

# Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган • www.uzssgz.uz, uzss@med.uz • 2009 йил, 17 апрель • № 15 (634)

## Семинар

### ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

14 апреля текущего года в Андижанском Государственном медицинском институте состоялся семинар на тему "Охрана здоровья и права человека" для региона Ферганской долины.

Семинар открыла заместитель хокима Андижанской области Н. Якубова. С докладами выступили Уполномоченный Олий Мажлиса Республики Узбекистан по правам человека (омбудсман) С. Рашидова, Постоянный представитель ВОЗ в Узбекистане М. Тайад, заместитель министра здравоохранения Республики Узбекистан Н. Шарапов.

Основной Закон Республики Узбекистан – Конституция гарантирует право граждан на квалифицированное медицинское обслуживание. Следует отметить, что на сегодняшний день в стране финансируются программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной и частной систем здравоохранения.

В Узбекистане разработана и осуществляется Государственная программа реформирования системы здравоохранения, одной из важнейших задач которой является укрепление и совершенствование системы первичной медико-санитарной помощи, повышение качества и приближение медицинских услуг к населению.

Принятый в 1996 году парламентом страны Закон Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан" закрепил основные права пациентов при обращении за медицинской помощью и ее получении. В соответствии со статьей 24 этого нормативного акта пациент имеет право не только на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала, выбор врача и лечебно-профилактического учреждения, но и на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может

быть передана информация о состоянии его здоровья. Учитывая необходимость межсекторального подхода в охране и укреплении здоровья населения для участия в данном семинаре, кроме руководителей и практических работников служб здравоохранения регионов Ферганской долины, были также приглашены представители органов прокуратуры, судебных органов, областных отделений Комитета женщин, Фонда "Махалля" и Федерации обществ защиты прав потребителей Узбекистана, представители СМИ.

В ходе семинара участники говорили о необходимости дальнейшего совершенствования законодательства в области здравоохранения – как основе защиты прав граждан. Особо была подчеркнута необходимость координации усилий в данном направлении, внедрения международных стандартов, подготовки специалистов и повышения уровня образования и повышения грамотности, а также противодействия нарушениям прав пациентов, страдающих различными заболеваниями.

Несомненно, этот семинар является очень важным событием для всех нас. Следующие семинары по данной тематике пройдут еще в трех городах страны и затем охватят все регионы республики. Следует отметить, что они подразумевают не только подробное ознакомление с законодательством в области медицины, но и способствуют улучшению правовой грамотности граждан, имеющих право на получение качественной медицинской помощи.

**Озода ИСЛАМОВА,**  
начальник контрольной инспекции Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

## Обуна – 2009

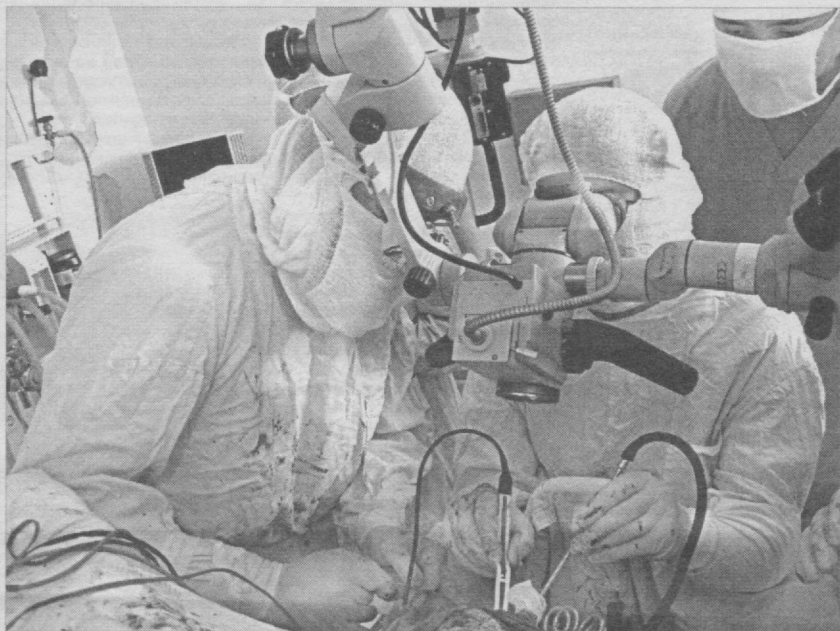
«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» газетасига 2009 йил учун обуна бўлиш мавсуми давом этмоқда.

Азиз тиббиёт ходимлари ва муштарийлар! Республика тиббиёт тизимида амалга оширилаётган ижобий ишлар, фаолиятлар ҳамда янгиликлардан хабардор бўлишни истасангиз семимли газетангизга обуна бўлишни унутманг!

Нашр индекси: 128.

## Халқ саломатлиги – юрт бойлиги

### НЕЙРОХИРУРГИЯНИНГ АМАЛИЁТДАГИ ФАН ЮТУҚЛАРИ



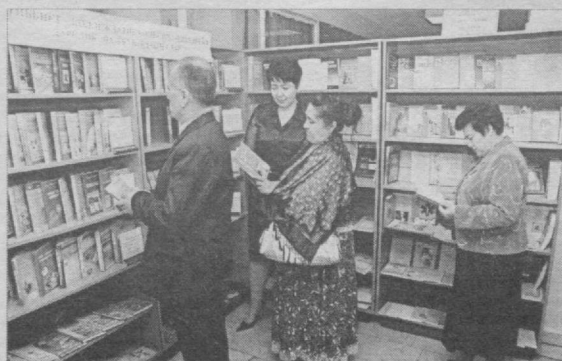
СУРАТДА: Республика нейрохирургия илмий марказида бош мия ўсмасининг мураккаб операцияси ўтказилмоқда.

## Анжуман

### АХБОРОТ-РЕСУРС МАРКАЗЛАРИ ЯНАДА РИВОЖЛАНМОҚДА

Мамлакатимизда ахборот-ресурс марказларини ривожлантириш, электрон кутубхона ва ўқув дарсликларни таълим тизимига татбиқ этишига давлатимиз томонидан алоҳида эътибор қаратилмоқда. Айниқса, бу жараёнда Президентимизнинг «Республика аҳолисини ахборот-кутубхона билан таъминлашни ташкил этиш тўғрисида»ги Қарори дастуриламал бўлаётганини таъкидлаш жоиз.

Мақжур йўналишда эса олий ва ўрта махсус таълим муассасалари фаолиятини такомиллаштириш, уларда замонавий ахборот хизматидан фойдаланишни йўлга қўйиш мутахассислар олдидagi асосий масалага айланмоқда. Жорий йилнинг 10 апрель кўни Тошкент Педиатрия тиббиёт институтида Узбекистон Республикасини Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Тиббий таълимни ривожлантириш маркази ташаббуси билан «Тиббий таълим муассасаларининг ахборот-ресурс марказлари фаолиятини такомиллаштириш ва ахборот-ресурс воситаларидан таълим-тарбия жараёнида самарали фойда-



ланишни таъминлаш» мавзусида ўқув-услубий семинар бўлиб ўтди. Тадбирни Соғлиқни сақлаш вазирлиги уринбосари Н. Шарапов кириш сўзи билан очиб, таълим муассасаларида ахборот-ресурс марказлари фаолиятини ривожлантириш, ахборотлашган, электрон кутубхона бўлимлари сафини кенгайтириш, компьютер технологиялари ҳамда интернет тармогини янада ривожлантириш масалаларига урғу берди. Шунингдек, семинарда ахборот-ресурс марказларининг рес-

публика таълим муассасаларидаги фаолияти ўрганиб чиқиш ва бу борада иш юритиш тизимини яратишга доир вазифалар атрофида муҳокама этилди.

