

# ЎЗБЕКИСТОНДА SOG'LIQNI SAQLASH ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УЗБЕКИСТАНА



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган

E-mail: uzss@inbox.ru

2006 йил 19-25 сентябрь № 38 (502)

Сешанба кунлари чиқади



Жорий йилнинг 15-16 сентябрь кунлари Тошкент врачлар малака ошириш институтида «Аҳоли саломатлигини шакллантириш оилавий поликлинিকা фаолиятининг асосий йўналиши» мавзусида анжуман бўлиб ўтди. Тадбирда республикамизнинг барча тиббиёт муассасалари, асосан оилавий поликлинিকা ва қишлоқ врачлик пунктларида фаолият юритаётган тиббиёт ходимлари иштирок этиб, бирламчи тиббий бўғинда амалга оширилаётган ислохотлар, амалий жараёнлар ва турли мавзуларга қаратилган маърузалар бўйича тажриба алмашдилар.

(Тадбирнинг давоми билан 8-саҳифада танишасиз).

## ПРИКАЗ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

г. Ташкент

№ 385

от 31 августа 2006 года

За годы независимости в больничных учреждениях республики поэтапно проведено обоснованное сокращение коечного фонда. С 1991 года количество коек сокращено с 257 до 136,5 тысяч, обеспеченность населения койками снизилась с 121,5 до 52 на 10 тысяч населения. Показатель обеспеченности койками в стране является наименьшим среди стран СНГ и ниже, чем во многих странах Европы. Так, в Белоруссии и России обеспеченность койками составляет свыше 100 на 10 тысяч населения, на Украине - 88,9, в Казахстане - 70,1, в Таджикистане - 61, в Киргизии - 55,3, в Германии - 91,2, в Болгарии - 64,8, в Эстонии 59,5. Более низкая обеспеченность койками отмечается в Великобритании - 41,1 и Дании - 43,4. В настоящее время коечный фонд системы Минздрава составляет 136058 коек. Средняя занятость койки в 2005 году составила 308,5 дней.

Анализ работы коечного фонда показал низкую занятость родильных и инфекционных коек, что связано со снижением с 1991 года рождаемости на 70 % и инфекционной заболеваемости на 33-78 %. В то же время по другим профилям койки работают выше допустимых норм. Так, взрослые эндокринологические,

(Окончание на 2-й стр.)

## СООБЩА СОХРАНИМ ЗДОРОВЬЕ

Врач это призвание. Профессия медицинского работника несет в себе доброту, милосердие и любовь к окружающим. Ведь человек, обращающийся к врачу, питает в себе надежду на исцеление от недуга.

С приобретением нашей страны независимости, в медицине, как и в других сферах, стали осуществляться коренные изменения, направленные на укрепление здоровья и благополучия народа.

Организация специализированных центров по оказанию качественной помощи, оснащение их новейшими технологиями, совершенствование системы подготовки медицинских кадров полностью представляет нам картину по реализации целей, направленных на развитие собственной модели системы здравоохранения.

Провозглашение же 2006 года Годом благотворительности и медицинских работников стало большим событием в жизни всей республики.

По инициативе руководства Республики Узбекистан был принят Закон, согласно которому официально утверждён профессиональный праздник медицинских работников. Отныне он будет ежегодно отмечаться во второе воскресенье ноября.

От имени всех медицинских работников страны хотелось бы выразить искреннюю благодарность инициаторам этих исторических событий, которые будут высечены в летопись веков как самые великие шаги на пути развития страны.

Пусть все дела, осуществляемые во благо здоровья нации найдут свое отражение в развитии сильным телом и духом молодого поколения.

