

Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш

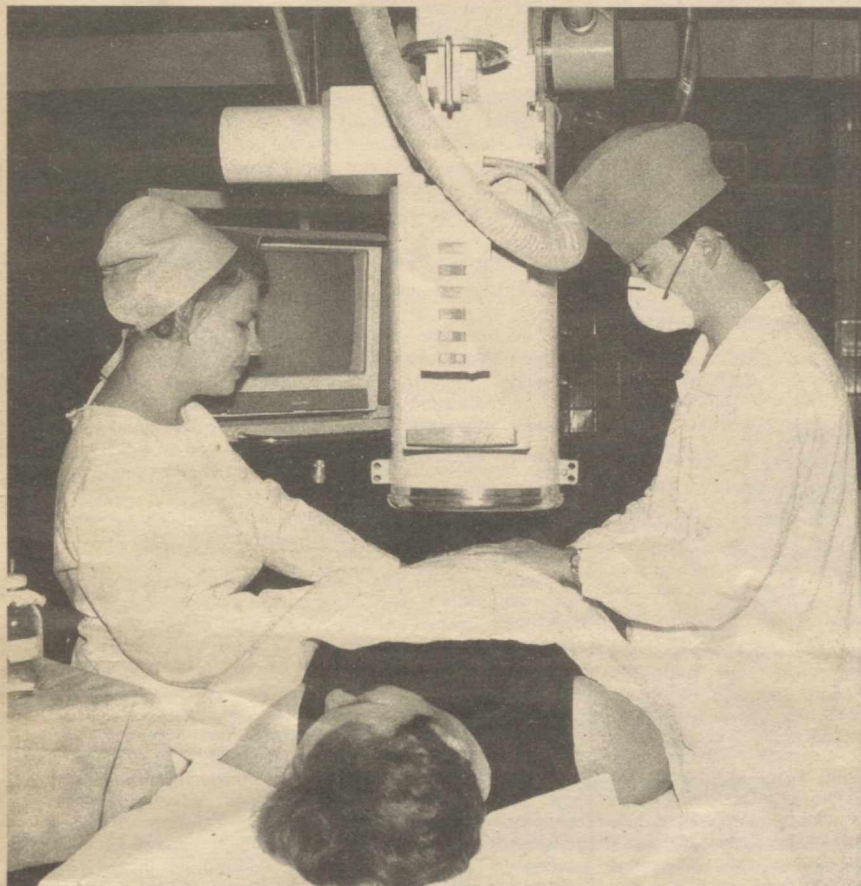
Здравоохранение Узбекистана

№ 2 (248) 13 — 19 ноябр 2001 йил.

Газета 1995 йил октябр ойидан чиқа бошлаган.

Сешанба кунлари чиқади.

Сотувда эркин нархда.



Замонавий аппаратлар билан ишлаш ҳар бир тиббиёт ходимидан ўта масъулия талаб қилади. Бу талаб эса беморга тўғри муолажа қилишни таъмин этади. Дарҳақиқат, сиз суратда кўриб турган 2-ТошДавТИ клиникасининг йирингли ва қандли диабет касаллиги жаррохлик бўлими шифокорлари ана шундай замонавий аппаратлардан бемор муолажаси учун фойдаланмоқдалар.

Х. ТОШМУХАММЕДОВ сурати.

ПОДПИСКА — 2002

**МИНИСТРУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН,
РУКОВОДИТЕЛЯМ ГЛАВНЫХ УПРАВЛЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХОКИМИЯТОВ ВИЛОЯТОВ, ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ
ГОССАННАДЗОРА, ГЛАВНЫМ ВРАЧАМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ
БОЛЬНИЦ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

Согласно приказа министра здравоохранения Республики Узбекистан Ф. Г. Назирова № 295 от 12 июня 2001 г. газеты «Оила шифокори» — «Домашний доктор» будут выходить под новым названием «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш» — «Здравоохранение Узбекистана».

Газеты являются профессиональным изданием медиков Узбекистана. Основными задачами являются освещение реализации Государственной программы реформирования системы здравоохранения страны, развития медицинской науки и практики, фармацевтической промышленности и лекарственного рынка, вопросов эпидемиологичес-

кого, санитарного и экологического благополучия, событий в жизни медицинской общественности, международного сотрудничества, пропаганда здорового образа жизни.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан рекомендует принять участие и оказывать содействие в организации и проведении учрежденческой ведомственной подписки на газету.

На страницах газет будут регулярно выходить специальные выпуски «Конспект врача общей практики», «Новости фармации и медицинской техники», проект «Здоровье», «СПИД: предупредить эпидемию», «Экстренная помощь» и другие.

Большое внимание газеты

будут уделять информированию медиков о решениях правительства Узбекистана в области охраны здоровья, рассказывать о реализации программ Минздрава республики, органов здравоохранения на местах по улучшению медицинской помощи.

В целях успешного проведения подписной кампании Минздрав республики рекомендует проводить в лечебных учреждениях читательские конференции, а также по возможности привлекать для подписки коммерческие структуры.

М. Х. ХОДЖИБЕКОВ,
заместитель министра
здравоохранения
Республики Узбекистан.

O'ZFARMSANOAT

Давлат Акциядорлик
Концерни

13-16 ноябр кунлари

**«Дори воситалари
ва тиббиёт маҳсулотлари»**
иккинчи Республика Ярмаркаси
ўтказлади.

Ушбу ярмарка сизга маҳаллий ҳамда чет эл фармацевтик фирмаларининг 50дан ортиқ дори воситалари ва тиббиёт маҳсулотларини тақдим этади. Тақдим этилган маҳсулотлар билан тўлиқ танишиш ва ишлаб чиқарувчилар ҳамкорлигида шартномалар тузиш имкониятига эга бўласиз. Кўргазма олди оммавий ахборот воситалари ҳамда тадбиркорлар билан биргаликда тақдимот маросими бўлиб ўтади. Ярмаркамизга марҳамат қилинг!

Очилиш маросими

2001 йил 13 ноябр соат 11.00га бошланади.

Манзилимиз: Тошкент шаҳри, Беруний кўчаси 41-уй
«Ўзқўргазмасавдо» мажмуасининг «Б» павилонида.

Маълумот учун телефонлар:
137-62-15; 137-62-07; 137-62-06.
Факс: 34-77-31.

РАҲМАТ СИЗГА ҲАЛОСКОРЛАРИМ

Тўсатдан иссиғим чиқиб, безовталана бошладим, тезда шифокорларга мурожаат қилдим. Улар соғлиғимни обдон текшириб кўргач тезда шифохонага ётишим зарурлигини айтишди.

1-ТошДавТИ клиникасининг гинекология бўлимида даволана бошладим, лекин шифокорлар ташхис натижаларини кўриб чиқиб, операция қилиш кераклигини айтишди. Ниҳоят, операциядан сўнг ўзимни энгил ҳис эта бошладим. Мана бугунги кунда эса соғайиб оилам ва иш фаолиятига қайтдим. Мени соғайиб кетишимда ўзларининг хушмуомалаликлари ва қасбларига бўлган масъулликлари билан иштирок этган азиз шифокорлардан профессор Каттахўжаева, врачлар Хосият Абдуллаевна ва Мияссар Рубаевна ҳамда анестезиологлар Дониёр ва Авазбекларга ўз миннатдорчилигини билдираман. Қўлларингиз асло дард кўрмасин, инсонлар бахтига доим соғ бўлинг азиз ҳалоскорларим дейман.

Ирина Петровна ЯРЧЕНКО.

**Газеталаримизга
исталган алоқа
бўлимларида обуна
бўлинг.**

ИНДЕКС

Ўзбекистонда соғлиқни

сақлаш — 127

Здравоохранение

Ўзбекистана — 128

РЕКЛАМА, ЭЪЛОНЛАР: ТЕЛ.: 133-13-22

ЯНГИЛИКЛАР

- НОВОСТИ
- СОБЫТИЯ
- КОММЕНТАРИИ

«ЭТАПЫ И ВЕХИ:

НАСЕЛЕНИЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ»

Сегодня в мире в каждую минуту:

380 женщин беременеют.

Половина этих беременностей не желательные;

100 беременностей заканчиваются абортom, 40 из них имеют тяжелейшие последствия.

Одна женщина умирает от причин, связанных с беременностью.

Сегодня в мире каждый год умирают вследствие негативного экологического воздействия:

12 миллионов – из-за отсутствия очищенной воды.

Более 1 миллиона – от малярии.

25% смертей происходит по причине распространения инфекционных заболеваний.

Эти данные были приведены в обзоре, представленном Фондом народонаселения ООН UNFPA. Презентация обзора, который в нынешнем году посвящен теме «Этапы и вехи: население и экологические изменения» состоялось 7 ноября в Ташкенте. С 1993 года UNFPA работает в нашей республике.

Выступавшие – представитель фонда в Узбекистане Константин Соколов, национальный программный советник Али Соатов обрисовали картину сегодняшнего состояния экологии планеты, которая самым непосредственным образом сказывается на состоянии здоровья человека, причем, преимущественно женщин и детей, создает реальные предпосылки к увеличению детской смертности.

Было сообщено о деятельности фонда в Узбекистане.

В докладе подчеркивались те экологические изменения, которые влияют сегодня на здоровье каждого человека, что особен-

но сказывается на бедных людях в бедных странах.

За последние 70 лет население мира возросло в три раза, а потребление воды увеличилось в шесть раз.

В прошлом веке население увеличилось в четыре раза, а эмиссия углекислого газа увеличилась в 12 раз. Богатство мира составляет 24 триллиона долл. США, но половина населения мира живет в бедности.

ленные инфекционными и респираторными заболеваниями женщины в значительной степени подвержены всякого рода осложнениям в ходе беременности и родов, особенно если они очень молоды или уже родили много детей. Они же могут быть в большей степени подвержены и ВИЧ-инфекции.

Более 30 лет UNFPA финансирует услуги по репродуктивному здравоохранению.

В Узбекистане эта международная организация оказывает особое внимание Каракалпакии и Хорезмской области. Сюда посылаются

препараты, направленные на восстановление репродуктивного здоровья населения, установки для получения питьевой воды. Здесь готовятся медработники среднего звена, которые ведут пропагандистскую работу в махаллях непосредственно с женщинами и девушками, обучают их как заботиться о своем здоровье.

Ф. СВЕТЛАНОВА.

БИТИМ ИМЗОЛАНДИ

«Соғлом авлод учун» хайрия жамғармаси мамлакатимизда изчил амалга оширилаётган «Она ва бола» ва «Соғлом авлод» давлат дастурлари доирасида кўпгина хайри ишларга бош қўшмоқда. Хусусан, талай халқаро ташкилотлар, хорижий мамлакатлар компания ва фирмалари билан амалга оширилаётган ҳамкорлик яхши самара берапти.

