

Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш

Здравоохранение Узбекистана

№ 5 (251) 4 декабр — 10 декабр 2001 йил.

Газета 1995 йил октябр ойидан чиқа бошлаган.

Сешанба кунлари чиқади.

Сотувда эркин нархда.

8 декабр — Конституция куни



«Бизнинг асосий Қонунимиз халқимиз хоҳиш-иродаси ва руҳи, дунёқараши ва маданиятини акс эттиради. Зеро, уни ишлаб чиқиш ва муҳофама қилишда барча халқимиз иштирок этди. Бир сўз билан айтганда бу ҳужжат халқимиз фикри ва ижодиёти маҳсулидир».

И. КАРИМОВ.

IX боб

40-модда. Ҳар бир инсон малакали тиббий хизматдан фойдаланиш ҳуқуқига эга.



IX боб

41-модда. Ҳар ким билим олиш ҳуқуқига эга.

Бепул умумий таълим олиш давлат томонидан кафолатланади. Мактаб ишлари давлат назоратидадир.

Мухаррир минбари БОШ ҚОМУСИМИЗ — ФАХРИМИЗ

Бугунда Асосий Қомусимиз ҳисобланмиш Конституциямизнинг ҳаётимизда тутган ўрни ва аҳамияти ҳақида сўзлаш аини муддаодир.

Дарҳақиқат, Конституциямизнинг қабул қилинганлиги давлатимиз тарихидаги бутун бурилишни янгилаш, аниқроқ қилиб айтганда маънавий ҳаётимизни ўзида мужассамлаштирган муқаддас бир сана ҳисобланади. Бу шундай санаким, халқимиз эришган мустақилликни янада мустаҳкамлашда нақадар муҳим эканлигини аниқ ва равшан ифода этади. Бинобарин, бизнинг 10 йил ичида давлат ва жамият ҳаётида эришган ютуқларимизнинг асоси ҳам бош қомусимиздир. Наинки, қайси бир соҳага қарамайлик, янгиликлар, ўзгаришлар, муваффақиятлар мустақил халқимизнинг ўз ҳақ-ҳуқуқларига бўлган ҳурматларини ифода этиб турибди. Жумладан, бизнинг тиббиётимиз ҳам бундан мустасно эмас. Айниқса, замон талаблари даражасида фаолият кўрсатаётган Республика шошилнч тиббий ёрдам илмий марказ ва филиаллари, қишлоқ врачлик пунктларининг иш бошлагани ҳам халқимиз орасида соғ-лом турмуш тарзини тарғиб қилишда муҳим аҳамият касб этмоқда. Агар биз тиббиётимиздаги ютуқларимизни номма-

ном айтиб, рақамларга муножаат қилсак, бу борадаги ижобий самарадорлик доирасини қомусимизнинг илоҳий бир кучида деб баҳолаш мумкин.

Демак, бундан кўринадики, бу қонун ҳар бир инсон юрагида доимий уриб турган, очик манзиллар олдидаги сарбондир. Бу сарбон эса бугун амалда экан, биз ўз йўлимизни йўқотмаймиз. Яна бир нарсани айтиб ўтишни жоиз деб биламанки, қомус — адолатни қўлда тутган қуролдир. Бу қуролнинг кучи эса келажак ҳаётни олдиндан кўра олади ва идрок эта олади.

Инсоният тирик экан, у авваламбор ўз соғлиғи йўлида қайғурганидек, қомусимизнинг келажак ҳаёти учун ҳам бирга-бир бўлиб қайғурмоғи лозим. Биз бугун Ватанимиз, халқимиз юрагида бўлган ўтли шижоатни, қомусимизга бўлган меҳр-муҳаббатни тенглар ичида тенг билиб, соқит туриб айта оламанки, бизнинг бош қомусимиз ҳисобланган Конституциямиз фахр-ғуруримиз бўлиб қолажадир. Зеро, Конституциямиз ҳар бир ўзбекистонлик учун ҳаётини дастуриламал, ҳам ифтихор манбаи, ҳам ҳуқуқий қурол, ҳам ишончли қалъа бўлиб хизмат қилиши зарурдир.

Азиз ватандошлар барчангизни улғў айём арафасида турганлигимиздан муборакбод этаман.

Том маънода буюқдир

Тўғунпўлат ДАМИНОВ, 1-ТошДавТИ ректори, академик, Олий Мажлис депутати:

— Аввало, Ўзбекистон фарзанди эканлигимдан, меҳрибон, қалби пок, самимий, ориятли халқимиз борлигидан фахрланиб кетаман. Мустақил диёр — бу қанчалар дилга яқин сузлар. 10 йил кўна тарихимизни теран ҳис қилиш, жаҳонда ўз ўрнимизни

эгаллаш даври бўлди, тилимизга эса ҳаёт бахш этдик. Буларнинг жамики негизи Конституциямиздир. Унда фуқароларнинг ҳуқуқ ва эркинликлари олий қадрият эканлиги эътироф этилди. Асосий ҳуқуқий ҳужжат, давлат пойдевори бўлган Конституциямиз нормаларини изчил ҳаётга тадбиқ қилиш, уларнинг таъсирчанлигини ва самарадорлигини ошириш ҳар биримизнинг асосий вазифа-

миздир. Қомусимиз тўғрисида пухта маълумотга эга бўлмаган инсон ўз ҳақ-ҳуқуқини билмайди. Мустақил юртимизга эркин фикрлай оладиган, демократик жамият қурилишида фаол иштирок этадиган ёшлар керак. Шу боис, ҳар биримиз асосий таянч қуролимиз бўлмиш дастуриламалимизни моҳиятини чуқур англаб етмоғимиз лозимдир.

Маъмура ЮСУПОВА, П.Ф. Боровский номидаги тиббиёт коллежсининг директори:

— Ўзбекистон Республикаси Конституцияси — бу миллий тарбия борасидаги қомусимиздир. Ана шу қомусимиз боис, халқимиз ўз қадрини тиклай олди, ўтмишдан фахрланган ҳолда келажак сари интилиб, қомил ишонч ила ҳуқуқий демократик жамият қуриш йўлидан дадил бормоқда. Қонун устуворлиги ва адолатнинг жамият тарққиёти, халқ бахт-саодати

йўлидаги ўрнини ўзгача эканлигини кўриб, дилдан ҳис этиб турибмиз. Шундай экан — мамлакатимизнинг ҳар бир фуқароси ўзи танлаган соҳа, касб бўйича бемалол билим олиш ҳуқуқига эгаллигидир.

Зеро, биз педагоглар ёш авлоднинг ҳуқуқий тарбиясига эътиборни қучайтирмоғимиз керак, деб ўйлайман.

Чунки, «ҳуқуқий давлат» ва «ҳуқуқий тарбия» тушунчалари бир-бирига чамбарчас боғлиқдир.



ОНА ВА БОЛА

АЁЛЛАРНИ ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИГА МОСЛАНИШИ

Ҳомиладорлик – бу нафақат ҳаёт бошланиши, балки ҳаётнинг бутун мазмунидир. Ҳомиладорлик вақтинчалик жараён бўлиб, бу даврда аёл организмни ҳар тарафлама ўсаётган ва ривожланаётган ҳомилага мослашади. Шунинг учун у ҳар хил руҳий ва жисмоний ўзгаришлар ҳолатида ўтади. Бундай ҳолатлардан баъзилари ёқимли ва ҳаяжонли, баъзилари эса гайритабиий, ҳавотирли туюлади, лекин ҳавотирланишга арзизмайди.

Энг қизиқарлиси шундаки, 85%гача ҳомиладорлик табиий ўтиб, ҳеч қандай тиббий аралашувларга муҳтожлик туғдирмайди. Баъзан бу жараёнда аёллар организмда ўсиб, ривожланаётган ҳомила ҳисобига мосланиш содир бўлаётгани сабабли шикоятлар бўлиши мумкин. Бу шикоятлар мутахассислар томонидан «кичик шикоятлар» дейилади. «Кичик» дейилишига сабаб, улар табиийдир. Баъзи аёлларда ҳомиладорлик ҳеч қандай шикоятларсиз ўтади.

Қизик, ҳомиладорлик даврида қандай ўзгаришлар содир бўлар экан?

Аёл организмда ҳомиладорлик даврида ҳомиланing ўсиши ва ривожланиши учун ёрдам берувчи хориқоний гормон микдори кўпаяди. Бу модданинг кўпайиши аёлда кўнгил айнашга сабаб бўлади. Кўнгил айнашни кўп суяқлик ичиш ва кам микдорда тез-тез овқатланиш орқали камайтириш мумкин.

Бошқа қизиқарли гормон эстроген сут безларини келгусида қақаловчи озиқлантириш учун эмизмишга тайёрлайди. Баъзан кўрак безида қон томирларини кенгайганлигини кўриш мумкин.

Эстроген гормон бачадонни ўсаётган ҳомилага ва кичини туғруққа тайёрлайди. Баъзан бу вақтда қиндан сезиларсиз даражада рангсиз шилимшиқ суяқлик ажралиши мумкин. Бу жараён бачадон ўсиши ва сут безларида бир оз оғриқ сезиш билан кузатилади.

Эстроген гормони ҳисобига аёлда ҳайз кузатишмайди. Бу уни қайта ҳомиладор бўлишдан асрайди.

Прогестерон гормони ҳам ҳомилани ўсиб, ривожланишида катта аҳамиятга эга бўлган зарур моддadir. Бу гармонлар микдори ҳомиладорлиқнинг 12 ҳафтасидан бошлаб, ортиб бориб, сут безларини эмизмишга тайёрлайди. Бу модда организмдаги мушак тўқималарини бўшаширади. Мушак тўқималарининг бўшаши бачадонни қисқаришига йўл қўймайди ва ҳомилани эрта туғилишини олдини олади. Мушак тўқималарининг бўшаши нафақат бачадонга, балки ичак ва қон-томирларига ҳам таъсир қилади, шунинг учун ичак ва қон-томир тўқималарининг бўшаши ҳам кузатилади. Шу сабабли ҳомиладор аёлда ич қотиши кузатилади. Бундай ҳолатни ўсимликка бой озуқа билан озиқланиш орқали енгиллаштириш мумкин.

Томирлар тўқимасининг бўшаши уларнинг кенгайишига сабаб бўлади. Бундан кўпича оёқда кўриш мумкин. Одатда бу ҳолат

ҳомиладорликдан сўнг ҳеч қандай ёрдамсиз ўтиб кетади. Баъзан паст пошнали пойфазал ва эластик пайпоқ кийиш бу жараённи камайтиришга ёрдам беради.

Прогестерон гормони боғлов аппаратида ҳам таъсир этиб, уни бўшаширади ва туғруқ даврига тайёрлайди. Бу бўшашиш организмни бел ва тоз соҳасида оғриқ сезишга олиб келади. Бу оғриқларни камайтиришга аёл турли хил машқлар бажариши, масалан, уй юмушларини (кир ювиш, даямоллаш, супуриш, овқат тайёрлаш ва ҳ.к.) қилаётганида эгилмасдан, букилмасдан ҳаракат қилиши ёрдам беради.

Яна бир қизик гормон аёл қалқонсимон безида ишлаб чиқариладиган тиреотроп гармонидир. Бу гармон моддалар алмашинуви, яъни истеъмол қилинаётган озиқ моддаларни организм томонидан қабул қилиш ва чиқариш жараёнининг тезлашишига имкон яратяди. Моддалар алмашинувининг тезлашиши аёл организмни тўйимли озуқалар билан тўйинишга туртки бўлади, бу эса ҳомилани ўсишида ва ривожланишида катта аҳамиятга эга. Бу жараён аёлда илиқлик ва иссиқлик сезиш билан кузатилади. Бу жараён ҳам табиийдир ва ҳеч қандай алоҳида аралашув талаб қилмайди.

Ҳомиладорлик даврида микдори кўпаядиган мелонин гормони юзда ва киндикдан пастда ҳар хил доғлар пайдо бўлишига сабаб бўлади. Шунингдек, кўрак учи ва атрофи янада тўқроқ тус олади. Бу доғлар туғруқдан сўнг ўзи аста кетади, шунинг учун халқ орасида бундай доғлар ҳомиладорлик доғлари дейилади.