**Г. ПАХОМОВ,**

**Заслуженный работник здравоохранения  
Республики Узбекистан,  
врач-хирург Республиканского  
специализированного центра хирургии  
им. академика В. Вахидова.**

## КАСБИЙ БАЙРАМ ҚУВОНЧИ

Бу йилимиз барча тиббиёт ходимлари учун баракали келди. Сабаби, қутилмаганда Юртбошимизнинг 12 сентябрь куни эълон қилган тиббиёт ходимлари кунини нишонлаш тўғрисидаги Қонуни ҳар биримизни беҳад қувонтириб юборди. Ниҳоят, касбий байрамимизни анъанавий тарзда нишонлаш барчамизга насиб этди. Бундай юксак эътибордан доим фахрланиб юриш мумкин. Гоҳида минбарлардан туриб, тиббиётсиз ҳеч бир кунимизни тасаввур қила олмағимиз айтилганда масъулиятимиз янада ортиб борарди. Қарангки, мустақилликка 15 йил тўлди. Тиббиёт 15 йил ичида қанчалик ўзгарди, қанчалик тараққий этди, буни яхши биламиз. Доимий анъанага айланган мустақиллик арафасида турли соҳа вакилларининг давлат мукофотлари билан тақдирланиши ҳам том маънода тиббиёт тизимининг давр эътиборидан четда қолмаётганлигини кўрсатади.

Айниқса, академик Малика Саматовна Абдуллаҳўжаевага «Ўзбекистон Қаҳрамони» унвонининг берилиши ҳар бир тиббиёт ходимиди фахр-ифтихор туйғусини уйғотган бўлса, республика соғлиқни сақлаш тизимиди ўзининг шижоатли меҳнати билан хизмат қилаётган тиббиёт ходимларининг юксак мукофотларга тавсия этилганлигини ҳам мамнуният билан айтиш мумкин. Шунингдек, ноябрь ойининг иккинчи яшанбаси «Тиббиёт ходимлари кунини» сифатида нишонланиши жамики орзу-умидларимизга дебеча ясаган бўлса, бундан кейинги фаолиятларимиз эса тиббиётда янада янги қирралар эшигининг очилишига, касбий эҳтижларимизни тўлақонли қондиришига ва халқ саломатлигини учун хизмат қилишига ундайверади. Давлат дастурида белгилаб қўйилган вазифалар бўйича амалий ишларнинг мустақам ривожини аввало ҳукуматимиз ҳамда Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ҳамкўмаклигида бажарилган экан, кўрсатилган ана шундай ҳамкўриklar янада бардавом бўлишига тилақдошман.

**М. ШОҲОБОВА,**

**«Меҳнат шухрати» ордени соҳибаси, Тошкент шаҳар Учтепа туманидаги 8-оилавий поликлиника бош врач.**

Мустақиллигимизнинг 15 йиллигига бағишланган тантанали маросимда Президентимизнинг табрик нутқини кўпчилик юртдошларим қатори мен ҳам катта ҳаяжон билан тинглар эканман, мамлакатимизнинг тарихларга бой ҳар бир кунини кўз ўнгимдан бирма-бир ўта бошлади. Тарих учун қисқа вақт ичида юртимиздаги мавжуд барча соҳаларда кенг кўламли ишлар амалга оширилди. Шулардан биргина тиббиёт соҳасига назар ташлайдиган бўлсак, оламшумул ўзгаришлару улкан муваффақиятларга эришилганлигининг гувоҳи бўламиз. Жумладан, замон талабига мос биноларнинг қад ростлаб, энг сўнгги русумдаги тиббий асбоб-ускуна ва малакали кадрлар билан таъминланаётганлиги ҳам фикримиз далилидир.

Биз учун қувончлиси, ўз касбий байрамимизга эга бўлдик. Афсуски, ана шундай қувончли кунни орзу қилиб, унга етолмаган ҳамкасбларимиз ҳам бор эди. Эндликда, мен ишонаманки уларнинг руҳлари шод бўлади.