«Соғлом авлод учун» жамағармаси яқинда АҚШнинг «CitiHope International» халқаро инсонпарварлик ташкиоти билан ўзаро ҳамкорлики мустаҳкамлашга қаратилган битим имзолади. Бу ҳужжатга мувофиқ мамлакатимизга уч миллион долларлик дори-дармон, тиббий жиҳозлар хайрия сифатида етказиб берилди.

«CitiHope International» – АҚШнинг энг йирик хайрия ташкилотларидан бири бўлиб, ривожланаётган мамлакатларга беғараз ёрдам кўрсатиб келади.

Ташкилот раҳбари Пол Мур жамғарма ҳузуридаги Тиббий-ижтимоий марказ ва «Оила» тиббий маркази фаолияти билан танишар экан, мамлакатимизда Президент Ислам Каримов раҳнамолигида она ва бола саломатлигини мустаҳкамлаш, аҳолини ижтимоий ҳимоялаш бора-бора ибратли ишлар амалга оширилаётганлигини алоҳида таъкидлади.

ОНА ВА БОЛАЛАРНИНГ
ҒАМХЎРИ

«Соғлом авлод учун» Халқаро хайрия жамғармаси вилоят бўлимига қарашли «Автоамбуланс» машиналарини Сурхондарёнинг узок тоғ қишлоқларида, дашту биёбонларида тез-тез учратиш мумкин. Маалакали врачлар ҳамда зарур асбоб-ускуналар билан жиҳозланган тиббий-ижтимоий патронаж гуруҳи чекка қишлоқларда яшовчи тўққиз мингга яқин оилага тиббий хизмат кўрсатмоқда.

Бундан ташқари, гуруҳ кам таъминланган оилаларга, ногиронларга, боқувчисини йўқотганларга ҳам ижтимоий ёрдам кўрсатмоқда.

«Соғлом авлод учун» Халқаро хайрия жамғармаси вилоят бўлимининг фаолият доираси кенг. Наврўз байрами кунларида Денов туманидаги 67-маҳсус интернат-мактаб тарбияланувчиларига 300 минг сўмлик, Бойсундаги «Меҳрибонлик уйи» тарбияланувчиларига 450 минг сўмлик хайрия ёрдами кўрсатилди. Бу жойларда тарбияланаётган болаларнинг суннат тўйлари ўтказилди.

Жамғарма «Она ва бола» давлат дастурида белгиланган бошқа тадбирлар, хусусан, болаларни жисмоний чиниқтиришга қаратилган спорт мусобақаларини ўтказишда ҳам фаол иштирок этмоқда. Вилоят ҳокимлиги билан ҳамкорликда ёшларни оила қуришга тайёрлаш бўйича доимий ишловчи 16та курс очилиб, у ерда 3 минг 800 нафар ёш йигит-қиз ўқитилди. Фуқаролик ҳолати далолатномаларини қайд қилиш бўлимида ҳузурида ташкил этилган доимий курсларда минглаб ёшлар никоҳ тўғрисида тушунчалар олди.

ОАО «УЗХИМФАРМ»
Препараты собственного производства

Готовятся к серийному выпуску в ближайшее время:

Р-р кислоты аскорбиновой 5% 2 мл
Витаминный препарат

Таб. фурациллина 0,02 и 01,
Противомикробное средство.

Таб. кислоты никотиновой 0,05 г
Витаминный препарат комплекса В

Таб. анаприлина
В-адреноблокирующее средство

Настойка прополиса
Противовоспалительное, стимулирующее процессы регенерации

Р-р купир 0,5%
Средство применяется для инъекций при туберкулезе и витилиго

В ПРОДАЖЕ

НОВИНКИ

Масло камфорное 10% для наружного применения

Наружное противоревматическое средство.

Гранулы «Опек»

Слабительное и дезинтоксикационное средство.

Спирт муравьиный

Средство для растираний при миозитах и невралгии.

Таб. глюкозы

Субстратное пополнение энергетического

Таб. кислоты аскорбиновой 0,1 г

с глюкозой

Витаминный препарат.

ОАО

«UZHIMFARM»

Желаем всем здоровья!

23. T. Shevchenko Str.,
700060, Tashkent
Tel. (3712) 56-70-69, 56-71-66
E-mail: uzhimfarm@albatros.uz

Таб. мумие
Биогенный стимулятор

Таб. «Глирофам» 0,05 г
Гипохолестеринемическое, гиполipoproteinемическое и антиатеросклеротическое средство

Настойка лагохилуса
Кровоостанавливающее средство

Р-р папаверина г/д 2%
Спазмолитическое средство

Р-р анальгина 25%, 50%
Болеутоляющее, жаропонижающее и противовоспалительное средство

Р-р лидокаина 2%, 10%
Местноанестезирующее, антиаритмическое средство.

Приглашаем к сотрудничеству!



затрат, и не вызывает нежелательных химических реакций.

Большая часть производимой соли в мире получается из морской воды, которая вдобавок к соли содержит йод. Когда вода испаряется, вместе с ней испаряется и йод. Поэтому добавление йода к соли восстанавливает естественное состояние морской соли. Добавление к соли йода не меняет ее вкуса и запаха. Йодированная соль практически не отличается от нейодированной. Стоимость йодирования низкая: в норме она составляет – 2–7 центов США на 1 кг, что составляет менее чем 5% от остаточной стоимости соли во многих странах мира.

Эпидемиологические исследования, проведенные сотрудниками НИИ эндокринологии, показали сложную ситуацию по йоддефициту в нашей Республике: распространенность в среднем составляет 50–60%. Долгое время мы предполагали, что решение

Таким образом, выбранная стратегия обеспечения установками и сырьем до сегодняшнего дня себя не оправдала.

Что же мешает осуществлению программы универсального йодирования соли?

– Прежде всего, плохая осведомленность руководящих органов, производителей соли и общественности о последствиях ИДС и возможности ликвидации их через йодирование соли.

Второе – это большое количество мелких производителей соли, разнообразие видов соли на рынке.

Третье – примитивные методы производства соли, приводящие к низкому качеству этого продукта к влажности соли и как следствие – потере йода.

Йод теряется во время транспортировки, разгрузки и хранения. Здесь нужно отметить, что йодированная соль часто продается по более высокой цене, чем нейодированная, поэтому население

ПРЕОДОЛЕТЬ ЙОДДЕФИЦИТ

Здоровый организм требует поступления йода, который является существенным компонентом тиреоидных гормонов – тироксина (65%) и трийодтиронина (59%). Недостаточное поступление йода приводит к недостаточной продукции этих гормонов и порождает различные части организма:

- мышцы
- сердце
- печень
- почки
- развивающийся мозг

Наиболее разрушительное последствие йоддефицита оказывает на развивающийся мозг: йоддефицит был назван одной из главных причин умственной отсталости в мире, которую можно предотвратить. Степень умственной отсталости может варьировать от легкой до откровенного кретинизма.

В развитых странах обеспечение населения йодом резко снизило случаи йоддефицитных состояний как у людей, так и у животных.

В регионах с тяжелой йодной недостаточностью большинство жителей рискуют развитием умственной отсталости. Повреждение развивающегося мозга приводит к снижению сопротивляемости к различным заболеваниям, способности к обучению, эффективной работе и к воспроизводству.

– Известно, что в вопросе ликвидации йоддефицита стремятся объединить свои усилия различные международные организации.

– Глобальная стратегия для предупреждения и контроля ИДС была предпринята Административным комитетом по координации – подкомитетом по питанию (ACC/SCN) ООН. Мировая Ассамблея по здоровью (Женева, 1986) в своей резолюции настоятельно обратилась ко всем странам-участникам придать высший приоритет предотвращению и контролю ИДС в течение 5–10 лет. Международный комитет по контролю за йоддефицитным состоянием (ICCID) был организован в 1986 году как экспертная консультативная группа для оценки и контроля за ИДС, во взаимодействии с ВОЗ и ЮНИСЕФ на глобальном, региональном и национальном уровнях.

Состоялась даже международная встреча в верхах по проблемам йоддефицита в сентябре 1990 г. в Нью-Йорке. Встреча призвала ликвидировать ИДС к 2000 году. Узбекистан также присоединился к этому движению. Международная конференция по питанию призвала правительства совместно с международными агентствами, неправительственными организациями, частным

Хорошо известно, что недостаток йода в организме человека ведет к тяжелым заболеваниям, поэтому йоддефицитное состояние является важнейшей проблемой здравоохранения более 110 стран мира, в числе которых находится и Узбекистан. Население этих стран входит в группу риска.

Об йоддефицитных состояниях в Узбекистане и путях их ликвидации наш корреспондент беседует с директором НИИ эндокринологии, доктором медицинских наук, профессором Саидом Ибрагимовичем Исмаиловым.

сектором обеспечить и закрепить законом обогащение пищи и воды необходимыми микроэлементами, как пищевой соли.

Йод при наличии в почве может поступать в организм через продукты, выращенные на этой почве. Морская и океаническая вода содержит достаточное количество йода и люди, живущие рядом с морем и питающиеся морской пищей, могут получать достаточное количество йода, но это не всем доступно.

Считается, что продукты, выращенные в йоддефицитных регионах, никогда не могут содержать необходимого количества йода.

Все так и для подтверждения этого положения нами было предпринято исследование различных овощей, фруктов и других продуктов питания, проводимых в Узбекистане. Вывод один: население Узбекистана никак не может восполнить дефицит йода, поедая эти продукты.

ИДС являются результатом больше географических, чем социальных и экономических условий. Они не могут быть ликвидированы изменением диеты или употреблением специфической пищи, выращенной в том же регионе.

– Чем же лучше всего может быть достигнута коррекция йода в нашем районе?

Только обеспечением йода из наружных источников. Это может быть достигнуто двумя путями: периодически обеспечивая популяцию с дефицитом йода йодированными капсулами или дру-

гими йодсодержащими препаратами или обогащением наиболее употребляемой пищи йодом. В то время как оба метода являются эффективными, йодирование соли является наиболее принятым, долгосрочным и выдержанным решением, обеспечивающим потребление йода всем населением на регулярной основе. Обогащение соли йодом было чрезвычайно эффективным в ликвидации ИДС в Северной Америке, в Европе где в течение 60 лет рассматривался ряд пищевых продуктов с целью введения йода в ежедневную диету. Это включало соль, хлеб, молоко, сахар и воду.

Что определяет преимущество соли среди всех этих продуктов?

– Соль – один из немногих товаров, который универсально потребляется всеми слоями общества независимо от их экономического положения. Она потребляется приблизительно количественно одинаково в течение года всеми проживающими в отдельно взятом регионе.

