта.

Ученые из американских Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) под руководством Дженинны Рифхьюз сравнили распространенность 30 наиболее частых врожденных дефектов у детей, зачатых естественным путем либо с помощью искусственного оплодотворения (ЭКО или ИКСИ – инъекция заранее отобранного жизнеспособного сперматозоида в яйцеклетку). В исследовании был задействован 281 ребенок "из пробирки" и около 14 тысяч детей, зачатых естественным путем. При этом все беременности были одноплодными.

Выяснилось, что дети, зачатые в "пробирке", в 2,4 раза чаще рождались с заячьей губой. Дефекты межпредсердной или межжелудочковой перегородки сердца отмечались у них в 2,1 раза чаще, чем у детей, зачатых естественным путем. Кроме того, у таких детей чаще возникали пороки развития желудочно-кишечного тракта: атрезия пищевода – в 4,5 раза чаще, атрезия прямой кишки – в 3,7 раза чаще, сообщили ученые.

Исследователи отметили, что абсолютный риск возникновения пороков развития у ребенка, зачатого с помощью ЭКО, остается низким. Тем не менее, люди, которые планируют прибегнуть к искусственному оплодотворению, должны быть осведомлены обо всех преимуществах, а также потенциальных рисках, связанных с применением этого метода, заключила Рифхьюз.

Иранские медики использовали гипноз для обезболивания при кесаревом сечении

В иранской клинике Паямбаран в Тегеране проведена вторая в стране операция кесарева сечения, в которой вместо традиционного наркоза использовался гипноз, сообщает иранская газета Payvand.

В операции под руководством хирурга Ройи Ходеи принял участие врач-гипнотерапевт Хоссейн Алмазан. Будущую мать Сару Тавассоли ввели в состояние гипноза, после чего хирурги сделали первый разрез. Никаких дополнительных средств для анестезии не применялось. По словам врачей, операция прошла успешно.

Впервые кесарево сечение под гипнозом было проведено в стране в июне 2007 года. Для подготовки к операции 26-летняя Айда Хассанлоу в течение

четырёх месяцев посещала курсы гипнотерапии. Кесарево сечение продолжалось около 40 минут. При этом пациентка чувствовала лишь слабую боль, и врачи полностью контролировали ее состояние. В результате на свет появилась девочка весом 3 950 граммов.

По мнению иранских медиков, кесарево сечение под гипнозом более безопасно для пациенток, чем стандартные методы обезболивания. Этот метод полностью блокирует болевые ощущения, не вызывая седативного эффекта и других побочных явлений. В будущем гипноз может заменить традиционную анестезию у пациенток из групп высокого риска, считают врачи.

В Уганде обнаружен новый вид вируса лихорадки Эбола

Ученые обнаружили новый вид вируса геморрагической лихорадки Эбола. Образцы вируса были собраны во время прошлой годной вспышки смертельно опасного заболевания в Уганде, жертвами которой стало несколько десятков человек.

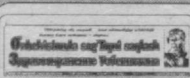
Исследованием нового вируса занималась группа вирусологов из Центров контроля и профилактики заболеваний США совместно с Колумбийским Университетом (Нью-Йорк) и Институтом вирусологии Уганды.

Вирусы Эбола и Марбург рассматриваются в качестве биологического оружия, кроме того, на их базе возможно создание других, более мощных возбудителей, которые могут быть использованы в том числе и для биотеррористических целей.

По данным исследователей, геном угандийского вируса Эбола не совпадает с геномами всех ранее известных видов более чем на 30 процентов. По месту обнаружения новый вид получил название эболавирус Бундибугий.

Ученым удалось быстро определить генетическое своеобразие вируса при помощи новейшего метода случайно примированного пиросеквенирования. Это позволило расшифровать около 70 процентов генома вируса и разработать диагностические тест-системы для его обнаружения, которые были доставлены в район вспышки инфекции. После этого исследователи завершили расшифровку вирусного генома, которая подтвердила, что вспышка в Уганде вызвал новый вид вируса лихорадки Эбола.

Материалы основаны на данных Интернета.



Газета муассисп:
Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Таҳрир хайъати раиси:
Феруз НАЗИРОВ

Таҳрир хайъати аъзолари:

Бобур Алимов, Озода Муҳитдинова, Бахтиёр Ниёзматов, Нурмат Отабеков, Рихс Салихўжаева, Абдулла Убайдуллаев, Фарход Фузайлов, Миралишер Исламов, Намоз Толипов (масъул котиб).

Газета материаллари таҳририят компьютер марказида терилди ва саҳифаланди.

Манзилими: 700060, Тошкент шаҳри, Охунбоев кўчаси, 30-уй, 2-қават. Тел/факс: 233-57-73, тел.: 233-13-22. Газета Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот агентлигида 2006 йилнинг 6 декабрь куни рухсатга олинган, гувоҳнома рақами 0015.

Газета ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг жума кунлари чиқиди. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash – Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт. Фойдаланилмаган қўлзмалар таҳлил қилинмайди, ёзма жавоб қайтарилмайди. Эълон ва билдирувлардаги факт ҳамда далилларнинг тўғрилиги учун реклама ва эълон берувчилар масъулдир.

Интернет саҳифаларидан фойдаланилган суратларга шартли белгиси қўйилган. Адали 5193 нусха. Буюртма Г-1050.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмахонасида чоп этилди. Газета ҳажми 4 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Саҳифаловчи: Бахтиёр ҚУШОКОВ.
Босмахонага толшириш вақти – 20.00.