Ҳомиладорлик даврида аёл вазни ортиши кузатилади. Бу ҳолат ўсаётган ва ривожланаётган ҳомила ва ҳомиладор аёл организмда болани эмизмишга тайёрлаб, ёрдамчи моддасини захира сифатида тўпланиши ҳисобига амалга ошади. Ҳомиладорликда вазн ортиши ҳар хил бўлиши мумкин, яъни баъзи аёлларда

сабаби бачадонни ўсиб, ривожланаётган ҳомила ҳисобига катталашидир. Бачадон катталашган сари диафрагма (қорин парда) ва ўпкани сикиши кузатилади. Ҳомиладорлиқнинг 36 ҳафтасида бу ҳолат энг чўққисига етиб, кейин камайиб боради. Катталашган бачадон ошқозонни сикиб, жигилдон қайнашига олиб кела-

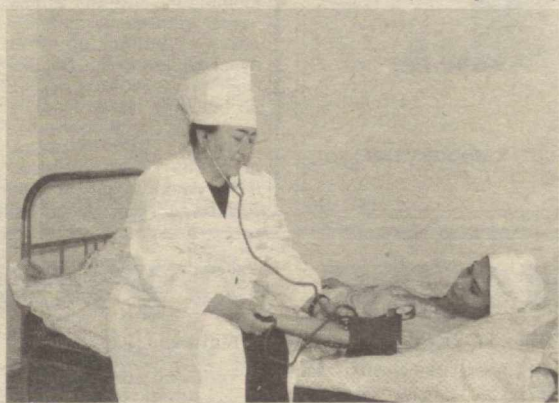
ди. Бундан ҳам тез-тез, кам-кам овқатланиш билан камайтириш мумкин. Бундан ташқари ўсаётган бачадон буйракни ҳам сезиларли сикиб, сийдик ўтишини қийинлаштириши мумкин. Аёлга сажа ҳолатини олиш, яъни тирсакка таяниб текис жойда эгиллиб бачадонни буйракдан узоқлаштиради. Бу ҳолатни тез-тез қайтариш пешобни буйракда тўпланишига йўл қўймайди ва сийдик йўлларида яхши чиқишига ёрдам беради. Катталашган бачадон сийдик пуфagini ҳам сикқанлиги сабабли, ҳомиладор аёл тез-тез пешоб ажратяди.

Қуйдаги ҳолатларда мутахассисга мурожаат қилиш зарур:

1. «Кичик шикоятлар»нинг кўпайиши.
2. Ҳомилани қимирлашидаги ўзгаришлар, қимирлашининг тезлашиши ёки секинлашиши.
3. Қиндан шилимшиқ ажралмалар чиқилишининг кўпайиши, ажралмаларнинг хидли бўлиши.
4. Тез-тез ва эплаб бўлмайдиган кўнгил айнаш.
5. Ҳолсизланиш, бефарқлик ва бош айланиши.

Мутахассисга зудлик билан мурожаат қилиш зарур бўлган ҳолатлар:

1. Кўчиш бош оғриғи;
2. Кўриш қобилиятидаги ўзгаришлар (кўриш ўткирлигининг хиралашуши ёки аксинча ўткирлашуши), кўз олди жимирлашуши;
3. Қорин юқори қисмида, ошқозон соҳасида оғриқ;
4. Пешоб микдорини камайиши;
5. Тери қопламларининг сарғайиши;
6. Қиндан суви ёки қонли ажралмалар ажралаши, айниқса ҳомиладорлиқнинг иккинчи ярмида;
7. Ҳомиладор аёл кайфиятидаги ўзгаришлар;
8. Шишларнинг кўпайиши,



кўпроқ, баъзиларида эса камроқ вазн ортиши кузатилади. Одатда аёл туғруқдан сўнг болани эмизгача бу захира сарфланади. Захира сарфланган сари аёл қомати гўзаллашиб боради.

Ҳомиладорлик даврида аёлларда қисқорганга эҳтиёж ортади. Шунинг учун аёл тез-тез нафас олади. Бундай ҳолатларда очик ҳавода сайр қилиш фойдалидир. Тез-тез нафас олишининг яна бир

айниқса бел соҳасида;

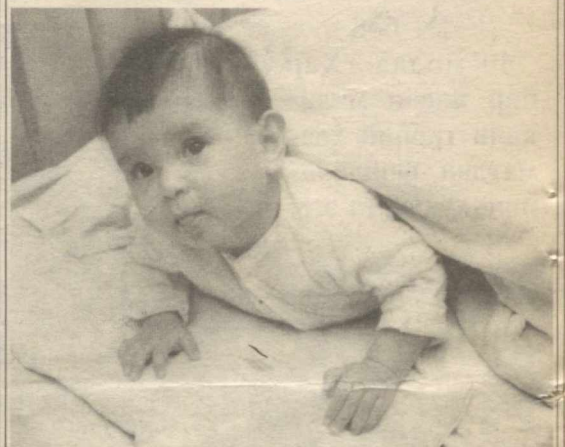
9. Тери қопламларида кўкаришлар ёки қончалаш пайдо бўлиши;
10. Қорин пастидан ва бел соҳасида тўлғоқ сифат оғриқлари.

Тошкент шаҳар, ССБга қарашли Перинатал марказининг «Бехатар оналик» лойиҳаси ташаббускор гуруҳи.

БОЛАНИНГ БАРКАМОЛ ЎСИШИДА ОНА СУТИНИНГ БЕБАҲОЛИГИ

Бола ҳаётининг 1-чи 3 йилида бош миёнининг ривожланиши жадвал тус олади. Шу пайтда ота ва оналар зиммасига жуда катта масъулият юкланади. Чунки, болани тўғри парвариш қилиш ва овқатланиш маданиятига эътибор бериш кейинчалик унинг ақлий ва жисмоний ривожланишига таъсир қилишини тадқиқотлар кўрсатмоқда. Лекин, кўпгина ривожланган давлатларда овқатланиш усуллари фойдадан кўра кўпроқ зарар етказмоқда.

Болалар 3 ёшгача нотўғри овқатланиш туфайли юзага келадиган асоратларига жуда сезувчан бўлиб, бу ёшда бошқа даврларга нисбатан ўсиш интенсив бўлади. Шунинг учун ўсиш ва ривожланишдан ортада қолиш бу ёшда юқори бўлади. Бундан ташқари, иммун система охиригача шаклланимаган бўлиб, нотўғри овқатланиш бу ёшда жиддий дефектларга яъни ақлий ривожланишини ортада қолишига, тарбиясида кўпгина муаммоларни пайдо бўлишига, ўқиш ва интилишларининг пасайиб кетишига олиб келади. Кўрак сuti – ақлий ва жисмоний ривожланиш учун керакли бўлган витамин ва микроэлементларга бойдир. Шуниси қизиқарлики, онанда биринчи дақиқалардан бошлаб келадиган сuti – оғиз сuti дейилиб, бола учун энг катта иммунитет манбаидир. Оғиз сuti ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, таркибиди иммуноглобулин, лейкоцитларни кўп микдорда сақлайди. Оғиз сutiини эмган чақалоқларда аллергия касалликлари мийилик паст бўлиши аниқланган. Оғиз сuti – ўсиш факторларига ва витамин А га бойдир. Витамин А – инфекцияга, кўз касалликлари мийиликни камайтириб, ақлий ривожланишга ўз таъсирини кўрсатади. Кўрак сuti: йод, темир, оксил, касалликка қарши курашувчи антителалар, гормонлар ва аминокислоталарга бойдир.



Йод – бизнинг регионда етишмаслигини тадқиқотлар кўрсатмоқда. Шунинг учун ҳомиладорликдан бошлаб, антистримин таблеткасини ҳафтада 2 марта ичиб юриш тавсия этилади. Шунда болалар бемалол она сuti орқали йод моддасини олишлари мумкин. Ҳаммага маълумки, йод етишмаслиги – боланинг онига таъсир қилади, натижада болаларда – ақли заифлигача олиб бориши мумкин. Темир моддаси – кўрак сutiда кўп микдорда бўлиб, бошқа озиқлар орқали бола бу даражада ўзлаштира олмайди.

Аминокислота – цистин ва таурин ҳайвон сutiларида ва сунъий озиқларда бўлмайди. Таурин – бу бош миёни ривожлантирувчи моддadir.

Она сuti энгил ҳазм бўлиб, бола талабини етарли даражада қондиради. Айниқса, болалар 6 ойгача фақат кўрак сuti билан боқилса, касалланиш эҳтимоли бир неча мартага камаяди. Баъзида оналарнингизда она сuti ширин, шунинг учун сув бериш керак деган фикр уйғонади. Лекин, 6 ойгача она сuti тўйимли озиқа ҳисобланиб, таркибиди сув етарли даражададир. Бола ҳар сафар эмганида ўзига керакли бўлган озиқани онасидан импульслар орқали сўрайди. Агар шу пайтда унга сув ёки сўргич берилса, биринчидан бола ўз талаб даражасини қондира олмайди, иккинчидан, онанда сutiнинг камайиши вужудга келади. Сўргич эмган болалар кўракни нотўғри эмиши туфайли онанда кўрак қийилиши, учининг ёрилиши каби жароҳатлар юзага келади. Сўргич – инфекция манбаи бўлиб, уни узок муддат сўриш тишларнинг қийиқ қичишига, ҳатто, онгини пасайиш даражасигача олиб келади.

Ҳатто 1 ёшдан 2 ёшгача она сuti орқали витамин А – 45%, витамин С – 95%, энергия – 31%, протеин – 38% олади.

Кўрак сuti билан боқилган кичик вазини, муддатига етмай туғилган болалар қисқа муддат ичида тикланиб оладилар.

Тартибсиз овқатланиш қисқа ва узок муддатли асоратларни келтириб чиқариб, ҳатто юрак-қон томир касалликлари гача олиб келади.

Болаларни эмизмиш пайтида шошилмаслик, агар 6 ойдан сўнг қўшимча овқат бошланган бўлса, суяқлиқни овқатдан олдин ёки овқатдан сўнг 1,5-2 соатлардан кейин берилса, темир моддасини ўзлаштирилиши осон бўлиб, камқонлик касаллигини олдини олади.

Илоҳи борича қўшимча овқатда ўткир тузланган маҳсулотлар камайтирилса ва ширинликлардан (қанд, шакар, конфет, шоколад) маҳсулотлари чекланса мақсадга мувофиқдир.

Шахсий гигиена ва овқатланиш гигиенасига эътибор бериш, кўпгина ошқозон-ичак касалликлари ва бошқа турдаги касалликларни олдини олади. Шундай экан, озгина бўлсада ўз фарзандимизга эътибор берсак, кейинчалик ақли, зукко соғлом ва ўз Ватанига хизмат қиладиган фарзандлар етишиб чиқади деган умиддамиз.

Нафиса СУЛТОНОВА, Тошкент шаҳар Перинатал Марказ шифокор-лактолог.

Всемирный день борьбы с диабетом



В нынешнем году этот день посвящен проблеме уменьшения сердечно-сосудистых осложнений, основной причины ранней инвалидности и смертности.

Число больных диабетом в настоящее время растет во всем мире, и, по данным ВОЗ, предполагается, что оно к 2020 году удвоится.

Среди больных сахарным диабетом смертность от болезней сердца и инсульта наблюдается в 2-3 раза, слепота – в 10 раз, нефропатия – в 12-15 раз, гангрена конечностей – в 20 раз чаще, чем среди населения в целом.

Способствует распространению диабета и его осложнений и недостаточная осведомленность больных и их родственников о значении факторов риска, важности компетентности в вопросах лечения и профилактики осложнений. Мировой опыт показал, что огромное число взрослого населения не подозревает, что у них давно имеются клинические и биохимические признаки сахарного диабета, в то время как знание факторов риска в виде длительной стабильной артериальной гипертензии, неблагоприятной наследственности, ожирения может способствовать предотвращению развития сахарного диабета и его осложнений.