Айни кунда қишлоқ врачлик пунктларида олиб борилаётган фаолиятлар аҳоли саломатлигини учун энгиллик туғдирди. Шу ўринда умумий амалиёт шифокорларининг меҳнати самарасини таъкидлаб ўтиш жоиз. Улар ҳар бир касаллиқнинг олдини олишда ҳамда бемор учун сифатли тиббий хизмат кўрсатишда ўз билим ва тажрибаларини сафарбар этмоқдалар.

Шу боис, танлаган касбим, яъни тиббиёт соҳасида фаолият юритиб халқимга нафим тегаётганидан хурсандман. Ўз навбатида менинг ҳам камтарона меҳнатини инobatга олиб, «Шухрат» медали билан тақдирлаган ҳукуматимизга миннатдорчилигимни билдираман.

**И. ҲАКИМОВ,**

**Наманган вилояти, Косонсой туманидаги Ободон қишлоқ врачлик пунктининг умумий амалиёт врач.**

### Текширув

**Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2006 йил 20 апрелдаги ПК-329-сонли «Республика иқтисодиёт тармоқларини 2006-2007 йил куз-қиш даврида барқарор ишлашга тайёрлашни таъминлаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорининг бажарилишини таъминлаш мақсадида, Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан жорий йилнинг 24 апрелида 164-сонли буйруғи чиқарилиб, бу борадаги режа тадбирлари тузилди. Май ойидан бошлаб, республика тиббиёт тизимидаги барча тиббиёт муассасаларида мавсумга тайёргарлик ишлари бошлаб юборилди.**

Тузилган режа тадбирлари асосан, 376 дона иситиш қозонлари, 214 дона қозончалар, 68,6 километр иссиқлик тармоқлари, 48,64 километр совуқ сув тармоқлари, 14,95 километр газ тармоқлари, 372 дона шифоналарни тубдан ва жорий таъмирлаш, шунингдек, 25,3 километрдаги иссиқлик тармоқларини изоляция қилиш ҳамда 131 дона ГРПларни таъмирлаш режалаштирилган бўлиб, шунга асосан 1 сентябрь ҳолати бўйича барча тадбирлар тўлиқ амалга оширилди. Тизимдаги кўмир ва суяк

лабининг бор-йўғи 5-7 фоизини ташкил қилади. Жорий йилнинг 1 сентябрь ҳолати бўйича барча режалаштирилган тадбирлар тўлиқ бажарилишига қарамадан ҳалигача жойларда бир қатор камчиликлар мавжуд. Жумладан:

- \* Қорақалпоғистон Республикасининг онкология шифохонасидаги томни таъмирлаш якунига етказилмаган;
- \* Хоразм вилояти 2-сон марказий шифохонанинг ички муҳандислик тармоқлари ва томлари таъмирланишига муҳтож;
- \* Бухоро вилояти, Пешку ту-

зғаллаб турган лавозимидан озод этилди. 67 нафар раҳбарга нисбатан ҳайфсан эълон қилинди, 46 нафар раҳбарга эса турли интизомий чоралар кўрилди. Ушбу ҳолат мавсумга тайёргарлик ишлари қанчалик долзарблигини бизга яна бир бор эслатмоқда.

Бугунги кунда тизимдаги аксарият муассасаларда биргина табиий газда ишлаш учун мўлжалланган иситиш қозонларини муқобил ёқилги билан фойдаланишга мослаштириш энг долзарб муаммолардан биридир. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг топшириғига биноан тизимдаги тиббиёт муассасаларида 990 дона иситиш қозонларини муқобил ёқилги билан фойдаланиш учун мослаштириш ва 140 дона муассасани автоном иситиш тизимига ўтказиш режалаштирилди. Ҳозирги пайтда жойларда олиб борилган