Тадбир давомида Тошкент Педиатрия тиббиёт институтининг электрон дарслик ва ўқув қўлланмалари жамланган китоб кўргазмаси ҳам ўтказилди.

Намоз ТОЛИПОВ.  
Собир МАЖИДОВ  
олган сурат.



## Республика Нейрохирургия илмий маркази

## Халқ саломатлиги — юрт бойлиги

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1997 йил 31 декабрдаги 583-сонли қарори билан Ўзбекистонда нейрохирургия илмий маркази ташкил этилди. Бу қувончли воқеа мамлакатимиздаги барча нейрохирург мутахассисларнинг илмий изланиш ва тажриба қўламли бойишига кенг йўл очиб, уларнинг аҳоли саломатлигини сақлаш йўлидаги ишларига катта масъулият юкляди.

# НЕЙРОХИРУРГИЯНИНГ АМАЛИЁТДАГИ ФАН ЮТУҚЛАРИ

(Давоми. Боши 1-бетда).

Утган давр мобайнида соҳага киритилган янгиликлар, илм-фан тараққиётига бағишланган кашфиётлар, илмий изланишлар бўйича амалга оширилган ишларга эътибор қаратиш мақсадида Республика нейрохирургия илмий маркази директори **Ғайрат Қариев** билан суҳбатда бўлди.

— **Ғайрат Маратович, нейрохирургия соҳасини ўрганиш ва ривожлантириш бўйича марказда қандай ишлар олиб борилмоқда?**

— Нейрохирургия илмий маркази фаолият бошлагандан буён аҳоли орасида бош ва орқа мия ўсмалари, шиш ҳамда тананинг турли чурраларини эрта аниқлаш, ташхислаш, қолаверса, даволаш бўйича кўпгина тадқиқотлар, илмий изланишлар олиб борилиб, юқори самараларга эришиб келинмоқда.

Марказимизда болалар нейрохирургияси, нейроонкология, нейроэндоскопик, орқа мия ва умуртқа поғонаси нейрохирургияси, қўшма жароҳатлар ва унинг асоратлари ҳамда реанимация каби бўлимлар мавжуд бўлиб, мутахассисларнинг асосий эътибори мазкур касалликларни самарали даволаш ва янгича ёндашувларни амалиётга олиб киришидир. Айни кунларда янги бинони қуриш ва таъмирлаш ишлари давом эттирилмоқда.

Муассасада 450 нафардан зиёд тиббиёт ходими 130 ўринга мўлжалланган бўлимда республиканинг барча ҳудудларидан келган беморларга малакали хизмат кўрсатади. Қувонарлик, марказимизга нафақат вилоятлардан, балки қўшни республикалардан ҳам фуқаролар муурожаат этиб келишмоқда.

Бош мия — инсон организмидаги энг нозик ва мураккаб аъзо ҳисобланади. Чунки, ундаги касалликларни аниқлаш, даволаш шифокордан чуқур билим ва катта тажриба талаб этади. Хар бир йўналишда ривожланиш бўлгани каби, нейрохирургия соҳасига ҳам замонавий текширув-диагностик ва операция амалиётлари кириб келмоқда. Ходимларнинг малакасини ошириш орқали эса соҳада янги даволаш усуллари татбиқ этилди.

— **Хориж тажрибасини ўрганиш ва мутахассислар ўртасида тажриба қўламини бойитиш — долзарб масала. Шунга мувофиқ, амалиётда**

**жорий этилаётган янгиликлар хусусида қандай фикр билдирасиз?**

— Тиббиётнинг олий мақсади — инсон саломатлигига эришиш экан, бу йўлда турли усуллардан самарали фойдаланиш, тажриба орттириш бирламчи вази-фа ҳисобланади. Дунё миқёсида ўтказилаётган барча халқаро конференция ва Конгрессларда тиббиёт ходимларимиздан вакиллар қатнашиб, долзарб мавзудаги маърузалари билан иштирок этиб келмоқдалар. Жумладан, улар Бельгия, Австрия, Украина ва Россиядаги нейрохирургия илмий марказларида бўлишиб, соҳага татбиқ этилиши лозим бўлган янги операция амалиётларини жорий этмоқдалар. Чунки, халқаро стандартларга таяниб иш тутиш хар бир мутахассисни хушёрликка чорлайди. Хорижлик ҳамкасблар билан олиб борган ўзаро тажриба алмашувларимиз иш жараёнида яхши натижа бериши шубҳасиз. Ута мураккаб операцияларда эса баъзан чет эллик ҳамкасбларимиз билан ҳамкорликда ишлашга тўғри келади. Марказимизнинг операция блокади 7 та хона ташкил этилган бўлиб, унинг таркибига эндовазаль ва стереотаксик нейрохирургияга мўлжалланган операциялар қиради. Шунингдек, бош мия ва периферик касалликларни даволашда микрохирургия

техника ҳамда эндоскопик, эндоваскуляр аппаратлардан фойдаланилади. Ундан ташқари, марказда касалликни ташхислаш бўйича эса краниография, компьютер томограф, церебрал ангиография текширувлари яхши йўлга қўйилган. Бош ва орқа мия ўсмаларини олиб ташлаш бўйича ҳам кўплаб хориж тажрибалари татбиқ этилмоқда. Шунингдек, ҳафта мобайнида элликка яқин турли хил операциялар ўтказилмоқда.

— **Марказда малакали кадрларга бўлган талаб ва эҳтиёж, уларни тайёрлашга қаратилган амалий дастурлар қандай йўл билан ҳал этилмоқда?**

— Хар қандай соҳани ривожлантириш, биринчи навбатда, тажрибали ва малакали кадрлар-



фокорнинг олий мақсадига айланган.

— **Марказ моддий-техник базасини бойитиш учун қандай тадбирлар режаси олиб борилмоқда?**

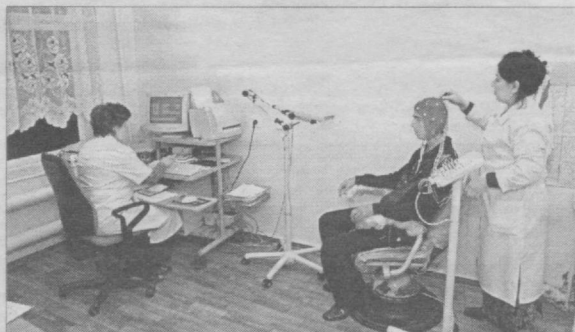
— Қўшимча равишда кўп ўринли янги бино қурилиб, таъмирлаш ишлари якунлангач, хоналарни зурури жиҳозлар, замонавий аппаратлар билан таъминлаш масаласи устувор туради. Шунга қарамай, давлатимизнинг эътибори ва ғамхўрлиги билан аҳоли саломатлиги учун янги эндоскопик, микроскоп, рентген, компьютер томограф сингари аппаратуралар олиб келинди. Улардан амалиётда самарали фойдаланиш ўз натижасини беришига ишонаман. Чунки, тўғри ташхис касалликнинг биринчи белгиси ҳисобланади. Моддий-техник базани бойитиш учун кўпгина амалий тадбирлар ўтказилмоқда. Хорижлик ҳамкорлар ва халқаро ташкилотлар билан ишлаш йўлга қўйилган. Ҳозир хоналарнинг барчаси тиббиёт нуқтаи назаридан олганда, талабга тўлиқ жавоб беради. Улардаги қулайлик ва кенглик ходимларни мураккаб операцияларда ҳам толиқтириб қўймайди. Демократия, фаолиятимизни қанчалик ривожлантириш оласак, ишининг сифат ва самардорлиги ҳам шунча ўсади.