Для решения этой проблемы ВОЗ и Международная диабетическая федерация объединили свои усилия, в результате чего была принята Сент-Винсентская декларация, в которой ставятся задачи снижения числа осложнений диабета.

В Узбекистане в настоящее время число больных диабетом составляет 80.000 человек. Об этом было сообщено на собрании, посвященном Всемирному дню борьбы с диабетом, которое прошло в НИИ эндокринологии Минздрава Узбекистана. Собрание открыл и. о. президента Ассоциации больных сахарным диабетом К. Джурабеков.

О медико-социальных проблемах больных сахарным диабетом и улучшении оздоровительно-просветительной работы говорили главный эндокринолог Минздрава республики, профессор З. С. Акбаров, зав. кафедрой Второго ТашМИ, профессор Н. С. Салахова, главный врач Городского эндокринологического диспансера Б. З. Царева.

Представители фирм «Берлин Хем», «Ново Нордиск», «Элай Лилли» передали для больных сахарным диабетом шприц-ручки.

В настоящее время в мире насчитывается более 120 миллионов больных, страдающих сахарным диабетом, около 90% которых составляют ИНСД.

Ускорение темпов жизни, существенные сдвиги в питании населения, изменение возрастной структуры общества, наследственность и ряд других факторов явились причиной в последние годы увеличения заболеваемости сахарным диабетом и его распространенности. Важными мерами являются ран-

вариабельность данного показателя зависит от прироста населения, специализированной помощи и активного выявления больных.

Согласно имеющимся литературным данным, сахарный диабет чаще встречается у женщин, чем у мужчин. По данным эндокринологических диспансеров, больные женщины составляют 53,5%, а мужчины – 46,5%. Дети до 14 лет составляют 0,9% и подростки от 15 до 17 лет – 0,5% от всех на учете состоящих больных, и при этом между полами существенное

различия не наблюдается. По данным Республики Каракалпак и изыскания лечения в 2 и 2,5 раза чаще по сравнению со средними данными по республике и ряду регионов.

Недостаточная и несвоевременная госпитализация, нахождение больных чаще всего в субкомпенсированном или декомпенсированном состоянии способствовало развитию поздних осложнений диабета. К наиболее часто встречающимся осложнениям диабета относятся и осложнения сердечно-сосудистой системы (ИБС, инфаркт миокарда, инсульт) – 8,1%

Диспансеризация

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ – ПО ЕДИНОЙ ПРОГРАММЕ



нее активное выявление заболевания, организация диспансерного наблюдения и лечения больных, которые осуществляют существующими во всех регионах Республики Узбекистан 14 эндокринологических диспансерами и 347 эндокринологических кабинетами (из них 139 детских).

На начало 2001 года на диспансерном учете состоял всего 77031 больной, из них 35828 мужчин и 41203 женщины, в том числе 708 детей и 415 подростков. Разумеется, истинное распространение заболевания несколько раз выше, чем число зарегистрированных больных сахарным диабетом в эндокринологических учреждениях.

По данным эндокринологических диспансеров, среди всех больных диабетом 21,1% (16226 чел.) относятся к I типу и 78,9% (60805 чел.) – к II типу. Взято на учет 9988 лиц (9761 взрослых и 227 детей) с сахарным диабетом, что соответствует 13,1% от числа состоящих на учете больных, в то же время этот показатель в 1994 году составлял лишь 8,7%. Вновь выявлен 7991 человек, что составляет 32,3 на 100000 населения. Если в 1994 году умерло и снято с учета диспансеров 6290 (8,3%) больных, то к 2000 году это количество достигло 9027 (11,9%) человек.

Анализ данных свидетельствует, что распространенность диабета неравномерна по регионам республики и колеблется на 100000 взрослого населения от 262,1 в Кашкардинском вилайете до 606,2 в Ташкентском вилайете, а болезненность же у детей от 3,9 в Сырдарьинской до 13,6 в Бухарской области. В Ташкенте эти параметры достигали 986,3 на 100 тыс. взрослого населения и 21,8 – у детей. Разумеется,

различия не наблюдаются. В возрастном аспекте подавляющее число больных – 48,3% трудоспособные лица от 18 до 50 лет и 50,2% – свыше 50-летнего возраста.

По социальному составу сахарный диабет наблюдается в 40,8% случаях среди населения пенсионного возраста, 18,7% – среди служащих, 16,3% – у рабочих, 12,1% – у колхозников, 2,2% – среди учащихся и 9,9% – у прочих.

В целом по республике больные диабетом, лечащиеся только инсулином, составляют 22,1%, комбинированное лечение (инсулин вместе с сахароснижающими таблетками) получают 6,8% больных. Только таблетированными формами на фоне диеты лечатся 65,4%. На диете находятся без каких-либо сахароснижающих средств лишь 6,7% больных.

Следует сказать, что дети и подростки полностью обеспечены шприц-ручками, а для больных взрослых и детей выделяемые средства удовлетворяют потребности в инсулине лишь на 25-30%.

По республике только 29,4% взрослых, состоящих на учете больных сахарным диабетом, получили специализированное стационарное лечение. Несмотря на то, что они, согласно приказу Министерства здравоохранения РУз (№ 58 от 13.11.1992 г.), должны получать стационарное лечение один раз, а вновь выявленные – 2 раза в год. Показательно, что больные диабетом из Андижанской об-

ласть и Республики Каракалпак и изыскания лечения в 2 и 2,5 раза чаще по сравнению со средними данными по республике и ряду регионов.

Мероприятия, направленные на профилактику осложнений сахарного диабета в плане реализации Сент-Винсентской декларации, включают учет и регистрацию больных сахарным диабетом, а также обеспечение их жизненно важными сахароснижающими препаратами. С 2000 года в республике внедрены единые регистрационные карты для больных детей и подростков. Проведение аналогичной работы намечается и среди взрослых, поскольку регистр сахарного диабета служит базисом контроля лечебно-профилактической помощи больным. Составлен проект государственной национальной программы «Диабет» в Узбекистане, включающий финансовое обеспечение, медицинские ресурсы, реабилитацию и другие мероприятия.

Следует указать, что обучение пациентов по рекомендованной Европейской Ассоциацией программы контроля дает хорошие результаты.

Т. МУХАМЕДОВ.

АТЕРОСКЛЕРОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДИЕТОЛОГ

Чрезмерное употребление в пищу животных жиров, алкоголя и избыточная калорийность пищи способствуют увеличению накопления в крови продуктов обмена жиров, в том числе и холестерина. Неправильное питание, богатое животными жирами, повышает уровень холестерина. Добавление к диете овощей (особенно баклажанов), фруктов, орехов, отрубей, содержащих большое количество пищевых клетчаток, способствует выведению из организма холестерина.

Наряду с малокалорийной диетой целесообразно применять разгрузочные дни один-два раза в неделю, добавляя в пищу продукты, содержащие достаточное количество витамина В6, солей калия и магния.

При сохранении диабета и гипертонической болезни необходимо ограничивать потребление поваренной соли: приготовление пищи производить вообще без соли, а немного присаливать готовые блюда только за столом. При этом следует учитывать, что в среднем суточная норма соли 10-12 г. Больным сахарным диабетом, осложненным гипертонической болезнью, следует ограничить потребление не более 6 г соли в сутки, не забывая, что в суточной порции пищи содержится еще 3-4 г. Противосклеротическим действием, кроме продуктов, богатых пищевой клетчаткой, обладает и морская капуста, благодаря большому содержанию в ней йода и алгиновых кислот.

Уже давно внимание ученых

ны следует ограничить. Молочные продукты (молоко, кефир, творог) лучше использовать в обезжиренном виде. Блюда и гарниры из круп, муки и макаронных изделий следует употреблять в ограниченном количестве, яйца – 1-2 шт. в неделю.

Из напитков рекомендуются отвар шиповника, чай с молоком, фруктовые, ягодные, овощные соки без сахара, минеральная вода. Овощи и фрукты употребляют в натуральном виде и в салатах.

Запрещаются жирные сорта мяса, крепкие мясные бульоны, говяжий, бараний, свиной жиры, сало, пирожные с кремом, острые, соленые, жирные закуски, какао, шоколад, сливочное мороженое.

Больным ишемической болезнью сердца с ожирением на фоне малокалорийной диеты рекомендуется проводить разгрузочные дни по одному разу в неделю: молочные (по 100 г подготовленного молока 8 раз в день), кефирные (по стакану кефира 5-6 раз в день) и творожные (по 100 г нежирного творога или творожной запеканки 4-5 раз в день). К каждой порции творога следует добавить 100 г кефира или молока.

Больным без сопутствующей гипертонической болезни можно назначать мясные разгрузочные дни: по 50 г отварного мяса с овощным гарниром (кроме картофеля) 4 раза в день, утром чай с молоком, днем отвар шиповника. Хороший эффект



привлекает тот факт, что у эскимосов, употребляющих в пищу много жира преимущественно в виде рыбы, очень редко наблюдаются признаки атеросклероза, а инфаркт миокарда практически вообще не встречается. Было обнаружено, что в рыбе, обитающей в холодных северных водах (е-то и употребляют в пищу эскимосы), содержится особая жирная кислота – омега-3, которая, являясь полиненасыщенной, способствует понижению уровня холестерина и триглицеридов в крови. Кроме того, эта жирная кислота предупреждает образование тромбов в сосудах, которое часто служит причиной инфаркта.

Таким образом, одним из ме-

оказывают и фруктовые или овощные дни. Следует напомнить, что во время проведения разгрузочных дней во избежание гипогликемии необходимо отменить сахаропонижающие таблетки и наполовину уменьшить суточную дозу инсулина. Разгрузочные дни способствуют выведению жидкости из организма, снижению массы тела и нормализации артериального давления.

Обеспечение организма необходимым количеством солей калия достигается за счет употребления соков (томатного, абрикосового, апельсинового), черники, кураги, бананов, урюка, изюма, персиков, зелени петрушки, которые добавляются к основной диете с учетом содержания в них углеводов.

На снимках: проведение Международного дня борьбы с диабетом в Ташкенте, НИИ эндокринологии.

Страницу подготовила Светлана Фролова. Фото А. САИТОВА.



ЎЗИ ҲАМ, АСОРАТИ ҲАМ ХАВФЛИ

Долзарб мавзу

Грипп ер шарининг ҳамма мамлакатларида тарқалган бўлиб, бу касаллик билан барча ёшдаги аҳоли касалланади. Грипп ўткир вирусли инфекция бўлиб, юқори нафас йўллариинг шиллик қаватини зарарлайди ва кучли интоксикация аломатлари билан кечадиган юқумли касаллик ҳисобланади. Тарихий манбааларга эътибор берадиган бўлсак, гриппнинг биринчи эпидемияси жуда қадим замонлар билан боғлиқдир. XXI асрнинг охирида инсоният гриппнинг 4та оғир пандемиясини бошидан кечирди, яъни 1889-1890, 1918-1920, 1957-1959 ва 1968-1969 йилларда. 1918-1920 йиллардаги «испанка» номи билан аталувчи пандемия 20 млн. одамнинг ёстигини қуритди. 1957-1959 йиллардаги «Осиё гриппи» номи пандемияда бир миллионга яқин инсон ҳаётдан қўз юмди.

Грипп касаллигини вируслар келтириб чиқаради. Грипп вирусларининг А, В, С турлари мавжуд бўлиб, улар бири-бирдан ҳусусиятлари фарқ қилади.

Грипп вируслари ташқи муҳитга чидамсиз. Қиздирилганда ва қайнатилганда тезда нобуд бўлади. Грипп вируси доимий равишда аҳоли ўртасида учраб туради ва йилнинг совуқ фаслида одамларда грипп билан оғриш кўпроқ кузатилади.

