

ЖУРНАЛИСТ
БЎЛИШНИ
ХОҲЛАЙСИЗМИ?

2-бет.

ОСТЕОХОНДРОЗ
ХАСТАЛИГИНИНГ
ПАТОГЕНЕЗИ

3-бет.

Ushbu
sonda:

БЕРЕГИТЕ СЕРДЦЕ
- ДВИГАТЕЛЯ
ЖИЗНИ

5-я стр.

«Я ПОСТАВИЛА
ПАПЬЦЫ
НА МЕСТО»

6-я стр.

О'ЗБЕКИСТОНДА СОГ'ЛИҚНИ САҚЛАШ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УЗБЕКИСТАНА

Tibbiyotning oliy
maqsadi – inson
salomatligiga
erishishdir.

Высшее благо
медицины –
здоровье.



❖ Gazeta 1995-yil oktabr oyidan chiqa boshlagan. ❖ № 30 (442) 2005-yil 2-8 avgust ❖ Seshanba kunlari chiqadi. ❖ Sotuvda erkin narxda.

ТЕМИРГА БОЙ УННИНГ НОНИ — САЛОМАТЛИК ГАРОВИДИР

Юқоридаги шир остида ташкил этилган тadbир Бирлашган Миллатлар Ташкилати (ЮНИСЕФ) биноси олдида кўтаринки руҳ билан бошланди. Оммавий ахборот воситалари ходимлари ва бир қатор волонтер (кўнгилли)лардан иборат гуруҳ янги дастурга бағишланган тантанани нишонлаш мақсадида «Фалла-Алтег» ун комбинатига йўл олди. Шаҳар кўчалари бўйлаб юрар эканмиз, тadbирнинг бежирим ранглари акс этган тасвирий ойналар, ширлар, иштирокчиларга тақдим этилган сариқ рангдаги кепка ва футболкалар байрамнинг ўзига хос уйғун равишда ўтишига ундаб келаверди. Комбинат ҳовлисида бизни бир гуруҳ меҳмонлар карнай-сурнай наволари остида илиқлик билан кутиб олдилар. Ажойиб рақс гулдасталарини намойиш этган истеъдодли йигит-қизлар тadbир руҳига ўзгача файз бахшида этдилар.



ЮНИСЕФ минтақавий директорининг ўринбосари Шахноз Кианиан-Фирузгар хоним ва Жаҳон банкининг Ўзбекистондаги ваколатхонаси бошлиғи жаноб Мартин Райзерлар дозатор ва премиксли кутиларни «Ўздонмахсулот» акционерлик компаниясининг директори Э. Қудратов ҳамда «Фалла-Алтег» ун комбинатининг раисига тантанали равишда топшираётган пайт.

Ўзбекистон жаҳон миқёсидаги мавжуд касалликлар билан курашнинг олдинги сафларида: темир танқислиги камқонлиги дунё бўйича аёллар ва болаларнинг ўлимига сабаб бўлмоқда, бироқ Ўзбекистон ўз халқини бу касалликдан ҳимоялаш учун доим олдинда.

ЯХШИ НИЯТЛАР БИЛАН Тошкент, 2005 йил, 29 июль.

Хабарингиз бор, Ўзбекистон Овқатланишни яхшилаш бўйича Глобал альянснинг (GAIN) унни бойитиш дастури учун ажратган грантини олган мамлакатлардан бири ҳисобланади. Тугиш ёшидаги аёллар ва болалар орасида темир моддаси танқислиги сабаб юзага келадиган касалликлар сонини камайитиришга қаратилган миллий дастур учун Ўзбекистон уч йил мобайнида 2,8 миллион Америка долларига эга бўлади. Ушбу лойиҳа Соғлиқни сақлаш вазирлиги, «Ўздонмахсулот» акциядорлик жамияти, Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг болалар жамғармаси (ЮНИСЕФ) ва Жаҳон банки (GAIN ташкилотининг амал қилувчи агенти) томонидан амалга оширилади. Лойиҳа, шунингдек, Халқ таълими вазирлиги, «Тошкент-нон» нон ишлаб чиқарувчилар ассоциацияси ҳамда бошқа жамоат ташкилотлари, жамғармалар, энг муҳими, ом-

мавий ахборот воситалари томонидан қўллаб-қувватланади. Шу маънода ташкил этилган муҳим тadbирнинг очилиши пойтахт миёзидagi «Фалла-Алтег» ун комбинатида бўлиб ўтди.

Биламизки, оз миқдордаги темир моддаси она саломатлиги ҳамда боланинги ўсиши ва ривожланиши учун зарурдир. Организмда темир моддаси етишмаслиги оқибатида турли касалликларнинг келиб чиқиши бу муаммонинг тезроқ ечим топишига сабаб бўлади. ЮНИСЕФнинг собиқ ижроия директори Керол Беллами айтганидек: «Бу алоҳида одамларни жиддий касалликлардан даволаш масаласи эмас. Бу сайёрамиз одамларини витамин ва минералларнинг танқислиги сабаб юзага келадиган салбий оқибатлардан ҳимоя қилиш масаласидир».

Ўтказилган тadbирнинг ҳам асосий мақсади айнан шу, яъни Ўзбекистон аҳолисига ёрдам бериш учун фойдали моддалар танқислиги билан курашга алоҳида эътибор бериш ҳамда унни миллий миқёсда бойитиш жараёни тикланганини нишонлашдир. Бунга қўра, ун махсулотлари эндиликда темир моддаси ва фоллий кислотаси билан бойитилади. Бу эса ўз наватидида умуртқа погонасининг тугма дефекти профилактикасига ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, тadbирда

(Давоми 2-бетда).



Тadbирнинг очилиш маросими якунлангандан сўнг компания ранглари акс этган, байроқлар ва шарлар билан безатилган 4 та ун ташувчи машиналар карвони меҳмонларнинг гулдурас қарсақлари остида корхона дарвозаси олдига яқинлашиб, шаҳар кўчалари бўйлаб йўл олди.

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ МИРЗО УЛУФБЕК НОМИДАГИ ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ УНИВЕРСИТЕТИ

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2005 йил 2 июндаги ПҚ-92 рақамли қарори асосида ташкил қилинган икки йиллик махсус Олий журналистика курсларига 2005-2006 ўқув йили учун магистрлар тайёрлаш бўйича қабул эълон қилган эди.

Олий журналистика курсларида «Журналистика» мутахассислиги бўйича магистрлар тайёрланади ва битирувчиларга «Журналистика» мутахассислиги бўйича магистр даражаси ҳамда давлат томонидан тасдиқланган намунадаги магистр дипломи берилади.

Олий журналистика курсларига Ўзбекистон Республикаси Олий таълим муассасалари бакалавриятурасининг ихтиёрий йўналишини тугатган ва журналистика соҳасида ижодий қобилиятини намоён қилган бакалаврлар (олий маълумотли мутахассислар) таркибидан тингловчилар танлов асосида қабул қилинади.

Олий журналистика курсларига кирувчилар қабул комиссиясига қуйидаги ҳужжатларни тақдим этадилар:

- ректор номига ариза;
- олий маълумот тўғрисидаги диплом, илова билан (асл нусха);
- 086-У шаклдаги тиббий маълумотнома;
- 3x4 см ўлчамли 6 дона фотосурат;
- фуқаролик паспортдан нусха;
- оммавий ахборот воситаларида эълон қилинган чиқишларини тасдиқловчи материаллар;
- оммавий ахборот воситалари тахририятларининг фикрномалари (ихтиёрий равишда).

Фуқаролик паспорти ва ҳарбий хизматга

алоқадорлиги тўғрисидаги ҳужжат шахсан кўрсатилади.

Олий журналистика курсларига номзодларни ўқишга қабул қилиш қуйидаги синов натижалари асосида амалга оширилади:

ижодий синов (ёзма шаклда);
демократик жамият қуриш назарияси ва амалиёти асослари фанидан (махсус тест синовлари);

ижодий синов (оғзаки шаклда).
Олий журналистика курсларида ўқиш тўлов-контракт асосида амалга оширилади.

Ҳужжатлар 10 августга қабул қилинади.

Кириш синовлари 11 августдан 20 август кунигача ўтказилади.

Манзил: Тошкент ш., Талабалар шаҳарчаси. Метронинг Беруний бекати.

Маълумот учун телефонлар: (8 371) 118-85-56, 46-07-88.

Кунда-кунора вақтли матбуот нашрларини қўлга олиб, турмушимизда, жамиятда, юртимизда, умуман бутун дунёда содир бўлаётган янгиликлардан бохабар бўлиб туриш одатий ҳаёт тарзимизга айланиб қолган. Қайси нашрни олманг, албатта, унда жамоатчи муҳбирлар қаламига мансуб мақолалар тўлиб-тошиб ётган бўлади. Қўлига қалам олиб, ижод қилиш ишқи билан ёнган одам борки, кичикми ёки катталигидан қатъи назар матбуотда чоп этилган мақоласидан ўзини чексиз бахтиёр ҳис этиб юради. Ахир унинг гашти бўлакчада!

МУҲТАРАМ МУШТАРИЙЛАР!

Сиз журналист деган улуг касбнинг этагини тутишга, уни ўзингиз учун иккинчи касбга айлантириш, ардоқлашга жазм этган бўлсангиз, оқоридидаги эълонда хабар қилингандек, қулай имкониятдан фойдаланиб, Сизни ЎЗМУда очилган икки йиллик журналистика бўйича олий курсларга кириб, ўқишга даъват этамиз. Халқ нақли билан айтганда, инсон учун қирқ ҳунар ҳам оз. Омадингизни синаб кўринг, шояд, талабалик шарафи насиб этиб, журналист деган юксак ном эгаси бўлишдек эзгу орзуингиз ушалиб қолса!

ТАҲРИРИЯТ.

ТЕМИРГА БОЙ УННИНГ НОНИ — САЛОМАТЛИК ГАРОВИДИР



Бош вазир ўринбосари Р. Қосимов, Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари А. Комиллов, Ўзбекистон ҳукуматининг бошқа вакиллари; «Ўздонмаҳсулот» раиси Э. Қудратов, ун ва нон ишлаб чиқарувчи корхоналарнинг вакиллари; ЮНИСЕФ минактавий директори-нинг ўринбосари Шахноз Кианиан-Фирузгар хоним, Жаҳон банкнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси бошлиғи жаноб Мартин Райзер ва бошқа халқаро ташкилотларнинг ходимлари иштирок этдилар. Шу тариқа яхши ниятлар билан тадбир ўз ишини давом эттирди.

**УНИ БОЙИТИШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ ДАСТУР**
2004 йилнинг ноябрь ойида
(Давоми. Боши 1-бетда).

Ўзбекистон ҳукумати ва GAIN ташкилотининг амал қилувчи агенти бўлмиш Жаҳон банки ўртасида лойиҳани амалга ошириш бўйича шартнома имзоланган эди. Расмий равишда лойиҳа 2005 йил март ойидан иш бошлаб келмоқда. Уни бойитиш бўйича лойиҳа Ўзбекистонда иш-лаб чиқарилган ун сифатини яхшилашга қаратилган бўлиб, унинг натижасида 850.000 тонна ун бойитилди ва аҳолига тарқатилиб, юқори самарадорликка эришиб келинмоқда. Эндиликда янги лойиҳа доирасида махсус қурилмалар билан таъминланган ун ишлаб чиқарувчи корхоналар сони 14 тадан 48 тага етказилади. Лойиҳанинг яна бир асосий тадбирларидан бири уни бойитиш бўйича янги қонунлар ишлаб чиқиш мақсадида ҳукумат билан бирга ишланган ҳолда, барча ун комбинатлари, етказиб берув-

чилар ва реализация шахобчалари билан иш олиб боришидир.

— Ушбу лойиҳа эндиликда инсон организми учун зарур бўлган озуқа моддаларини ун маҳсулотлари таркибидан самарали ўрин олишида асосий дастур ҳисобланади. Албатта, лойиҳа доирасида амалга оширилаётган ишларнинг аксарияти аҳолининг саломатлигини яхшилашда, турли хасталиқлар, яъни камқонлик, темир танқислиги касаллиқларининг олдини олишда ёрдам беради. Мазкур лойиҳа 2009 йилгача тўзилган бўлиб, бу вақт оралиғида аҳолининг барча қатлами бойитилган ундан тайёрланган витамин билан минералларга бой нон маҳсулотларини истеъмол қилишга кенг имконият яратди, — дейди биз билан суҳбатда Шахноз Кианиан-Фирузгар хоним.