нинг ақлий заковати ва билим маҳоратига бориб тақалади. Лекин шуниси қувончлики, ходимларимизнинг асариятини ёш мутахассислар ташкил этади. Улар бу ерда ишлаш жараёнида устозларнинг берган таълимига суяниб, ҳамкасбларидан замонавий даволаш усулларини ўрганиб, ўзлаштириб борадилар. Марказимизда улар учун барча имкониятлар мавжуд. Кадрлар масаласи бўйича эса муаммолар йўқ. Аксинча, уларнинг бу йўналишда пешқадамлик билан иш тутишлари кишини қувонтиради. Ходимларимиз доимий равишда малака ошириб, аттестациядан ўтказиб борилади. Нейрохирургия соҳасида улкан муваффақиятлар сари интилиш хар бир шир-

**Соғлиқни сақлаш соҳасида инсон ҳаёти билан боғлиқ мураккаб жараёнларни энгиб ўтиш, амалиётга энг сўнгги янгиликларни татбиқ этиш, малакали кадрлар салоҳиятини юксалтириш тиббиёт ходимларига катта масъулият юкляйди. Бу йўлда эса шифокорлар яратилган шароит ва имкониятлардан унумли фойдаланиб, юқори натижаларга эришадилар, деб ишонамиз.**

Суҳбатдош: **Намоз ТОЛИПОВ.**

СУРАТДА: Марказ фаолиятдан лавҳалар. Суратлар муаллифи: **Собир МАЖИДОВ.**



### Дил изҳори

— **Бир неча йиллардан буён бошимдаги оғриқ кучайиб, ўзимни ҳолсиз сеза бошладим. Касаллигимни аниқлаш мақсадида, шифокор тавсияси билан МРТ-диагностик текширувдан ўтдим. Менга орқа мия ўсмаси ташхиси қўйилди. Албатта бундан қаттиқ қўрқувга тушдим. Сўнгра яқинларимнинг ёрдами билан ушбу марказда тажрибали шифокорлар назоратида бўлиб, оғир операцияни бошимдан кечирдим. Оилам бағрига қайтганимга ҳам уч ой бўлибди. Аҳволим аввалгидан анча яхши. Бахтимизга ана шундай қалбга малҳам, меҳрибон тиббиёт ходимлари бор экан, фурсатдан фойдаланиб уларга фақат соғлиқ-омонлик, ишларига ривож тилаб қоламан.**

Дилдора ЭҒАМОВА,  
Тошкент шахри.

## БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ НА СЧАСТЬЕ НАМ

**Вниманию, чуткость и профессионализм медицинских работников являются залогом быстрого выздоровления пациента. Доверие свое здоровье врачам и обрета исцеление, душу переполняет чувство огромной благодарности.**

Мне, Таибджану Шаназарову (79 лет), в марте этого года специалистом Татьяной Ивановой Гельмановой была сделана операция в Республиканском специализированном центре микрохирургии глаза. И сейчас мое само-

чувствие улучшилось. Я могу видеть всю красоту мира своими глазами. А несколько лет назад этим же профессиональным специалистом была проведена операция моей жене. От имени всей нашей семьи и от меня лично хотелось бы поблагодарить Татьяну Иванову за ее золотые руки, ответственность и доброе сердце. Спасибо вам и огромным успехам в вашем нелегком труде!

**Т. ШАНАЗАРОВ,**  
г. Ташкент.

Благодарность

**Здоровье — это самое большое богатство для каждого человека. Но, к сожалению, со временем из-за различных факторов оно ухудшается.**

Я инвалид второй группы. Не так давно я почувствовал очень сильную боль в руке и обратился за консультацией в Областную многопрофильный медицинский центр Сурхандарьинской области. Опытный хирург учреждения Бахтияр Кадыров, тщательно обследовав меня, при-

шел к решению, что нужно провести операцию. Верный врачебной клятве и преданный своему делу хирург успешно оперировал меня. И на сегодняшний день я прекрасно себя чувствую.

Пользуясь случаем, хотелось бы поблагодарить Бахтияра Кадырова и весь персонал центра. Желаю им крепкого здоровья и успехов в их дальнейших делах.

**Ихтияр АЛИЯРОВ,**  
Сурхандарьинская область.

## В помощь врачу общей практики

## О ПРИЧИНАХ ПОЯСНИЧНЫХ БОЛЕЙ

**Число пациентов, страдающих хронической болью в пояснице, увеличивается с возрастом, достигая уровня 50% и более среди лиц старше 60 лет. В то же время поясничная боль – наиболее частая причина ограничения физической активности пациентов моложе 45 лет. Если принять в расчет и острую, и хроническую боли, то боли в нижней части спины (БНЧС) – самая частая жалоба после простудных заболеваний и малых травм. Не менее 60-80% населения испытали ее хотя бы один раз.**

Наиболее частая причина острой поясничной боли – грыжа межпозвоночного диска (МПД), а хронической боли – поясничная спондилез. Хроническая БНЧС часто психологически окрашена, сопровождается депрессией, стойким беспокойством за свое здоровье и страхом перед инвалидизацией. Чаще всего БНЧС может быть диагностирована с помощью осмотра, рентгенографии и магнитно-резонансной томографии. Но БНЧС может ставить в тупик, создавая диагностические и терапевтические дилеммы. С одной стороны, существует много заболеваний, проявляющихся БНЧС, распознать которые можно только понаблюдая за их существованием; с другой стороны, в связи с частыми трудностями в диагностике и лечении БНЧС нередко случаи аггравации, особенно при различных психологических расстройствах.

**Основные понятия.** **Остеохондроз позвоночника** – дегенеративное поражение хряща МПД с реактивными изменениями со стороны тел позвонков. Первично здесь повреждение студенистого (пульпозного) ядра с последующей дегенерацией фиброзного кольца, образованием в нем трещин и пролабированием фрагментов студенистого ядра. В условиях измененной подвижности позвоночного сегмента наступают изменения в межпозвоночных суставах, развивается спондилоартроз.

**Спондилез** – анкилоз позвонков – это общий неспецифический термин, часто употребляемый по отношению к различным поражениям позвоночника дегенеративной природы. Известно, что анкилоз – это ригидность или фиксация суставов в результате заболеваний, приводящих к их фиброзу или оссификации. Под **спондилоартрозом** понимают чаще поражение только межпозвоночных суставов. В дальнейшем, чтобы избежать путаницы, будет употреблен термин "спондилез" как более емкий и позволяющий избежать ненужных для практического врача споров о том, что первично при дегенеративных заболеваниях позвоночника: поражение диска или межпозвоночных суставов.