Грипп вирусларини тарқатувчи касаллик манбаи беморлар ҳисобланади. Грипп асосан шу касаллик билан оғирган бемордан юқади, грипп беморлари айниқса, касалликнинг дастлабки, бошланғич кунларида хавфли бўладилар. Грипп билан оғирган бемор нафас чиқарганда, йўталганда, ақса урганда, гаплашганда сўлак заррачалари билан тевааратрофда вирусларни тарқатади. Хавога тушган вирус тутган сўлак заррачалари хавада тез бугланади ва улардан грипп вирусларини тутган «зарарли ядролар» ҳосил бўлади. Ана шу заррачалар хава оқими билан хоналарга тарқалади. Натижада заррача-

лар беморнинг кийим бошига, қорин кўрпасига, уй жиҳозларига, полга тушади, хонани йиғиштирилганда, кийимларни, чойшабларни силкитганда, қоқилганда бу заррачалар яна хавога кўтарилади. Грипп касаллиги йилнинг ҳар қандай фаслида ҳам учраши мумкин, аммо касаллик кўпроқ йилнинг совуқ, салқин фаслида, яъни куз ва қиш фаслида кўпроқ учрайди. Бундай мавсумийлиқнинг сабабларидан бири, совуқ фаслда одамлар кўп вақтларини кўпинча ёпиқ хоналарда, бинолар ичида ўтказишларидир.

Айниқса, ёш болалар инжик, йиғлоки бўлиб қолади. Мускуллари, бўғимлари, бош оғришига шикоят қиладилар. Болалар лоҳас, безовта бўлиб, яхши ухлай олмайдилар, баъзида бемор қайт қилиши, алаҳлаши, талвасага тушиши мумкин. Бош оғриғи кучайиб, кўз атрофларига тарқалади ва ёруғликдан қўрқиб аломатлари кузатилади.

Касалликнинг иккинчи кунидан бошлаб юқори нафас йўллари шиллик пардасида зарарланган аломатлари пайдо бўлади. Бурун орқали нафас олиш қийинлашади, бурундан суюқлик

тез-тез йўталиб туради, нафас қисиши кўпаяди, бундай бемор болаларга тезда тиббий ёрдам кўрсатилмаса, нафас ололмай ўлим ҳоллари кузатилиши мумкин. Грипп касаллиги кўпроқ ҳолларда айниқса, болаларда асоратлар қолдиради, касаллик асоратларига бронхит (бронхларнинг яллиғланиши), зотилжам (ўпканинг яллиғланиши), отит (қулоқнинг яллиғланиши), менингит (мия қобиғининг яллиғланиши), синусит (пешона бўшлиқларининг яллиғланиши), гайморит (гаймор бўшлиқларининг яллиғланиши), пиелит (сийдик



Грипп ва ўткир респиратор касалликлар билан касалланган хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳларига кўпчилик билан мулоқотда бўлувчи ишчилар, уюшган жамоалардаги болалар, талабалар, мактаб ўқувчилари, ҳарбий хизматдагилар, савдо ва транспорт ходимлари, тиббиёт ходимлари, нафақахўрлар, сурункали беморлар қиради. Грипп ҳар қандай ёшдаги одамларга, айниқса ёш болаларга тез юқади.

Одатда грипп, касаллик юққандан сўнг бир неча соат ёки 1-2 кун қолгач, тўсатдан бошлабди. Тана ҳарорати 39-40 градус даражагача кўтарилади. Беморнинг аҳоли ёмонлашади.

ажадлади, бемор тез-тез қуруқ йўталиб, йўтал борган сари кўпайиб ва кучайиб боради. Тоқмоқ қизаради. Грипп одамнинг ёшига ва организмнинг чидамчилигига қараб турлича кечади. Болаларда касаллик оғирроқ ўтади. Касаллик асоратларсиз ўтганда юқорида қайд қилинган аломатлари аста-секин касалликнинг 5-6 кунига келиб йўқолади, бемор тузалади.

Гриппнинг оғир шаклларида болаларда сокта бўлма (круп) авж олади, товуш бойламлари ва юқори нафас йўллари шиллик пардаси яллиғланади, натижада беморларнинг товуши бўғиладди ёки батамом йўқолади,

йўллари яллиғланиши) ва бошқалар қиради. Зотилжам энг кўп учрайдиган оғир асорат ҳисобланади. Бу асоратлари юз берганда беморнинг аҳоли ёмонлашади, интоксикация, яъни оғир заҳарланиш аломатлари пайдо бўлади, тана ҳарорати қайтадан кўтарилади, йўтал, нафас қисиши кучаяди, бош оғриғи, қулоқ оғриғи, лоҳаслик каби аломатлар пайдо бўлади.

Касал кишининг ётиб даволамаслиги натижасида — у гавжум жойларда касаллигини бошқаларга юктириши мумкин. Шунингдек, грипп бемор фойдаланган турли буюмлар, масалан, айтайлик дастурмол, идиш-товок, кийим-бош ва бошқа буюм-

лар орқали ҳам юқади.

Грипп касаллиги асосан ёш болаларга тез юқади ва оғир асоратлар билан ўтади. Натижада, сурункали ўпка касалликлари келиб чиқиши хавфи туғилади.

Шунинг учун ҳам грипп билан касалланган кишилар тезда шифокорга мурожаат қилиши, ишга, ўқишга, кўчага чиқмаслиги ва шифокор маслаҳатига қатъий амал қилган ҳолда уйда ётиши керак.

Касалланганларни парварishi қилаётганлар касаллик юқмаслиги учун оғиз ва бурун-да турт қаватли тоза докани тутиб олиши ва уни 4-5 соатда алмаштириб туриши керак. Фойдаланилган докани ювилгандан сўнг дазмонлаб, қайта фойдаланиш мумкин.

Оилада касалланган киши бўлса, уни бошқа хонага, иложи бўлмаса ётган жойини бирор тўсиқ билан ажратиб қўйиш керак. Бемор ётган хонани, умум фойдаланадиган залларни тез-тез шамоллатиб туриш лозим бўлади.

Бемор фойдаланган буюмлар, идиш-товокларни яхшилаб қайнатиб, ювиш ва шундан кейингина улардан фойдаланишни маслаҳат берамиз.

Грипп ва бошқа юқумли касалликларга чалинмаслик мақсадида — ҳар кунги эрталабки гимнастика билан шугулланиш, ҳўл сочик билан бадани ар-тиш, физкультура ва спорт машғулотлари билан мунтазам шугуланиб бориш тавсия этилади.

Грипп билан оғирган беморни даволашда антигриппин препараты тасвия қилинади. Унинг ўзида ҳароратни тушурувчи, оғриқни қолдирувчи, қувват берувчи ҳусусияти бор. Ундан ташқари ремантадин, арбитол препараты даволовчи врач маслаҳати билан тасвия этилади. Сульфаниламидли препараты, антибиотиклар тасвия қилинмайди. Бемор 5-6 кун ётгани маъқул.

Касаллик тарқалишининг олдини олиш учун қўриладиган чора-тадбирларга шифокорни уйга чақириш, дарди вақтида аниқлаш ва алоҳида хонага олиш, томоқни иссиқ содали сув билан чайкаш, лимонли, малинали чой, наъма-так дамламаси, исирқи тутати тасвия қилинади.

Бундан ташқари бурунга оксалин мазси суртиш, хоналарни тез-тез шамоллатиб туриш лозим.

Х. ЛАТИПОВ,
Республика Саломатлик
институтини директори
муовини, тиббиёт фанлари
номзоди, олий тоифадаги
шифокор.



ХИРУРГИЯ

Книжная полка

Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита. Пособие для врачей /М. И. Прудков, А. М. Шулуток, Ф. В. Галимзянов и др. — Екатеринбург, 2001. — 48 с. Шифр 616.37 М-618.

В пособии описаны патогенез и особенности клинических проявлений некротизирующего панкреатита. Рассмотрены основные варианты распространения отека и некроза, общая схема формирования разрывного диагноза. Описаны хирургические подходы к очагам поражения поджелудочной железы и окружающей его клетчатки и дальнейшее ведение больных.

Книга предназначена хирургам общего профиля, студентам медицинских вузов.

Прудков М. И., Пискунов С. В., Никифоров А. И. Острый аппендицит. Клиника. Диагностика. Традиционное и минимально инвазивное хирургическое лечение. Пособие для врачей. — Екатеринбург, 2001. — 41 с. Шифр 616.34 П-85.

В пособии освещены вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения острого аппендицита. Предложена схема обследования и лечения больных острым аппендицитом. Описаны консервативное лечение, различные хирургические способы традиционного и малоин-

вазивного лечения, в том числе и собственные методики авторов, апробированные на базе кафедры хирургии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки врачей Уральской государственной медицинской академии в экстренном хирургическом отделении МУКБ № 14 г. Екатеринбурга. Книга адресована хирургам и студентам медицинских вузов.

Прудков М. И., Власов А. А. Реабилитация больных желчнокаменной болезнью после минимально инвазивного хирургического лечения. Пособие для врачей. — Екатеринбург, 2001. — 32 с. Шифр 616.36 П-85.

Пособие содержит сведения о патофизиологии и путях коррекции расстройств со стороны функций внешнего дыхания физической активности, органов пищеварения у больных, перенесших минимально инвазивную холецистэктомию (лапароскопическую и мини-лапаротомную), а также о необходимых реабилитационных мероприятиях на стационарном и амбулаторном этапах восстановительного периода после подобных операций. В приложении приведена памятка для пациентов, перенесших минимально инвазивную холецистэктомию. Предлагаемая памятка может быть распечатана и выдана больным при выписке из стационара. Кни-

га будет полезна хирургам, терапевтам, гастроэнтерологам, реабилитологам.

Руководство по лапароскопии для общего хирурга. Лапароскопическая холецистэктомиа и аппендэктомия. — М., 1999. — 19 с. Шифр 616.38 Р-851.

Хирургические вмешательства — холецистэктомиа или аппендэктомия, которые приводят к многодневному пребыванию пациента в больнице. Книга является подробным руководством к действию, снабжена многочисленными рисунками и снимками и будет полезна в практической деятельности врача-хирурга.

Материал подготовлен ГНМБ Минздрава Узбекистана.

Наука и практика: урология

ЭКОНОМИКА ЛЕЧЕНИЯ

доброкачественной гиперплазии простаты

ДГП — часто встречающееся заболевание у мужчин старше 55 лет. Следует отметить, что в настоящее время лица старше 65 лет составляют наиболее быстрорастущую часть населения, и популяция особенно развитых стран продолжают стареть.

Статистические данные свидетельствуют о том, что к 2020 году в США число граждан 65 лет и старше достигнет 65 млн., а к 2050 году эта цифра приблизится к 80 млн. Чуть меньше половины из них будут мужчины с признаками ДГП. Подобное увеличение количества мужчин 50 лет и старше ожидается в Англии, Бельгии и Японии. Наряду с этим намечается рост заболеваемости ДГП. В этой связи изучение экономических аспектов является одной из актуальных проблем лечения ДГП.

Учитывая важность данной проблемы, Международным научным комитетом по диагностике и лечению СНМТ у пожилых мужчин организована научная группа по изучению экономических проблем, связанных с диагностикой и лечением СНМТ и ДГП. На IV и V Международных совещаниях по ДГП, состоявшихся в Париже в 1997 и 2000 годах, были обсуждены, а затем опубликованы рекомендации данного комитета. Члены комитета собирали информацию по стоимости лечения СНМТ и ДГП в разных, главным образом, развитых странах мира. Настоящий обзор составлен на основе результатов и согласно рекомендаций вышеуказанного комитета.

Следует отметить, что не все мужчины старше 65 лет с жалобами на частое мочеиспускание, императивные позывы к мочеиспусканию, слабый поток мочи и никтурию имеют ДГП. В действительности многие женщины также имеют подобные симптомы. Поэтому самым главным в определении истинной стоимости лечения является правильно установленный диагноз. Не может быть никакой эффективности оценки стоимости затрат, когда мы лечим неправильное заболевание неправильным путем.