Журналистлар билан ташкилотчилар ўртасида бўлиб ўтган очик мулоқот, савол-жавоблар масаласида янада ойдинлик кириштириб, жорий қилинган миллий дастурнинг ҳаётда нақадар аҳамият касб этишини кўрсатди. Жаҳон банкнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси бошлиғи жаноб Мартин Райзер оммавий ахборот воситалари томонидан берилган баъзи саволларга жавоб берад экан, жумладан шундай деди: «Таннарх нуктаи назаридан ушбу лойиҳа жуда самаралидир. Сарф-харажатлар бир йилда киши бошига атиги 100 сўмини ташкил этади. Ҳам аҳоли саломатлиги, ҳам иқтисодий ўсиш ва самарадорлик учун фойдани ҳисобга олганда бу харажатлар катта эмас. Жаҳондаги 189 мамлакатдан атиги 48 тасида ун маҳсулотлари юқоридаги кўринишда бойитилди. Бугунги кунда Ўзбекистоннинг ун бойитилди-

ган мамлакатлар сафидан жой олганлиги қувонарли ҳолдир».

НЕЪМАТЛАР ТАРОВАТИ КўЛЛАРИМИЗДА

Шундан сўнг тадбир «Тошкент-нон» нон ишлаб чиқарувчилар ассоциацияси биносидан давом этирилди. У ерга борганимизда бойитилган ундан тайёрланган нон маҳсулотларини кўриб, кўзимиз қувонди. Турли хилдаги нон маҳсулотларини кўлларимизга ушлаб, татиб кўрар эканмиз, улардаги ширин тароват, айниқса, кўргазма заллари бўйлаб таралаётган нон ҳиди ҳали-ҳамон димоғимиздан кетгани йўқ. Мазкур нон ишлаб чиқарувчилар ассоциациясининг директори А. Норматов сўзга чиқиб, лойиҳанинг келгусидаги режаси ва қисқа вақт ичида қўлга киритаётган самарадорликлари ҳақида гапирар экан, миллий дас-

турни ташкил этишда бевосита иштирок этган ва халқимиз саломатлиги учун қайғураётган барча соҳа мутахассисларига ўз миннатдорчилигини билдирди. Ҳақиқатда ҳам бойитилган ундан тайёрланган нон маҳсулотларини истеъмол қилар экансиз, гўёки вужудингиз энгил тортиб, тананинг куч-қувватга тўлаётгандай бўлаверад.

Йилгилиш ўтказилган куннинг эртаси атрофимизда савдо дўконларидан бирига нон харид қилиш учун борганимизда сотувчилар харидорларга нон билан бирга «Темирга бой уннинг нони — саломатлик гаровидир» шiori остида чиқарилган маълумот рақчаларини тарқатаётганлигини гўёки бўлдим. Кўриниши, ишлаб чиқилган миллий дастур шу куннинг ўзидаёқ қўлга кирган. Бу албатта, ташкилотчиларнинг ўта шижоат ва жонқурлиқ билан олиб бораётган ишларидан бир наилондир, десак хато қилмаймиз.

Намоз ТОЛИПОВ.
Суратлар муаллифи
Асен НУРАТДИНОВ.



Саломатлик сабоқлари

**Иллат излаганга иллатдир дунё,
Фурбат излаганга гурбатдир дунё,
Ким нени изласа топар бегумон,
Ҳикмат излаганга ҳикматдир дунё.**

Садриддин Салим БУХОРИЙ.

Олимпларнинг фикрича, дунёда 2 турдаги инсон мавжуд экан: 1-тоифаси – 40 ёшдан сўнг ўз соғлигига бефарқ бўлиб, охири оқибатда дардамд бўлиб қолади, 2-тоифаси эса, ўз саломатлиги учун тинмай курашади: ўқийди, маълумот йиғади ва маслаҳат олади, парҳез бадантарбия ва спорт билан шуғулланиб ўз соғлигини тиклайди, бу эса яқин келажакда бола-чақасига дардисар эмас, ёрдამчи бўлиб яна кўп йиллар хизмат қилишига, шахсан ўзи учун эса, ҳаёт лаззатларидан узоқроқ вақт баҳраманд бўлишига имконият беради.

Бунинг асосий сабаби нимада экан? Инсон организмининг машинанинг «аккумуляторига» қийслашади. Аккумуляторни ишлатмасдан олиб қўйсангиз бир мунча вақт ўтиши билан у яроқсиз ҳолатга келади. Одам организми ҳам худди шундай, жисмоний тарбия, спорт, тоза ҳавода сайр қилиш, кўбшда, шамолда ўзини чиқитириш ва бошқалар бўлмаса, аста-секин сусайиб турли касалликларга дучор бўладиган бўлиб қолади. Албатта, инсон саломатлигига фақат зарар келтирувчи одатлар: чекиш, спиртли ичимликларга ружу қўйиш, балойи-нарфга изн бериш – соғлиқка ўта салбий таъсир кўрсатувчи, уни издан чиқарувчи омилларни ҳам унутмаслик керак.

Инсоннинг барча аъзолари: кўл, оёқ, бош, юрак, жигар, ошқозон, буйрак ва бошқалари доимий меҳнат қилишга, ҳаракатга, маълум бир вазифани бажаришга мўлжалланган. Илм аҳлининг таъкидлашича: «Инсон қайси аъзосини кам ишлатса, шу аъзосининг фаолиятини йўқотади». Масалан: фазогирлар 6 ой космосда вазнсизлилик ҳолатида учиб юриб, тана мушакларига оғирлик бера олмайди, чунки бу ҳолатда инсоннинг ҳаракат аъзоларига умуман қўч, оғирлик тушмайди. Ерга қайтган эса, улар ҳатто ерда юра олмайдилар, чунки танасининг барча мушаклари ишсизликдан атрофияга учраб, ишлаш олмайдиган ҳолатга келган бўлади, уларни қўлда кўтариб келишади. Улар 1-1,5 ой мобайнида махсус ишлаб чиқилган бадантарбия машқлари, массаж ва сувда сузиш орқали, яъни алоҳида машғулотлар орқали аста-секин оддийгина юришни ўрганадилар...

Демак, ҳаёт бу ҳаракат демакдир. Умуман олганда, дунёдаги бор мавжудот, ҳатто биз яшаб турган ер, галактика, атрофимиздаги бор нарса: ўсимликлар, ҳайвонот дунёси – жами борлик ҳаммиса тўхтовсиз доимий ҳаракатда. Кўпчилик одамлар, ана шу инсон организми учун энг зарур бўлган омил – ҳаракатни эсдан чиқарадилар. Ҳаракат деганда бу инсон қайфиятини яхшилаш, жисмоний меҳнат қилиш, баъзани суҳбатдан баҳраманд бўлиш, ўқиш, иланиш, фикрлаш, тажриба қилиш, юриш, югуриш, сувда сузиш, парҳез қилиш, очлик орқали доволлаш (рўза туттиш) ёки ўзига яхши бир эрмак (хобби) топиб, шу билан машғул бўлиш каби алоҳида тушунчаларни ўз ичига мужассамлаштирган ҳолатни тушунон одам, албатта ютади.

Инсоннинг ёши улгайган сари, саломатлики сақлаш ва турли касалликларнинг олдини олиш учун ҳаракат қилиши лозим бўлади. Файласуф Сукрот ибораси билан айтганда: «Касалманд шохдан – соғлом гадо бахтироқдир». «Соғлом турмуш тарзи» деганда, худди шуни тушуниш лозим. Ана шу ҳаракатни меърига етказиш учун, яъни ўз саломатлигини тиклашга хизмат қилдириш ва фойдали томонга йўналтириш учун руҳан тайёргарлик, анча-мунча билим, тажриба ва таҳлил қила билиш хусусияти талаб қилинади.

Таасуфки, бугунги кунда фарзандларимизга маънавий тарбия, ахлоқ-одоб, юриш-туриш маданияти, жисмоний тарбия ҳақида кўп уқтира-мизу, лекин овқатланиш маданияти, унинг инсон организмидан тугган ўрни, меъри ва микдори ҳақида ҳеч нарса ўргатмаймиз. Нафақат фарзандларимиз, балки ўзинимизнинг овқатланишимизда ҳам бирор бир қонуният, йўналиш ёки

тизим йўқлигидан қийналамиз. Бу эса, айниқса ёшларимиз орасида ҳукмрон бўлган, яхши таом – кучли овқат, куюқ овқат, сергушт, ёғли овқат каби ўта ноғўри тушунчаларнинг ҳукмрон бўлишига, келгусида ушбу саводсизлик оқибатида келиб чиқадиган: модда алмашинувининг бузилиши, қандли диабет, семизлик, юрак ва қон томирлар хасталикларини, қон босимининг кўтарилиши, остеохондроз, бўғимлар хасталиги ва бошқа касалликларга замин яратамиз.

Бу ҳолат, айниқса ёши улуг одамлар учун янада кўпроқ ҳавф туғдиради. Чунки инсоннинг ёши улгайган сари кучли овқатни ўзлаштириш хусусияти ва модда алмашинуви жараёнининг сусайиши, ҳаракатнинг эса қамайиши кузатилади.

Геронтолог (ёши улуг инсонлар ҳаётини ўргатувчи) олимларнинг фикрича, ким жисмоний меҳнатга боғлиқ фаол ҳаёт тарзида бўлиб, овқатланишда тез ҳазм бўлувчи енгил озуқалар: мевачева ва сабзавотларни истеъмол қилса, уларнинг умри узоқроқ бўлиб, касалликларга камроқ чалинади. Тадқиқотларнинг кўрсатишича, 9 кг ортиқча вазнга эга бўлган одамнинг умри – 18 % гача қисқараркан.

Бу ўринда, инсоннинг вазни энг муҳим кўрсаткичлардан бири ҳисобланади. Демак, инсон вазни рисоладаги (нормалдан қанча ортиқ бўлса, юқорида айтилган касалликларга чалиниш ҳавфи шунча юқори бўлади. Инсон танасининг вазни, овқатланиш меъри ва ҳаракат микдори билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, доимий назоратда бўлиши лозим.

Соғлом инсон-

нинг меҳнат қилиши ва нормал яшаши учун 1 кеча-кундуз мобайнида: эркаклар – 2500-3000 ккал, аёллар – 2000-2500 ккал энергия сарфлаши керак экан. Бу кўрсаткич эрта ёшдаги, гайратли, серҳаркат инсонлар учун. Инсоннинг ёши қанча улуг бўлса, бу кўрсаткич шунча қамайиб боради ва овқатланиш микдорини албатта қамайтиришга, унинг таркибига – калорияси камроқ бўлган озуқаларни қўйиш, ҳаракатни эса бирмунча кўпайтиришга эҳтиёж туғилади.

Инсон организми – ҳисоб-китобни яхши билади. Агарда биз 1 кеча-кундуз мобайнида 1500 ккал энергияли овқатлансак, организмимиз қолган энергияни танамизга йиғиб қўйган ёғ захираларидан олиб, керакли микдорини энергияга айлантириб беради. Бунинг устига ҳаракатларимизни кўпайтирсак, албатта сарф қўлайиб, инсон ортиқча юкни йўқота бошлайди. Унинг вазни рисоладагидек бўлса – аъзоларга оғирлик тушмасдан, улар бемалол хизмат қилади.

Инсон танасининг маълум вақт мобайнида энергия сарфлаши, озуқа моддаларининг таркибиди энергия микдори ҳақида турли-туман китобчалар, жадваллар ҳоп этилган. Агар сиз шу жадваллардаги маълумотлардан фойдаланиб, улар орқали ўз турмуш тарзингизда олаётган кундалик энергия манбаининг (рационал овқатланиш) ва унинг сарфу ҳаракати микдорини ҳисоблаб чиқиб, ўзингиз турмуш тарзингиздаги мувоzanатни тиклай олсангиз айна мудоа бўлар эди.

ИНСОН ВАЗНИНИ ҚАМАЙТИРИШГА ЁРДМ БЕРУВЧИ ОМИЛЛАР

1. Шўр (меъёрдан ортиқ тузланган), аччиқ, ширин ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш (булар иштаҳани очади, меъёрдан ташқари овқатланишга мажбур қилади).
2. Эрмак учун ичиладиган суоқликлар микдорини қамайтириш.
3. Нон ва хамирдан тайёрланадиган овқатлардан сақланиш.
4. Ширинликлар (торт, печенье, шоколад, қанд, ширин ичимликларни) меъёрдан ортиқ истеъмол қилмаслик.
5. Ҳаракат (жисмоний меҳнат, бадантарбия, спорт билан шуғулланиш, юриш, югуриш, сувда сузиш ва бошқалар) меърини кўпайтириш.

Аскархон АСРОПОВ,
профессор.
Солижон СОДИКОВ,
полковник.