**Некоторые анатомические понятия.** В норме поясничный отдел позвоночника изогнут вперед, т.е. имеет место физиологический лордоз. При этом самыми подвижными и испытывающими наибольшую нагрузку являются нижнепоясничные позвонки ( $L_3, L_4, L_5$ ). Поясничные позвонки состоят из тела и дуги. На дуге находятся приспособления для движения позвонков – отростки. По средней линии сзади отходит остистый отросток, по бокам с каждой стороны – поперечные, вверх и вниз направлены парные суставные отростки. Суставные отростки служат для образования межпозвоночных суставов, а к остистым и поперечным отросткам прикреплены паравертебральные мышцы и связки.

Межпозвоночные отверстия, через которые проходят нервы

и сосуды, получают при наложении друг на друга вырезок, образованных верхне- и нижележащими суставными отростками.

**Соединения между позвонками.** Тела позвонков соединены с помощью МПД, а также передней и задней продольных связок. Дуги позвонков связаны с помощью межпозвоночных суставов, желтой связки, межпоперечных, межостистых и надостистых связок. Межпозвоночные суставы (дуготростчатые, фасеточные) – это обычные синовиальные суставы с двумя покрытыми гиалиновым хрящом суставными поверхностями, заключенные в суставную капсулу и содержащие в полости сустава синовиальную жидкость. Дегенеративные изменения в них не отличаются от таковых в периферических суставах: сначала начинается дегенерация гиалинового хряща с оссификацией субхондральной костной пластинки. В конце концов, процесс приводит к полному разрушению хряща с новообразованием костной ткани по краям суставных поверхностей.

**Межпозвоночный диск** – сочленение между телами позвонков, значительно отличается от синовиальных суставов и представляет собой сложный симфиз. МПД состоит из наружного фиброзного кольца и центрального студенистого (пульпозного) ядра. Тела позвонков покрывает гиалиновый хрящ.

**Студенистое ядро** – основной амортизатор позвоночного столба – высокогидрофильное образование. С возрастом количество воды в нем уменьшается, ядро постепенно фибрируется, что приводит к снижению высоты МПД. Положение тела человека значительно влияет на внутридисковое давление, особенно в поясничном отделе, где при сгибании вперед оно увеличивается в 10-20 раз.

**Пояснично-крестцовое сочленение** – место перехода мобильной части позвоночника в неподвижный крестец. Кроме того, в области пояснично-крестцового перехода нет мощных мышц, стабилизирующих позвоночный столб. Все это вместе с выраженным углом наклона между  $L_5$  и  $S_1$  позвонками способствует частым выпадениям диска на этом уровне и спондилолистезу. Добавим к этому то, что пояснично-крестцовый отдел является излюбленным местом для различных врожденных аномалий позвонков (люмбализация  $S_1$ , сакрализация  $L_5$ ,  $spina bifida$  и т.д.).

Несколько слов о **крестцово-подвздошном сочленении**, поскольку его патология очень часто дает отражение боли в нижнюю часть спины. Это сочленение, расположенное между клиновидной частью крестца и медиальной поверхностью подвздошной кости, имеет по сравнению с другими суставами следующие особенности: во-первых, нижняя и верхняя части сочленения расположены в разных плоскостях, во-вторых, верхняя треть сочленения является фиброзным суставом, а нижние две трети – синовиальным.

**Характеристика боли.** Иннервируют позвончок, его связки и суставы, а также паравертебральные связки и мышцы три группы нервных ветвей: задние ветви спинномозговых нервов, менингеальные нервы и ветви симпатического ствола. Задняя ветвь каждого спинномозгового нерва после выхода из межпозвоночного отверстия на уровне межпозвоночного сустава делится на две части – медиальную и латеральную. Медиальная часть иннервирует межпозвоночный сустав, желтую связку, межостистую и надостистую связки, медиальную часть паравертебральных мышц и некоторые участки кожи поясницы и ягодиц. Латеральная часть задней ветви иннервирует межпоперечные связки и мышцы, подвздошно-поясничную связку, крестцово-подвздошный сустав, латеральную часть паравертебральных мышц и часть спины. Менингеальный нерв (синувертебральный нерв Льюши) сливается из двух ветвей. Одна ветвь идет от симпатического ствола, другая – от спинномозгового нерва. Нерв Льюши иннервирует твердую мозговую оболочку, заднюю продольную связку, заднюю поверхность фиброзного кольца, внутрипозвоночное венозное сплетение и переднюю часть желтой связки.

Ветви симпатического ствола иннервируют переднюю поверхность фиброзного кольца и переднюю продольную связку. Кроме того, отмечается значительный перекрест между соседними ветвями спинномозговых нервов. Указанные особенности иннервации создают трудности в интерпретации локализации и иррадиации болей, а следовательно, и в диагностике заболевания. Боль, связанная с патологией перечисленных структур позвоночника (местная боль), не всегда укладывается в конкретный дерматом, она может быть одно- и двусторонней, может иррадиировать вниз по ходу позвонка, в ягодицы, ноги, прямую кишку и мошонку, область тазобедренного сустава и т.д.

Боль, вызванная компрессией спинномозгового корешка (корешковая боль), наоборот, чаще хорошо локализована, соответствует определенному дерматому. Но она может сочетаться с болью, исходящей от костно-суставных структур, и с болью, возникающей в результате мышечного спазма. В таких случаях выяснить ее происхождение бывает непросто. Помогает в диагностике то, что поражение корешка вызывает ряд других симптомов, таких, как парезы, атрофия мышц, угнетение сухожильных рефлексов.

**БНЧС, связанная с патологией костно-мышечной системы, в результате малых травм и хронических нагрузок**  
Малые травмы (или физическое напряжение) и хронические нагрузки на поясничный отдел позвоночника могут привести к следующим патологическим проявлениям: растяжению и разрыву связок и мышц, подвывиху в межпозвоночных суставах; процессу, способствующим в дальнейшем возникновению дегенеративных изменений МПД и межпозвоночных суставов.

Способствуют повреждению костно-мышечной системы ожирение, нарушение осанки, острый пояснично-крестцовый угол, предшествующие дегенеративные или воспалительные заболевания поясничного отдела позвоночника,

переохлаждение. Причина боли – травма с воспалительной реакцией связок, межпозвоночных суставов или фиброзного кольца.

**Механизм повреждения.** В результате внезапной нагрузки на поясничную часть позвоночника (физической упражнения, подъем тяжестей, падение, резкое торможение автотранспорта и т.д.) происходит растяжение или разрыв мышц и/или связок. Боль появляется сразу или через несколько часов после нагрузки. Для этого легкого и быстро проходящего типа повреждений в западной литературе применяется термин "дисфункция" или "напряжение в нижней части спины".

**Клиническая картина.** Боль, часто интенсивная, как правило, ограничивается определенной зоной поясничной области. Там же определяется мышечный спазм. Слабость мышц, теоретически характерную для этого повреждения, определить невозможно из-за распространенного спазма мышц.