Кроме того, соль в основном производится в нескольких центрах. В отдаленных районах она может завозиться извне, а значит быть под контролем. Добавление йода в соль в фиксированных дозах в добываемом месте позволяет большей части населения получать этот элемент постоянно в физиологических количествах без дополнительных усилий. Важно, что смешивание йода с солью является простой процедурой и не требует особых



ние выбирает более дешевую соль.

Следует также добавить, как уже говорили, что на всех пачках продаваемой соли отсутствуют дата выпуска, срок годности и т. д., т. е. во многих случаях имеет место обман покупателя. Антимонопольный комитет и комитет по защите прав потребителя должны применить к таким производителям конкретные санкции.

За последние 10 лет в мире появилось движение группы потребителей для повышения участия производителей в социальных проблемах и проблемах окружающей среды. С этой точки зрения контроль за ИДС предоставляет возможность для солипроизводителей получить экономические выгоды, для себя и выгоды для общества, йодируя соль, которую они производят и продают.

Какие еще продукты, кроме соли, на данном этапе можно йодировать с тем, чтобы ликвидировать йоддефицитные состояния?

Другие альтернативные методы обеспечения йодом организма это йодирование воды, мучных изделий, чая, жевательных резинок. Но прежде всего для обеспечения населения качественной йодированной солью необходимо модернизация имеющихся солевых производств, оснащение их современным оборудованием. Организация четкой системы, мониторинга уровня йодирования соли и потребления йода населением.

Во многих странах с целью ликвидации ИДС приняты законы о йодировании соли. Практика показывает, что именно закон может решить непреодолимые по сей день проблемы. Он должен предусматривать обязательное йодирование соли на уровне, определяемом Минздравом Узбекистана, применяться ко всей производимой и импортируемой или продаваемой соли для потребления людей и животных.

Закон должен специально указывать тип, качество и количество добавляемого йодного компонента, осуществлять контроль за маркировкой и рекламой; вести контроль качества и мониторинга с определением ответственности.

Производители соли и содержание йодированной соли в магазинах г. Ташкента в 2000

КЮзмг/г	Фирмы	Соль в продаже
41,1-65	Флоранс, Темпо, Ходжаикон	19,3%
15,1-40,0	Камолот, Темпо, Оруз	22,8%
0,1-15,0	Российские производители	7,1%
нет	Казак, Туз, Каракалп. Туз, Арал Туз	50,8%

Беседу вела Светлана Фролова

На снимке: научно-практическая конференция эндокринологов.

Фото Аиды Саитовой.

Чин чечак – филтёрловчи вируслар томонидан чақириладиган юқумли касаллик. Бу касалликка иситмалаш, умумий интоксикация, тери ва шиллиқ қаватлардаги ўзига хос тошмалар ҳосилдир. Инсоният тарихида бир неча бор йirik эпидемиялар кузатилган. Қирғин келтирувчи чечак эпидемиялари ўрта асрлар ҳамда янги давр мобайнида Европа ва дунёнинг бошқа давлатлари халқларини зарарлаган ва бу касалликка дучор бўлган одамларнинг ўлимига сабабчи бўлиб, кўпчилигини ногирон бўлишига олиб келган. 18-19 асрларда Европа ва Россия давлатларида чечакнинг оғир эпидемиялари кузатилган. Туркияда 1942-1944 йиллар давомида чин чечакнинг 20325 ҳолатлари кузатилган. Ўзбекистонда чин чечак ўтган юз йилликнинг 50-йилларида бутунлай йўқотилган. Чечакка қарши эмлаш бутун дунёда чечак эпидемиясининг йўқолиши натижасига олиб келди ва 1974 йилда Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан чин чечакнинг йўқолганлиги ҳақида Эълон қилинган эди.

Инфекция манбаи – бемор одамдир. Инкубацион даврининг охирида ва касалликнинг биринчи кунларида касаллик кўзгатувчиси ҳаво-томчи йўли орқали соғлом одамга бемордан «юқиши» мумкин. Инфекциянинг кеч юқиши асосан бемор танасидаги йиринг ва пўстлоқчалари орқали содир бўлади. Инфекциянинг узатилишида кундалик турмуш анжомлари, уйинчоқлар ва чечак йиринги билан зарланган бошқа нарсалар муҳим рол ўйнайди.

Инфекция, чечак вирусининг тери ва шиллиқ қаватлар орқали ёки оғиз орқали тушишидан тарқалади.

Чин чечак билан олдин касалланмаган ва унга қарши эмланмаган барча аҳоли берилувчан бўлади. Ўтказилган касалликдан кейин беморда мустаҳкам иммунитет қолади ва камдан-кам ҳоллардагина касаллик қайталанishi мумкин.

Инкубацион давр – 12-15 кун давом этади. Касаллик жуда ўткир бошланади,

яхшиланади: умумий аҳолининг яхшиланishi билан бир қаторда беморнинг ҳарорати нормаллашиши билан пешона терисида чин майда тошмалар пайдо бўлади. Бундай тошмалар яна бошнинг сочи қисмида, юзда, қўл қафтида, асосан майда доғли, тери сатҳидан озгина кўтарилиб турадиган кўп миқдордаги тошмалар 2-кунда танага, 3-кунда оёқларга тарқалади. Шу вақтгача бу тошмалар тўқ қизил йирингли яра кўринишида бўлади ва ҳар бир йирингча тепасида пуфакча ҳосил бўлиб, унда тўқима суюқлиги тўпланади.

ЧИН ЧЕЧАК

Бирданига қалтироқ тутиб, беморнинг ҳарорати ошади, бел, айниқса думгаза соҳасида оғриқлар безовта қилади. Шу билан бир қаторда беморни бош оғриғи, бош айланиши, қусиш, иштаҳасини йўқолиши, қабзият безовта қилади. Айрим беморларда ҳансираш ва безовталаниш кузатилади. Оғир беморларда алаҳсираш ва ҳушидан кетиш кузатилган, 3-4 кун давомида терида қизимик ёки скарлатинани эслатувчи майда тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Бу тошмалар сонинг ички юзаси ва қориннинг ташқи қисмида пайдо бўлади. Одатда тошма 2-3 кундан кейингина исиз йўқолади. Тана ҳарорати тушади, беморларнинг умумий аҳоли

Бора-бора йирингча ўзининг ўлчамларида 3-4 мм.гача катталашади; йирингчалар устида тортилиш – чечак киндиғи ҳосил бўлади.

Чин чечак йиринг пуфакчаларининг ўртасида чуқурча мавжуд ва у суюқлик билан тўла, ўз кўринишидан улар марваридга ўхшайди. Ҳар бир йиринг пуфакчаси атрофида гиперемия айланаси бор, ичи эса ҳужайра деворларидан ташқил топган тўсиқлар ёрдамида бир неча бўшлиқларга ажратилган, шу сабабли игна билан санчилганда пуфакча суюқлиги чиқиб, яра тўлиқ бўшамайди.

Тошма, айниқса юз ва қўлда кўп бўлади. Юмшоқ танглай, милклар, бурун

Эҳтиёт бўлинг, юқумли касаллик

бўшлиқлари конъюнктивга ҳам терида мавжуд бўлган тошмалар тошади. Эпителининг кўчиши (мацерация) сабабли тошмалар осонгина ярага ўтади.

Кейинчалик йиринглаш босқичи келади – бу давр бемор учун энг қийин ва азобли босқичдир. Беморнинг умумий аҳоли ёмонлашади.

Оғир ҳолларда бурундан қон кетиш, қон қусиш, бачадон ва ичаклардан қон кетиш, юрак-қон томир системаси фаолияти бузилиш ҳоллари ҳамда ўлимга олиб келиши мумкин.

Касалликнинг эрта диагностикаси ҳамда қатъий изоляция тартибида ўз вақтида касалхонага ётқизиш чин чечак тарқалишининг олдини олиш бўйича энг зарурий чоралардир.

Чин чечакнинг профилактикаси учун вакциналар ёрдамида эмлаш ишлари ташкиллаштирилган. Эмлаш ишлари биринчи бор барча болаларга 3-6 ойлик даврида, ревакцинацияси эса 4-5 ёш, 10-11 ёш ҳамда 18-20 ёшда ўтказилади. Эслатиб ўтиш зарури, агарда беморда тана ҳароратини кўтарилиши ҳамда танада тошма тошганда зудлик билан маҳалла шифокорига мурожаат қилиш керак.

Чин чечак билан бевосита зарарланиш ҳолларида ҳамда эпидемик авж олиш даврларида аҳолини оммавий ревакцинация қилиш керак.



Суратда: Чорток тумани марказий шифохонаси бош шифокори И. Вазилов шифокорлар билан аҳоли ўртасида чин чечак касаллиги тўғрисида суҳбат ўтказмоқда. А. АКБАРОВ олган сурат.

Натуральная оспа – инфекционное заболевание, вызываемое фильтрующимися вирусами. Для этой болезни характерным является лихорадка, общая интоксикация, а также своеобразные высыпания на коже и слизистых.

В истории человечества известны крупные эпидемии натуральной оспы. Опустошительные эпидемии оспы поражали население Европы и других стран мира на протяжении средних веков и нового времени, унося множество человеческих жизней и приводя к инвалидности многих людей, перенесших это тяжелое заболевание. Еще в XVIII-XIX веках оспа вызывала ряд тяжелых эпидемий в различных странах Европы, России и др. В Турции только за 1942-1944 гг. было зарегистрировано 20325 случаев натуральной оспы.

В Узбекистане натуральная оспа была полностью ликвидирована в 50-е годы прошлого столетия.

Вакцинирование способствовало ликвидации оспы во всем мире, и в 1974 году ВОЗ объявило о полной ликвидации натуральной оспы в мире.

Источниками инфекции является больной человек. Уже в самом конце инкубационного периода и в первые дни заболевания воздушно-капельным путем может происходить заражение оспой от больного к здоровому. Поднятая передача инфекции происходит через содержимое оспенного гноя на коже больного, а также и корочки. Известную роль в передаче инфекции играют предметы обихода, игрушки и другие вещи, инфицированные содержимым оспенного гноя или через их подсыхшие корочки.

Инфекция передается главным образом при внедрении оспенного вируса через кожу и слизистые оболочки, изредка возможно заражение через рот.

К натуральной оспе восприимчивы все люди, ранее не болевшие и не привитые. После перенесенного заболевания остается прочный иммунитет и лишь в виде большого исключения возможно повторное заражение.