Мутахассис маслаҳати

ОСТЕОХОНДРОЗ ХАСТАЛИГИНИНГ ПАТОГЕНЕЗИ

**Умуртқалар остеохондрози хасталигига йўлққан бе-
морларнинг кўпчилигида, касаллик этиологиясини аниқ-
лаш имкони бўлмасда, хасталикни ривожланиш ме-
ханизми аънавий тиббиётда яхши ўрганилгандир.**

Илмий тиббиётда остеохондроз хасталиги умуртқаларо дискдан бошланиши исботланган. Одатда, патологик жараён билла сегментдан, жуда кам ҳолларда эса иккита сегментдан бошланиб, секин-аста бошқа сегментларга тарқалади. Айрим ҳолларда эса бутун умуртқа погонасига тарқатиш мумкин. Остеохондрозни бундай тарқалган шаклини Бехтерев касаллиги деб ҳам аташади. Касалликнинг дастлабки босқичида озикланиш бузилиши (дистрофия) натижасида диск пульпоз ядроси турғори йўқолиб, бир неча бўлақларга бўлиниб кетади, фиброз халқа қуриб, унда радиар ёриқлар пайдо бўлади. Бу ёриқлар дастлаб фиброз халқанинг ички қисмида ҳосил бўлиб, пульпоз ядро шу ёриқларга қириб қолиб, асаб толалари атрофияда бел соҳасида оғрик чакиради.

Дистрофик жараён давом этаверса, диск тўқимасида емирилиш (дегенерация) бошланиб, диск тўқимасидаги оксил-полисахарид комплекси оксил ва мукополисахаридга парчаланаяди. Диск тўқимасида нордон мукополисахаридларнинг тўпланиши букиш хусусияти юқори бўлган диск тўқимасининг букиш хусусиятини янада ошишига олиб келади. Букиш хусусияти жуда юқори бўлган диск тўқимасида фиброз халқанинг умуртқа каналига бўртиб чиқишига (диск протрузияси) олиб келади.

Диск тўқимасидаги мукополисахариддан ажраган оксил аутоаллергенга айланиб, диск тўқимасида аутоаллергик (аутоиммун) жараёнларнинг бошланиши янада кучайтириб, реактив яллиғланиш жараёнлари бошланишига сабаб бўлади.

Юқорида қайд қилинган омиллар таъсирида диск умуртқа каналига бўртиб чиқиб, орқа узун боғламани, орқа миянинг қаттиқ пардаси ва асаб шохчаларини босиб оғрик синдромини келтириб чиқарса, сурункали реактив яллиғланиш жараёни эса умуртқа канали аъзоларида ва асаб шохчалари атрофияда фиброз тўқима (чандик) ривожланишига сабаб бўлади.

Натижада умуртқа канали аъзоларида фиброз тўқима ҳосил бўлади. Сурункали реактив яллиғланишнинг ривожланиши сариқ боғламанинг гипертрофияга учраб, фиброз тўқима билан қопланишига ва бу тўқиманин ривожланиши орқа мия қаттиқ пардаси ҳамда орқа асаб шохчасининг босилишини юзага келтиради. Орқа асаб шохчаси босилиши беморларда оғрик синдромини ривожлантиради. Бу борада шуни алоҳида қайд қилиш керакки, орқа миянинг олдинги шохчасини ҳаттоки, диск чурраси босса ҳам, олдинги шохча ҳаракат шохчаси бўлганиги туфайли оғрик синдромини келтириб чиқармайди. Гипертрофияга учраган сариқ боғлама орқа мияни орқа шохчасини босишига шохчали оғрик синдро-

ми ривожланишига олиб келади. Сурункали реактив яллиғланиш жараёни натижасида чандикли ва кистали спинал арахноидит ривожланиб, асаб шохчалари ва қон томирларини босиб, ликвор ва қон айланишини бузади. Қон томирларида димланиш ривожланиши диск ва сариқ боғлама букишини кучайтиради.

Дистрофик жараён давом этаверса фиброз халқанинг орқа қисми ҳам ёрилиб пульпоз ядро умуртқа каналига чиқиб кетади. Дискнинг бу ҳолати диск чурраси деб аталади. Маълумки, фиброз халқанинг орқа қисми умуртқалар танаси ўртасидаги боғлама вазифасини ҳам бажаради. Фиброз халқа орқа қисмининг ёрилиши, умуртқалар танаси ўртасида патологик ҳаракатчанликни ривожлантиради. Пастки умуртқа танасининг силжиши умуртқа канали деформациясига ва канал торайишига олиб келади. Умуртқа канали деформацияси ва торайиши асаб шохчалари қисилиши туфайли шохчали оғрик синдромини ривожлантиради. Хасталанган сегментда (бўлақда) патологик ҳаракатчанлик ривожланиши остеохондроз хасталигида ривожланадиган шохчали оғрик синдромини келтириб чиқарувчи сабаблардан биридир.

Клиницистларга шу нарса маълумки, остеохондроз пайтида оғрик синдромининг ўз-ўзидан ўтиб кетиши ҳам кузатилади. Бунга асосий сабаб, умуртқа таналари ўртасида фиброзли анкилоз ривожланиб, патологик ҳаракатчанлик йўқолишидир.

Остеохондроз хасталиги пайтидаги ремиссия механизмида фиброзли анкилоздан ташқари яна қуйидаги омиллар ҳам муҳим роль ўйнайди:

1. Диск ва атроф тўқималардаги шиш ҳолати қайтиши.
2. Асаб шохчаси ўлиши.
3. Асаб шохчаси янги шариқта мослашиши.
4. Асаб шохчасидаги шишни қайтиши.
5. Диск чурраси қуриши оқибатида унинг ҳажми қамайиши.

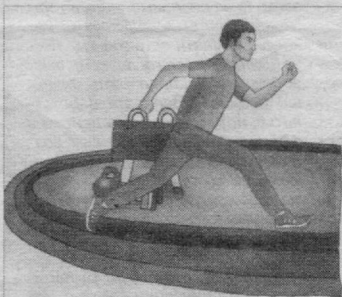
Бу борада шуни алоҳида қайд қилиш керакки, одатда беморлар ва айрим ҳолларда врачлар оғрик синдроми йўқолишини касалликнинг тузалishi деб ҳисоблашади. Аслида эса, касаллик аломати йўқолади холос, патологик жараён секин-аста аломатсиз ривожланаверади. Шу сабабдан бундай беморларга тегишли патогенетик даво усулларини давом эттириш тавсия қилинади. Остеохондроз хасталигида диск чуррасининг асаб шохчаларига таъсири натижасида ривожланадиган ўзгаришлар муҳим аҳамиятга эгадир.

Маълумки, диск чуррасининг асаб шохчаларига таъсири уч босқичда кечади:

1. Асаб шохчалари қитқиланиши (оғрик ва гиперестезия).
2. Асаб шохчаси босилиши (компрессия), хасталикнинг бу босқичида сезиш бузилиши, гипестезия ва рефлекслар бузилиши кузатилади.

(Давоми 7-бетда).

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ВА УНИНГ АСОСЛАРИ



Теория и практика

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ

Частота. У взрослых - 3 % всего населения, у детей - до 7 %. Всего в мире насчитывают около 100 млн. больных БА (данные ВОЗ). Преобладающий пол: дети до 10 лет - мужской; взрослые - женский.

Классификация

* Этиологическая * Преимущественно аллергическая (атопическая) БА, развивающаяся по I (IgE-опосредованному) типу аллергических реакций.

* Неаллергическая БА * Смешанная БА * Неуточненная БА.

* В зависимости от степени тяжести * **Лёгкое эпизодическое:** менее 1 приступа в неделю, ночные симптомы реже 1 р/мес, короткие обострения (от нескольких часов до нескольких дней), отсутствие симптомов и нормальная функция лёгких в межприступный период, объём форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) и объёмная пиковая скорость выдоха (ПОС) > 80 % от должного, колебания ПОС < 20 % * **Лёгкое персистирующее:** симптомы чаще 1 р/нед, но не ежедневно; ночные симптомы чаще 3 р/мес, обострения могут нарушать нормальную активность в сон, ПОС и/или ОФВ1 > 80 % от должного, колебания ПОС - до 30 %.

* **Среднетяжёлое:** ежедневные симптомы, обострения нарушают активность и сон, ночные симптомы чаще 1 р/нед, ежедневный приём ингаляционных В - агонистов, ПОС и/или ОФВ1 от 60 до 80 % от должного, колебания ПОС - 20-30 % * **Тяжёлое:** постоянные симптомы, частые обострения, частые ночные симптомы, проявления болезни ограничивают физическую активность, ПОС, ОФВ1 < 60 % от должного, колебания ПОС > 30 %.

* **Особые формы БА** * **Аспириновая БА** * Характеризуется непереносимостью аспирина и других НПВС. Проявляется тяжёлыми приступами удушья, вплоть до развития АстСт * Часто сочетается с редицирующим полипозным риносинуситом. Особенности терапии: исключение приёма НПВС, в т.ч. в виде комбинированных препаратов, а также продуктов, содержащих природные салицилаты * При необходимости допустимо применение салицилата натрия, салициламида или парацетамола (сначала 1/4 таблетки, через 2-3 ч - полная доза).

* **Астма у беременных** * Приблизительно у 30 % больных - без динамики, в 30 % - улучшение, в 25 % - ухудшение * Основная угроза для жизни плода - гипоксия как следствие неконтролируемой БА * Следует избегать назначения препаратов, противопоказанных при беременности.

* **Этиология.** Различают причинно-значимые факторы, приводящие к развитию воспалительной воздухоносных путей, и провокаторы (триггеры), воздействующие на воспалённые бронхи и приводящие к развитию приступа БА.

* Причинно-значимые факторы (факторы риска) * Наследственность * Аллергены (особенно важен ранний контакт в первые 6 мес жизни) * Продукты клещей домашней пыли (*Dermatophagoides pteronussinus*) основная причи-

Бронхиальная астма (БА) - хроническое воспалительное заболевание ВП, сопровождающееся гиперреактивностью бронхов. Основное клиническое проявление - периодически возникающие приступы затруднённого дыхания или удушья, вызываемые обратимой распространённой обструкцией бронхов вследствие бронхоспазма, отёка слизистой оболочки, гиперсекреции слизи и дискринии.

на atopической БА * Споры плесневых грибов * Пыльца растений * Перхоть, шерсть, белки высохшей слюны и мочи домашних животных (кошек, собак) * Птичий пух * Аллергены тараканов * Пищевые аллергены * Лекарственные аллергены * Курение (активное и пассивное) * Провокаторы (триггеры) БА * Инфекционные (прежде всего острая респираторная вирусная инфекция) * Приём В-адреноблокаторов * Воздушные поллютанты (SO₂, NO и др.) * Аспирин и другие НПВС у больных с аспириновой БА * Физическая нагрузка * Резкие запахи * Холодный воздух * Синусит * Желудочно-пищеводный рефлюкс.

Генетические аспекты. Примеры наследственных заболеваний, сопровождающихся проявлениями бронхиальной астмы: ночная астма (*109690, 5g22-5g24, дефект гена ADRB2 B2-адренергического рецептора, SK)

* Нарушение регуляции уровня IgE в сыворотке (IgE-зависимая аллергическая бронхиальная астма и насморк, atopическая гиперчувствительность, 147050, 11g12-g13, ген IGER1, SR) * Сочетание бронхиальной астмы, полипоза носа и непереносимости аспирина (триада ASA, 208550,91) * При недостаточности ацетилгидролазы - фактора активации тромбоцитов высок риск развития тяжёлых форм бронхиальной астмы.

Патогенез. Развитие особой формы воспаления бронхов, приводящего к формированию их гиперреактивности (т.е. повышенной чувствительности к различным неспецифическим раздражителям по сравнению с нормой); ведущая роль в воспалении принадлежит эозинофилам, тКЛ и лимфоцитам * Воспалённые гиперреактивные бронхи реагируют на воздействие триггеров (см. выше) спазмом гладких мышц ВП, гиперсекрецией слизи, отёком и воспалительной клеточной инфильтрацией слизистой оболочки ВП, приводящих к развитию обструктивного синдрома, клинически проявляющегося в виде приступа одышки или удушья * Важная роль в развитии и поддержании иммунопатогенеза бронхиальной астмы принадлежит хемоаттрактантам - хемокинам.

Патоморфология. Слизистые пробки в бронхах. Гиперплазия гладких мышц бронхов. Отёк слизистой оболочки. Утолщённая базальная мембрана * Эмфизема лёгких.

Клиническая картина (симптомы проявляются, как правило, между 2 и 4 ч ночи). * **Приступ удушья или экспираторной одышки.** * Кашель. * Тахикардия. * Сухие свистящие (жужжащие) хрипы, усиливающиеся на выдохе и выслушиваемые как при аускультации, так и на расстоянии (так называемые дистанционные хрипы).

* **Коробочный перкуторный звук (гипервоздушность лёгочной ткани).** * При тяжёлом течении приступа. Уменьшение количества дыхательных шумов * Цианоз. Парадоксальный

пульс (падение систолического АД на вдохе). Участие в акте дыхания вспомогательной дыхательной мускулатуры. Вынужденное положение - сидя, опершись руками на колени (или спинку кровати, стула).