На рентгенограммах какой-либо патологии не выявляют. Лечение включает постельный режим, анальгетики, паравертебральные блокады в точки наибольшей болезненности, местное охлаждение.

**Прогноз.** Острая боль и выраженный спазм проходят в течение нескольких дней. Однако менее интенсивная, ноющая боль, особенно при изменении положения тела, может оставаться в течение нескольких недель. Более затяжные случаи боли связаны с недиагностированным поражением МПД или межпозвоночного сустава.

**БНЧС, вызванная повреждением межпозвоночных суставов**

**Механизм повреждения.** Резкие движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, особенно разгибательные, могут вызвать растяжение и/или разрыв связок суставной капсулы межпозвоночного сустава. Более сильное воздействие может привести к подвывиху сустава. При этом образуется растяннутая капсула между суставными поверхностями (чаще это бывает при предшествующих дегенеративных изменениях капсулы).

**Клиническая картина.** Острая боль в пояснице, возможна иррадиация в крестец и ягодицы. Иррадиации боли в ноги, как правило, не бывает (она возможна лишь при сильных подвывихах с ущемлением корешка). Боль усиливается при проведении пробы Вальсальвы и кашле.

Движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника ограничены во все стороны, разгибание практически невозможно. Часто выражен значительный спазм паравертебральных мышц. Тесты на растяжение нервного корешка (симптом Ласега и др.) чаще отрицательные, но могут оказаться положительными из-за растяжения суставной капсулы во время поднимания ноги.

При спондилезе в связи с дегенерацией МПД и суставной капсулы последняя ослабляется и может зажиматься в суставе, что приводит к резкой боли в пояснице и мышечному спазму. В этих случаях высокоэффективна мануальная терапия. Рентгенограммы поясничного отдела позвоночника чаще представляют вариант нормы. Если есть подвывих, то его легче выявить в косой проекции.

**Лечение консервативное.** Постельный режим: в положении

лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, под которые подложен валик. Применяются анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты, а в случае выраженного спазма мышц – препараты с миорелаксирующим эффектом. В "холодном" периоде – лечебная гимнастика с упражнениями для мышц живота и спины, коррекция физической активности, избегание провоцирующих движений, физиотерапия, ношение корсета или широкого пояса.

**Прогноз.** Повторные повреждения межпозвоночных суставов ведут к дегенеративным изменениям и частому рецидивированию. Стихание острой боли занимает от нескольких дней до недели. Но менее интенсивные боли могут оставаться неопределенно долго, особенно при разгибательных движениях в поясничном отделе позвоночника и в положении лежа на животе.

**Боль при растяжении крестцово-подвздошного сочленения**

Боль может иррадиировать в крестцово-подвздошную область при поражении поясничного отдела позвоночника, но может появляться в этом суставе и первично. Истинное растяжение крестцово-подвздошного сочленения встречается крайне редко (так как оно сочетается, как правило, с переломом костей таза), исключение составляет последний триместр беременности в связи с физиологическим расслаблением связок таза.

**Клиническая картина.** Боль в крестцово-подвздошной области, усиливающаяся при пальпации сочленения, а также при надавливании на таз в области симфиза и при боковом сжатии таза.

**Рентгенография таза.** Иногда можно обнаружить расширение крестцово-подвздошного сочленения.

**Лечение** консервативное, которое включает постельный режим и прием анальгетиков. Приносит облегчение битованное таза (от гребней подвздошных костей до вертелов бедренных костей) эластичным бинтом.

**БНЧС, связанная с позвоночным стенозом**

**Позвоночный стеноз** – синдром, при котором происходит сдавление нервного корешка (корешков) в результате уменьшения размеров позвоночного канала и/или межпозвоночных отверстий (последнее наблюдается чаще). В данном случае речь идет о стенозе канала поясничного отдела позвоночника. Самые частые причины остро развившегося синдрома поясничного стеноза – грыжа МПД и травма позвоночника. Травматические переломы позвоночника здесь не обсуждаются.

Постепенно развившийся поясничного стеноза встречается при врожденной патологии костной системы – ахондроплазии, мукополисахаридозе, гипоплазии корешков рахита и т.д.; при приобретенных заболеваниях – спондилезе, спондилолистезе, посттравматическом/постламинарктимическом стенозе, анкилозирующем спондилите и других спондилоартропатиях, болезни Леджета, диффузном идиопатическом гиперостозе скелета и кальцификации желтой связки, эпидуральной липоматозе (вследствие синдрома Кушинга или терапии кортикостероидами), акромегалии, флюороозе, псевдоподраге.

(Продолжение на 4-й стр.)

В помощь врачу общей практики

## О ПРИЧИНАХ ПОЯСНИЧНЫХ БОЛЕЙ

(Продолжение.  
Начало на 3-й стр.)

## Грыжа МПД

**Терминология.** Следует различать такие понятия, как пролапс МПД (или выпадение) и протрузия диска (выбухание). Грыжа (пролапс) – это именно выпадение элементов пульпозного ядра через разрыв фиброзного кольца. Протрузия диска (скользящее выпадение, или "жесткий диск" по терминологии американских авторов) – это процесс, при котором фиброзное кольцо еще полностью не разрушено, а компрессия/раздражение корешков носит интриттирующий характер в зависимости от степени выбухания диска при различных положениях тела (это хорошо выявляется с помощью динамической миелографии).

**Механизм образования.** Частые микротравмы межпозвоночных суставов, нерациональные физические нагрузки, сколиоз, хронический эмоциональный стресс и другие причины приводят к появлению дегенеративных изменений в фиброзном кольце. В нем появляются трещины, которые в последующем, при резком повышении внутридискового давления, переходят в разрывы с протрузией/пролапсом студенистого ядра. Чаще всего грыжи выпадают в дорсальном или дорсолатеральном направлениях. Мощная задняя продольная связка часто сдерживает студенистое ядро либо отклоняет его вниз, вверх или латерально. У молодых пациентов острая грыжа МПД может быть следствием разрыва неизмененного фиброзного кольца при неяркой травме.

Реже происходит массивное дорсальное (или медиальное) выпадение пульпозного ядра в просвет позвоночного канала с разрывом задней продольной связки и сдавлением дурального мешка с корешками конского хвоста. В результате развивается синдром конского хвоста с тяжелыми нарушениями функции тазовых органов, требующий экстренного оперативного вмешательства. Так называемая грыжа Шморля представляет собой проникновение элементов пульпозного ядра через хрящевую пластинку в губчатое вещество кости позвонка. Клиническое значение грыж Шморля сомнительно.

Грыжи МПД чаще наблюдаются в возрасте 30-50 лет, когда пульпозное ядро еще упругое, в то время как у пожилых пациентов из-за фиброза студенистого ядра частота выпадений грыж снижается. После 60 лет случаев острой грыжи МПД практически не наблюдается. До 25 лет грыжи МПД также встречаются редко.