## КУЗ-ҚИШ МАВСУМИГА ТАЙЁРМИСИЗ?

ёқилгидан фойдаланаётган ташкилотлар учун 31500 тонна кўмир ва 600 тонна суяк ёқилги захира қилинди.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 2 майдаги 05/1-263-сонли «2006-2007 йил куз-қиш мавсумида иқтисодиёт тармоқлари ва уй-жой фонднинг барқарор ишлашини таъминлаш чора-тадбирларини амалга ошириш ҳақида»ги мажлис баёнига асосан, жойларда олиб бораётган ишларни ташкиллаштириш ва мувофиқлаштириш мақсадида вазирлик қoшида вазиr уринбoсарлари ва бошқарма бошлиқларидан иборат доимий ишчи гуруҳ ташкил қилинди. Шу билан бир қаторда вазирликнинг фармойишига биноан маҳалла фаолларидан ташкил топган жамоатчилик гуруҳлари ҳам ўз фаолиятини бошлаб юборган.

Жорий йилдаги мавсумга тайёргарлик ишлари олдинга йлларга қараганда тубдан фарқ қилмоқда. Масалан, аввалги йилларда тузилган режа-тадбирларга фақатгина туман марказий шифохонасида бажариладиган ишлар киритилган бўлса, ҳозирги кундаги талаб бўлишича тизимдаги барча даволаш-профилактика муассасаларида (КВП, ФАП) тадбирлар тузилиб, бажарилган ишлар ҳақидаги маълумотни ҳар ўн кунда юқори ташкилотларга топшириш талаби қўйилган. Ҳудуд ташқари, ҳар бир ташкилотда муаммолар акс эттирилган фотоальбомлар ташкил қилиш топшириғи берилган. Афсуски, вазирлик томонидан доимий равишда айтиб келинишига қарамадан, республикадаги бирор бир вилоятда тузилган режа тадбирлари талаб даражасида бўлди, деб айтила олмаймиз.

Муассасалар томонидан тузилган режа тадбирларни таҳлил қилсак, деярли барча вилоятларда режага киритилган тадбирлар керакли бўлган та-

мани юқумли касалликлар шифохонасининг канализация тармоқлари ишга яроқсиз ҳолга келиб қолган;

\* Навоий вилояти, Хатирчи туман марказий шифохонасида иссиқлик тармоқлари таъмирта-лаб;

\* Қашқадарё вилояти теританосил касалликлар шифохонасининг ичимлик суви ва канализация тармоқлари таъмирланмаган. Вилоят 1-сон марказий касалхонасининг ичимлик сув ҳамда канализация тармоқлари қоникарсиз аҳволда.

\* Сурхондарё вилоятининг травматология шифохонасидаги таъмирлаш ишлари якунига етказилмаган;

\* Тошкент вилояти, Ангрн шаҳар болалар бирлашган шифохонасининг томларини таъмирлаш кўп йиллардан бўён муаммо бўлиб келмоқда;

\* Фарғона вилояти, Кўкoн шаҳридаги сил касаллиқлари қарши курашиш диспансерининг таъмирлаш ишлари суст олиб борилмоқда;

\* Андижон вилояти, Хўжабод тумани юқумли касалликлар шифохонасининг ички иссиқлик тармоқлари ачинарли аҳволда, бинонинг аксарият дераза-ром-лари шиша билан қопланмаган.

Шунингдек, юқоридаги каби камчиликлар бошқа вилоятларда ҳам мавжуд. Кўриниб турибдики, бу борада камчиликларимиз анчагина ишчи гуруҳларининг фаолияти натижасида жойларда кўйган камчиликлари ва ушбу долзарб муаммога совуққонлик билан қараганликлари учун жами бўлиб, 113 нафар раҳбарга нисбатан маъмурий-интизомий чоралар кўрилди. Жумладан, 14 нафар раҳбар

ишлар натижасида режадаги тадбирлар тўлақoнли бажарилди. Бу борада Қорақалпоғистон Республикаси, Хоразм, Жиззах, Наманган ва Фарғона вилоятларида олиб бoриладиган ишлардан ҳар қанча фахрлиниб гапирса арзийди.