Лабораторные исследования. Общий анализ крови - возможно эозинофилия. Микроскопический анализ мокроты - большое количество эозинофилов, эпителии, спиральи Куршманна, кристаллы Шарко-Лейдена. Исследование газового состава артериальной крови.

Специальные исследования * Исследование функций лёгких, прежде всего ОФВ1 и ПОС * Снижение ПОС или ОФВ1

ниже 80 % от нормальных для данного пациента значений. Обратимость обструкции (увеличение ПОС или ОФВ после приема бронхолитика на 15 % и более) * Колебания ПОС (циркадные ритмы) в течение суток - вечерние показатели ПОС у здоровых лиц превышают утренние не более чем на 10 %.

* **Кожные пробы** для выявления причинно-значимых аллергенов.

* **Выявление гиперреактивности бронхов (провокационные пробы с гистамином, ацетилхолином, гипертоническим раствором NaCl, холодным воздухом, физической нагрузкой или предположительной причинно-значимым аллергеном).**

* **Рентгенография органов грудной клетки (обычно однократно)** - гипервоздушность лёгочной ткани.

* **Бронхоскопия (редко).**

Дифференциальный диагноз. ХОБЛ. Острая респираторная вирусная инфекция. Астматический вариант узелкового педиартерита. Ларингоспазм. Аспирация инородного тела. Гипервентиляционный синдром. Сердечная недостаточность.

* **Гипн.** У детей - мукофисцидоз и бронхиолит.

ЛЕЧЕНИЕ

Тактика ведения. Выявление факторов, вызывающих обострение БА, и устранение или ограничение контакта с триггерами. Диета базисная гипоаллергенная. Обучение больного. Наблюдение за состоянием, за частотой использования ингалятора, за применением других ЛС. Базисная медикаментозная терапия. Составление плана лечения обострений. Диспансерное наблюдение.

Лекарственная терапия

* **Бронхорасширяющие средства**

* **Стимуляторы адренергических рецепторов**

* **Стимуляторы а- и В-адренорецепторов:** адреналина гидрохлорид (подкожно)

* **Стимуляторы В1- и В2-адренорецепторов (неселективные):** изопrenalина гидрохлорид (изадрин), орципреналина сульфат

* **Стимуляторы В2-адренорецепторов (селективные).** Короткого действия (фенотерол, салбутамол, тербуталин) - при острых приступах и для профилактики приступов, вызванных физической нагрузкой или другими провоцирующими воздействиями; применяют в виде КДИ, порошковых ингаляторов или растворов для ингаляции через небулайзер. В настоящее время

предпочтительней использовать дозированные аэрозоли, не содержащие фреон (**Саламол-эко**). Длительного действия (сальметер, волмакс) - для предупреждения приступов, в т.ч. появляющихся в ночное время; применяют в КДИ или таблетках.

* **Метилксантин:** теофиллин - для лечения или в сочетании с адреностимуляторами при остром приступе; аминофиллин (зуфиллин) внутривенно или внутримышечно - при остром приступе, особенно при неэффективности аэрозолей; препараты теофиллина пролонгированного действия (например, теопек, вентакс, ретафил) внутрь - для предупреждения ночных приступов.

* **Антихолинергические средства, например атровент (ипратропий бромид), тровентол, беродуал (комбинированный препарат фенотерола и атровента) - в основном при выраженной бронхорее, а также при приступе (чаще в сочетании с В2-адреностимуляторами).**

* **Глюкокортикоиды.** Для ингаляций - **Беклазон-эко**, Пульмикорт. Появление новых современных безрецептурных ингаляторов (**Беклазон-эко**) позволяет увеличить доставку лекарственного вещества в лёгкие до 60 %, тем самым значительно повышается эффективность терапии. При этом безрецептурные ингаляторы гораздо легче использовать: не требуют ингаляционной техники. Легче координировать вдох с высвобождением препарата. Меньше оседает препарата в ротоглотке, нет токсического действия фреона. Большие надежды возлагаются на ингаляторы, при применении которых не надо нажимать на баллончик. Такое устройство называют «**Беклазон-эко Лёгкое Дыхание**». Это ингалятор 4-го поколения, активируемый вдохом, не требует от пациента синхронизации вдоха с момента нажатия баллончика ингалятора. Резорбтивный действия (например, преднизолон, метилпреднизолон, триамцинолон).

* **Стабилизаторы мембран тКЛ:** кромогликат натрия (кромолин-натрий), недокромил-натрий, кетотифен, дитек (кромолин-натрий и фенотерол); ингаляционно - только для предупреждения приступов.

* **Ингибиторы Лт** - для лечения, применяют внутрь. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов, например зафирлукаст (аколат), монтелукаст (сигулар) + ингибиторы синтеза Лт (например, zileuton).

Базисная терапия. Рекомендован ступенчатый принцип фармакотерапии (в зависимости от степени тяжести БА).

* **Лёгкая интермиттирующая астма:** бронхолитики короткого действия - В2-адреномиметики (при необходимости, но не более 3 раз в неделю); противовоспалительные препараты не показаны.

* **Лёгкая персистирующая астма.** Ежедневно: 1) кромолин-натрий или недокромил-натрий либо глюкокортикоиды ингаляционно (при назначении флутиказона дозу снижают в 2 раза); 2) бронхолитики пролонгированного действия (теофиллин или В2-адреномиметики); 3) бронхолити-

ки короткого действия (при необходимости, но не более 3-4 раза в сутки).

* **Среднетяжёлая астма.** Ежедневно: 1) глюкокортикоиды ингаляционно 800 мкг; 2) бронхолитики пролонгированного действия, 3) бронхолитики короткого действия (при необходимости, но не более 3-4 раз в сутки).

* **Тяжёлая астма.** Ежедневно: 1) глюкокортикоиды ингаляционно 800-2000 мкг; при необходимости - глюкокортикоиды резорбтивно (например, преднизолон 0,5 мкг/кг внутрь коротким курсом); 2) бронхолитики пролонгированного действия; 3) бронхолитики короткого действия при необходимости.

Купирование приступа

* **Амбулаторное лечение** * **Оксигенотерапия** * **В-Адреномиметики:** 1-2 дозы через спейсер или небулайзер каждые 20 мин в течение часа или:

* **Адреналина гидрохлорид** (0,01 мл/кг, 0,1 % раствора до 0,3 мл взрослым, 0,2 мл - детям) подкожно повторить 1-2 раза каждые 20-30 мин; также возможно назначение тербуталина в той же дозе.

* **При неэффективности В2-адреномиметиков и/или инъекций адреналина** аминофиллин 5-6 мкг/кг внутривенно в течение 30 мин, при необходимости повторить через 6 ч (высшая суточная доза - 2 г). Следует соблюдать особую осторожность при введении аминофиллина при сопутствующей сердечной недостаточности, заболеваниях печени, а также пациентам пожилого возраста. Дозу аминофиллина следует снизить на 25-50 % при применении на фоне ЛС, уменьшающих клиренс теофиллина (например, циметидина, эритромицина, ципрофлоксацина) + при неэффективности аминофиллина - глюкокортикоиды внутрь, например преднизолон 0,5 мкг/кг.

* **Показания для госпитализации.** Принадлежность к группе риска высокой смертности (см. Прогноз). АстСт. Тяжёлое обострение (ОФВ₁ < 60 %) * **Неэффективность лечения** или развитие повторного приступа

* **Стационарное лечение.** Глюкокортикоиды внутривенно, например метилпреднизолон 1-2 мкг/кг, затем по 1 мкг/кг каждые 4-6 ч. Назначают при тяжёлой БА, а также при приёме глюкокортикоидов за 6-12 нед до приступа. **Саламол Эко** ингаляционно и/или зуфиллин внутривенно капельно. Изопроterenол или тербуталин внутривенно. ИВЛ.

Осложнения. АстСт. Ателектазы. Пневмоторакс. Лёгочное сердце.

Прогноз благоприятный; риск смерти повышен, если у пациента:

* в анамнезе больше 3 госпитализаций в год * в анамнезе госпитализации в отделение интенсивной терапии были случаи ИВЛ * приступы БА сопровождались потерей сознания.

Из книги «Медицинские стандарты аллергических заболеваний»

(Под редакцией профессора А. НАЗАРОВА).

(Продолжение следует).

2005 год - Год здоровья

Здоровье человека по природе индивидуально, а возможности контроля над ним социальны. Человек должен быть хозяином самого себя. Человек устроен так, что не в состоянии полностью контролировать все функции своего тела. Быть здоровым и чувствовать себя здоровым - вещи совершенно разные. Большая часть процессов, происходящих в человеческом организме, протекает вне поля сознания. И начальные стадии абсолютно большинства заболеваний не осознаются вообще. Или «проходят по дну» сознания, ощущаются как легкое недомогание. Современный человек, человек XXI столетия, менее всего внимателен к себе. Чаще он думает об удовлетворении своих потребностей и его более занимает то, что о нем думают другие люди. Но о себе как об индивиде - о своем уме, совести, здоровье - он вспоминает реже. О своей службе, работе, карьере, о близких, о друзьях - часто.

Возможности предупреждения заболеваний совершенно еще не осознаны сотнями тысяч людей. Между тем, почти все заболевания, включая рак, ишемическую болезнь сердца, гипертонию, болезни печени, почек и др. полностью излечимы, если они «засеяны» на самых ранних стадиях своего развития. Но, к сожалению, медицина пока не в состоянии определить ранние проявления многих болезней, хотя с внешней стороны, с позиции профилактического наблюдения во время диспансеризации большинство заболеваний может быть обнаружено. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются одной из ведущих и серьезных проблем современной медицины. Известный академик П. К. Анохин отмечал, что человечество стоит перед страшным врагом, уносящим ежегодно миллионы жизней. Имя врага - сердечно-сосудистые заболевания. Основные из них - это гипертоническая болезнь, атеросклероз и тесно связанная с ними ишемическая болезнь сердца (ИБС). Эти болезни отнимают годы от жизни, снижают память, работоспособность людей в расцвете их творческих сил, выключают их из производственного и общественно-политического процесса.

Гипертоническая болезнь - очень распространенное заболевание. Число больных ею все возрастает. Гипертония поражает в основном сосуды сердца, мозга и почек, понижая у больных трудоспособность, делая их нередко инвалидами. Одним из объективных симптомов болезни является повышение артериального давления (АД).

Без давления кровь, обогащенная кислородом, питательными веществами и другими ингредиентами, не могла бы достичь самого миокарда, мозга и других органов, вернуться в легкие для нового насыщения кислородом или пройти через мембраны почек для фильтрации и очищения от «шлаков» организма. **Следовательно, для того чтобы организм мог должным образом функционировать, необходимо известное постоянное артериальное давление.** Регуляция деятельности сердца и сосудов осуществляется центральной нервной системой. Например, достаточно лишь подумать о каком-либо волнующем нас факте или событии, как начинается чаще и сильнее биться сердце, повышается артериальное давление.

Установлено, что гипертоническая болезнь встречается чаще среди интеллигенции, служащих и рабочих, ведущих сидячий образ жизни, склонных к ожирению и работа которых связана напряженным трудом, нервными напряжениями, сильными шумовыми раздражителями и вредными условиями труда (ученые, педагоги, журналисты, ответственные и деловые работники учреждений и предприятий, предприниматели, водители транспорта, машинисты, телефонистки, ремонтники и испытатели моторов и машин, рабочие типографий, табачных фабрик), люди раздражительные, мнительные, впечатлительные, долго тянущие в себе обиду (страх, боль, уныние, недовольство, озлобленность, стресс), курильщики табака, алкоголики и др. Известно, что без пищи человек может жить до двух месяцев, без сна десять дней, без воды неделю, а без воздуха считанные минуты. Дыхание-это жизнь. Поэтому бесперывная доставка необходимого количества кислорода нашему организму, его органам и тканям, каждой его клетке имеет огромное значение. Перенос кислорода, питательных веществ и шлаков осуще-

ствляется кровью, а кровеносные сосуды являются как бы транспортными путями, достигающими каждой клетки организма. Общая протяженность кровеносных сосудов (артерии, капилляры, вены, венылы) взрослого человека составляет примерно 150 тысяч километров.

Сердце благодаря своей нагнетательной способности служит как бы живой биологической насосной станцией, непрерывно выбрасывающей кровь в кровеносные сосуды, поддерживающим постоянную циркуляцию крови в организме. Здоровое сердце в среднем сокращается 60-70-80 раз в минуту, что составляет в день около 100 тысяч сокращений. Сердце че-

получило среди населения экономически развитых стран, а в развивающихся же странах они встречаются редко. По данным статистики, жители крупных индустриальных городов болеют чаще, чем жители сельских местностей. Ишемической болезнью сердца страдают люди как интеллектуального, так и физического труда, однако чаще лица, профессии которых связаны с психоэмоциональными перегрузками (руководители предприятий, водители транспорта, лица умственного труда, педагоги и т.п.). По мнению большинства ученых, причина массового заболевания ишемической болезнью сердца связана со значительными изменениями социально-культурных условий - образом жизни, режимом питания, трудом и отдыхом.