Инкубационный период продолжается 12-15 дней. Болезнь начинается очень остро, внезапно, с появлением озноба, быстрого нарастания температуры, характерными болями в пояснице, особенно в крестце. Наряду с этим больного беспокоят головные боли и головокружение, наблюдается рвота, потеря аппетита, запоры. У некоторых больных наблюдается одышка, беспокойство. У тяжелых больных наблюдается бред, потеря сознания. В течение 3-4 дней на коже могут появиться мелкие высыпания, напоминающие корь или скарлатину.

НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА

Эти мелкие сыпи появляются на коже внутренней поверхности бедер и нижней части живота. Обычно сыпь держится около 2-3 дней и бесследно исчезает. Температура тела несколько снижается, улучшается общее самочувствие больных. Но одновременно с улучшением общего состояния и при нормальной температуре у больного на коже появляются истинная сыпь. На лбу, волосистой части головы, лице и кистях рук появляются мелкопятнистая, слегка возвышающаяся над поверхностью кожи обильная сыпь, которая со второго дня высыпания распространяется на туловище, а с 3-го дня – на нижние конечности. К этому времени она приобретает вид темно-красных гнойничков и вслед за этим на вершинах каждого такого гнойничка образуется пузырек, в котором скапливается тканевая жидкость.

Постепенно гнойничок увеличивается в своих размерах, достигая 3-4 мм в диаметре. На вершине некоторых гнойничков образуется вытяжение – оспенный пупок.

Оспенные гнойнички, имеющие в центре вдавление и наполненные жидкостью, напоминают по внешнему виду жемчужину. Каждый гнойничок окружен узкой каемкой гиперемии. Внутренняя полость гнойничка разделена перегородками из клеточных стенок на несколько частей, благодаря многокамерности при проколе иглой не наступает полного ее опорожнения.

Сыпь особенно обильно покрывает лицо и кисти рук; слизистые оболочки мягкого неба, глотки, десен, носовых ходов и конъюнктив обычно поражаются теми же высыпаниями, которые имеются на коже. Благодаря мацерации эпителия, гнойнички на слизистых оболочках легко превращаются в язвочки.

В дальнейшем наступает стадия нагноения, являющаяся наиболее мучительной для больного. Общее состояние больного значительно ухудшается. При тяжелых случаях наблюдается кровотечение из носа, кровавая рвота, маточные и кишечные кровотечения, ухудшение сердечно-сосудистой системы, иногда может наступить летальный исход.

Ранняя диагностика заболевания и своевремен-

ная госпитализация инфицированных больных при строгой их изоляции являются необходимыми мероприятиями по предупреждению заболевания оспой.

Для профилактики оспы существуют прививки, осуществляемые с помощью вакцин. В первый раз прививку проводят всем детям в возрасте 3-6 месяцев, ревакцинацию проводят в возрасте 4-5 лет, 10-11 лет, 18-20 лет. Также необходимо информировать, что больным, у которых наблюдается повышение температуры тела и появление сыпи на теле и конечностях, необходимо обратиться к участковому врачу!

В случаях непосредственной угрозы заражения оспой и при эпидемических вспышках необходима поголовная ревакцинация всего населения.

Составители:

М. Д. АХМЕДОВА,
доктор медицинских наук, профессор,
А. Г. ВАЛИЕВ,
доктор медицинских наук, профессор.

НА СНИМКЕ: беседа в махалле о профилактике заболевания оспой.





ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

1.

Узбекистан – одно из самых густонаселенных государств Центральной Азии (население к началу 2001 года составляет около 25 млн. человек). Более 90% населения – мусульмане. Около 70% населения проживает в сельской местности. В столице страны городе Ташкенте проживает почти десятая часть населения Узбекистана – мегаполис с мощной урбанизацией образа жизни людей.

В Узбекистане остается высокая рождаемость, хотя она и заметно снизилась в последние десять лет. По сравнению с развитыми странами все еще высоки показатели детской и материнской смертности, удельный вес инфекционных заболеваний. Эпидемиологическая обстановка в стране ныне во многом определяется особенностями переживаемого периода глубоких социально-экономических реформ. Нынешняя ситуация в здравоохранении Узбекистана, так же как и в большинстве стран бывшего СССР, порождена системными факторами, затрагивающими социальные и экономические основы существования общества. Выход из нее не может быть простым, и его следует искать в контексте фундаментальных преобразований жизни общества.

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года № УП-2107 («О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан»), приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 20 марта 2001 года № 101 и при техническом содействии проекта ТАСИС ЕС «О совершенствовании системы профилактического здравоохранения в Республике Узбекистан» (EDUZ 9801) организован Институт Здоровья Минздрава Республики Узбекистан. В его состав входят 154 региональных филиалов (в Республике Каракалпакстан, областях и городе Ташкенте). Главная цель деятельности ИЗ – слежение за состоянием здоровья населения и определение на этой основе стратегических направлений в развитии здравоохранения Узбекистана.

Институт здоровья координирует разработку и выполнение программ развития профилактической медицины. В числе главных задач: – разработка принципов и методов формирования здорового образа жизни на общенациональной основе, а также нормативной системы оценки их эффективности. Эта масштабная задача не может быть решена без создания общенациональной системы управления в области формирования здоровья населения и здорового образа жизни. Она предполагает также проведение социологических исследований по вопросам формирования здорового образа жизни, изучение влияния различных внешних факторов и условий (природных, социально-экономических, национальных, психологических и др.) на здоровье населения.

Институт здоровья призван анализировать и учитывать в своей деятельности эффективность действующего законодательства в области формирования здоровья населения и здорового образа жизни, вносить предложения в Министерство здравоохранения Республики Узбекистан по совершенствованию системы здравоохранения; анализировать и разрабатывать проекты нормативно-правовых документов, регулирующих взаимодействие учреждений здравоохранения и других министерств и ведомств анализировать потребности населения в конкретных видах лечебно-профилактической помощи и внешения соответствующих предложений по улучшению структуры системы здравоохранения; разрабатывать системы мониторинга, оценки, научного анализа состояния и формирования здоровья населения с использованием методов системного и ситуационного анализа, моделирования и прогнозирования заболеваемости населения; координировать разработки и выполнение программ формирования здорового образа жизни учреждениями здравоохранения, неправительственными и международными организациями, заинтересованными министерствами, предприятиями

Развитая профилактическая медицина – достояние развитого государства. В условиях формирующейся рыночной экономики это особенно ясно ощущается, поскольку экономические трудности периода реформ сказываются на реальных возможностях медицинских служб. И в этот период особенно важным является сильная политика государства в области реформы системы здравоохранения. Ниже мы поговорим о принципиальных задачах в области развития профилактической медицины в рамках реформ системы здравоохранения Республики Узбекистан.

и частными предпринимателями; готовить и повышать квалификацию специалистов (медицинского и немедицинского профиля) в области формирования здорового образа жизни.

Вся деятельность ИЗ построена на принципе максимального приближения к локальным проблемам здоровья населения. Для этого созданы областные филиалы ИЗ, которые являются его обособ-

леними территориальными структурными подразделениями, выполняющими соответствующие функции и представляющими интересы ИЗ в регионах, а в своей деятельности руководствуются Уставом ИЗ. Основная цель филиалов – анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в регионах, осуществление комплекса профилактических, образовательных и просветительских мер по формированию здорового образа жизни, воспитанию гармонично развитого поколения, формированию физической крепкой, духовно зрелой, интеллектуально развитой личности. Этим филиалам приданы городские (районные) центры здоровья.

Технология формирования здорового

ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ



го образа жизни включает в себя по меньшей мере четыре компонента: выявление, мониторинг, упреждение и преодоление факторов, наносящих вред здоровью населения. ИЗ намерен направить свои усилия на создание единой концепции выявления, мониторинга, упреждения и преодоления факторов риска различных заболеваний и факторов, формирующих вредные привычки в разных слоях населения Узбекистана. Эта концепция будет предполагать использование вполне определенной информационной технологии. Первым шагом в этом направлении должно стать создание системы стандартных электронных документов, на основе которых можно формировать соответствующие базы данных, и алгоритмов, их системного статистического анализа.

Разработка методологических и технологических аспектов деятельности ИЗ позволит отслеживать реальную потребность населения Узбекистана в здоровом образе жизни (что поможет сконфигурировать систему профилактических медицинских услуг населению разных регионов страны), создать новые информационные технологии контроля за здоровьем различных слоев населения (в частности, создать единую эпидемиологическую и скрининговую сеть для регионов республики на компьютерной основе). Это в свою очередь облегчит оформление социально-экономической нашей здравоохранения в условиях рынка.

На базе разработанных технологий ИЗ сможет отслеживать факторную структуру риска социально наиболее значимых форм болезней в различных регионах страны и создать систему мониторинга факторов их риска. Унификация в отслеживании этих факторов позволит разрабатывать единые практические руководства по слежению за факторами риска и скрининга социально наиболее значимых болезней человека и формированию алгоритмов здорового образа жизни, адекватных требованиям, предъявляемым новыми социально-экономическими условиями. Значит, будет налажен процесс подготовки и воспроизводства кадров в этой области здравоохранения.

В этой связи следует отметить, что в Узбекистане все еще не налажена единая система электронного документирования и статистического системного анализа данных касающихся профилактической

нания.

Среди факторов, связанных с образом жизни и наносящих наибольший вред здоровью населения, особое значение придается вредным привычкам. В частности, это касается табакокурения и потребления алкоголя, наносящих значительный ущерб здоровью миллионов людей. Так, заболевания органов дыхания, риск которых связан с курением (в том числе – рак легкого и гортани), – относятся к числу наиболее распространенных причин смерти, входящих в разные в первую пятерку таких причин. Особенно тревожит тот факт, что эти привычки получают распространение среди лиц молодого, трудоспособного возраста. Потребление алкоголя на фоне широкого распространения вирусных гепатитов ведет к значительному риску тяжелых, инвалиди-

зирующих форм печеночной патологии (хронических гепатитов, циррозов печени и первичного рака печени в некоторых регионах страны).

Наркомания – другая весьма болезненная медико-социальная проблема современного мира, которая затронула и нынешний Узбекистан. Для Узбекистана эта проблема во многом нова, ее приходится решать в условиях фундаментальных экономических и социально-политических реформ общества. Однако в борьбе с наркоманией по-прежнему упор делается на карательные меры в отношении распространителей наркотиков и пропаганду среди населения с информированием об опасных последствиях для здоровья потребления наркотиков. Не учитывая ценностную ориентацию личности, не учитывая ее позиций в отношении того, что есть для него главная выгода и польза в этой жизни, невозможно понять и тем более скорректировать мотивы человеческих предположений и поступков. Без такого учета невозможно всесторонне разобраться в психологических и социальных механизмах формирования групп риска как таковых.