Финансовые расходы начинаются с момента оценки состояния пациента, имеющего СНМТ, и зависят от объема проводимых исследований. Агентство политики здравоохранения и исследования здоровья и человеческих услуг США (АНСР) в 1994 году рекомендовало проводить следующие методы исследований у пожилых мужчин с СНМТ: медицинская карта, физикальное обследование, включающее пальцевое ректальное обследование (ПРО), анализ мочи, определение креатинина в сыворотке крови и заполнение анкеты по системе IPSS. В то же время уродинамические исследования, определение остаточной мочи после мочеиспускания и простатоспецифического антигена (ПСА) рассматриваются как необязательные. И, наконец, выполнение рутинной скрининговой урографии, почечной сонографии для оценки состояния верхних мочевых путей и

чисто диагностической цистоскопии, если нет особых показаний, не рекомендуется, так как выполнение внутривенной урографии, почечной сонографии и цистоскопии увеличивает затраты на обследование больных ДГП.

В последние годы диагностическая ценность так называемых «сложных объективных параметров» оценки состояния больных (скорость потока мочи, объем остаточной мочи, уродинамические исследования) начала уступать «мягким» или субъективным параметрам (IPSS, AVA индекс признака). В 1994–1997 годах 99% опрошенных американских урологов знали о существовании IPSS или AVA индекса признака, но только 59% из них включали эти результаты в свои медицинские отчеты. Это происходит потому, что в настоящее время нет конкретных рекомендаций о зависимости эффективности стоимости лечения и выраженности симптомов и степени ухудшения качества жизни пациента.

Известно, что самым эффективным методом лечения ДГП является трансуретральная резекция простаты (ТУР). В США ТУР составила 94% всех хирургических методов лечения ДГП. Нужно отметить, что ТУР является дорогостоящим методом лечения.

В последние годы количество ТУР в США начало резко снижаться.

Повсеместная продажа а-блокирующих препаратов и финастерид вызвала настоящий бум в начале 90-х годов. В 1996 году на приобретение этих препаратов в общем было израсходовано 200 млн. долларов США. С появлением этих препаратов следовало ожидать резкого снижения продаж растительных экстрактов. Но затраты на них почти не изменились.

Несмотря на повышение затрат на медикаментозную терапию, общие затраты на лечение ДГП остаются почти на прежнем уровне. Это, главным образом, связано со снижением расходов на хирургическое лечение. В США в течение 3-х лет (1993–1996 г.) общее количество рецептов, выписанных на а-блокаторы и финастерид, увеличилось на 33%.

Исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют о том, что финастерид является эффективным только у тех мужчин, у которых объем предстательной железы больше 40 граммов. Естественно, назначение препарата именно этим больным приведет к снижению затрат на лечение ДГП. При опросе, проведенном в 1997 году, 36% американских урологов указывали на то, что объем простаты изменил их тактику выбора лечения а-блокаторами или финастеридом.

Появление новых фармакологических препаратов привело к тому, что врачи первичного звена также активно участвуют в лечении СНМТ. Так, в Дании в 75% случаев медикаментозным лечением СНМТ занимаются врачи первичного звена. В США в 1995 году 86% рецептов на а-блокаторы были выписаны врачами общей практики. Это может привести к необоснованному назначению медикаментозных препаратов с одной стороны, росту затрат на лечение ДГП — с другой.

В последние годы появилось множество различных методов лечения ДГП, считающихся малоинвазивными. Общим принци-

пом всех этих методов является разрушение ткани простаты с помощью высокой температуры. Они отличаются друг от друга только средством обеспечения высокой температуры в ткани предстательной железы.

Проблема заключается в том, что в настоящее время нет длительных наблюдений, позволяющих делать окончательные выводы об эффективности каждого из этих методов. Надеемся, что с появлением достаточного количества длительных наблюдений за этими пациентами будут разработаны четкие показания к их ис-

пользованию в лечении ДГП. Для сравнения эффективности различных методов лечения ДГП необходимы определенные критерии или классификация, определяющая тяжесть заболевания. Ярким примером в этом отношении может служить Международная классификация злокачественных опухолей по системе TNM, позволяющая врачам всего мира проводить сравнительный анализ результатов лечения заболеваний различными методами. С этой целью Комитет по экономике управления СНМТ и ДГП предложил TNM — подобную классификацию мужчин с СНМТ по системе PSQF (где P — объем простаты, S — тяжесть признака на основании первых 7 вопросов анкеты-опросника IPS, Q — качество жизни на основании 8-го вопроса анкеты-опросника IPSS, F — скорость потока мочи). В зависимости от ответов пациента, можно набрать от 1 до 3 баллов. При этом возможны варианты от P1S1Q1F1 до P3S3Q3F3 или другие между ними.



пользованию в лечении ДГП. Для сравнения эффективности различных методов лечения ДГП необходимы определенные критерии или классификация, определяющая тяжесть заболевания. Ярким примером в этом отношении может служить Международная классификация злокачественных опухолей по системе TNM, позволяющая врачам всего мира проводить сравнительный анализ результатов лечения заболеваний различными методами. С этой целью Комитет по экономике управления СНМТ и ДГП предложил TNM — подобную классификацию мужчин с СНМТ по системе PSQF (где P — объем простаты, S — тяжесть признака на основании первых 7 вопросов анкеты-опросника IPS, Q — качество жизни на основании 8-го вопроса анкеты-опросника IPSS, F — скорость потока мочи). В зависимости от ответов пациента, можно набрать от 1 до 3 баллов. При этом возможны варианты от P1S1Q1F1 до P3S3Q3F3 или другие между ними.

Пациенты, соответствующие по объему простаты к P1, не нуждаются в назначении финастерид. Пациенты с S3Q3F1 нуждаются в назначении финастерид. Пациенты с S3Q3F1 нуждаются в проведении полного уродинамического обследования, несмотря на достаточно высокую скорость потока мочи, который может быть связан с заболеваниями ЦНС или мочевого пузыря. В то же время больные с S3Q1, несмотря на существенные признаки, не нуждаются в лечении в силу незначительного изменения качества жизни.

Для объективной оценки эффективности стоимости различных стратегий управления или лечения было бы желательно иметь единую систему оценки, которая позволит сравнить эффективность стоимости различных методов лечения, проводимых не только в пределах государства, но и в различных странах мира. Учитывая это, Комитет по экономике и лечению СНМТ и ДГП в 1997 году рекомендовал новую методологию Q-SOCC, которая применяется в сочетании с TNM подобной классификацией мужчин с СНМТ по системе PSQF (при этом Q — quality of life, качество жизни, S — symptom improvement, улучшение симптомов, OCC — outcomes costs coefficient, коэф-

фициент стоимости результатов, где O — результат, S — стоимость, C — коэффициент).

Для определения стоимости того или иного метода лечения комитет рекомендует использовать следующую формулу. Комитет также предлагает подобную IPSS системе, которая была принята урологическим сообществом во всем мире, принять PSQF/Q-SOCC систему. Это позволит осуществить международное сравнение стоимости управления СНМТ и ДГП.

Используя описанную выше формулу, Chiricos и соавт. изучили затраты 4-х стратегий управления мужчин с СНМТ: осторожное выжидание, только медикаментозное лечение, только оперативное лечение и совмещение медикаментозного и оперативного лечения 3-х возрастных групп (1-я группа мужчины 50–59 лет, 2-я группа — 60–69 лет, 3-я группа — 70–79 лет). Проведенные авторами исследования показали, что прямые затраты зависят прежде всего от 2-х факторов: 1) возраст пациента к моменту начала лечения; 2) количество методов, используемых для лечения.

Медикаментозное лечение менее эффективно по стоимости, чем оперативное у пациентов моложе 70 лет, так как при этом возникает необходимость проводить длительную медикаментозную терапию. Наоборот, у пациентов старше 70 лет медикаментозное лечение было менее дорогостоящим, чем хирургическое. Наиболее дорогостоящей стратегией лечения во всех возрастных группах была смешанная медикаментозная и хирургическая тактика.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности предложенной

формулы в оценке расходов на различные методы лечения СНМТ и ДГП. Для того чтобы рекомендовать широкое применение новых технологий, необходимым условием является наличие отдаленных результатов, иначе может повториться история с баллонной дилатацией. Основываясь на краткосрочных результатах, первоначально метод был признан эффективным. В заключение настоящего обзора мы сочли целесообразным привести рекомендации комитета по экономике лечения ДГП, опубликованные в 2000 г.

1. Дальнейшие исследования по лечению ДГП должны включать информацию о каждом отдельном пациенте. Данные о стоимости лечения должны включать все платежи, произведенные страховщиками, пациентами и работодателями. Также должны быть учтены стоимость потерянной продуктивности на производстве, стоимость времени, потраченного пациентом и врачом на различные процедуры.

2. Необходимо планирование исследований, направленных на сравнительное изучение эффективности малоинвазивных методов. Эти исследования должны проводиться и спонсироваться организациями, не имеющими экономического интереса в какой-либо технологии.

3. Проводимые исследования должны определить показания к применению того или другого вида лечения ДГП, исходя из интересов пациента. При оценке эффективности метода необходимо учитывать улучшение симптомов, уродинамических показателей и снижение количества осложнений ДГП, таких, как гематурия, рецидивирующая инфекция и т.д. При наличии такой информации представляется возможность сравнить расходы для установления разумной стоимости лечения ДГП.

А. ГАЙБУЛЛАЕВ,
Б. ТУРСУНОВ,
Ташкентский институт
усовершенствования
врачей.

Ҳозирги пайтда 3 фоизга яқин дунё аҳолисининг бўйи анчагина пастлиги аниқланган. Кейинги йилларда бўй ўсишида етишмовчилиги мавжуд бўлган беморларни аниқлаш жуда муҳим, чунки бундай шахслар эртароқ аниқланса ва ўз вақтида даволанса, олиб борилган муолажалар самарасини беради. Текширишлар шуни кўрсатдики, Республикамизда ҳозирги кунда ўсишдан орқада қолишнинг 6000дан ортиқ турлари аниқланган.

БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШНИНГ ОРҚАДА ҚОЛИШ ТУРЛАРИ

Болалар ва ўсмирларнинг жисмоний ривожланишини аниқловчи ҳамда ёши ва жинсига муносиб тузилган жадваллардаги тенгқурларидан орқада қолаётган текширувчилар сони анча юқори бўлиб, 2,2%дан 3,6% ва айрим ҳолларда 4,2%ни ташкил қилмоқда.

Боланинг она қорнидалигида унга таъсир этувчи омиллар ҳам жуда муҳимдир, чунки онанинг ҳомиладорлик вақтида ҳомиланинг жуда кучли ўсиши кузатилади. Агар ҳомила онасидан етарлича озикланмаган бўлса, ёки қандайдир бошқа салбий таъсирлар сабабли бола туғилганида нормадан кам бўлади. Ҳомиланинг энг кучли ўсиб ривожланиши ҳомиладорлик даври ўртасида, яъни 3 ва 6 ойлари орасида кузатилади. Агар шу вақтда йўлдош шикастланса болаларда бўй ўсиши кечикиши ва кам вазнда туғилиши мумкин. Йўлдошда анчагина патологик ўзгаришлар кузатиладиган бўлса, узоқ вақт давомида жисмоний орқада қолиш хавфи бўлади. Бу даврда даволаш самараси кам бўлади. Бола туғилгандан кейин ўсиши тезлиги уч даврга: гўдаклик даври, болалик даври ва балогатга етиш даврига бўлинади.

● 1-давр гўдаклик даври (туғилгандан бошлаб икки ёшгача бўлган давр) ўсиб ривожланишига энг аввало, боланинг она қорнидалигидаги ўсиб ривожланиши билан боғлиқ бўлган сабаблар (онада ҳомиладорлик токсикозлари, сурункали касалликлар билан оғриши, чекиши, йўлдошнинг шикастланиши ва б.) таъсир этади. Одатда бола биринчи йил давомида 25 смгача, иккинчи йилда 10-12 смгача ўсади.

● 2-давр болалик даври (2 ёшдан 10 ёшгача) ўсиб ривожланиш, ўсиш гормони билан бошқарилади, агар ўсиш гормони етарли ишлаб чиқарилмаса ўсиш тезлиги йилга 5-7 смдан 2-4 смгача камаяди.