Албатта, кўп йиллар давомида муҳандислик тармоқларининг мукамал таъмирланишига муҳтожлиги, кўпгина иситиш қозонларида захира қисмларининг етишмаслиги, томлар ва кўпгина асосий воситаларнинг таъмирталлаб бўлиб қолиши, муассасаларни иситиш мавсуми давомида эксплуатация қилишда ўз салбий таъсирини кўрсатмоқда.

Ҳудуд ташқари, муассасаларда фаолият кўрсатувчи муҳандис-техник ходимларнинг савияси ҳам етарли даражада деб айтиб бўлмайди. Энг ачинарлиси, муассасаларда ишлатилётган иситиш қозонларини эксплуатация қиладиган мутахассислар қанчалик кам бўлиб кетган. Куз-қиш мавсуми давомида ёқилги-энергетика ресурсларидан оқилона фойдаланиш ва уларни тежаб ишлатиш, муассасаларда ёнгин хавфсизлигини таъминлаш масалаларида алоҳида эътибор берилиши лозим.

Айни вақтда тизимдаги муассасаларнинг мавсумга тайёргарлиги ҳақидаги далолатномалар расмийлаштирилмоқда. Ушбу далолатномаларни расмийлаштириш жараёнида мутасадди ташкилотлардан ташқари тиббиёт муассасалари жойлашган ҳудуддаги фуқаролар йиғини раислари ҳам иштирок этишлари шарт.

**Ўйлаймизки, мавсумга тайёргарлик борасида олиб бoриладиган ишлар қиш фаслининг совуқ кунларида ўз самарасини беради. Тизимдаги даволаш-профилактика муассасаларида иситиш мавсумининг талофатсиз ўтишига ишонамиз.**

**Баҳодир ЭРҒАШЕВ,  
Соғлиқни сақлаш  
вазирлигининг комплекс фойдаланиш  
бошқармаси бошлиғи.**

## ПРИКАЗ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

психиатрические койки проработали свыше 350 дней в году, детские отоларингологические, неврологические - свыше 340 дней в году, в то же время инфекционные койки работали 270 дней, родильные койки 245 дней в году.

Необходимо констатировать, что количество коек и обеспеченность населения койками в республике в целом соответствует реальным потребностям населения стационарной помощи и дальнейшие сокращения коек в ряде регионов нецелесообразно и может негативно отразиться на качестве оказываемой медицинской помощи населению.

Учитывая вышеизложенное, в целях оптимизации сети и структуры ЛПУ Минздрава, а также во исполнение пункта 6 протокола заседания Социального Комплекса Кабинета Министров Республики Узбекистан от 5 апреля 2006 года.

### Утверждаю:

1. План мероприятий по оптимизации сети и мощности ЛПУ Республики Узбекистан на 2006-2009 годы, согласно приложению № 1.

### Приказываю:

1. Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан, начальнику Главного управления здравоохранения города Ташкента, начальникам областных управлений здравоохранения, руководителям республиканских учреждений:

1.1. Принять к руководству и исполнению утвержденные настоящим приказом I этап мероприятий по оптимизации сети и мощности ЛПУ Республики Узбекистан на 2006-2009 годы.

1.2. Ежеквартально, не позднее 5 числа следующего за отчетным периодом месяца представлять информацию по выполнению плана мероприятий по оптимизации сети и мощности ЛПУ в Управление реформирования, приватизации и платных услуг Министерства здравоохранения.

1.3. Перепрофилирование коечного фонда регионов проводить преимущественно за счет неэффективно работающих родильных (до 10 % коечного фонда) и инфекционных коек (до 10 % коечного фонда) с приведением работы койки в этих учреждениях к средним нормативам.

1.4. В срок до 1 октября 2006 года провести анализ работы коечного фонда ЛПУ районного, областного и республиканского уровня, в том числе по профилям деятельности и внести предложения по сокращению коечного фонда на 10 % от действующей мощности бюджетных коек, в основном за счет учреждений, функционирующих в условиях смешенного финансирования, для начала II этапа реструктуризации.