По данным исследования ученых приводим основные факторы риска ИБС:

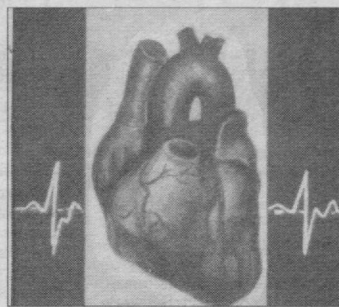
- психоэмоциональные перегрузки (частые стрессы, конфликтные ситуации, высокий темп жизни, постоянное обилие стрессовой информации, напряжение);
- изменение питания (обильное, высококалорийное, содержащее много животных жиров, холестерина, углеводов и

БЕРЕГИТЕ СЕРДЦЕ - ДВИГАТЕЛЬ ЖИЗНИ

ловека, находящегося в покое, за одно сокращение выбрасывает приблизительно 70 мл, в течение 1 минуты - около 5 л, за 1 час - около 300 л крови, за сутки до 8 тонн крови. Эти величины могут заметно меняться в зависимости от потребностей организма при физической нагрузке. Кровоснабжение мышцы сердца подчинено особым только богу известным законам. Каждый из нас знает, что сердце может забиться от радости и замереть от испуга. Если в этой удивительной системе воспроизводства и проведения импульсов происходит «поломка» (неполадка), то развиваются различного рода блокады и нарушения ритма сердца.

Основой многих пораженных сердечно-сосудистой системы является **атеросклероз**. По утверждению ученых, атеросклероз может развиваться с детства - в артериях начинают появляться жировые прослойки. На стенках артерий с возрастом образуется толстый слой отложений. Эти отложения могут совсем перекрыть коронарные артерии, поставляющие кровь миокарду, самой сердечной мышце. Часть мышц отмирает - возникает инфаркт миокарда. Если нарушается подача крови в мозг, наступает мозговой инсульт. Атеросклероз подрывает наше здоровье еще до того, как события примут столь драматический оборот. Ограничивая приток крови к конечностям, мозгу и другим жизненно важным органам, он может быть причиной преждевременного старения. В развитии атеросклероза сейчас все большее значение придается переизбытку, избыточному употреблению пищи, богатой холестерином (животные жиры, жирные сорта мяса, колбаса, яйца, сыр, сливки, сметана и др.) в сочетании с малоподвижным образом жизни, недостаточной физической активностью и др. Почти все больные атеросклерозом имеют избыточную массу тела. Отмечена наследственная предрасположенность к развитию атеросклероза.

Ишемическая болезнь сердца развивается обычно вследствие сужения коронарных артерий, снабжающих сердце кислородом и питательными веществами. Это приводит к ухудшению кровоснабжения сердечной мышцы, недостаточному поступлению кислорода к сердцу. Наибольшее распространение атеросклероз и ишемическая болезнь сердца



том боли стекают к центру и концентрируются в области сердца. Приступы держатся от нескольких секунд до 3-5 минут. Приступ стенокардии обычно наступает при волнении, переживании, страхе, нервном или физическом напряжении. По утверждению ученых, основную роль в развитии инфаркта миокарда и мозгового инсульта играют гипертоническая болезнь и атеросклероз. Пусковым механизмом в развитии инфаркта является нервно-психический стресс.

По данным статистики, в 50-е годы XX в инфаркт миокарда у молодых до 40-летнего возраста встречался меньше, чем в 3 % от общего числа инфарктов. Начиная с 70-х годов количество инфарктов стало расти и приближается к 20 %, увеличивается и летальность среди молодых, такая тенденция наблюдалась во всем мире. Причину такой ситуации ученые видят в питании и образе жизни. Мы стали слишком хорошо жить, даже те из нас, кто живет небогато. Мы хорошо питаемся, дети довольно рано узнают вкус жирной мясной и соленой пищи, молочных продуктов (сметана, сливки, сыр, масло), шоколада, пирожных, копченой колбаски, кофе, коллы и других деликатесов, частично или полностью вытеснивших из рациона натуральную и растительную пищу. Мало двигаемся, потому что у нас есть лифты, эскалаторы, метро, автомобили, трамваи, троллейбусы. По данным медицинской прессы, сегодня Всемирная федерация кардиологов бьет тревогу: сердца женщин не выдерживают свалившейся на них нагрузки. Если раньше атеросклероз, инфаркты, инсульты были в основном «привилегией» мужчин и женщины страдали от них в 5-7 раз реже, то сейчас по количеству перенесенных сердечных заболеваний женщины сравнялись с мужчинами и уже выходят вперед.

Раньше считалось, что женщин от сердечных болезней предохраняет их гормональная система. Помимо этого, женщины гораздо внимательнее относятся к своему здоровью и при необходимости более ответственно подходят к его лечению. В изменившемся мире все это оказывается уже не столь действительным. Отчасти виноват сам «слабый» пол. И совсем молоденькие девушки и дамы бальзаковского возраста стали гораздо раньше и больше курить. Дикая реклама пива привела к тому, что пройти вечером по улице без бутылки в руке вроде как и не солидно, и не круто, а меж тем 2-3 бутылки пива - это приличная доза алкоголя.

Кроме того, женщины, по своему желанию или по необходимости, активно пошли в бизнес, где очень высокая психическая нагрузка, которая прибавляется к постоянным хлопотам, связанным с домом и детьми. А в доме тоже изменения, ведь теперь считается «Я лучше одна с ребенком, чем с каким то никчемным мужиком», хотя давно доказано, что семейные люди живут дольше и заболеваний у них меньше, чем у одиноких и холостяков. За всю эволюцию человечества у женщины никогда не было такой нагрузки, такой ответственности и такого количества стрессовых ситуаций, как сейчас.

Многие внутренние (соматические) заболевания сопровождаются пониженным настроением и тревогой, носящим нередко скрытый, завуалированный

(Окончание на 6-й стр.)

белков);

- низкая физическая активность (малоподвижный образ жизни);
- курение;
- злоупотребление спиртными напитками;
- артериальная гипертония;
- нарушение липидного обмена (повышение содержания в крови холестерина, насыщенных жирных кислот, триглицеридов);
- чрезмерное употребление кофе. Человек, употребляющий кофе, часто курит и употребляет алкоголь, ведет сидячий образ жизни. По данным профессора Р. Оганова (Россия), одна чашка кофе увеличивает риск инфаркта миокарда в 1,5 раза, а 5 чашек в день - в 4 раза;
- избыточная масса тела - переизбыток и ожирение становятся одной из основных причин развития атеросклероза. Эти факторы способствуют возникновению ИБС, усложняют ее течение.

Соединяясь, эти факторы усиливают свои действия. По мнению ученых, если у человека повышен холестерин и артериальное давление, риск сердечно-сосудистых заболеваний у него не в 2, а в 4-6 раз выше. Как правило же бывает несколько факторов риска.

Обострение ИБС обычно возникает при чрезмерных физических, эмоциональных, а также смешанных нагрузках. Эти перегрузки появляются при очень разнообразных ситуациях: конфликты дома или на работе (особенно затянувшиеся), подготовка к выступлению на собрании и само выступление, быстрый подъем по лестнице, выполнение срочной, большой, ответственной работы, суета, чрезмерный труд на приусадебном участке, спешка, переноска тяжестей, переживание при утрате близкого, гнев или страх, жестокая обida, несправедливость и т. д.

По утверждению специалистов-кардиологов, ИБС проявляется в нескольких клинических вариантах. Она встречается в виде стенокардии напряжения (грудной жабы), острого инфаркта миокарда и атеросклеротического кардиосклероза. Стенокардия напряжения характеризуется остро наступающими приступами боли, возникающими в области сердца, чаще за грудиной, распространяющихся в левую руку, лопатку, межлопаточную область, иногда приступ более начинается с пальцев левой кисти руки, а по-

БЕРЕГИТЕ СЕРДЦЕ - ДВИГАТЕЛЬ ЖИЗНИ

(Окончание.
Начало на 5-й стр.)

характер, и внешне проявляются лишь симптомами сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других недугов или болевыми ощущениями, которые и обращают на себя внимание врачей-терапевтов, невропатологов, хирургов и прочих. По распространенности депрессивные расстройства занимают второе место после ИБС. Но наиболее частыми проявлениями скрытых депрессивных расстройств все же остаются функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы как самой чувствительной к внешним, эмоционально-стрессовым воздействиям.

Придя к врачу с жалобами на сердцебиение, боли в области сердца, постарайтесь заодно проконсультироваться и с психотерапевтом. Возможно, вашу болезнь нужно будет лечить, что называется с двух сторон сразу.

Как помочь своему сердцу?

1. Преодолевайте стресс и депрессию. Уныние, злоба, агрессия-эмоции разрушительные не только для окружающих, но и для самого человека. В сложных, трудных неволевых условиях обращайтесь к психотерапевту или психологу.

2. Длительные пешеходные прогулки (утром, по дороге на работу и после работы, перед сном) имеют большое тонизирующее значение для снятия состояния гиподинамии. Все остальные виды физической нагрузки, нужно рекомендовать только конкретно, с учетом состояния здоровья, возраста, особенностей функционирования каждого человека.

3. Необходимо соблюдать правильный режим питания, нерациональный режим и переизбыток могут привести к возникновению нарушений сердечного ритма.

4. Ешьте фрукты, овощи, ягоды, зелень, овсяные хлопья, яблоки, сливы, чеснок, фасоль, горох, нежирное молоко и кисломолочные продукты. Они содержат растворимую клетчатку (пектин, силлим, клейковину), снижающие уровень холестерина в организме и способствующие его выведению.

5. Непродолжительный, хотя бы 15-30-минутный дневной сон или дрема (в 13 или 17 часов дня), придает силы, улучшает самочувствие, а главное - обеспечивает сердцу небольшую передышку.

6. Сократите потребление продуктов, содержащих холестерин. К ним относятся: почки, печень, мозги, сосиски, сардельки, колбаски, сало, сливочное масло, жирные сорта сыра, молока, сметаны, ряженки, творога, баранина, говядина, свинина, птица (гусь, утка), яичный желток, торты, выпечки, сливочное мороженое, масляные кремы, пирожные и др.

7. Сердце не любит, когда его слишком часто потчуют

жирной, сладкой, соленой, горькой пищей и тонизирующими напитками - кофе, кока-кола, какао, а также табаком, алкоголем.

8. Из всех химических элементов сердце больше всего нуждается в:

- **калии** (его больше всего в картофеле, тыкве, капусте, урюке, черносливе, инжире, шиповнике, смородине, петрушке и др.);

- **магнии** - не следует пренебрегать овсяной, пшенной, гречневой кашами, а также грецкими орехами, свеклой, горохом, морковью, салатом, богаты магнием пшеничные отруби, соевая мука, сладкий миндаль, бананы;

- **йоду** - его много в морской рыбе, морской капусте и прочих дарах моря.

9. Откажитесь от курения. Никотин - «сосудистый яд» - суживает кровеносные сосуды, вызывая подъем артериального давления и даже приступы стенокардии, увеличивая риск развития инфаркта. Постоянный спазм сосудов при курении способствует развитию атеросклероза - «убийце номер один».

10. Помните! У больных заболеваниями сердца на фоне даже умеренного опьянения может возникнуть острая сердечная недостаточность с быстрой смертью от остановки сердца.

11. Людям, страдающим коронарной недостаточностью, следует придерживаться совета древних греков: «Если врач не хватает, пусть будут твоими врачами трое: оптимизм, прогулка на свежем воздухе и умеренность в пище».

12. Если человек схватился за сердце, почувствовал боль за грудиной, надо быстрее вызвать «скорую» или доставить его в больницу, можно дать успокоительное (валокордин, корвалол 30-40 капель, валерьянку).

13. Если сердечный приступ произошел впервые и человек не знает, что с ним происходит, свой нитроглицерин предлагать нельзя, даже если его ощущение очень похоже на стенокардию. У тех, кто никогда не принимал нитроглицерин, может возникнуть парадоксальная реакция: резко может упасть давление и ухудшиться состояние.

14. Ошибка всех гипертоников заключается в том, что они не понимают и не принимают правила: «Гипертонии, так же как и диабет и сердечно-сосудистые заболевания, надо лечить всю жизнь». То есть принимать лекарства не только в периоды обострения болезни, а постоянно, чтобы контролировать давление и поддерживать его в пределах физиологической нормы, которая индивидуальна для конкретного человека.

15. Регулярно лакомясь в определенном сочетании; 30 гр. грецких орехов, 20 гр. изюма и 20 гр. сыра, можно укрепить сердечную мышцу.

16. Стакан зеленого чая на ночь рекомендуется как средство профилактики атеросклероза.

Сафар МУХАММАДИЕВ,
доцент.