● 3-давр балогатга етиш даври (11 ёшдан 16 ёшгача) ўсмирлик даври «сакраш»дан иборат бўлиб, бола организмда жинсий гормонларнинг кўпайиши кузатилади. Қиз болаларда бу давр ҳайз кўришдан 1 йил олдин бошланади. Одатда кўп қизларда биринчи ҳайз кўриш 13 ёшдан бошланади, шунинг учун уларда ўсиш тезлиги 12-13 ёш орасида юқори бўлади. Ўғил болаларда балогатга етиш даврининг ўсиш тезлиги 14-15 ёшгача бўлади. Қиз ва ўғил болаларда жинсий ривожланишнинг бошланиши турлича, баъзан балогатга етиш даври (ўсиш, «сакраш»дан 2-3 йил олдинроқ ёки кейинроқ бўлиши мумкин.

Қуйидаги гормонлар ўсиш активлигини стимуллайдиган: соматотроп, тиреоид, жинсий стероидлар ва инсулин. Ўшбу гормонлардан энг кучлиси бўлиб ўсиш гормони (СТГ)нинг мулк ёки нисбий етишмаслиги боланинг бўйи ўсишдан анча орқада қолишига олиб келади. Ўсиш гормонини ишлаб чиқарилиши гипоталамусда бўлиб, уни гипофиз билан бошқарувчи «дарвоза» қон-томирлар орқали бастки мия ўсимтасига ўтувчи бир қатор пептидлар билан бошқарилади.

Уйқу, руҳий ҳаяжон ва жисмоний ҳаракатлар ўсиш гормони секретациясини кучайтиради. Ўсиш гормони ишлаб чиқарилиши эпизодик характерда бўлади; чуқур уйқу бошлангач СТГ энг кўп ажралади, кундузи СТГни базал ажралаши, одатда жуда кам миқдорда бўлади, шунинг учун фақат эрталаб қонда СТГ миқдорини аниқлаш етарли эмас, чунки соғлом болаларда СТГ ишлаб чиқарилиши 3дан 10,6 нг/млгача бўлади. СТГ секретациясини аниқлаш учун эса синамалар ўтказиш лозим.

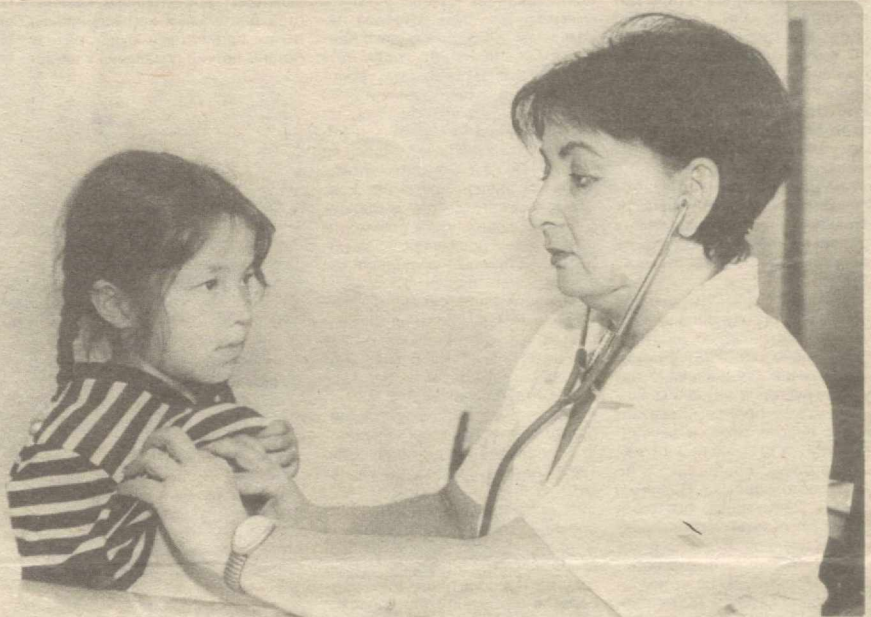
Ўсишдан орқада қолишнинг гипофизлар турини даволаш. Бундай беморларни даволаш узоқ вақт давомида, йиллаб олиб борилади. Уларга комплекс даволаш муолажалари қўлланилади:

бир йил давомида бизга маслаҳат олиш учун Республикамизнинг тури хил вилоятларидан кўплаб болалар ва ўсмирлар ўсишдан орқада қолишнинг ҳар хил турлари билан муносабат қилиши.

Ўсишдан орқада қолишнинг қуйидаги турлари мавжуд.

1. Соматоген тури.
2. Конституционал тури.
3. Гипофизар тури.
4. Қалқонсимон бези етишмовчилиги тури.

Ўсишдан орқада қолишнинг соматоген тури – сурункали



кали касалликлар, модда аламинувининг бузилиши, етарли овқатланмаслик, турли хил захарланиш кабилар натижасида келиб чиқиши мумкин. Ўсишдан орқада қолишнинг сабаби – сурункали аноксимиядир, яъни ксилоролд етишмовчилиги. У юрак, қон-томирлар касалликлари (туғма, ортирилган юрак нуқсонлари), нафас олиш тизими касалликлари (бронхиал астма, сурункали пневмония, ўпкада ўсимта ва фиброзлари), қон касалликлари, ошқозон-ичак системаси, жигар касалликларида модда аламинувининг бузилишлари (сурункали гепатит, энтерит, гижжа касалликлари), буйрак касалликлари ва бошқаларда соматоген панаалик кузатилиши мумкин.

Суяк-бўғимлари шикастланиши билан кечадиган панаалик алоҳида груҳини (хондродистрофия, гарголизм ва туғалланмаган суякланиш ва б.) ташкил қилади.

Ўсишдан орқада қолишнинг конституционал турида – болаларнинг туғилганида бўйи ва вазни нормада бўлади. 2-3 ёшгача улар соғлом тенгдошлари каби ўсадилар, кейин эса 3-5 ёшдан бошлаб бўй ўсиши камайиб қолади, балогат ёшида жинсий етилиш секинлашади ва балогатга етиш даврида бўй бутунлай ўсмайди. Бирок, бу болалар, одатда оилавий ўртача бўйга 16 ёшдан кейин, ҳатто 18 ёшда етишади.

Ўсишдан орқада қолишнинг гипофизар тури – бунда гипофизнинг шикастланиши ва гипоталамуснинг бошқарувчи фаолияти бузилиши натижасида кўпгина троп гормонлар, ТТГ, ГТГ, АКТГ етишмаслиги билан боғлиқ.

Ўсишдан орқада қолишнинг қалқонсимон без етишмаслиги тури – бунда қалқонсимон без гормонларининг секретацияси бузилишига боғлиқ бўлади.

Ўсиш гормони етишмовчилигини қандай даволаш керак?

Шифокор маслаҳати

Ўсишдан орқада қолишнинг даволашда комплекс даволаш муолажалари қўлланилади:

- оқсил, витамин ва минерал моддаларга бой бўлган овқатланиш;
- етарлича уйқу;
- шамоллашга ва ўсмага қарши ишлатилувчи сўрдирувчи ва бошқа сабаблар аниқланганда қўшимча доридармонларни чеклаш;
- инфекция ўчоғини санация қилиш;
- витаминлар билан даволаш;
- бўй ўстирувчи дорилар;
- гипогонадизмни даволашга қаратилган дорилар, бошқа гипофиз гормонларни етишмаслигида ишлатувчи гормонлар бериледи. Бўй ўстириш учун БУГ ва анаболик стероидлар қўлланилади. Даволашни 5-7 ёшдан кейин ва 18-19 ёшгача (суяк ёши 14-16 ёшдан ошмаганда) анаболик билан бошлаган мақсадга мувофиқ.

Қўлланиладиган препаратлар:

– Метиландростендиол – 1-1,5 мг/кг кунига тил тагига, 1 ой давомида. Курс оралиғи 2-4 ҳафта.

– Метиландростенолон (Неробол) – 0,1 мг/кг кунига бир марта ичилади. 1 ой давомида. Курс оралиғи 4 ҳафта.

– Ретаболил – 1-1,5 мг/кг ҳар ойда бир марта мушак орасига юборилади.

Болаларда ўсиш гормони етишмовчилиги даволаш комплекс, кўп этапли ва узоқ характерга эга. Ҳозирги вақтда ўсиш гормони етишмовчилигини даволаш учун хуматроп, генотропин, сайзен, нордотропин каби ўсиш гормони препаратлари қўлланиланти. Ўшбу препаратлар ўсишнинг стимуляциясига жуда яхши таъсир кўрсатади.

Ўсишдан орқада қолишнинг соматоген турини даволаш.

Бўй ўсмай қолишнинг сабаби ўткир ва сурункали касалликлар оқибатида юзага келади. Бундай ҳолатларда биринчи галда асосий касаллиқни даволаш керак бўлади. Ўшбу турни даволашга қуйидагилар қиради: умумий қувватлантирувчи дорилар, витаминлар (А, В₁, В₆, В₁₂, Е), шамоллашга қарши дорилар ҳамда тулик овқатланиш. Эндоген БУГни рағбатлантириш учун глютамин кислота, жинсий ривожланиш етишмаслигида эса анаболик гормонлар ишлатилади.

Беморларни ўз вақтида даволашнинг асосий мақсади, унинг нафақат жисмоний ривожланишини меъёролаштириш, балки Ватан, жамият ва оиласи учун муносиб, ҳар томонлама ҳаётга, меҳнатга лавқатли инсон қилиб тарбиялашдан иборатдир.

Нилуфар ИБРАГИМОВА,

ЎзРССВ Болалар ва ўсмирлар эндокринологи бош мутахассиси.

Бабенко О. В.,
Авхименко М. М.
Некоторые особенности отравлений лекарственными препаратами у детей и оказание им медицинской помощи // Мед. помощь. -2001.-№3.-С.16-19.

В последние годы увеличилась смертность детей «на дому», главными причинами которой являются травмы, отравления и самоубийства. В

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ

Книжная полка

статье рассматриваются некоторые особенности отравления лекарственными препаратами у детей, вопросы оказания им медицинской помощи, методы естественной детоксикации, симптоматической фармакотерапии. **Видеолaparоскопические операции в неотложной детской хирургии /А. Ф. Дронов,**

И. В. Поддубный, К. А. Дедов и др. // Детская хирургия. -2000.-№4.-С.15-21.

В работе анализируется 7-летний опыт применения видеолaparоскопии при неотложных состояниях органов брюшной полости у детей – остром аппендиците и аппендикулярном перитоните, кишечной непроходимости,

патологии дивертикула Меккеля, травме органов брюшной полости, неотложных гинекологических заболеваний и т. д. Сделан вывод, что лапароскопическая хирургия, несомненно, должна занять ведущее место в повседневной практике детской хирургических отделений, занимающихся проблемами неотложной абдо-

минальной хирургии, что позволяет повысить качество диагностики и лечения, уменьшить количество послеоперационных осложнений (воспалительных и спаечных), значительно сократить время послеоперационного пребывания больных в стационаре, добиться косметического эффекта.

Материал подготовлен ГНМБ Минздрава Республики Узбекистан.

Слово о враче

София МУХАМЕДБАЕВА:

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ НАЧИНАЕТСЯ С ДЕТСТВА

Добра половина жителей всех шести кишлаков Бурчмуллы с полным основанием считают доктора Софию Мухамедбаеву своей крестной матерью. Всех их за двадцать с лишним лет работы акушер-гинекологом Бурчмуллинской сельской участковой больницы она сначала брала под свое врачебное наблюдение, а затем принимала, подносила к материнской груди.

...Есть поговорка: врачей — много, докторов — единицы. Может быть, кому-то и покажется она несколько обидной, но, право, есть в этом смысл. Даже слово «доктор» — излучает теплоту, доверительность, открытость и пациента, и врача, плюс хорошие знания последнего. Так вот, София Икрамовна — доктор. Такое определение складывается, порой, из мелких штрихов.

... Она приехала в Ташкент на конференцию, которая началась утром. Ехать было более двух часов. Конференция закончилась к вечеру.

«Оставайтесь в Ташкенте, София Икрамовна, куда на ночь глядя поедете? Да и автобусы уже, наверное, не ходят», — говорили ей коллеги.

— Нет, нет, я сегодня обязательно должна быть в больнице. Могут начаться ягодичные роды, я должна быть там...