**Клиническая картина.** Чаще отмечается классическая клиническая картина: большой испытывает острую боль в пояснице, которая возникает немедленно или через некоторое время после травмы или физического напряжения. Боль усиливается при кашле, чихании и проведении пробы Вальсальвы и сопровождается выраженным спазмом паравертебральных мышц и ограничением подвижности позвоночника. Боль ирра-

дирует в ногу, чаще в зоны иннервации L<sub>5</sub> корешка (заднебоковая поверхность бедра, тазобедренный сустав, редко пах, боковая поверхность икры до лодыжки, дорсальная поверхность стопы и I-III пальцы) и S<sub>1</sub> корешка (средняя часть ягодицы, задняя поверхность бедра и голени, подошвенная поверхность стопы, IV-V пальцы, редко прямая кишка, яички и половые губы). Подчеркнем, что совершенно не обязательно наличие боли во всех указанных областях. Боль усиливается при выполнении следующих приемов: сгибания головы (из-за натяжения твердой мозговой оболочки); сгибания, разгибания и ротации больной ноги (из-за натяжения корешка).

**Осмотр.** Пациент принимает вынужденную позу с наклоном в здоровую сторону (чаще, но не всегда). Если пациент из-за боли не может стоять, то он лежит с согнутой и приведенной к животу больной ногой. Поясничный лордоз сглаживается, может быть анталгический сколиоз. При поражении S<sub>1</sub> корешка возможно опущение ягодичной складки на стороне поражения. При надавливании на седалищный нерв в области ягодичной складки и на малоберцовый нерв в области голвки малоберцовой кости может отмечаться резкое усиление боли – "прострел".

При пальпации поясничной области определяются спазм мышц и усиление болезненности, особенно выраженные на уровне протрузии. Для грыж МПД характерно асимметричное ограничение подвижности в поясничном отделе (в отличие от спондилоартрита и спондилеза, при которых характерно симметричное повреждение).

**Неврологическое обследование.** Кроме "корешковой" боли, при неврологическом исследовании можно выявить нарушения чувствительности (парестезии, гипо- или гипералгезию в соответствующем дерматоме), судорожные сокращения отдельных групп мышц или их фасцикуляции (непроизвольные сокращения отдельных мышечных пучков), снижение сухожильных рефлексов. Могут наблюдаться двигательные нарушения (парезы и атрофии мышц), но они не всегда хорошо выражены.

Подчеркнем, что при неврологическом обследовании можно лишь предположить уровень грыжи МПД, но определить точно ее локализацию нельзя из-за вариабельности протрузий и индивидуальных анатомических особенностей нервов корешков. Необходимо помнить о том, что при большой грыже МПД боль в спине может не иррадиировать вниз. Только так же единственным болевым проявлением грыжи МПД может быть боль в ноге без сопутствующей боли в пояснице.

Клиника синдрома сдавления конского хвоста: анестезия и/или парестезии в ангенитальной области, нарушения мочеотделения и дефекации, потенции у мужчин, при более высоком уровне поражения возможен вялый парез стоп с угнетением ахиллового рефлекса. В 10% случаев грыжи МПД локализуются латерально, вызывая компрессию корешка своего уровня. Обычно дорсолатеральные грыжи диска сдавливают корешок не своего уровня, а нижележащий. Происходит это потому, что корешки покидают конский хвост на

уровне верхней трети позвонка и направляются вентрокаудально в межпозвоночное отверстие. В связи с вентрокаудальным направлением корешков грыжа диска L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> позвонка, к примеру, скорее сдавит L<sub>5</sub> корешок, чем L<sub>4</sub>. Если грыжа МПД расположена значительно латеральнее, то она может сдавить корешок на уровне поражения, либо внутри межпозвоночного отверстия (фораминальные грыжи), либо еще дистальнее (в месте, где уже вышедший из межпозвоночного отверстия корешок пересекает поверхность диска). Частота встречаемости грыж МПД на уровне L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> позвонка около 45%, на уровне L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> позвонка – около 40-42%, на уровне L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> – около 10%, а на уровне L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> – всего лишь 1-3%. В связи с этим, если имеет место клиника изолированной радикулопатии верхнепоясничных корешков (L<sub>2</sub> или L<sub>3</sub>), то в первую очередь нужно думать о латеральной грыже L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub>, а не о выпадении дорсолатеральных грыж L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> или L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> позвонков.

**Рентгенография.** У молодых пациентов обзорные рентгенограммы поясничного отдела позвоночника могут оказаться в пределах возрастной нормы. Часто виден анталгический сколиоз. Косвенное значение может иметь снижение высоты межпозвоночного промежутка или его угловая деформация. При сопутствующих грыжах МПД дегенеративных изменениях позвоночника последние будут видны на рентгенограмме. Следует сразу отметить, что по наличию и выраженности этих изменений никакого вывода о локализации грыжи делать нельзя.

**Миелография** – это инвазивная методика, при которой водорастворимое контрастное вещество вводится эндолумбально. Выпячивание грыжи диска в просвет позвоночного канала деформирует дуральный мешок или вообще перекрывает его контур. Особенно отчетливо выявляются центральные грыжи МПД и грыжи с незначительной латерализацией. Кроме того, метод позволяет выявить динамические изменения размеров позвоночного канала при движениях в поясничном отделе. Миелография информативна при латеральных миелограммах. Редкое осложнение миелографии – менингизм в связи с реакцией оболочки на контрастное вещество и/или потерей ликвора. Он проявляется головной болью, светобоязнью, тошнотой, небольшим повышением температуры.

**Профилактика:** возвышенное положение головы после миелографии.

**Лечение:** анальгетики, антигистаминные препараты, диазепам. Ликвор, полученный при выполнении миелографии, обязательно исследуется. Как правило, имеет место небольшое повышение уровня белка, редко более 1 г/л. Более высокий уровень белка в ликворе характерен для опухолей.

**Дискография** – введение контрастного вещества непосредственно в диск – также относится к инвазивным методам исследования. В настоящее время дискография практически не применяется благодаря появлению современных контрастных веществ и методов визуализации. Дискография технически более сложна, чем миелография, а частота по-

бочных проявлений (в том числе травм корешков) значительно выше, чем при миелографии.

**Компьютерная томография (КТ).** Метод незаменим при диагностике поражений костных структур позвоночника и позвоночного стеноза. Степень визуализации грыж дисков незначительна и уступает магнитно-резонансной томографии. Информативность метода снижается также тем, что производятся только поперечные срезы, поэтому необходимо знать уровень поражения для уменьшения лучевой нагрузки на пациента.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ)** является методом выбора для выявления грыж МПД и, в отличие от КТ, не связана с лучевой нагрузкой. МРТ дает возможность проведения как поперечных, так и продольных срезов, что увеличивает информативность. МРТ визуализирует компрессию корешков и степень дегенерации самого диска (протрузию, пролапс и секвестрацию). При МРТ четко разграничиваются экстра- и интрадуральные структуры и хорошо выявляются латеральные грыжи диска.

Дифференцировать острую грыжу МПД следует с опухолью позвоночного канала, миеломой, метастазами рака в позвоночник, инфекционным спондилитом.

**Лечение.** В остром периоде – консервативная терапия, которая проводится до значительного улучшения состояния пациента. Постельный режим: в положении лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, под которые подложен валик. Применяются анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, препараты с миорелаксирующим эффектом, паравертебральные новокаиновые блокады. Чаще всего на фоне указанного лечения боли проходят. Однако длительный постельный режим может вызвать эмоциональную подавленность пациента, потерю мышечной массы и лекарственную зависимость.

После стихания острых болей – тракция позвоночника, контролируемая специализированная лечебная физкультура, физиотерапия, ношение пояса или корсета.