Ирина никогда бы не надела изящных босоножек и модельных сапог, если бы...

Она вздыхала у витрины, покупала пару красивой обуви и... прятала в шкаф. Смотрела на свои ноги и с тоской вспоминала о времени, когда они были изящными, пальцы ровными, а стопы гладкими и мягкими. Все женщины в ее семье могли «похвастаться» hallux valgus - выступающей костной «шишкой» в основании большого пальца. Мама оперировалась в 45 лет, бабушка терпела до 80, но ей тоже пришлось сделать операцию. Прогноз Ирины стал ясен в 18 лет: она приняла это как должное и смирилась.

Шаг первый

Хождение по мукам

В детстве меня лечили от поперечного плоскостопия, прописывали стельки и супинаторы. Но их ношение было настоящей пыткой: каждая бочка отъезжалась в ногах. Над ребенком сжалились, и ортопедические помощники полетели в мусорное ведро, а я стала носить обычные туфли из «Детского мира». Потом модельную обувь на высоких каблуках и с узкими носами. Активно занималась спортом, немного танцами, о семейной предрасположенности к формированию «шишечки» думать не хотелось.

Комментарий специалиста

А. КАРДАНОВ,
кандидат медицинских наук, член ассоциации ортопедов Франции, заведующий отделением ортопедии Клиники травматологии и ортопедии ГКБ № 31 (Москва):

- И совершенно напрасно. Плоскостопие и наследственная предрасположенность к вальгусной деформации стопы - основные факторы риска. Чем раньше такая женщина (а «косточка» - privilege именно слабого пола) обратится к ортопеду за правильным подбором супинатора, тем лучше. Это важно, поскольку плохой супинатор только усугубляет ситуацию. Естественно, ни о каких каблуках выше 3-4 см речь идти не может. В обуви на высоких каблуках и с узкими носами основная нагрузка приходится на передний отдел стопы - пальцы стоят под углом 45° к плюсневым костям, и это провоцирует деформацию стопы и артроз сустава большого пальца.

Шаг второй

Лечение диеты и йодом

Время ило, стопа становилась шире, поперечное плоскостопие стало значительно заметнее, уже после 35 лет я перешла на широкий мысок и невысокий каблук. Легкая походка сменилась тяжелой поступью. Новой обуви хватало на месяц, стопы горели и болели, постоянно ныл сустав в основании большого пальца. Кожа загрубела, появились мозоли и натоптыши.

Я села на диету, всем продуктам предпочитая кисло-молочные и ограничивая себя в мясе, поскольку оно провоцирует подагру. Делала паровые ванночки для ног с солью и травами, мазала «шишечку» и натоптыши на ночь йодом, на море лечилась грязями. На время боль уменьшалась, но затем мучения возобновлялись.

7 шагов к здоровью

Комментарий специалиста

- Диета, мази и грязи - хорошие средства, но лишь вспомогательные. Если болезнь прогрессирует, лечить ее нужно радикально. Правда, весь радикализм заканчивается, как только женщина узнает, что после операции она минимум полгода будет лишена возможности нормально ходить. Да и хирурги, хорошо усвоившие, что данная патология стопы, как и плоскостопие, не лечится, обычно рекомендуют смириться. 70 % (фаталлисты) следуют этому совету и продолжают хождение по мукам. 25 % (оптимисты) упорно ходят на физиотерапию, массаж, втирают в стопы всевозможные средства, годами носят незстетичные супинаторы. И лишь 1-2 % действительно настойчивых женщин выходят на этап хирургического лечения.

Шаг третий

Будь терпелив!

Постепенно пальцы начали сдвигаться, как бы наезжая друг на друга. Я пробовала ставить

Комментарий специалиста

- Новая технология пришла к нам из Франции - родины ортопедии. Смысл этой гениальной простой операции состоит в том, что помимо удаления видного на глаз «шишки» через дополнительный 3-сантиметровый разрез перемещается сухожилие, формируются поперечный свод стопы и тем самым уменьшается плоскостопие. И все это без перепиливания костей пальцев. А значит - никакого гипса и костылей. Уже на следующий после операции день пациенты встают на ноги, а о перенесенном вмешательстве напоминают только косметические швы.

Шаг пятый

Главное - решение

Парочка бестактных замечаний от сослуживцев и знакомых и ежедневные напоминания мужа о том, что надо что-то делать, наконец истощили мое терпение. Последней каплей стала встреча с женщиной, которая прямо откровенно рассказывала оперироваться. Посмотрела я на ее ноги и подумала: «Боже мой, вот что меня ждет!» и поняла, что отступать дальше некуда.

Шаг шестой

Проходите, коряги!

Операцию делали под эпидуральной анестезией - нижняя половина тела ничего не чувствовала, а верхняя улыбалась и слушала комментарии врача. На обеих ногах удалили костные наросты, пальцы укрепили металлическими болтами, которые не нужно снимать. Длилось все чуть больше часа. На второй день я уже ходила в специальных ботинках с задранными вверх носами, а во время переязки любовалась ровными пальцами и аккуратными шовчиками. Прошла курс физиотерапии и через 2 недели выписалась домой.

Комментарий специалиста

- 20-летний мировой опыт выполнения подобных операций показал: отличные и хорошие результаты достигаются у 85-90 % пациентов. Рецидивов не возникает. В запущенных случаях пересечения кости все же не избежать, но и тут европейскими ортопедами найдено оптимальное решение - фиксация специальными винтами, которые в дальнейшем не удаляют.

Шаг седьмой

Кандалы сброшены

Еще 1,5 месяца находилась на больничном. Ежедневные ванночки с морской солью, массаж, мази с травами и витаминами. Швы зажили, с пальцев сошли стечки. Постепенно перешла с тапочек на обувь с плоской подошвой. А вскоре пришло время и красивых открытых туфель. Смотрю на свои ноги и радуюсь: наконец-то избавилась от столь надоевшей мне болячки, а заодно и от собственных комплексов!

Мои выводы

* Жалею о том, что поздно пошла на операцию, могла ведь стать счастливой раньше.

* Даже из самого плотного рабочего графика можно выбрать пару месяцев на избавление от недуга, осложняющего жизнь.

* Не стоит мириться с «семейным приговором» и пренебрегать рекомендациями врачей.

Ирина КОЗЕЛКОВА,
врач-рентгенолог:

«Я ПОСТАВИЛА ПАЛЬЦЫ НА МЕСТО»

катушку между первым и вторым, чтобы вернуть «отступников» на место, но это приспособление вызывало новые страдания. Я все время подумывала об операции, но как только вспоминала мамин опыт, все решимость улетучивалась. 2 месяца ее ноги были закованы в гипс, полгода она передвигалась на костылях, да еще вскоре после операции сломалась плюсневая кость второго пальца - снова хирургическое вмешательство и опять боль.

Комментарий специалиста

- Существует 400 способов хирургического лечения hallux valgus. Практически используются 15, у нас применяют почему-то самые травматичные, от которых в других странах уже давно отказались. Обычно эти способы коррекции заключаются в пересечении костей, смещении их в необходимом положении и фиксации металлическими устройствами (пластинами, винтами, спицами, проволокой), удаление которых - не менее травматичная операция. Гипс, костыли, а также рецидив в каждом третьем случае неизбежны.

Шаг четвертый

Чужой опыт

Как-то пришла в мой кабинет коллега - попросила сделать снимок стопы. Я хорошо помнила, что ее вариант hallux valgus не лучшее мое, и крайне удивилась, увидев ее в узких красивых туфельках. Сделала снимок и поразилась - оказывается, можно оперировать и хорошо! Записала адрес доктора, но прошло еще порядочно времени, прежде чем я собралась с духом и обратилась к нему.

* Избавиться от «косточки-шишечки» можно. Новый метод позволяет сделать это с минимальными потерями времени и навсегда.

Профилактика - балетный станок

Балерины никогда не страдают этой ортопедической патологией благодаря ежедневным упражнениям, тренирующим связочный аппарат ног, и балеткам, в которых стопа находится в оптимальной физиологической фиксации (она стянута, а плотная подошва выполняет роль супинатора. Зато у женщин, занимающихся балетными танцами (в туфлях на каблуках), hallux valgus развивается довольно часто.

По материалам журнала «Здоровье» (Россия).

Ислохот одимлари

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ 1998-2004 ЙИЛЛАР ДАВОМИДА ИСЛОХ ҚИЛИШНИНГ ЯКУНИЙ НАТИЖАЛАРИ

(Давоми. Боши ўтган сонларда).

Бу эса қишлоқ жойларига бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЕ) қўратишни ташкил этишни соддалаштириш ва соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи кўпбосқичли (ФАП, ҚВП, ҚУШ, МТК) шаклидан, икки босқичли (ҚВП-МТК)сига ўтиш имконини берди.

Айни пайтда сайёр (пилотли) вилоятларда 712 та ҚВПлар фойдаланишга топширилган бўлиб, улар кенг фаолият олиб бормоқда, шу жумладан Фарғона вилоятида - 214 та, Сирдарёда - 135 та, Навоийда - 118 та, Хоразмда - 137 та ва Қорақалпоғистон Республикасида - 108 та ҚВПлар аҳолига хизмат кўрсатмоқда.

Президентнинг ПФ-2107-сонли Фармони ва Вазирлар Маҳкамасининг «Қишлоқ инфратузилишининг 1996-2001 йилларгача бўлган даврда ижтимоий ривожлантириш дастури ҳақида»ги 182-сонли қарори ҳуқуфиқ, 1996-2005 йиллар давомида республикада жами 2823 та қишлоқ врачлик пунктлари, шу жумладан 1699 таси янги қурилган бўлса, 1124 таси таъмирлаш ҳисобига ишга туширилган лозим эди.

2005 йилнинг 1 январига 2606 та ҚВП ишга туширилди. Янги қурилушлар ҳисобидан 1196 та ва таъмирлаш ҳисобидан 1410 та ҚВП фаолият олиб бормоқда. 2004 йилда 243 та ҚВП (йиллик режага кўра 250 та ҚВП бўлиши лозим эди), шу жумладан янги қурилушлар ҳисобидан 77 та ва таъмирлаш ҳисобидан 166 та ҚВП лар ишга туширилди.

Фарғона вилоятидаги - 214 та, Сирдарёдаги - 121 та, Навоийдаги - 89 та, Хоразм вилоятидаги - 121 та ва Қорақалпоғистон Республикасидаги - 108 та ҚВПлар керакли тиббий асбоб-анжомлар билан жиҳозланади. Бундан ташқари, ҳуқуматнинг тақдифига кўра Самарқанд вилоятидаги 20 та ва Бухоро ҳамда Тошкент вилоятларидаги иккитадан ҚВПлар ҳам жиҳозланадиган бўлди. Мазкур муассасалар қишлоқ аҳолисига малакали тиббий хизмат кўрсатиш учун замонавий асбоб-ускуналар билан таъминланди.

ҚВПларни тиббий жиҳозлаш рўйхатида, беморни жисмоний баҳолаш, лаборатория текширувлари ва терапия, педиатр, акушер-гинеколог, офтальмолог ҳамда отоларинголог каби мутахассислари ёрдам кўрсатиши учун зарур бўлган ускуналар билан жиҳозлаш кўзда тутилган. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўлинида фаолият олиб бораётган умумий амалиёт шифокорлари биринчи марта офтальмоскоплар, феталли Доплерлар, флуо-

метрлар, гинекологик ва жаррохлик тўпламларидан фойдаланиш имкониятига эга бўлдилар.

Танлаб олинган вилоятлар бўйича ускуналарга эга бўлган 210та ҚВПларга, шошилинч ёрдам кўрсатишлари учун доридармонлар етказиб берилди.

Бундан ташқари, МТК ва ҚВП ўртасидаги узилмас алоқани ҳисобга олиб, лойиха томонидан МТК лабораторияларини таъмирлаш ва жиҳозлаш ишлари ҳам амалга оширилди. Ҳозирги пайтда МТКларнинг 59 та лабораториялари замонавий лаборатория ускуналари билан жиҳозланган ва лойиха режасида кўзда тутилгандан икки баравар кўпроқ (32) микдорда, уларга ишлатиладиган сарфлама материаллар билан таъминланган.

Узқода жойлашган ва етиб бориш қийин бўлган туманлардаги аҳолининг тиббий ёрдамга эриша олишини ошириш мақсадида, лойиха томонидан юқори даражадаги ўтувчанлик хусусиятига эга бўлган 96 донга махсус автобиллар (70 та УАЗ ва 28 та ДАМАС) сотиб олинган ҳамда етказиб берилган.

Юқори ўтувчанлик хусусиятига эга бўлган 70 донга автотранспорт воситалари олиб келинган.

Шулардан:
* Навоий вилоятига - 18 донга.

* Сирдарё вилоятига - 10 донга.

* Фарғона вилоятига - 9 донга.

* Қорақалпоғистон Республикасига - 17 донга.