И женщина, уставшая после такого долгого дня, который начался у нее задолго до отправления первого автобуса в Ташкент, все-таки уехала в Бурчмуллу... Не знаю, начались ли эти трудные ягодичные роды в ту ночь или на следующий день. Но врач была рядом... И так бывает всегда.

— Правда, рожают сейчас, — говорит София Икрамовна, — в два раза меньше, чем прежде, — 150-170 родов в год.

В чем причина? Прежде всего, сами женщины стали заниматься планированием семьи. Прежде, еще несколько лет на-

зад, никто и не обращался за советом, как предотвратить беременность. Теперь приходят многие — и за советом, и за препаратами. Женщины знают, что перерыв между беременнос-

тью год подала документы, на экзаменах набрала 11 баллов и была уверена, что не прошла по конкурсу. Осенью решила забрать документы, прихожу, а меня спрашивают: а вы почему занятия

щину, легкую на подъем. Доктор София, доктор опа... Сколько среди этих десяти тысяч ее крестников? Никто и она сама никогда не считали. 5-6 детей в семье — прежде, как говорится,

— Один раз за все время работы. Впрочем, был еще почти такой же разговор: один папа очень обиделся, что его жена опять родила дочку, пятую уже, считал, что это врач виноват... Конечно, смешно было слышать его угрозы. Да и женщина, узнав о поведении мужа, плакала, у нее поднялась температура. С тех пор я взяла за правило: никогда сразу не говорю матери, кто у нее родился — сын или дочь. Ведь, к сожалению, наши мужчины хотят, чтобы у них рождались только сыновья. Девочки часто бывают нежелательны. Вот с мужчинами мы и проводим беседы на эти темы.

— С будущими отцами?

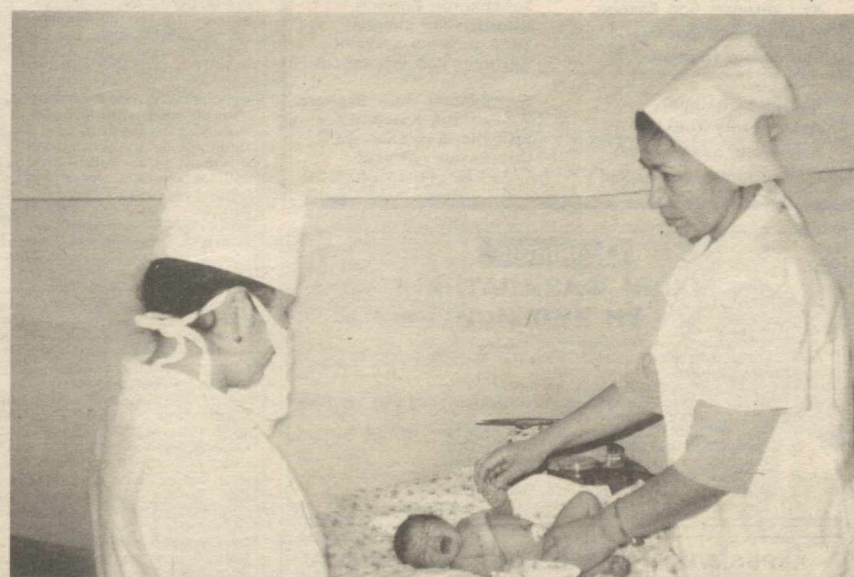
— И не только с будущими. Вообще с мужчинами в нашем женском клубе «Изида». Здесь обучаем женщин, как следить за своим здоровьем, как планировать семью. А кроме того, клуб наш занимается экологической проблемой: отстаиванием права матери и ребенка на экологически чистую среду обитания. Ведь именно об этом и говорится в Конституции нашей республики.

Выступления Софии Икрамовны по поводу экологии не всем приходятся по вкусу, но она врач, который переживает, думает, заботится о том, чтобы ребенок приходил в этот мир здоровым, чтобы девочка, которой предстоит стать матерью, тоже росла здоровой.

И в этом плане ее забота ныне — начать профилактический осмотр девочек. Конечно, сделать это сегодня трудно: нет подростковых врачей, не хватает средств. Но все же делать это необходимо. Со здоровьем девочки начинается будущая мать. Здоровая мать — здоровый ребенок. Разве можно возражать против этого главного закона жизни?

Светлана ФРОЛОВА.

На снимке: врач София Мухамедбаева и акушерка Мухаббат Арифджанова. Фото Анды САИТОВОЙ.



тиями должен быть не менее 2-3 лет. Это, конечно, положительный фактор в сохранении здоровья женщин.

— Что сказалося на вашем выборе профессии врача?

— Честно говоря, никогда и не думала, что стану врачом, а тем более гинекологом. Я выросла в Казахстане, в Чиликском совхозе, который так и назывался «Табак-совхоз», здоровых людей там и не было. Мама моя тяжело заболела, и ее положили в ТашМИ, где я с ней находилась.

Каждое утро из окна палаты смотрела, как по ступеням центрального корпуса поднимаются студенты. Смотрела, а потом начала им завидовать — и так захотелось быть среди них. На следу-

пропускаете?

Какая же это была радость — узнать, что я прошла, что я студентка, как мне повезло в жизни. А на втором курсе — новое везение: профессор Тамара Кузьминична Шевченко, гинеколог высочайшего класса, пригласила меня в свою группу: мы ходили в кружок, который она вела, вместе с ней дежурили в роддоме. Так что жизнь сама определила мою судьбу и за это я ей очень благодарна.

Окончив институт в 1977 году, стала София Мухамедбаева сначала врачом в Чирчике, а там и в Бурчмулле. Шесть поселков — от Яккатуга до Чимгана, где живут 10000 тысяч человек, — знала эту невысокую, хрупкую жен-

щина, норму, и, может быть, с ней и начать отсчет?

— Помните ли свою первую рожицу?

— Еще как! — София Икрамовна смеется: разве забудешь, тем более, что считается, такие женщины не рожают.

Была роженица очень маленького роста. Ребенок же был большой. Вес не помню. Пришлось делать кесарево сечение. Всю ночь простояла у стола. Выхожу и вижу, что ко мне подходит ребенок. Чуть выше отопительной батареи. Я, говорю, муж женщины, которую вы сейчас оперировали, смотрите, чтобы она выздоровела! Иначе...

— И часто слышите это «иначе»?

ПЛАЗМАФЕРЕЗ НИМА?

Маълумки, ҳозирги вақтда кўп касалликларни даволашда донор қони билан бир қаторда қоннинг таркибий қисмлари, яъни эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар, плазма ва бошқа оқил маҳсулотлар — альбумин, гаммаглобулин ва ҳоказолар ишлатилади. Номлари кўрсатилган препаратлар асосан қоннинг суяк қисми, яъни плазмадан олинади. Шунинг учун плазма қанча кўп тайёрланса, ундан махсус аппаратлар ёрдамида хилма-хил оқил препаратлар ажратиби олиш мумкин.

Плазмаферез, яъни қоннинг суяк қисми — плазма ва қуюқ қисми — шакли элементларга ажратишдан иборат. Бунда донор организмдаги қон ишлангани бузилмайди ва одатдаги овқатланиш режимида (бир кунда 2400 калория) плазманинг таркибий қисмлари 24-72 соат давомида қайта тикланади. Одатда донорлардан ҳар 2 ойда қон олинса, плазмаферез 7-14 кунда такрорлаб туриш мумкин. Бундан маълумки, плазмаферез усули донорлардан катта миқдорда плазма тайёрлаш имкониятини беради.

Плазмаферез муолажаси ва унинг бажариш босқичлари бир маротаба ишлатилган полимер системалар (қон олиш найчалари, қон қопчаси, қайта қон компонентлари қўйиш найчалари) ишлатилади, бу эса асептик шароитни таъминлайди.

Плазмаферез процесси бир-бири билан найча орқали уланган иккита қопчадан иборат махсус пластикати аппаратлар ёрдамида олиб борилади. Ҳажми 500 мл ва консервант солинган биринчи қопчага донор қони тушади. Ҳажми 250 мл булган иккинчи қопча плазма учун мўлжалланган. Бу метод билан плазма тайёрлашнинг афзаллиги шундаки, ҳатто аппаратлар ёпиқ системадан иборат ва бунинг натижасида плазмаферез асептик шароитда, яъни плазма атрофдаги ҳаво ва муҳит билан алоқада бўлмаган ҳолда олиб борилади.

Плазмаферез учун донордан одатдаги қон олиб, центрифуга ёрдамида қоннинг шакли элементлари (эритроцитлар, лейкоцитлар ва тромбоцитлар) ажратилади ва плазма тақши босим таъсирида биринчи қопчадан иккинчисига ўтказилади. Бу процедуранинг охирида қопчалар бир-биридан ажратилади ва тезлик билан қоннинг шакли элементлари донорга қайтарилади. Бундай кишилар «плазма донорлари» деб аталади.

Плазмаферезни тўғри олиб бориш учун асептика қоидаларига қатъий риоя қилиш керак, яъни венепункцияга керакли ниналарни ва қоннинг анализи учун лозим бўлган скарификаторлар бир маротаба ишлатилади. Уларни қайта ишлатиш қатъий ман этилади.

Плазмаферез методи билан йирингли

стафилокок касаллигига қарши плазма ва гаммаглобулин тайёрлаш мумкин. Стафилокок микробининг моддаси, яъни анатоксини бир неча маротаба донорларга юборилганда, уларнинг қонига касалга қарши антителалар деб аталган тайёр химоячи моддалар ишланади. Улар касал организмга тушганда беморнинг касалликка қарши кураши қобилиятини оширади ва тезроқ дардани ўтиб кетишига ёрдам беради.

Бундан ташқари, плазмаферез билан олинган гаммаглобулин акушерлик тажрибасида резус факторнинг тўғри келмаслик асоратининг олдини олиш учун ишлатилади.

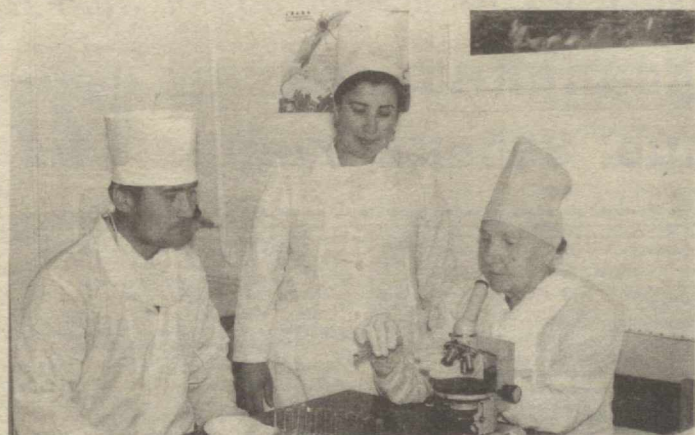
Шулар билан бир қаторда қўйиш касалидан тузалган кишиларга қондан тайёр химоячи моддалар (антителалар) ажратиби олиниб; янги қўйган беморларга юбориш мумкин ва унинг таъсирида қўйган яралар тезда битиб кетади. Гемофилик касалларни катта миқдорда плазмага муҳтожлигини ҳисобга олиб, беморларнинг қариндош-уруғларидан плазмаферез методи билан кўпроқ плазма ва бошқа антигемофилик препаратлар (криопреципитат) олиш мумкин.

Хулоса қилиб айтганда, катта миқдорда плазма тайёрлашнинг асосий усулларидан бири донорларга плазмаферез қилишдир. Келажакда плазмаферез плазма тайёрлашда асосий методлардан бири бўлиб қолади.

А. РАХМАТУЛЛАЕВ

Ш. ВОХИДОВА,

ЎзРССВ Гематология ва қон қўйиш илмий текшириш институти ходимлари, тиббиёт фанлари номзодлари.





8 декабр — Конституция куни ЎЗБЕКИСТОН ҚОМУСИ

Хар юракда мавж урар
Она-Ватан туйғуси!
Шундан ошар Инсоннинг
Элу юртда обрўси.