Вредные привычки формируются под влиянием многочисленных социальных, семейных и индивидуально-психологических факторов. Среди них факторы мотивационного характера оказываются решающими. Распространение курения и потребление алкоголя среди молодых людей связано с доступностью и богатством ассортимента табачных и алкогольных изделий на фоне усиления их рекламы, снижением уровня гигиенической образованности.

Таким образом, ИЗ исходит из того, что профилактика вредных наклонностей будет более надежной, если ее направить на устранение мотивационной основы риска. Поэтому предполагается изучить распространение психологических и социальных факторов мотивационного риска табакокурения, алкоголизма и наркомании среди разных групп населения Узбекистана. Результаты такой деятельности позволили бы более точно проводить их профилактику на местах, вовлекая ресурсы самой личности в формирование образа жизни без табака, алкоголя и наркотиков. Работы в этом направлении требуют разработок принципов и подходов к выявлению психологических и социальных факторов, формирующих мотивационный риск пагубных привычек в разных населения и соответствующей компьютерной базы данных. Эта деятельность не может быть успешной без четких принципов взаимодействия с представителями различных групп населения, в частности – групп риска, местными властями, заинтересованными медицинскими и социальными службами, со средствами массовой информации для оптимальной организации деятельности по профилактике опасных для здоровья наклонностей. Данную работу следует вести в рамках общенациональной программы по развитию профилактики табакокурения, алкоголизма и наркомании на местах, которую фактически следует еще детально разрабатывать.

О. МИРТАЗАЕВ,
директор Института здоровья
Минздрава Узбекистана, профессор.

(Продолжение следует).

Показания к транслюминальной коронарной ангиопластике: 1) локальный концентрический некальцифицированный стеноз коронарной артерии или несколько последовательных стенозов на протяжении 2 см (однососудистое поражение); 2) тотальная окклюзия сосуда (менее 3 мес.); 3) многососудистое поражение (при технической возможности проведения ангиопластики).

Показания к операции аортокоронарного шунтирования: 1) выраженное (более 70% просвета сосуда) стенозирующее поражение всех трех основных коронарных артерий или ствола левой коронарной артерии; 2) стенокардия, плохо поддающаяся медикаментозной терапии (многососудистое поражение); 3) послеинфарктная стенокардия при наличии резидуального стенозирующего коронарного атеросклероза.

Хотелось бы подчеркнуть, что хирургические методы не устраняют основную причину ИБС — атеросклероза. Поэтому важнейшим условием является продолжение лечения этого заболевания и после оперативных вмешательств. Оно включает антиатеросклеротическую терапию статинами при содержании общего холестерина свыше 5,17 ммоль/л (200 мг/дл) и холестерина липопротеинов низкой плотности свыше 3,3 ммоль/л (130 мг/дл), постоянную антиагрегантную и противотромботическую терапию аспирином, а в случае ангиопластики — введение в период вмешательства не только гепарина, но при возможности и Рео-Про (блокатор рецепторов тромбоцитов IIb-IIIa).

В силу целого ряда причин основная масса больных ИБС, в том числе и тех, у кого имеются прямые показания к проведению аортокоронарного шунтирования и ангиопластики, лечатся консервативно. Несомненно, что расширение возможностей хирургического и эндоваскулярного вмешательства — одно из условий повышения эффективности лечения этих больных. Что касается консервативного лечения, то, как ни странно, с позиций поликлинического врача, да и врачей многих районных и городских больниц, одним из факторов недостаточной эффективности лечения является постоянно увеличивающийся и так, уже значительный арсенал средств, применяемых при ИБС.

Разобраться в массе предлагаемых многочисленными фирмами средств, которые часто различаются только названиями, а тем более в особенностях действия тех или иных препаратов, врачу бывает нелегко. Эффективное лечение предполагает прежде всего знание фармакокинетики используемых препаратов. Назначать нитросорбид 2 раза в день, когда его антиишемическое действие сохраняется лишь 4-5 ч, или атенолол 1 раз в день, когда максимум длительности его действия до 10 ч, значит заранее обрекать на неудачу составленную схему лечения. Помимо фармакокинетики, необходимо учитывать и особенности действия препаратов (например, появление толерантности к нитратам и эффекта их последствия, выраженное отрицательное инотропное и хронотропное действие на сердце некоторых β -блокаторов).

Самое главное, чего недостает сегодня в построении эффективных схем лечения ИБС для большинства больных, — это объективная оценка действия применяемых препаратов. Вряд ли субъективное мнение больных о действии того или иного препарата, особенно в условиях больницы с исключением физических и

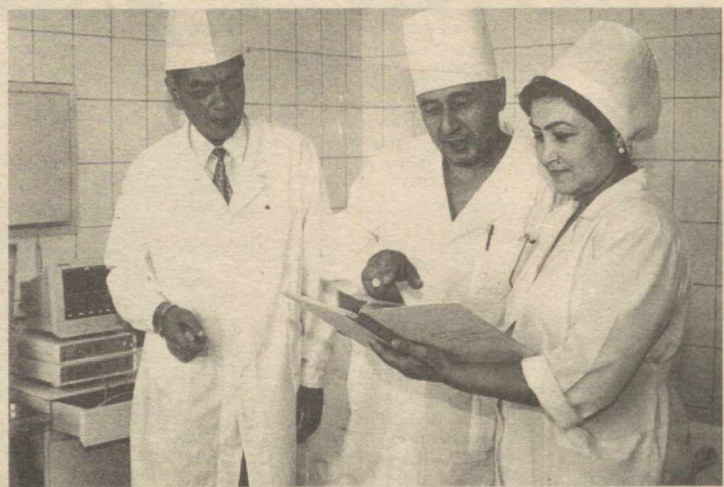
психосоциальных нагрузок обычной жизни, даст полное представление об эффективности предложенной схемы лечения. Вот почему необходимо использовать объективные методы исследования при проведении консервативной терапии. Едва ли здесь поможет обычный электрокардиографический метод. Решающую роль могут сыграть методы, позволяющие оценивать изменение толерантности к физической нагрузке — мо-

более частых ситуаций при лечении тяжелых форм ИБС, когда в формировании болезни важную роль играет несколько механизмов. К сожалению, как в целом при лечении ИБС, здесь царит полный voluntarизм, и поиск той комбинации, которая оказывается эффективной в данном конкретном случае, осуществляется *ex juvantibus*.

И вновь мы можем утверждать, что в большинстве таких случаев многое

Академик Е. И. ЧАЗОВ

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА



нитирование ЭКГ и нагрузочная эхокардиография. Сегодня мы не можем в силу ряда причин рекомендовать для широкой практики более сложные методы оценки действия антиангинальных средств, которых с каждым годом становится все больше, например, изучение перфузии миокарда с помощью радионуклидов, определение содержания эндотелина-1, оксида азота и фосфорилиза А2, отражающих состояние эндотелиальных механизмов регуляции сосудистого тонуса. Чтобы оценить действие β -блокаторов, определяют плотность β -рецепторов системы лимфоцитов. Наши сотрудники предлагают для этих целей изучать состояние β -адренорецепторной киназы, которая увеличивает способность β -рецепторов отвечать на действие катехоламинов.

Несомненно, что изучение состояния эндотелиальных и рецепторных механизмов представляет собой задачу диагностики XXI века. Точно также широко в практику войдут и методы оценки состояния вегетативной нервной системы, прежде всего такие объективные, как спектральный анализ колебаний частоты сердечных сокращений, мощность полос которого отражает активность либо симпатической, либо парасимпатической системы.

Говоря об эффективности антиангинальных препаратов тех или иных групп, мы бы хотели на первое место поставить β -блокаторы как препараты, в которых сочетается прямое опосредованное действие на механизмы формирования ИБС. Антагонисты кальция и нитраты мы предлагаем оставлять на те случаи, когда β -блокаторы противопоказаны, например, при сочетании ИБС с сахарным диабетом, бронхиальной астмой или когда β -блокаторы не дают желаемых результатов.

В алгоритме построения схемы эффективного лечения ИБС важное место занимает поиск оптимальной комбинации препаратов. Это одна из наи-

связано с отсутствием у врачей четкого представления о возможностях и особенностях действия применяемых препаратов. Взять хотя бы антагонисты кальция. Нельзя забывать, что они обладают рядом свойств, расширяющих возможности лечения больных ИБС с сопутствующими заболеваниями. Это и способность улучшать мозговое кровообращение, и способность предупреждать или уменьшать спазм бронхов, легочную артериальную гипертензию. Наконец, опасность появления отрицательных побочных эффектов при их использовании значительно меньше, чем при применении β -блокаторов. С другой стороны, в случае преобладания нервно-вегетативного механизма в формировании ИБС, особенно при большой активности симпатико-адреналовой системы, антагонисты кальция менее эффективны и β -блокаторы являются основным средством лечения.

Обсуждая проблему комбинированного применения антиангинальных средств, следует подчеркнуть, что этот вопрос должен рассматриваться врачом только в том случае, если монотерапия не дает эффекта при использовании оптимальных доз соответствующего препарата. Исследования показали, что наибольшая перфузия миокарда при наличии β -блокаторов достигается при сердечном ритме в 50-60 уд/мин. С другой стороны, снижение систолического АД до 100 мм рт. ст. ниже уменьшает перфузию. Мы приводим эти цифры потому, что дозы используемых препаратов имеют сугубо индивидуальный характер и эффективность терапии во многом зависит от того, сумеет ли врач подобрать оптимальную дозу — с одной стороны, наиболее эффективную, а с другой — исключающую появление осложнений и побочных действий. В последние годы широко обсуждались возможные подходы к повышению эффективности антиангинальных препаратов путем воздействия на те структуры, которые являются мишенями для этих средств.

НАУКА И ПРАКТИКА

Наиболее активно велись исследования по изучению роли эндотелиальных факторов — оксида азота и фосфоинозитидного обмена и киназы С в эффективности проводимого лечения. Оксид азота является важным фактором в регуляции сосудистого тонуса, а фосфоинозитидный обмен и киназа С участвуют в ингибировании β -адренергической системы в эндотелиальных клетках, уменьшая в 2-3 раза число β -адренергических рецепторов. Предполагалось, что повышение уровня оксида азота при использовании а-аргина, являющегося донатором NO-групп, позволит значительно повысить эффективность антиангинальной терапии, в частности при назначении нитратов. Проведенные нами исследования показали, что сам по себе а-аргинин в дозе 15г/сут не изменяет течения ИБС, хотя и повышает содержание оксида азота. Косвенно это подтверждает, что механизмы формирования ИБС сложнее, чем просто нарушение функции сосудистой стенки, в частности эндотелия. В определенной степени, хотя и не в той, на которую мы рассчитывали, а-аргинин увеличивает эффективность нитратов и предупреждает возникновение толерантности к ним. С практической точки зрения важны обнаруженные при применении а-аргина выраженные антиагрегационные свойства (за счет воздействия не на эндотелиальную стенку, а на метаболизм тромбоцитов). Возможно, что а-аргинин войдет в схему лечения больных ИБС как одно из средств, предупреждающих образование тромба. Но для этого необходимы дальнейшие клинические наблюдения.