**Оперативное лечение.** В нем нуждается около 10-20% пациентов. Показанием для оперативного лечения: прогрессирующая неврологическая симптоматика или отсутствие положительной динамики в результате консервативного лечения, частые рецидивы в дальнейшем; постоянный болевой синдром, невротизирующий больного.

Дискогенный синдром конского хвоста служит абсолютным показанием для экстренной операции.

**Основные оперативные методики.** Наиболее часто в настоящее время выполняются дискэктомия (удаление выпящего фрагмента диска) с кюретажем полости диска для удаления остатков пульпозного ядра и профилактики рецидивов грыжеобразования. Стандартный оперативный доступ – аркотомия, не нарушающая структуру заднего опорного комплекса позвоночника. По отдельным показаниям выполняется гемиламизектомия (при стенозе канала и у пожилых).

**Прогноз.** Если грыжу МПД не удалять оперативно, то выпавшая часть диска со временем уменьшается в объеме, диско-радикулярный конфликт разрешается, что способствует постепенному

уменьшению отека корешка и острой воспалительной реакции, это в свою очередь приводит к уменьшению боли и мышечного спазма. Однако неизвестно, сколько для этого потребуется времени. Течение заболевания характеризуется сменой периодов обострений и ремиссий.

**Спондилез.** Под спондилезом большинство специалистов в настоящее время понимают дегенеративное поражение всех суставов позвоночника, как межпозвоночных, так и диска. Спондилез – одна из самых частых причин позвоночного стеноза.

**Механизм образования поясничного стеноза в результате спондилеза.** С возрастом гипертрофия желтой связки и капсулы межпозвоночного сустава, а также разрастающиеся остеофиты (в области дисков и межпозвоночных суставов) уменьшают переднезадний и боковой размеры позвоночного канала. Уменьшение высоты межпозвоночных промежутков в связи с дегенерацией дисков, диспозиция позвонков, гипертрофия капсулы и формирование остеофитов межпозвоночных суставов приводят к резкому уменьшению диаметра межпозвоночных отверстий.

Если при этом существует какая-то врожденная предрасположенность к сужению позвоночного канала, то вероятность компрессии нервных корешков и сосудов увеличивается во много раз. Формирующиеся остеофиты, которые растут в форме шпор и колец, могут не сдавливать, а только раздражать нервные корешки.

Позвоночный стеноз, вызванный спондилезом, может быть диффузным, но чаще он захватывает один или два поясничных позвонка. Наиболее частый уровень поражения – L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> с развитием одно- или двусторонней радикулопатии L<sub>5</sub>. Реже поражается уровень L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>, чаще совместно с L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> стенозом.

**Клиническая картина.** Практически все пациенты старше 40 лет (в отличие от пациентов с грыжей МПД), и подавляющее большинство старше 60 лет. Прогрессируют симптомы чаще постепенно, острое начало заболевания нехарактерно. Однако нельзя забывать, что на фоне спондилеза у пациентов моложе 50-60 лет может произойти выпадение грыжи диска с развитием клинической картины острой радикулопатии компрессии.

Боль в спине часто не является доминирующим симптомом. Однако как основную жалобу ее предъявляют более 50% пациентов. Боли в пояснице, возникающие вначале лишь при физической нагрузке, носят преходящий характер. В одной трети случаев выявляются провоцирующие факторы – неловкое резкое движение, подъем тяжести или падение, переохлаждение.

**А. АБУХАЛИКОВ,**  
директор  
Республиканского  
научного центра  
вертебрологии МЗ РУ,  
доктор медицинских наук.

**К. ХУДОЙБЕРДИЕВ,**  
заведующий кафедрой  
травматологии и  
нейрохирургии АндГосМИ,  
доктор медицинских наук.

(Продолжение в  
следующем номере).



## Непрерывное образование

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ —  
ЗАЛОГ КРЕПКОГО ЗДОРОВЬЯ

С 13 по 18 апреля 2009 года в гостинице Elite (Ташкент) проходит семинар-тренинг на тему "Здоровое питание и саплементация препаратом железа". Здоровое питание — это один из главных и важных факторов, способствующих крепкому здоровью, которому с самого первого дня жизни человека уделяется особое внимание. Порой в свете событий мы не придаем этому вопросу должного значения, что в дальнейшем, к сожалению, может самым негативным образом отразиться на состоянии здоровья, особенно наших детей. И главной целью проведения данного семинара-тренинга являются пропаганда здорового питания среди населения, а также распространение информации среди матерей о необходимости приема железосодержащего сиропа детьми от 6 до 24 месяцев в целях снижения уровня анемии.

**А. ХУДАЙБЕРГАНОВ,**  
главный специалист  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Узбекистан по  
гигиене питания,  
консультант проекта  
"Здоровье-2",  
тренер.

По своей сути сегодняшний тренинг по подготовке тренеров является важным мероприятием, осуществляемым во исполнение "Стратегии улучшения питания населения Республики Узбекистан на 2009-2011 гг.", утвержденной протоколом Кабинета Министров Республики Узбекистан от 5 февраля 2009 года, которой предусмотрено проведение мероприятий по профилактике анемии среди населения и улучшения питания. Данный тренинг, проводимый в рамках проекта "Здоровье-2", осуществляется по инициативе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, при технической поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ и является уже вторым туром. В очередной раз 48 специалистов из четырех областей республики (Ташкентская, Самаркандская, Навоийская и Бухарская области) в течение недели с помощью тренеров обучаются по методике обучения медицинских и немедицинских работников, привлекаемых для реализации программы. Эта работа заключается в объяснении понятия "саплементация препаратов железа", пропаганда здорового питания. Известно, что полноценное питание является главным критерием в деле охраны здоровья. Ведь потребление овощей, фруктов и зелени, чем щедрее наша земля, помогает в профилактике различных болезней, в том числе анемии, сердечно-сосудистых заболеваний и т.д. Следует отметить, что в ходе семинара делается большой акцент на пропаганду здорового питания среди детей. Дети — это наш завтрашний день, о котором мы должны думать уже сегодня. Что касается специалистов, то радует факт, что они очень заинтересованы в семинаре-тренинге. С большим вниманием слушают лекции тренеров, охотно участвуют в дискуссиях. Надеюсь, что по окончании тренинга они уже на местах будут вести такую же активную работу, по интерактивному методу. Следует уделить внимание работе со специалистами первичного звена здравоохранения, махаллинских комитетов, должна проводиться результативная работа в школах, в чем мы желаем им больших успехов.

**О. АБДУЛЛАЕВ,**  
заведующий отделом  
формирования здорового  
образа жизни Ферганского  
филиала Института  
здоровья и медицинской  
статистики,  
тренер.

Если наблюдать за ходом сегодняшнего семинара-тренинга, то можно сказать, что он действительно удался. Ведь здесь идет активная работа. В ходе интерактивного метода

обучения участники получают новые знания, задают вопросы, высказывают свое мнение, идет оживленная работа по схеме "тренер-участник". Да и тема сегодняшнего тренинга действительно актуальна. Ведь здоровое, рациональное питание — залог крепкого здоровья. Недаром говорится, что здоровье нужно беречь смолоду. Итак, мы должны обязательно прививать нашим



Обсуждая полученную информацию, участники сподобствуют ее закреплению.