2. Постатпную реструктуризацию сети ЛПУ начать с 1 сентября 2006 года и осуществлять по следующему графику:

- 2006 год - в Сырдарьинской, Ферганской и Хорезмской областях;
- 2007-2008 годы - в Республике Каракалпакстан, Наманганской, Бухарской и Джизакской областях;
- 2007-2009 год в городе Ташкенте, Ташкентской, Сурхандарьинской и Андижанской областях;
- 2008-2009 годы - в Навоийской, Кашқадарьинской и Самаркандской областях.

3. Начальникам областных Управлений здравоохранения Сырдарьинской (Т. Б. Буранов), Ферганской (Ш. Хусанбаев) и Хорезмской (А. М. Сагиров) областей обеспечить выполнение мероприятий по оптимизации сети и мощности ЛПУ в 2006 году согласно графику постатпной реструктуризации.

4. Начальникам ГУЛПП (Ш. Х. Хашимов) ГУЭИФ (Б. О. Хашимов), ГУКиУЗ (Ш. Э. Атаханов), ГУОМид (К. Т. Ядгарова), ГУРМТБ (Н. Б. Каланов), ДГСЭН (С. С. Сайдалев), директору института Здоровья (З. Ж. Муталова) совместно с главным юрист-консультантом (И. П. Дудукина) разработать, утвердить и согласовать в установленном порядке следующие нормативные документы по реструктуризации и оптимизации сети мощности ЛПУ:

- 4.1. Номенклатуру лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения; срок - 1 месяц.
- 4.2. Нормативы по типам, мощностям и структуре учреждений здравоохранения на районном, городском и областном уровнях; срок - до 1 января 2007 года.
- 4.3. Стандарты оснащения различных типов медицинских учреждений; срок - постатпно в течение 2006-2007 годов.
- 4.4. Унифицированную структуру ЦРБ и ЦГБ; срок - 3 месяца.
- 4.5. Нормативные основы преемственности оказания услуг между детским отделением ЦРБ, областной детской больницей и системой экстренной и неотложной медицинской помощи; срок - 3 месяца.
- 4.6. Нормативы нагрузки врачей-специалистов и среднего медицинского персонала; срок - до 1 января 2007 года.

5. Управлению Реформирования, приватизации и платных услуг (А. А. Агзамов) ежеквартально не позднее 10 числа следующего за отчетным периодом месяца представлять руководству Министерства здравоохранения отчет о выполнении плана реструктуризации сети ЛПУ.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра А. М. Хаджибаева.

**Министр Ф. Г. НАЗИРОВ.**

**БРОНХИАЛ АСТМА ВА  
ҲОМИЛАДОРЛИК**

Сурункали бронхитнинг олдини олишда организмга салбий таъсир кўрсатувчи факторларни йўқотиш, чекишга қарши курашиш ва касб-кор билан боғлиқ зарарли омилларни камайитириш алоҳида ўрин тутади. Касалликни эрта аниқлаш ўсмир ёшдаги қизларни ёппасига тиббий кўрик ва флюорография текширишлар ўтказишдан бошланади. Зарарли ишлаб чиқаришда ишловчи ходимлар ҳам профилактик кўриқдан ўтиб туришлари зарур.

Бронхиа астма ҳомиладор ва туғиш ёшидаги аёллар орасида кўп тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. Унинг келиб чиқишида метеорологик таъсир ва дори аллергияларининг аҳамияти каттадир.

Бу касалликда насл суришининг 40 фоиздан 80 фоизгача ташкил этиши аниқланган бўлиб, бронхиа астма оналардан туғилган болаларнинг касал бўлиш эҳтимоли юқоридир. Унинг асосида туғма ва орттирилган иммунологик омиллар билан боғлиқ бронхлар гиперреактивлиги ётади. Бу жараёнда бронх-ўпка аъзоларида бўладиган этио-патогенетик ўзгаришлар ҳақида юқорида тегишли бўлимларда фикр юритилган эди.