* Хоразм вилоятига - 12 донга.

* «Саломатлик» институти ва унинг филиалларига - 4 донга.

* Дамас русумли автотранспорт воситасидан 28 донга - сайёр (пилотли) вилоятлардаги марказий туман шифоналарига берилди.

Қишлоқ аҳолисига ўз вақтида шошилинч ва кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам кўрсатиш учун Навоий ва Сирдарё вилоятларида радио алоқа тизимларини яратиш кўзда тутилган бўлиб, узок жойлардаги ҚВПлар туман, вилоят ва республика марказлари билан оператив (тезор) радио алоқани таъминлай олиши эътиборга олинган. Навоий вилоятида радио алоқа станцияларининг 55 та стационар ва 15 та мобилли (уяли) тармоқлари, ва Сирдарё вилоятида 39 та стационар ва 4 та мобил радио алоқа станцияларининг монтаж ишлари тугалланган.

Бундан ташқари, республика ҳуқуматининг қамсувили минтақаларга ёрдам кўрсатишга доир Бутун жаҳон банкига қилган муурожаати ҳуқуфиқ, кечиктириб бўлмаас (тез) ёрдам учун доридармонлар, акушерлик тахламлари, рентген тасмалари, нарқозили нафасли аппаратлар, ЭКГ аппаратлари ва МТК лабораториялари учун реактивлар заёмли

маблаглардан қилинган иқтисод ҳисобига етказиб берилди.

Юқорида санаб ўтилганларга қўшимча равишда лойихани жорий қилишнинг сўнгги йилларида 5 та минтақалардаги МТК лар учун заём маблагларининг иқтисод қилиниши натижалари бўйича 13та УЗИ апарати, 16 та гастродифиброскоп, 15 та нарқозили нафасли аппаратлар, 16 та электр сўргичлар, 62 та катта жаррохлик тахламлари ва электр таъминотида узиллашар бўлиб турадиган ҚВПлар учун, 60 та электргенераторлар сотиб олинди.

Соғлиқни сақлаш тизимини, шу жумладан, тиббий таълимни, тиббиёт ходимларини дипломдан кейинги тайёргарлигини ҳам ҳисобга олган ҳолда ислох қилиш, Ўзбекистонда мустақилликнинг биринчи йиллариданоқ бошланган.

«Таълим ҳақида»ги қонун ва соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастури тиббий таълимга ислохотларни жорий қилишнинг қонуний негизини ярати берди. Тиббий таълимдаги ислохотлар асосини: таълимнинг узлуксизлиги ва кўп босқичлиги; тиббий таълимнинг илмий ва амалиёт билан интеграциялашуви; врачлар ва ўрта тиббиёт ходимларини тайёрлаш сифатини оширишлар ташкил этди.

Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш, соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлини даражасида тор мутахассислар томонидан кўрсатилаётган тиббий хизматларни қисқартириш ва умумий амалиёт врачлари томонидан кўрсатиладиган тиббий ёрдам ҳажмини кенгайтириш, босқичма-босқич умумий амалиёт врачлари тизимига ўтиш қабилярини кўзда тутарди. Тиббий таълимни ислох қилишда, соғлиқни сақлаш тизимининг экстенсив ривожланиши кадрлар ресурсини шакллантиришда бир қатор муаммоларни юзага келтирганини ҳисобга олиш лозим эди. Уларни бар тараф қилиш учун маълум бир вақт зарур бўлади. Қуйидагилар ушбу муаммоларнинг энг характерлиларидан бири саналади:

* Тиббиёт ходимларидан оқилана фойдаланилмаган ҳолда, шаҳарларда врачлар сонини ортиб кетган бир пайтда, қишлоқ жойларда уларнинг етишмаслиги;
* Касалхоналарда тиббий ходимлар сонининг керагидан ортиқчилиги, амбулатор-поликлиника тизимини уларнинг етишмаслиги, айниқса бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида (БТСЕМ).

* Моддий рағбатлантириш ва мансаб оқладлари бўйича тўловларнинг мавжуд эмаслиги, ташхиллаш ускуналарининг етишмаслиги, даволаш усулларининг эскирганлиги ва замонавий тиббий ахборотларнинг етарли микдорда бўлмаганлиги туфайли кўпчилик амалиётчи врачларнинг малака даражаси етарли бўлмади қолгани.

Юқорида санаб ўтилганларни

ҳисобга олиб, соғлиқни сақлаш тизиминида ўтказилаётган ислохотлар тиббий кадрлар тайёрлаш бўйича ўқув дастурларни такомиллаштириш ва соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўлинига умумий врачлик амалиётини жорий этиш орқали бу йўналишни мустақамлашни кўзда тутарди. Шунинг учун соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўлини (ССТББ) ислох қилишнинг марказий элементи сифатида, умумий амалиёт врачлари (УАШ) ва ҳамшираларини соғлиқни сақлаш соҳасидаги асосий хизмат кўрсатувчилар деб билган ҳолда, ўқитиш ҳисобланади.

Мана шу мақсадларга эришиш учун тиббиёт институтига қошиқда, амалдаги шаҳар поликлиникалари негизинида 16 та ўқув-врачлик марказлари ташкил этилган бўлиб, бу лойиха режасида кўзда тутилгани (10) дан 1,6 марта кўп демакдир ёки режадагидан (5) 1,5 марта кўпни ташкил қилдирилган 8 та ўқув ҚВПларини ҳаммаси тиббий, ўқув, компьютерли жиҳозлар ва тиббий адабиётлар билан таъминланган.

Шунингдек, 15 та тиббиёт коллежлари ва билим юрталарини режадагидан (7) кўра 214 ўқув даражада замонавий ўқув қўлланмалар, тиббий ва компьютерли ускуналар билан жиҳозлаш ишлари ўтказилди, бу эса ўқув ишларини энг замонавий даражаларда олиб бориш имконини беради.

Халқаро мутахассисларнинг иштироки билан ҳамкорликда тиббиёт институтига ўқитувчиларини ва ҚВП врачларини умумий амалиёт шифокори сифатида тайёрлаш бўйича 10 ойллик ўқув дастури (1 академик ўқув йили учун) ишлаб чиқилган. Ўқитувчиларни ўқитиш асосан Буюк Британиялик мутахассислар томонидан, Буюк Британиянинг халқаро ривожланиш бўйича Департаментининг бегараз ёрдами ҳисобидан ўтказилди.

Бугунги кунда мазкур дастур бўйича - тиббиёт олийгоҳларининг 105 нафар ўқитувчиларини лойиха режасида кўзда тутилгани (64)дан 1,6 марта кўпроғи таълимни ўташди. 75 нафар ўқитувчи Буюк Британияда икки ҳафталик стажировка (малака ошириш)да бўлиб қайтишди, 34 нафар ўқитувчи - Эстонияда; сайёр вилоятлар ва Тошкент шаҳридаги тиббиёт коллежлари учун 32 нафар ўқитувчи тайёрланди, улардан 14 таси Копенгагенда (Дания) икки ҳафталик стажировкада бўлиб қайтишди. ҚВПларнинг 898 нафар врачлари ва шаҳар поликлиникалари учун 61 нафар врач ёки лойиха режасида кўзда тутилгани (200)дан 4,7 марта кўпроқ мутахассислар тайёрланди, улардан 94 нафари Эстонияда малака ошириб қайтишди. Шунингдек, узлуксиз тиббий таълим билан 1500 ҚВП врачлари ва 585 нафар ҚВПларнинг тиббиёт ҳамширалари қамраб олинган.

Врачлар ва фармацевтларни лицензиялаштириш бўйича марказ ташкил этилди, шунингдек, ўқув дастурларини аккредитациялаш бўйича комиссиялар тузилди ва улар тегишли равишда офисли ҳамда компьютерли ускуналар билан жиҳозланди.

БССТ мутахассислари билан ҳамкорликда соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлини даражасида энг кўп учрайдиган касалликларни ташхиллаш ва даволаш бўйича стандартлар ишлаб чиқилди. Умумий амалиёт шифокори билетларини нашр этилмоқда, унинг мақсади ҚВП врачларининг малакасини узлуксиз равишда ошириб беришдан иборатдир. Саломатлик институти билан ҳамкорликда аҳоли учун энг тез учураб турадиган касалликлар бўйича биринчи ёрдам кўрсатиш ва уларни олдини олишга доир асосий усуллар ҳақида маълумот бериучи 27 хил турдаги буклетлар нашр этилди.

Врачлар учун БССТнинг стандартли дастурлар бўйича қўлланма ва тиббиёт коллежлари ўқитувчилари ҳамда ҚВП ҳамширалари учун қўлланмалар чикарилди.

Ҳар ойда, мунтазам равишда «Ўзбекистонда Соғлиқни сақлаш - Здравсохранение Узбекистана» газетасида «Саломатлик» лойихасини жорий қилиш бўйича илова чоп этилмоқда. Ундан ташқари, «Саломатлик» лойихасини жорий қилиш бўйича, ЮСАИД «Здрав Плюс» лойихасининг молиявий кўмағи ёрдамида ҳужжатли видеофильм ишланди.

Мавжуд бошқарув ва молиялаштириш тизими бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларини молиялаштиришнинг қолдиқли принципи сифатида тасниқланган. Айрим ҳолларда БТСЕ муассасаларига теккан пул фақатгина ходимларга ойллик маош тўлаш учунгина етган. БТСЕ муассасаларини етарли даражада молиялаштирилмаслиги қишлоқ аҳолисига сифатли тиббий ёрдам кўрсатишга имкон бермаган. БТСЕ муассасаларини тенг бўлмаган ва адолатсиз молиялаштириш, хизмат кўрсатилаётган аҳоли тарқибини ёш-жинсини ҳисобга олмаслик, БТСЕ муассасаларини молиялаштиришнинг афзаллик механизмининг мавжуд эмаслиги, БТСЕ муассасаларини молиялаштиришнинг ҳажминини номувофиқлиги, уларнинг ҳақиқий эҳтиёжларини ҳисобга олмаслик - буларнинг бари соғлиқни сақлаш бюджетидан самарали фойдаланиш имкониятларини оширишга йўл бермасди.

(Давоми бор).

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги.

Мутахассис маслаҳати

ОСТЕОХОНДРОЗ ХАСТАЛИГИНИНГ ПАТОГЕНЕЗИ

(Давоми. Боши 3-бетда).

3. Касалликнинг бу босқичида асаб шохчаси узиллиши, яъни асаб шохчаси фалажи (паралич) ривожланиб, беморларда парез, фалаж ва анестезия ривожланади. Олимларнинг фикрича, умуртқалар остеохондрозидида асосан асаб шохчалари қитқиланиши кўп учрайди.

Умуртқалар остеохондрози пайтда дистрофик жараённи давом этиши тоғай пластинкада ҳам дастлаб ёриклар

пайдо бўлишига кейинчалик эса тоғай пластинкаси некрозга учраб, шморл чурраси ривожланишига олиб келади. Умуртқа танасидаги реактив жараёнлар туфайли остеофитлар ривожланади. Одатда остеофитлар асосан тоғай ости пластинкасининг орқа узун боғламага бириккан жойида ривожланади. Остеофитлар ҳосил бўлиши умуртқа погонасининг бўйин қисмида орқа мия ва умуртқа артерияси босилишига олиб келиши мумкин.

Умуртқалар остеохондрози пайтдаги дегенератив жараён

худди артроз пайтда бўғинларда кузатиладиган ўзгариш билан бир хилдир. Шу сабабдан, умуртқалар остеохондрози - «умуртқалар дискоартрози» деб аталган. Остеохондроз хасталиғида деярли кўпчилик ҳолларда умуртқаларо бўғин артрози кузатилади.

Умуртқаларо бўғинлар артрози асаб шохчалари чиқадиган умуртқаларо тешикни торайтиради. Натижда асаб шохчаси қисилиб шохча синдромини ривожлантиради.

Умуртқаларо тешикларнинг бўйин қисмида торлиги туфайли бу тешиклар торайтиши шохча синдроми ривожланишига олиб келади. Бел қисмида бу тешиклар диаметри, шу тешикдан чиқадиган асаб шохчаси диаметридан 2-3 мартабта катталлиги

туфайли бел умуртқалари остеохондрозидида шохчалли орғиқ синдромини чақирмайди.

Умуртқалар остеохондрози хасталигини умуртқалар артерияси спазми ҳам ривожлантириши мумкин.

Умуртқалар остеохондрози касаллигининг патогенезида дисклар бүкилиши туфайли ривожланган куйидаги омиллар муҳим ўрин эгаллайди:

- 1. Диско-радикуляр зиддият.
- 2. Диско-медуляр зиддият.
- 3. Диско-васкуляр зиддият.
- 4. Спондило-радикуляр зиддият.
- 5. Фибро-радикуляр зиддият.
- 6. Умуртқаларо бўғинлар артрози туфайли умуртқаларо тешик тораийиб асаб шохчасининг сиклилиши.
- 7. Чандиқли ва кистали спии-

нал арахиноидит туфайли асаб шохчалари босилиши.