Для воздействия на фосфоинозитидный обмен и киназу С эндотелиальных клеток предлагалось проведение курса интегральной гипокситерапии, заключающейся в том, что проводится дыхание газовой смесью с содержанием кислорода 10% в циклическом режиме: дыхание смесью 3-5 мин., затем дыхание атмосферным воздухом 3 мин. Всего проводилось 20 процедур. И в этом случае мы не обнаружили значительных изменений в содержании маркеров, указывающих на изменение содержания эндотелиальных факторов, регулирующих функцию коронарных сосудов, хотя и отмечали улучшение состояния больных в ходе этих процедур, проявлявшееся в увеличении толерантности к физической нагрузке. Возможно, это связано с неподтвержденными пока фактами изменения кислородтранспортной функции гемоглобина, изменением содержания кислорода в венозной крови, улучшением процессов тканевого дыхания. Вероятно, поиски средств, усиливающих действие антиангинальных препаратов, будут продолжаться, и, несомненно, появятся новые подходы к решению этой важной задачи — повышению эффективности лечения больных с ИБС.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что успех в лечении ИБС зависит как от знаний врача, его аналитического подхода к созданию наиболее эффективной и рациональной схемы лечения, так и от основного принципа, переданного нам нашими учителями, заключающегося в том, что перед нами нет болезни, а есть больной человек с конкретными особенностями, требующими индивидуального подхода.

Соли ака Юсупов ҳозир етмиш икки ёшда. Аммо куч-гайратда мушгига туғилб юрган қирчилла-ма йиғитлардан қолишмайди. Қайноқ юрак тафти ҳали-ҳамон уни ўзининг сеvimли шифокорлик касбига тер тушга ундаб келаяпти.

Қадим Шоббоз (ҳозирги Беруний) диёрининг илк маҳаллий жаррохларидан саналмиш Соли ака Юсупов 1944-1947 йилларда Тўртқўл тиббиёт ҳодимлари тайёрлаш билим юртида таълим олди. Сўнгра икки йилча мuddат давомида туманининг Қилчаноқ қишлоғидagi фельдшер-акушерлик пунктига раҳбарлик қилди. Сафдошлари Сафарбой Машарипов, Утап Шиназаровлар билан биргаликда Қордоу – Қўнғирот темирйўли қўрилишида даволлаш ишларини олиб борди. 1948 йилнинг январида Сарибий аҳоли пунктида ўлат касаллигига қарши карантин тадбирида қатнашди.

Тиббиёт соҳасида анча-мунча тажриба тўплаган Соли Юсупов 1949-1955 йилларда қалб иштиёқи ва давр талаби билан Тошкент Давлат тиббиёт институтининг даволлаш куллиетида табобат сирларини ўрганди. Икtidорли шифокор ўша даврдан эътиборан Беруний туманида жаррохлик фаолияти билан шуғулланиб келди.

Соли ака Юсупов 1955-1956 йилларда ва сўнгра 1963-1968 йилларда туман соғлиқни сақлаш тизимига етакчилик қилди ва тиббиёт соҳаси билан боғлиқ жуда кўплаб хайрли ишларни амалга оширди. Мана шундай хайрли ишлардан бири 1965 йилда марказий касалхона таркибига қон қуйиш пунктининг ташкил этилиши бўлди. Олдинлари ҳатто бир ампула қон қанча харж ва вақт ҳисобига Нукус шаҳридан самолётда олиб келинардик. Қон қуйиш пунктининг

иш бошлаши бу машмашани бир қадар енгиллаштирди ва шифокорлар учун ҳам, беморлар учун ҳам қулайликлар туғдирди. Бош шифокор туманда қон қуйиш ишларининг фидокор ташкилотчиси сифатида Тошкент ва Москва шаҳарларида йирик анжуманларда иштирок этди.

НАЖОТ РИШТАСИ

Мана, йигирма йилдирки, Соли ака Юсупов марказий касалхонанинг қон қуйиш бўлимига мудирлик қилиб келмоқда. Утган йиллар ичида бўлим фаолияти Ўзбекистон Республикаси микёсида уюштирилган тадбирлар чоғида бир неча бор тилга олиниб ўтди. Бўлим раҳбари тиббиёт соҳасидаги кўп йиллик ва самарали меҳнатлари, айниқса, туманда қон қуйиш ишларини юксак поғонага кўтарганлиги эвазига «Соғлиқни сақлаш аълочиси» нишони ҳамда Ўзбекистон ва Қорақалпоғистон Республикалари юқори раҳбарлик ташкилотларининг Фахрий ёрликлари билан тақдирланди.

Бўлимда амалга оширилиши лозим бўлган вазифалар кўлами ниятда кенг. Энг муҳими, у марказий касалхона бўлимларида режали ва шовилинч операция қилинувчи беморлар учун зарурий ҳисобланган нажот риштаси – қон захирасига эга бўлмоғи лозим. Ҳақиқий йиллардан буюн бўлимда қон плазмалари тайёрланмоқдаки, бу нарсга кўплаб беморларнинг ҳаётини сақлаб қолишда жуда катта аҳамият касб этмоқда. Ушбу

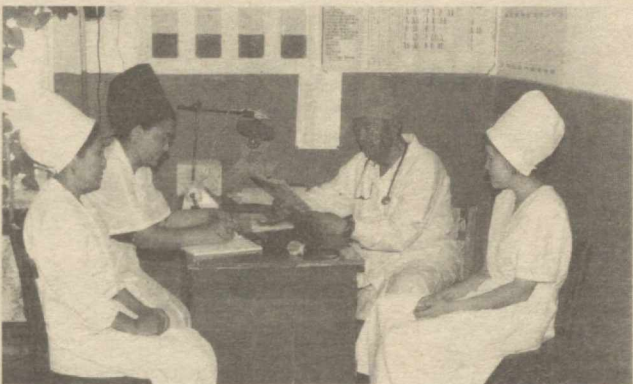
ибратли ишларнинг рўйбга чиқишида катта ҳамшира Қизилгул Сетибоева, операция ҳамшираси Ойимжон Нуруллаева ва лаборантка Шоира Юсуповаларнинг сезиларли улушлари борлигини таъкидлаб ўтмоқ жоиз.

Бўлим ўзининг доимий донорларига эга. Ҳайитгул Холиμβетова, Худойберган Жабборов, Бахтиёр Ёкубовлар сингари фидойи инсонлар кўрсатаётган сажоват орқали неча ўнлаб беморлар ҳаётга қайтмоқда. Турли ёшлар-

меҳр ва миннатдорчилик туйғулари балкиб турибди.

Беруний туман марказий касалхонаси қон қуйиш бўлими мудир, эл ардоқлаган шифокор Соли ака Юсуповнинг тиббиёт соҳасига қадам қўйганига эзлик беш йил тўлай деб қолди. Маъбодо ундан, иш жараёни сизни чарчатиб қўймайптими, дея сўрагудай бўлсангиз, у мийиғида қулиб, шундай жавоб қайтаради:

– Тўғри, тиббиёт соҳасида ярим асрдан зиёд мuddат меҳнат қилдим. Яратганга шукроналар бўлсинки, куч-қувватим ҳали етарли. Истибоднинг аламли йилларида бор билимим, истеъдодимни юртимга бағишладим. Халқим энди-энди ўзини, ўзли-



гичи англай бошлаган истиқлол даврида нега унга хизмат қилмайди?..

Тоҳирмурод ЭШМУРОДОВ, Суратда: қон қуйиш бўлими мудир Соли Юсупов ҳамшира қизларни тиббиёт ангиликлари билан таништироқда.

Танлов соат 10.00да бошлангани керак. Давлатобод туманининг Тўқимачилар маданият саройи шифокорлар ҳамда танлов иштирокчиларининг мухлислари билан гавжум. Негадир Чортоқ тумани марказий шифокорхонасининг иштирокчиси-ю, вакиллари билан дарак йўқ...

...Ният чортоқчиликлар ҳам бироз кеч қолиб бўлса-да, етиб келишди. Аммо сахнада қўриқ-танлов иштирокчиларини таништириш бошланган эди. Намангандагина эмас, балки республикамизда биринчи бор ўтказилаётган «Йилнинг намуначи шифокори» қўриқ-танловида 7 нафар қишлоқ врачлик пунктларининг бош шифокорлари касб-маҳоратларини намойиш этиш учун сахнага тақдир этилгандилар. Еттинчи бўлиб Чортоқнинг чекка – Сарой қишлоғидан танловда иштирок этиш учун етиб келган Кароматхон Ризаевани «7» рақамда таништиришди. Ҳали нафасини ростлашга улгурмаган ана шу қишлоқ аёлини илк бор сахнада кўрган захотим: «Бу аёлларга ўрин ҳам тегмасе керак. Сахнага мослашиш у ёқда турсин, ҳали ҳаяжонларини боса олгани йўқ!» деган ўйларга боргандим. Афсуски...

Афсуски янгилишган эканман. Тиббиёт соҳасида 20 йиллик иш тажрибасига эга бўлган, ўз устида доимо изланишга одатланган Каромат опа танловда ўзини намоян этди. Истиқлол йилларида амалга оширилган туб ислохотлар, мамлакатимизда инсон саломатлиги, келгуси авлод баркамоллиги йўлида ҳукуматимиз томонидан қилинаётган хайрли ишлар, қишлоқ шифокорининг олдида турган муҳим вазифалар юзасидан берган жаъоблари ҳакамлар томонидан юқори баҳоланди. К. Ризаевага ана шу танловда иккинчи ўрин насиб этди.

Танлов асосида Каромат опа ишлаган ва яшаётган Сарой қишлоғига боришга тўғри келди. Паст ва баланд паҳса деворлардан иборат кўчалардан

БУГУНГИ ШИФОКОРИ

ўтиш чоғида кимга мурожаат этмайлик, «Сарой қишлоқ врачлик амбулаторияси мудир Каромат опани сўраясизларми?!» деган саволимизга савол тарзидagi илқ жавоблар билан қийналмай топиб олдик. Бодом кўчатидаги оралаб юрган фельдшер Абдуқодир Қозоқов бизни кутиб олар экан: «Каромат опа маҳаллада бир беморга муолажа ўтказаятган эдилар, ҳозир келиб қоладилар» дея бизни амбулаторияга таклиф этди. У киши келгунга қадар яқин 30 йилдан бери тиббиётга меҳнат сингган доя Моҳиддахон опа Қайомова билан биргаликда 10 ўринга мўлжалланган кундузги стационар, ҳомилдор аёлларни қабул қилиш хонаси, физиотерапия, педиатрия, муолажа, эмлаш ҳамда стоматология хоналари билан танишиб чиқдик. Саранж-сарихта қишлоқ врачлик амбулаториясининг ҳар бир ҳодими ўз иши билан банд. Соғлиқдан мурожаат этиб келган бир-икки бемор билан суҳбат ўтказишарди.