Дилда қат-қат орзулар
Мисли кўёш ёғдуси,
Таралар жисм аро,
Кўз-кўз қилар инжусин!

Одамнинг ким, нелигин
Кўрсатар дил кўзгуси,

Қилар сарак ва сарак
Давр тош-торозуси.

Торозу палласида
Хар кимнинг бор баҳоси.
У шоҳми, фуқароми,
Ёки фақир гадоси!

Ҳаётимиз мезони —
Давлатимиз Қомуси!
Бунда энг олий ҳакам,
Хар кимнинг ор-номуси!

Бурчига садоқати,
Ваъдасига вафоси!
Она-Ватан, халқига,
Дил қўшиги, нидоси!

Ўзбекистон Қомуси —
Шаҳодатлар аълоси!
Унда топмиш ҳуқуқин
Юртинг ҳар фуқароси!

Бор бўлсин, тенг барчага
Ўзбекистон Қомуси!
Ёр бўлсин дилимизга
Она-Ватан туйғуси!
Искандар РАҲМОН.



Чукча хотини билан Москвада келипти-да, магазинда кўпчилик ичида хотинини йўқотиб қўйиб, милицияга мурожаат қилипти.

— Хотинингизнинг ташқи кўриниши қанақа эди, унинг оғзаки сувратини берингчи...

— Бу нима дегани?
Милиция бошлиғи унга тушунтирипти:

— Масалан, мана, менинг хотинимни олайлик. Баланд бўйли, хуш қомат, кўзлари мовий, мўйна пўстинда, оёғида фин этиги... Тушундингми?

— Ха... Менинг хотиним пакана, букри, оёқлари қий-шиқ... Менга қара, менинг хотинимни излаб нима қилдик? Кел, яхшиси, сенинг хотинингни изаб қўяқолайлик...

Хотин онасига:
— Эримни кўргани кўзим йўқ. Мени уради-я, ярамас!
— Ие, мен эрингни Кисловодскда деб ўйловдим.
— Мен ҳам шунақа деб ўйловдим-да...

Рашкчи хотин эри автомобилда сафар қилиб келгандан кейин унга айтди:
— Тўғри, мен ёнингдан муҳаббат издор қилиб ёзилган мактуб топганим йўқ. Дастурмолингда лаб бўяйдиган мойнинг ҳам изи кўринмайди. Лекин олдинги ўриндикдаги тасма меникига қараганда икки баравар нозикроқ қоматга мўлжаллаб, ихчам қилиб қўйилди...

Одобнома

ЯХШИ ФАЗИЛАТНИНГ ЎН БЕЛГИСИ

Яхши хулқнинг ўн хил белгиси бодир:

1. Бўлар бўлмасга одамлар билан жанжаллашмаслик.
2. Инсофлилик.
3. Бировнинг айбини қидирмаслик.
4. Бирор кишидан нолойиқ иш содир бўлса, уни яхшилик йўлига солиб юборишлик.
5. Агар айбдор ўз айбини бўйнига олса уни кечириш.
6. Муҳтожларнинг ҳолатини чиқариш.
7. Бошқаларга ёрдам қилини қўйиш.
8. Ўз нафсини тия билишлик.
9. Очик чеҳра билан муомала қилишлик.
10. Кишиларга доим яхши сўзлаш.

КЎРКАМЛИККА ОИД ДОРИВОР ГИЁҲЛАР

ЛИМОНЎТ — оғизни жуда хушбўй қилади.

АНОР ГУЛИ — милк қонашида яхши даводир.

ХИНА — етмак суви билан қўшиб соч бўлса, уни яхши қизартиради.

БУҒДОЙ — уни қоришмаси издаги доғни кетказди. Зардоб сепкилга даводир.

ЗИРА — дамланган суви билан ювилса, юзни тиниқ қилади. Унинг оли-ниши ва истеъмол қилиниши маълум микдорда бўлиши керак, агарда кўп истеъмол қилинса юзни сарғайтиради.

ТОҚ СУВИ — чумолисимон сўгалларни йўқотди. Ёввойисининг суви сепкил ва қонгалашган нуқталарни кетказди. Хонакиси эса кўчсиз бўлади.

Фан оламида

ҚОРОНҒУЛИҚДАН ҚЎРҚМАНГ!

Олимлар кўп йиллардан буён ёруғлик ва қоронғуликнинг соғлиққа таъсирини тадқиқ қилмоқдалар. Санкт-Петербург яқинидаги онкология институтини профессори, тиббиёт фанлари доктори Владимир Анисимов анчадан буён бош миянинг эпифиз деган қисмини ўрганиб, шундай хулосага келдики, унинг фаолияти бевосита кун ва туннинг, ёруғ ва зулматнинг бир меъёрга алмашинувида боғлиқ экан. Эпифиз қоронғуликда мелатонин деган гармон ишлаб чиқарган. Унинг роли яқингача ҳам деярли ўрганилмаган. Бир йилча мукаддам америкалик олим Р. Рейтер

мелатонинни тадқиқ қилиб, у кучли табиий антиоксидант эканини аниқлади. Инсон танаси уни синтезлаштириб қариш ва рак касалини тезлаштирувчи моддалардан ҳимоя қиларкан. Агар сутка давомида ёруғлик ва қоронғулик бир меъёрга алмашса мелатонин етарли ажралиб чиқади, ёруғлик кўпайиб кетса, унинг синтези тўхтаб қолади.

Икки гуруҳдаги каламуш устида синов ўтказилди. Биринчи гуруҳдаги ёруғ ва қоронғуликнинг нормал алмашинуви шароитида яшади ва касалланмади. Мунтазам ёруғликда яшаган иккинчи гуруҳдаги каламушларда тезда кўкрак шиши безлари пай-

до бўлди. Уларни ёруғликда ушлаб турган ҳолда мелатонин берилганида шишлар пайдо бўлмаган. Шунинг учун олимлар ҳар қандай оғир хасталикнинг келиб чиқишига оддий ҳолатлар сабаб бўлади, деб ҳисоблашди. Ва барвақт қариш, рак касалликларида дучор бўлмаслик учун қуйидаги маслаҳатларга амал қилишни буюришди. Албатта, деразаларга парда тутилган хонада ухланг, токи кўчадаги ёруғ кўзингизга тушмасин. Ёрқин чироқ нурида ярим тунгача ўтиришни одат қилманг. Тун бўлдики, барча чироқлар ўчирилиши керак. Меҳмондорчиликда ҳам бир неча чироқларни ёқиб ўтириш шарт эмас, гоҳида хира

чироқ ҳам шам нурида суҳбат қуришининг ўзгача гаши бор. Серкўёш жанубий ўлкаларда, оқ оқшом бўладиган шимолда кўзга қора кўзойнақ тақиб олиш фойдадан ҳоли эмас. Компьютер олдида ишлаётганлар, айниқса, хотин-қизларга экран олдида 4-5 соатдан ортиқ ўтирмаслиқни маслаҳат берамиз. Ишлаб турган компьютердан 120 см. узоқликда ўтириш маъқулроқ. Ва ниҳоят, олимларнинг бу ахборотини назар-писанд қилмасликка уринманг. Юқоридаги онкология институтини мутахассислари бир неча шифохоналарда сўров ўтказиб, давонаётган кишилар орасида тугма кўрлар борми, деб сўрашибди. Хайратанарлики шундаки, болаликдан ожиз кишилар мўтлақо рақ бўлишмас экан.

ОИЛАНИНГ РЕЛАКСАЦИЯ ФУНКЦИЯСИ НИМА?



Ҳозирги замон оиласининг энг асосий функцияларидан яна бири релаксация функциясидир. Бу дегани оила аъзоларининг жинсий, эмоционал фаолиятини, руҳий-жисмоний қувватини, меҳнат қобилиятини яна қайта тиклаш демакдир. Маълумки, фан-техника тараққиётининг ҳозирги босқичида, ишлаб чиқариш муносабатларининг жадаллашуви, халқ ҳўжалигининг турли жабҳаларида янги технологияларнинг жорий этилиши ва шу каби қатор оммалар инсон руҳиятига олдингиларига қараганда кўпроқ жисмоний, руҳий зўриқишлар бермоқда. Бунинг ва эртанги кун санати, ишлаб чиқариши ишчи ходимдан бор имкониятини сафарбар қилиб, бутун вужуди билан ишлашни ва ўзининг касб-хўнахор маҳоратини мунтазам ошириб боришни тақозо қилади. Ишлаб чиқариш жараёнида жадаллигининг бундай тарзда давом этиши шу жараёнлар иштирокчиси, бошқарувчиси инсонни тезда толиқиб, ўзининг меҳнат қобилиятини йўқотишига олиб келиши мумкин. Иш кун давомида кўтаринкилик, кучли зўриқиш билан ишлаган ходим ишдан сўнг ўз уйида, оила аъзолари қўршовида бошқа таъшишларни унутиб, унга кўрсатилган меҳр-оқибатдан баҳраманд бўлган ҳолда, улар билан бўладиган ўзаро мулоқот, улар томонидан бўладиган эмоционал қўллаб-қувватлаш, бериладиган далдалардан руҳий қувват олиб, эртанги кун меҳнат фаолиятига ўзини қайта тиклаб олиши лозим бўлади. Бунинг учун эса унинг оиласида тинчлик-тотувлик, бир-бирини тушуниш, ўзаро ҳурмат, меҳр-оқибат, ижобий психологик иқлим ҳўкм сурмоғи

лозим. Акс ҳолда инсон бу оилада эмоционал жихатдан, руҳий жихатдан ўзини қайта тиклаб ола олмайди. Бу эса оқибатда одамнинг меҳнат фаолиятида турли хатоларга, ишда сифатсизлик, жароҳатларга йўл қўйишига, турли касалликларга дучор бўлишига олиб келиши мумкин. Юқоридаги функцияларнинг муваффақиятли бажарилиши ҳар қандай оила бахтини таъминловчи мезон ҳисобланади. Шунинг ҳам назарда тутиш керакки, оила — жамиятнинг бир бўлағи, унинг асосий ячейкасидир.

Шунинг учун оиланинг ўз функцияларини муваффақиятли бажариши нафақат унинг ички ҳолатига, шу билан бирга жамиятнинг иқтисодий соғломлигига ҳам таъсир этади. Шундай экан, жамиятни соғломлаштириш учун, энг аввало, оилани муносабатларини йўлга қўйиш, оиланинг факат ички муаммоларининггина эмас, балки умумий жамиятнинг муаммоларини ҳам ҳал қилишга ҳисса қўйиш таъминлаш лозим.

«1001 саволга 1001 жавоб» китобидан олинди.

«Ўзбекистонда
соғлиқни сақлаш»

«Здравоохранение
Узбекистана»

Газета муассиси:
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир:
С. ОРИПОВ
профессор.

Ижрочи муҳаррир:
И. СОАТОВА.

Тахрир хайъати:
С. ФРОЛОВА, В. ЖУРАВЛЁВ.

Манзилгоҳимиз: 700060, Тошкент,
Охунбобоев кўчаси, 30-уй, 2-қават
Тел/факс: 133-13-22

Газета Ўзбекистон Республикаси Давлат Матбўят Қўмитасида
рўйхатга олинган, гувоҳнома № 00504.

Умумий адади 10.000 нуска
Ўзбек ва рус тилларида чоп этилади.
Хафтонинг сешанба кунлари чиқади.
Мақолалар қўйиб босилганда «Ўзбекистонда соғлиқни
сақлаш»дан олинди деб кўрсатилиши шарт.
Заказ Г-3144.

Рўнома «ШАРҚ» нашриёт-матбаа
акциядорлик компанияси басмаҳонасида чоп
этилади. Корхона манзилгоҳи:
Тошкент шаҳри, Буюк Турон кўчаси, 41.

Ҳажми 2 босма тобқ. Формати А3. Офсет
усулида босилган. Рўнома IBM компьютерида
терити ва саҳифаланган.
Реклама ва эълонлардаги маълумотларнинг
мазмуну ва ҳаққонийлиги учун реклама берувчилар
жавоб берадилар.
Саҳифаловчи: Бахтиёр ҚўШОҚОВ.