детям понятие здорового питания. И только тогда мы сможем ограждать их от различных болезней.

Надеюсь, что, обучившись на тренинге и пополнив багаж своих знаний, наши участники у себя на местах будут проводить такие же тренинги. А это еще раз отменит результативность сегодняшнего семинара-тренинга.

**Э. ХУДАЙБЕРДЫЕВА,**  
врач-гематолог  
НИИ Г и ПК,  
участник.

Когда мы в первый день пришли на семинар-тренинг, у нас была одна-единственная цель — получить как можно больше новой информации, новых знаний. И действительно, в ходе семинара мы их получаем. Тут непосредственно идет обмен опытом. Нам читают очень интересные лекции, касающиеся здорового питания. Сегодня третий день семинара, и мы закрепляем полученные знания. Конечно, столь обширная информация и за три дня — это сложно. Довольно жесткий рабочий график, но это того стоит. Надеюсь, что по окончании семинара мы тоже в свою очередь будем работать с врачами, медицинскими сестрами, которые будут распространять информацию о здоровом питании среди населения. Осведомленность населения о правильном питании просто необходима. Ведь каждый обязан беречь свое здоровье.

В беседе с участниками сегодняшнего семинара-тренинга мы убедились, что он организован очень хорошо. Участники получают большую информацию, которая необходима в дальнейшей работе. Из их слов мы понимаем, что правильное питание играет важную роль в охране нашего здоровья. И насколько больше внимания мы будем уделять рациональному питанию, настолько здоровее будем. И давайте постараемся помочь себе и врачам, следящим за нашим здоровьем, чтобы мы посетили их кабинеты не ради лечения, а просто для профилактики заболеваний.

**Ирода ИЛЬХАМОВА.**

Автор фото Сабир МАДЖИДОВ.

здоровье окружающих людей. А особенно важно воспитать всесторонне развитое здоровое поколение. И я от чистого сердца хочу поблагодарить организаторов и тренеров семинара, пожелать удачи участникам. И пусть на нашей земле растет здоровое, сильное молодое поколение.

**Ф. МУСТАФАЕВА,**  
педиатр-гематолог  
Самаркандского  
областного детского  
многопрофильного  
клинического центра,  
участник

Когда я ехала на семинар-тренинг, я даже не ожидала, что будет так интересно, содержательно. Следует заметить, что нам были прочитаны очень интересные лекции, организованы занятия в игровой форме, вообще, организаторская работа была проведена отлично. Думаю, что все знания, полученные здесь, по-

## Специалист предупреждает

Злоупотребление алкоголем среди женщин приводит к серьезным вредным социальным последствиям. Особое значение имеет тот факт, что чрезмерное употребление алкоголя женщинами ведет в итоге к общему расстройству их здоровья, а главное — вредное влияние алкоголя распространяется не только на организм женщины, но и нарушает функцию материнства, понижает воспитательную роль женщины-матери, которая всегда в ответе за будущее поколение. Чем же вызывается алкоголизм у женщин и чем обусловлено его распространение? Для ответа на эти вопросы надо кратко рассказать о том, что же лежит в основе алкоголизма вообще.

ЖЕНСКИЙ  
АЛКОГОЛИЗМ  
И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

С незапамятных времен люди для утоления жажды пользовались молоком, медом, соками различных плодов. Порой эти продукты, оставаясь на солнце и в тепле, начинали бродить, скисать и приобретали новые — "опьяняющие" свойства. Люди, употреблявшие такие напитки, становились на определенное время возбужденными, беззаботными. Прошли тысячелетия, и люди обнаружили, что при брожении фруктов, молока, меда, хлебных зерен и других продуктов образуется особое вещество — спирт.

Причины возникновения алкоголизма среди женщин. Многие женщины имеют пристрастие к алкоголю по причине неблагополучия в семейной жизни. Толчком к усиленному употреблению спиртных напитков женщинами могут послужить переживания, связанные с потерей близких. Ряд ученых особую роль в возникновении алкоголизма у женщин придает безразлично-холодному отношению матери к дочери с самых ранних лет жизни. Формированию алкоголизма среди женщин может способствовать их нервно-психическая неуравновешенность, выражающаяся в повышенной неустойчивости настроения, слабости воли, легкой внушаемости и порой вспыльчивости. Таким образом, дисгармоничность психического развития играет в становлении алкоголизма у женщин большую роль.

Как влияет алкоголь на внутриутробное развитие плода? Спиртные напитки оказывают непосредственное деформирующее воздействие на мужские и женские половые клетки, в результате чего происходит неправильное развитие зародыша, плода, не поддающееся в дальнейшем никакой коррекции. Со времени образования зародыша, а затем и плода, начинается глубокое влияние на него организма женщины. Это связано с тем, что плод снабжается питательными веществами из крови матери по кровеносным сосудам. В нормальных условиях плацента не пропускает бактерии и предохраняет плод от инфекции. Алкоголь, повреждая плаценту, лишает ее важных защитных свойств и делает проницаемой для возбудителей заразных болезней. Сам плод при этом подвергается вредному отравляющему воздействию алкоголя во время его развития. Следует отметить, что у женщин, которые во время беременности употребляют спиртное, дети всегда рождаются с

меньшим весом и ростом, что в дальнейшем неблагоприятно сказывается на их развитии.

Антиалкогольное воспитание. Задумываясь о способах снижения количества того или иного заболевания в обществе, мы, как правило, вспоминаем о профилактике. В случае женского алкоголизма большая роль отводится антиалкогольному воспитанию как одному из методов профилактики. Огромную роль в антиалкогольном воспитании детей должна сыграть школа. Для наиболее полного соблюдения целенаправленности этой работы рекомендуется дифференцированный подход в зависимости от трех возрастных особенностей школьников (младшего, среднего и старшего школьных возрастов).

Задачей антиалкогольного воспитания детей младшего школьного возраста является выработка у них отрицательного отношения к алкоголю. В этом возрасте особенно важен авторитет учителя, родителей, которые должны уделять особое внимание устному методу воспитания. Беседы учителей, медицинских работников с детьми наиболее действенны, помогают выработать негативное отношение к алкоголю. Также решающее значение имеет работа с родителями учащихся младших классов с целью оздоровления микросоциальной среды.

Со школьниками средних классов должно проводиться специальное алкогольное просвещение, так как возраст этих детей особый — подростковый, который является одним из самых сложных в жизни человека. Стремление подростка быть взрослым выражается порой в имитации отрицательного поведения старших, в частности, употреблении алкогольных напитков.

В старших классах на предметных уроках учащимся необходимо разъяснять сущность алкоголизма как социально-биологического заболевания, рассказывать о его начальных проявлениях, подчеркивать трудности выделения грани между нормой и ее превышением. Работа по антиалкогольному воспитанию в этом случае осложнена тем, что отношение к употреблению алкоголя в данном возрасте, как правило, сформировано.

Не менее важную роль в антиалкогольной пропаганде среди женщин могут сыграть женские консультации и детские поликлиники. В программу занятий для матерей необходимо включать темы, касающиеся вредного влияния алкоголя на организм беременной, кормящей грудью женщины, а также на детский организм.

**А. ТОХИРИЙ,**  
старший преподаватель  
ТашИУВ.