Амбулатория мудир, терапевт К. Ризаеванинг хонасида маълумотномаларни қозоғга тушираётганимизда «Сарой» маҳалла фуқаролар йиғини раиси Нўрможон Дадабоев кириб келди:

– Амбулаторияга икки киши кириб кетди. Нотаниш дейишганди, – дейди маҳалла оқсоқоли. – Вазифамиз шунақа. Ким келяпти, ким кетаяпти, қизикиб турмасак, қишлоқ жой. Мухбир экансизлар, мен ҳам Кароматхон ҳақида икки оғиз айтмоқчиман: у киши тиниб-тинчимайдиган, касбига меҳри баланд аёл. Бизда тез ёрдам машинасининг ўзи йўқ. Кароматхон ҳамшира қизларидан биронтасини олиб, эшик-ма-эшик ўзи юради, баракатоптур. Фарзанд кутаётган ёш келинчақлар, қайнота-қайноналар билан тез-тез суҳбатлар

ўтказиб туради. Бу ўз навбатида яхши самара берапти. Озодалик, ариқларни тозалати буйича олиб борган тарғибот ишларидан сўнг, бу йил сарик касали деярли бўлмади.

Андихон Тиббиёт олийгоҳининг даволлаш факультетини тавомлаган, 3 ўғил ва 1 қизининг онаси, қишлоқнинг меҳрибон шифокори Кароматхон Ризаева 1990 йилдан буюн саройлик ҳамкишлоқлари соғлиғи билан шуғулланади. Аҳил жамоаси – 1-тоифали стоматолог Шербек Атанбеков, ҳамширалар Роҳилахон Турғунова, Гулжаҳон Бекмуродовалар билан олиб бораётган тиббий хизматидан қишлоқнинг катта-ю кичиги мамнун.

– Вилотиямизнинг чекка-чекка қишлоқларида врачлик пунктларининг ташкил этилаётганидан жуда хурсанд бўляман, – дейди Каромат опа. – Навбат бизга ҳам келиб қолди, чоғи. Амбулаториямизнинг врачлик пунктига айлантириб олсак, ишимиз янада яхши бўлади. Мақсадимиз – кичик

жаррохлик амалиётини ҳам ташкил этиш. Шунда бемор туман марказига вақт, маблаг сарфлаб овора бўлиб юрмайди. Бу борада туман ҳокимлиги, марказий шифокорхона раҳбарияти ҳам қизикиб турибди. Ажаб эмас, ниятимиз амалга ошиб қолса.

Бугуннинг шифокори бўлган Каромат опа билан суҳбатимиз чоғида Алижон Ҳамроқулов, деб таништирган хусусий тадбиркор: «Кароматта қишлоқ аҳолиси ишониб қолган. Қаери бевозта қилмасин, фақат унга қўринишни истаиди» деган гаплардан К. Ризаева қишлоқда ўз ўрни, ҳурматига эга эканлигини яна бир қарра тушуниб етдик. Қўнчилиқнинг меҳрини қозонган қишлоқ шифокорининг биз юқорида тилга олган танловда муносиби ўрин олганлиги беҳиз эмаслигини чўқур хис этдик.

Одилжон ИНОМОВ, Наманган вилоти, «Шифокор ва ҳаёт» газетасининг махсус муҳбири.



СУРАТДА: Наманган вилот, Косонсой туманининг шовилинч тиббий ёрдам маркази бош фельдшер М. Исмоилов ва ҳамшира Д. Қаҳҳорова билан беморга ташхис қўяётган пайти.

Назорат керак

АВИАЦИЯ ВА ИНФЕКЦИЯ

Ўзбекистонимизда Авиация хизматидан фойдаланмаган, ҳаво кемаларида сайр қилмаган, тижорат билан шуғулланмаган ёки хизмат сафарларига бормаяган бирорта фуқаро топилмаसा керак. Чўнки Ўзбекистон республикаси, айниқса мустақилликка тўла эришгандан кейин, авиапассажирлар учун ерда ва ҳавода жуда катта қулайликлар яратди. Мамлакатимиздаги барча аэропортларда замонавий аэровокзаллар қўрилди, ёки таъмирланди, ҳаво кемалари деярли янгиланди, қўнчилиқ ҳамдўстлик мамлакатлари орау қўлаётган олий сифатли Боинг 757, 767, А-310, РЖ-85 каби ўта қулай ҳаво кемаларига эга бўлди. Ҳозирги кунда санаб ўтилган ҳаво кемалари Америка, Африка, Осиё, Европа қитъаларида жойлашган бир неча ўнлаб шаҳарларига мунтазам равишда ҳаво катновларини йўлга қўйдилар, миллионлаб авиапассажирларга халқро талаблар даражасида хизмат қилинаётди. Қайд этиб ўтилган авиацияни қўллаб қулайликлари билан бир қаторда баъзи бир камчиликларига ҳам тўхтаб ўтмоқчимиз.

Бу камчиликлардан асосийси ҳаво кемалари ўта хавфли ёки карантин касалликлари инфекцияси билан зарарланган, лекин ҳали касаллик белгилари пайдо бўлмаган касалликнинг ёпиқ давридаги авиапассажирларини бизнинг мамлакатимизга тезда етказиб олиб келиб қўйишдир.

Ҳозирги кунда ўта хавфли ёки карантин касалликлари бўлиши вабо, қора ўлат, сариқ, иситма, безгак, СПИД ва бошқа кўнгина касалликларнинг доимий эпидемиологик ёки эпизоотологик ўчоқлари Осиё, Америка, Африка, Европа қитъаларида мавжуд бўлиб, у ерда касалликлар вақти-вақти билан аҳоли ўртасида қайд этилиб турибди. Шу қитъалардаги мамлакатлардан ўчиб келаётган авиапассажирларнинг орасидан келиб қолиши мумкин бўлган авиапассажирларни аниқлаб, уларни умумий авиапассажирлар таркибидан ажратиб олиб изоляция қилиб, даволаб, мамлакатимиз халқларини соғлиғини муҳофаза қилиш учун Давлат раҳбарларимиз ва Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг сазй-харақати билан Ўзбекистондаги барча аэропортларда (СКБ) санитария-карантин бўлимлари ташкил қилинган. Бу СКБ ҳодимлари асосан эпидемиолог, эпидемиолог ёрдамчиси, дезинфекторлардан ташкил топган бўлиб, улар ҳар бир халқаро аэропортдан ўчиб келган ҳаво кемаларини мунтазам равишда кутиб оладилар.

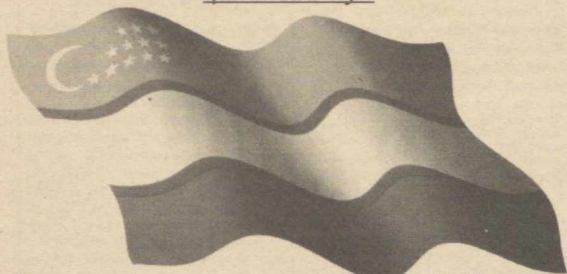
Ҳозирги вақтда Ўзбекистондаги аэропортларда жойлашган санитария-карантин бўлимларининг энг каттаси Тошкент халқаро аэропортида жойлашган бўлиб, бу ерда йигирмадан ортиқ мутахассис кечаю-кундуз навбатчилик қилиб, Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги раҳбариятлари кўрсатмалари асосида, ҳаво кемалари кутиб олиниб авиапассажирларга эпидемиологик ва тиббий назорати ёрдами кўрсатилмаётди.

Аэропортларда жойлашган санитария-карантин бўлими билан бир қаторда Темир йўл автойўлининг чегара қисмларида ҳам жойлашган бир неча ўнлаб СКБ ўзаро ҳамжиҳатликда профилактик ишлар олиб бораётгани туфайли дунёнинг баъзи бир мамлакатларида тарқалган яшур, холера ва бошқа ўта хавфли ёки карантин касалликлар бизнинг мамлакатимиз аҳолиси ўртасида қайд этилмади.

М. АЛИМОВ, Ўзбекистон Республикаси ССВ «Ўзбекистон ҳаво йўллари» ДСЭНМИ Бош врач.

18 ноябр — Ўзбекистон байроғи қабул

қилинган кун



ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ БАЙРОҒИ

Ватанимиз тимсолидирсан,
Энг муқаддас аъмолидирсан,
Олий рамзи, жамолидирсан,
Ўзбекистон миллий байроғи!

Олам узра хилпирар мағрур,
Ён-атрофга сочиб шуъла, нур!
Юракларда уйғотдинг гурур,
Ўзбекистон миллий байроғи!

Аждодларнинг руҳин шод этдинг,
Орзуларин барҳайт этдинг,
Ёвлар ўйин пуч, барбод этдинг,
Ўзбекистон миллий байроғи!

Рангингда эл бахтин этиб жам,
Ўй-фикрини қилиб мужассам,
Товланасан товусдек кўркам,
Ўзбекистон миллий байроғи!

Сени ўпиб ичамиз қасам,
Шон-шарафинг мардона, маҳкам —
Ёт кўзлардан асраймиш ҳар дам,
Ўзбекистон миллий байроғи!

Тинчликсевар эллар қатори,
Жаҳон узра яна юқори
Хилпирайвер, элим виқори —
Ўзбекистон миллий байроғи!

Искандар РАҲМОН.

Юридическая консультация

ТРУДОВОЙ ДОГОВОР

На практике часто возникают вопросы, что же представляет из себя «Трудовой договор» и каково его практическое значение.

Согласно ст. 72 Трудового кодекса РУз, трудовой договор есть соглашение между работником и работодателем о выполнении работы по определенной специальности, квалификации, должности за вознаграждение с подчинением внутреннему трудовому распорядку на условиях, установленных соглашением сторон, а также законодательными и иными нормативными актами о труде.

Ст. 37 Конституции Республики Узбекистан 1992 года закрепляет право каждого на труд, на свободный выбор работы, на справедливые условия труда и на защиту от безработицы в порядке установленном законом. Именно трудовой договор является основной организационно-правовой формой конституционного права на труд. Именно договорное привлечение к труду позволяет на основе учета интересов работников, работодателей и государства обеспечить каждому возможность свободного выбора работы. А трудовой договор, заключенный между работником и работодателем, является основанием возникновения трудового правоотношения. Без трудового договора не могут возникнуть права и обязанности его сторон.