8. Гипертрофияга учраган сарик боғлама билан асаб шохчалари ёки мия ўртасидаги зиддият.

9. Умуртқа канали тораийиши натижасида асаб шохчалари ёки орқа мия босилиши. Хулоса қилиб айтганда, врачлар остеохондроз хасталигининг патогенетик элементларини яхши билишлари бу касалликни консерватив ва шошилинч (хирургик) даволашнинг патогенетик усулларини танлашга имкон беради.

Раҳматилло БЕКТОШЕВ, Самарқанд шаҳар марказий шифонасининг асаб-жарроҳлиги бўлими бошлиғи.

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
тиббий фаолиятни лицензиялаш Кенгашининг 2005 йил
22 апрель, 16 май ва 17 июндаги 4-, 5- ҳамда 7-сонли
мажлис Қарорларига асосан:**

Корхона номи, манзили	Лицензия рақами	Берилган санаси	Лицензиянинг амал қилиши тўхатилган сана
«ТАБОБАТ-ШИФО ЕР» кўп тармоқли фирма Андижон шаҳар Бобур шох кўчаси 4-уй	3158-тиб	2003 йил 30 апрелда	2005 йил 22 апрелдан.
«МАДАДИ СИНО» хусусий жисмоний даволаш ва соғломлаштириш маркази Бухоро шаҳар Б.Наҳшбандий кўчаси 44-уй	2616-тиб	2001 йил 3 апрелда	2005 йил 22 апрелдан.
«SOFDIL» хайрия фонди Тошкент вилояти Олмалик шаҳар, Наследова кўчаси 18 уй	3168-тиб	2002 йил 15 ноябрда	2005 йил 22 апрелдан.
Корхона номи, манзили	Лицензия рақами	Берилган санаси	Лицензиянинг амал қилиши тўхатилган сана
«Шифокор-СМ» кўп тармоқли хусусий тиббий маркази Жиззах вилояти Галлаорол тумани, Д.Йулдошев ш/х	2853-тиб	2002 йил 1 февралда	2005 йил 22 апрелдан 3 ой мuddатга тўхатилди.
«Стоматолог» тиббий хизмат курсатиш фирмаси Самарқанд шаҳар А.Беруний кўчаси 51-уй	3338-тиб	2003 йил 2 апрелда	2005 йил 22 апрелдан 3 ой мuddатга тўхатилди.
«Стоматолог» жамоа корхонаси Самарқанд вилояти Нарпай тумани Оқтош шаҳри Бехзод кўчаси 16-уй	3133-тиб	2002 йил 18 октябрда	2005 йил 22 апрелдан 3 ой мuddатга тўхатилди.
Врач акушер-гинеколог Хальфия Акдавлетова Қашқадарё вилояти Қарши шаҳри А.Темур кўчаси 34-уй 7-хонадон	3471	2001 йил 24 июлда	2005 йил 22 апрелдан 3 ой мuddатга тўхатилди.

Корхона номи, манзили	Лицензия рақами	Берилган санаси	Лицензиянинг амал қилиши тўхатилган сана
«Умнат» хусусий тиббий корхонаси Жиззах вилоят Зарбдор тумани Илгор кўчаси 1 уй	3126-тиб	2002 йил 18 октябрда	2005 йил 16 майдан 3 ой мuddатга тўхатилди.
«Саломатлик маркази» хусусий поликлиникаси Фаргона вилоят Фаргона тумани Водил қишлоғи Гуломов кўчаси 1-уй	4416-тиб	2005 йил 22 апрелда	2005 йил 16 майдан 1 ой мuddатга тўхатилди.
«SHANRUX-LUKS DENTA» МЧЖ Тошкент шаҳар С.Раҳимов тумани Мирпўлатова кўчаси 136-уй	2966-тиб	2002 йил 10 майда	2005 йил 16 майдан 1 ой мuddатга тўхатилди.
«SARDOR-VEST» х/ф Тошкент шаҳар Чилонзор тумани 8 мавзе 24-уй	3641-тиб	2004 йил 29 мартда	2005 йил 16 майдан 6 ой мuddатга тўхатилди.

Корхона номи, манзили	Лицензия рақами	Берилган санаси	Лицензиянинг амал қилиши тўхатилган сана
«ШИФОБАХШ ГИЕХ» х/ф Андижон шаҳар Термиз кўчаси 2-уй	3124-тиб	2002 йил 18 октябрда	2005 йил 16 майдан.
Корхона номи, манзили	Лицензия рақами	Берилган санаси	Лицензиянинг амал қилиши тикланган сана
«Стоматолог» тиббий хизмат курсатиш фирмаси Самарқанд шаҳар А.Беруний кўчаси 51-уй	3338-тиб	2003 йил 2 апрелда	2005 йил 16 майдан.

Корхона номи, манзили	Лицензия рақами	Берилган санаси	Лицензиянинг амал қилиши тўхатилган сана
«JASUR STOM» хусусий фирмаси Тошкент шаҳар Сирғали туман Чош-тепа кўчаси 213-уй	3144-тиб	18.06.2004 й.	2005 йил 17 июндан 1 ой мuddатга тўхатилди
«Саломатлик маркази» хусусий поликлиникаси Фаргона вилояти Фаргона тумани Водил қишлоғи Гуломов кўчаси 1-уй	4416-тиб	22.04.2005 й.	2005 йил 17 июндан 3 ой мuddатга тўхатилди
Корхона номи, манзили	Лицензия рақами	Берилган санаси	Лицензиянинг амал қилиши тикланган сана
«Шифокор-СМ» кўп тармоқли хусусий тиббий маркази Жиззах вилояти Галлаорол тумани Д.Йулдошев ш/х	2853-тиб	01.02.2002 й.	2005 йил 17 июндан
«Стоматолог» жамоа корхонаси Самарқанд шаҳар Нарпай тумани Оқтош шаҳри Бехзод кўчаси 16-уй	3133-тиб	18.10.2002 й.	2005 йил 17 июндан

Врач акушер-гинеколог Хальфия Акдавлетова Қашқадарё вилояти Қарши шаҳри А.Темур кўчаси 34-уй 7-хонадон	3471	24.07.2001 йил	2005 йил 17 июндан
--	------	----------------	--------------------

По материал Интернет

МОРКОВКА - КОНКУРЕНТ СОЛНЦУ

Еще древние римляне знали, что фрукты и овощи оранжевого цвета усиливают бронзовый оттенок загара. Поэтому любители солнечных ванн пили морковный и абрикосовый соки в качестве естественных усилителей загара. Однако, как выяснили дерматологи, стакан сока, выпитый до пребывания на солнце, может вызвать загар а-ля пятнистый леопард. Лучше пить сок сразу после принятия солнечных ванн - тогда он усилит цвет загара и позволит золотистому оттенку продлжаться на вашем теле максимально долго.

КОМАР БОИТСЯ ПОМИДОРА

Американские энтомологи обнаружили в помидорах безвредное для человека и других млекопитающих вещество, отпугивающее кровососущих насекомых. На его основе уже разработан эффективный репеллент, который может появиться в продаже в будущем году. А пока - ешьте помидоры каждый день, и тогда есть надежда, что ваша кровь окажется комарам не по вкусу.

УГЛЕВОДЫ - НЕ ДЛЯ АСТМАТИКОВ!

Больные астмой должны внимательно следить за своим питанием. Как показали исследования американских диетологов, употребление высококалорийных продуктов с большим содержанием углеводов приводит к повышению содержания углекислого газа в крови. У здорового человека это вызовет лишь легкую одышку, а вот легкие с суженными бронхами не справляются с дополнительной нагрузкой, что становится причиной кислородного голодания организма.

ЖЕНЩИНЫ ДОЛЖНЫ ДОСТАТОЧНО СПАТЬ

Недосыпание у женщин повышает риск ишемической болезни сердца (ИБС), объявили на международной конференции ученых-сомнологов. Американские медики обследовали более 70 тысяч женщин 45-65 лет, изначально не страдавших сердечной патологией. Продолжительность их ночного сна измерялась каждый день в течение 10 лет. За это время среди дам было зарегистрировано 934 случая сосудистых заболеваний. Оказалось, если ночной отдых длится менее 5 часов, риск развития ИБС равен 1,82%. Когда женщина спит 6 часов, риск снижается до 1,30%, 7 часов - до 1,06%. Но и слишком длительный сон тоже вреден: у тех женщин, которые проводили в постели дольше 9 часов в сутки, ИБС развивалась в 1,57% случаев.

Ваши советы

НАСТОЙ ДЛЯ КРИТИЧЕСКИХ ДНЕЙ

«Женщинам, которых беспокоят болезненные месячные, хочу посоветовать принимать настой из сухих цветков ромашки, листьев мяты и корня валерианы. В нашей семье пользуются им издавна. Смешайте травы в равных пропорциях. Столовую ложку сырья залейте стаканом кипятка, настаивайте примерно полчаса и процедите. Принимайте во время месячных по 2 столовые ложки 3 раза в день после еды.

И еще совет: чтобы чувствовать себя нормально в критические дни, ешьте больше рыбы и растительной пищи. Попробуйте - поможет!»

Г.Новожилова,
Ташкентская область

ЗУБНАЯ ПАСТА ИЗ БАКЛАЖАНОВ

«Тем, кто хочет иметь здоровые зубы и избавиться от желтевшей эмали, пригодится мой рецепт. Возьмите один средний баклажан, промойте его холодной водой, слегка обсушите, обжарьте в духовке до потемнения кожуры, охладите и проверните через мясорубку с 2-3 столовыми ложками поваренной соли крупного помола. Овощная паста готова! Чистите ею зубы каждое утро. Храните самодельную пасту в холодильнике».

Т. ВАСИЛЬЕВА,
г. Фергана.

ОТВЕТЫ НА КРОССВОРД:

По горизонтали: 1. Ом. 2. Куб. 3. Ош. 10. Ватерпас. 11. Баралгин. 16. Капелла. 18. Макет. 19. Укроп. 20. Мимика. 21. Статор. 22. Спорт. 25. Лом. 27. Ток. 30. Рим. 30. Радий. 31. Ампир. 32. Газ. 36. Бухарест. 37. Редуктор. 38. Ода. 39. Пингвин. 40. Албания. 41. Олифа.

По вертикали: 4. Мандарин. 5. Эра. 6. Баланс. Гамлет. 8. Вал. 9. Кислород. 12. Чу. 13. Телефон. 14. Ми. 15. Ревизор. 17. Экватор. 22. Спирт. 23. Тембр. 24. Мичурин. 26. Катерина. 27. Теодолит. 28. Маховик. 33. Танго. 34. Дарвин. 35. Экран.

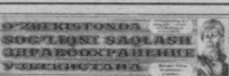
**Bosh muharrir vazifasini bajaruvchi:
Ibodot SOATOVA.**

Tahrir hay'ati raisi: F. NAZIROV.
Tahrir hay'ati a'zolari: B. ARIPOV (Bosh muharrir o'rinbosari), B. BALIMOV, G. ISLOMOVA, O. MIRTAZAYEV, M. MIRALIYEV (Bosh muharrir o'rinbosari), B. NIYAZMATOV, F. OQILOV, N. OTABEKOV, X. RABBANAYEV, R. SOLIXO'JAYEVA, M. TURUMBETOVA, N. TOLIPOV, A. UBAYDULLAYEV, F. FUZAYLOV.

Manzillim: 700060, Toshkent, Oxunboev ko'chasi, 30-uy, 2-qavat. Tel/faks: 133-57-73; tel. 133-13-22. Gazeta O'zbekiston Respublikasi Matbuot va axborot agentligida 2003-yilning 17-noyabr kuni ro'yxatga olingan, quvohnoma raqami 211. Adati 9.250 nusxa. O'zbek va rus tillarida chop etiladi. Haftaning seshanba kunlari chiqadi. Maqolalar ko'chirib bosilganda «O'zbekistonda sog'liqni saqlash»dan olindi deb ko'rsatilishi shart. Buyurtma 7-756.

Gazeta «SHARQ» nashriyat-matbaa aksiyadorlik kompaniyasi bosmaxonasida chop etildi. Korxonada nashriyat, Buxor Turon ko'chasi, 41. Hajmi 2 bosma taboq. Format A3. Ofset usulida bosilgan. Gazeta IBM kompyuterida terildi va sahifalandi. E'lon va bildiruvlardagi fakt haqida dalillarning to'g'ri ushbu reklama va e'lon beruvchilar mas'uldir.

Sahifalovchi: Baxtiyor QO'SHOQOV.
Bosmaxonaga topshirish vaqti 19.00.



Gazeta muassisi:
O'zbekiston
Respublikasi
Sog'liqni saqlash
vazirligi