Трудовой договор — центральный институт трудового права, занимающий важное место

в обеспечении правового регулирования трудовых отношений. При заключении трудового договора его стороны вправе оговаривать самые разные условия, которые после подписания трудового договора приобретают юридическую силу и становятся обязательными как для работника, так и для работодателя. Более того, только в силу заключенного трудового договора его стороны приобретают права и несут обязанности, предусмотренные трудовым законодательством и локальными актами, принимаемыми на предприятии (коллективный договор, правила внутреннего трудового распорядка положения о премировании и др.).

Таким образом, значение трудового договора заключается в том, что он является основной организационно-правовой формой реализации каждым конституционного права на труд, юридическим фактом, обуславливающим возникновение трудового правоотношения, важнейшей гарантией свободного выбора каждой работы и недопустимости принуждения работника к труду. Именно трудовой договор предоставляет его сторонам широкие возможности в области регулирования трудовых отношений, содействует сочетанию интересов работников и работодателя, создает необходимые условия для эффективного функционирования рынка труда.

Термин «трудовой договор» традиционно употреблялся в трудовом законодательстве. Однако в начале девяностых годов ши-

рокое распространение получило понятие «контракт». На первых порах контрактная система найма работников как бы противопоставлялась трудовому договору.

Применение этой системы на практике имело как положительные, так и отрицательные моменты. С одной стороны, в отличие от обычных трудовых договоров контракты заключались только в письменной форме, что позволило индивидуализировать трудовые отношения, полнее учитывать интересы работника и работодателя. С другой стороны, в нормативных актах и в юридической литературе в те годы контракт рассматривался как разновидность срочного трудового договора, что привело к существенному расширению сферы применения срочных трудовых договоров, ущемляло трудовые права работников, противоречило международной практике.

Трудовой кодекс Республики Узбекистан ставит знак равенства между терминами «трудовой договор» и «контракт». Поэтому, независимо от того, как назван договор, заключенный между работником и работодателем — «контракт» или «трудовой договор», следует иметь в виду, что речь идет об одном и том же.

И. ДУДИКИНА,
главный юристконсульт
Минздрава РУз.

АНОМАЛИИ ПРИРОДЫ В ОБРАЗЕ ЧЕЛОВЕКА

Кончил он плохо. Поспорив на 1000 долларов, что вытянет одними руками на берег корабельный якорь весом около тонны, Мак-Аскилл надорвался, уехал домой, в Новую Шотландию, где и умер в 1863 году.

Трагикомична история ирландского великана Чарльза О'Брайена. Он родился в 1761 году и к 17 годам достиг полного роста более 2,5 м. О'Брайен тоже с успехом выступал в балаганах и недурно зарабатывал. На его беду однажды О'Брайена увидел доктор Джон Хантер. Сей фанатик медицины пожелал во что бы то ни стало приобрести его скелет и обратился с этим предложением к О'Брайену. Великан пришел в ужас. Но Хантер поклялся, что кости его все-таки будут принадлежать науке. О'Брайен стал скрываться, а доктор всюду его преследовал. Далее события развивались в полном соответствии с сюжетами детективных романов. В 1783 г. О'Брайен заболел и понял, что дни его сочтены. Он договорился с рыбаками, чтобы после его смерти труп был тайно утоплен в водах Ирландского канала. Но вскоре узнал, что Хантер подкупил рыбаков, и те обязались доставить тело гиганта доктору.

Друзья великана поклялись охранять могилу О'Брайена, скончавшегося после того, как время очередного представления он увидел среди зрителей

Хантера. Но доктор перед похоронами подкупил гробовщика, и в могилу был опущен гроб, наполненный камнями... Труп О'Брайена перешел в собственность торжествующего доктора. Скелет исполнена сейчас выставлен в музее Королевского колледжа хирургии в Дублине.

Экспонатом петербургской Кунсткамеры стал и скелет Николая Бурже, или Буржуа. Этот великан-француз был привезен в Россию Петром Первым после его поездки во Францию в 1717 г. Его рост составлял 226,7 см.

Одним из самых высоких современности, о котором есть достоверные сведения, был Роберт Уодлоу. Он скончался 15 июля 1940 г. в Менисти, штат Мичиган, США. В момент смерти ему было 22 года, весил он более 220 кг, а рост имел 2 м 66 см. Причиной смерти послужил металлический браслет, которым юноша натер ногу, что привело в итоге к заражению крови.

Антиподами великанов являются карлики. Цирки, театры, киностудии в прошлом (да и сейчас) охотно принимали их на работу. Выступления маленьких людей, как правило, сопровождалось успехом. Но карликам редко удавалось извлекать выгоду из своей внешности. В большинстве случаев они оставались бедными, неудачливыми людьми. Исключением является уже упоминавшийся Чарльз Страттон по прозвищу Том — Большой Палец. Этот карлик, выступавший в цирке, обладал основательной деловой хваткой и умер обладателем

крупного состояния.

Другим известным карликом был Джеффри Хадсон. Его доставили англическому королю Карлу Первому непосредственно в пирог. Во время Хадсону было восемь лет, и рост его составлял около 35 см. К 30 годам он подрос еще на десять сантиметров, а далее рост прекратился. Однажды индус украл его обед. Джеффри счел себя оскорбленным и вступил в сражение с птицей, которая была значительно выше и тяжелее его. В ожесточенной схватке карлик победил противника, а затем вместе с друзьями съел его. Как-то раз Хадсон был оскорблен человеком из свиты королевы, посмеявшимся над его внешностью. Карлик вызвал обидчика на дуэль и уложил противника первым выстрелом.

В XVII-XVIII веках карлики были необходимым атрибутом при дворе российских царей и императоров. Монархи, потешаясь над маленькими людьми, тем не менее верили, что те способствуют удаче в делах.

Любопытное свидетельство тех лет оставил датский посланник Юст Юль. Он рассказывал об устроившем Петром Первым свадьбу карликов, состоявшейся в Санкт-Петербурге 25 ноября 1710 г. (по ст. стилю): «Против крепости, на пристани, царь сам расставил карликов. Жен их шел вместе с царем. За ними выступал один из красивейших карликов с маленьким маршальским жезлом в руке; далее следовали попарно восемь карликов-

шаферов, потом шла невеста, а по сторонам ее два шафера, что ездили приглашать гостей на свадьбу; за невестой шли в семи парах карлики и, наконец, чета за четой, еще 35 карликов...

Все они были одеты в прекрасные платья французского покроя, но большая их часть, преимущественно из крестьянского сословия и с мужицкими приемами, не умела себя вести, вследствие чего шествие это казалось особенно смешным. В таком порядке карлики вошли в крепость. Там встретил их поставленный в ружье полк, с музыкой и распушенными знаменами... Жениха и невесту обвенчали с соблюдением всех обрядов русского венчания... Во все время, пока длилось венчание, кругом слышался подавленный смех и хохот, вследствие чего таинство более напоминало балаганную комедию, чем венчание или вообще богослужение. Сам священник вследствие душившего его смеха насилил мог выговаривать слова во время службы.

ТОЛСТЯКИ

Трудно найти достоверные сведения о самых тяжелых людях в мире. Как правило, они ненадежны и чаще всего грешат преувеличениями. Особенно ненадежны свидетельства прошлого: точных измерений в те времена не производилось, системы мер не были унифицированы, переписчики нередко ошибались, работая с летописями и хрониками... Поэтому остается только полагаться на воображе-

ние.

Какжется, не ошибался Н. В. Гоголь, когда утверждал, что не всякая лошадь могла выдержать тяжесть Тараса Бульбы. Крупные люди и сейчас не редкость, а в прошлом они к тому же были снаряжены тяжелой вооружением. Так, например, вес экипировки средневекового рыцаря, включая копье, щит, меч, киржал, достигал 80 кг. А если к этому добавить остальные доспехи и вес самого рыцаря? Один из нормандских герцогов, живший в IX веке, вынужден был сражаться в пешем строю, ибо его тяжести не могла вынести никакая лошадь. Поэтому он и имел имя Хорльв-пешеход. Американский цирковой артист Роберт Эрл Хьюз утверждал, что он весит 1500 фунтов (около 675 кг). В большинстве он лежал на специально изготовленной кровати. А после смерти его труп пришлось поднимать автомобильным краном.

Но Хьюз — «перешеголял» другой американец — Джонни Али из штата Северная Каролина. Он родился в 1853 г. и после десяти лет стал быстро прибавлять в весе. В 15 лет он едва мог стоять на ногах и не проходил в дверь. Пять метров от огромного стула, на котором он обычно сидел, до обеденного стола Джонни преодолевал с большим трудом, с помощью друзей и домочадцев. В конце концов вес его достиг 1132 фунтов (более 500 кг). Он умер в возрасте 33 лет в 1887 г. Причиной смерти был разрыв сердца.

В. ЖУРАВЛЕВ.

«Ўзбекистонда
соғлиқни сақлаш»

«Здравоохранение
Узбекистана»

Газета муассиси:
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир:
С. ОРИПОВ
профессор.

Ижрочи муҳаррир:
В. ЖУРАВЛЕВ.

Тахрир хайъати:
М. МИРАЛИЕВ

(бош муҳаррир ўринбосари),
С. ФРОЛОВА, И. СОАТОВА.

Манзилгоҳимиз: 700060, Тошкент,
Охунбоев кўчаси, 30-уй, 2-қават
Тел: 133-13-22

Газета Ўзбекистон Республикаси Давлат Матбуот Кўмитасида
руйхатга олинган, гувоҳнома № 00504.

Умумий адади 10.000 нусха

Ўзбек ва рус тилларида чоп этилади.

Ҳафтиниқ сешанба кунлари чиқади.

Мақолалар кўчириб босилганда «Ўзбекистонда соғлиқни
сақлаш»дан олинди деб кўрсатилиши шарт.

Заказ Г-3044.

Ўзнома «ШАРҚ» нашриёт-матбаа
акциядорлик компанияси босмахонасида чоп
этилади. Корхона манзилгоҳи:
Тошкент шаҳри, Буюк Тўрон кўчаси, 41.

Ҳажми 2 босма тобик. Формати А3. Офсет
усулида босилган. Ўзнома IBM компьютерида
терилди ва сахифаланди.

Реклама ва эълонлардаги маълумотларнинг
мазмуни ва ҳаққонийлиги учун реклама берувчилар
жавоб берадилар.

Сахифаловчи: Анна ХОХЛОВА.