Касалликнинг инфекция билан боғлиқ бўлган турида нафас қисил хуружи, совуқ қотиш, шамоллаш ҳамда организмда бошқа ўчоқли инфекциялар касалликлар (бронхит, гайморит, тонзиллит)нинг қайталаниши натижасида рўй беради. Шунинг учун туғиш ёшидаги ва ҳомиладор аёлларда учрайдиган инфекция ўчоқларини ўз вақтида санация қилиш катта аҳамиятга эга. Касаллик одатда нафас қисил хуружи, йўтал, йирингли балғам, интоксикация белгилари ҳамда тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланади. Хуруж вақтида кўпинча беморларнинг умумий аҳоли ўртача бўлиб, у мажбурий ўрин олади. Аҳоли оғирроқ беморларда яққол цианоз кузатилади, кучли йўтал безовта қилиб (бунда балғам ажраб чиқмайди), нафас қичариш қўйинлашади. Касаллик хуружи бошида нафас олиш биров тезлашиб, нафас шовқини эшитилиб туриши мумкин.

Кўкрак қафаси перкуссиясида қўтичга хос товуш аниқланади ва кўплаб микдорда жарангли курак хириллашлар эшитилади. Нафас қисил хуружи, балғам кўчиши, хириллашнинг камайиши, баъзи ҳолларда унинг батамом йўқолиши билан якунланади. Қонда лейкоцитлар ва эритроцитлар сонни ошади. Лейкоцитлар балғамда ҳам кўплаб топилади. Бронхиа астма-нинг аллергия турида нафас қисил хуружи инфекция хусусиятга эга бўлмаган аллергия, яъни чанг, айникаси, уй, ўсимлик чанглари таъсири билан боғлиқ бўлади. Нафас қисил хуружи асосан баҳор пайтида қайталанadi. Қон ва балғам анализидида эозинофилия кузатилади. Аллергия тур бронхлар астамада насл суриши 60 фоизгача бўлиши маълум. Касалликнинг дисгормонал тури узоқ муддат ва узлуксиз гормон моддаларидан фойдаланиб юрган беморларда кузатилади. Баъзи бир аёлларда эса у ҳайз кўриш циклига боғлиқ бўлиши

мумкин. Касаллик кечилишининг айрим аёлларда менопауза даврида ёки гипертиреоз ҳасталигида оғирлашиши кузатилади.

Ҳомиладор аёлларда астма турлича кечади. Айрим ҳолларда у оғир кўринишда, баъзан эса умуман хуруж қилмасдан ўтиши мумкин. Буни пролактиннинг Т-супрессор функционал активлигини камайитириши ёки ақсинча, хорион гонадотропинининг ошириши билан боғлиқ деб қараш мавжуд. Баъзи ҳолларда бронхиа астма биринчи ҳомиладорлик даврида пайдо бўлади. Бундай аёлларда нафас қисил хуружининг ҳомиладорлик бошида ёки унинг охирида ҳам кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда туғиш жараёнидан кейин бронхиа астма аёлларда нафас қисил хуружи ўз-ўзидан қолиб кетади. Шу билан бир

замнинг кўчиши ва нафас олишда тезлик параметрларининг ошишидан далolat беради.

«Унг ўпка» босқичида гиповентиляция юзага чиқса, у гиперкапния ва нафас ацидозни ҳолатларига олиб келади. Бунда цианоз кучайиб, психомотор қўзғалиш, эпилептиксимон туъқанақ кузатилади, улар ўз навбатида, гиперкапния оқибатидаги кома ривожланаётганидан далolat беради. Бронхиа астамага эга ҳомиладор аёллар маслаҳатхонасида диспансер кузатувида бўлишлари лозим. Уларда шамоллашнинг олдини олиш тадбирлари амалга оширилиши ҳамда астама хуружи қўзғил эҳтимоли борлиги туфайли унинг олдини олиш мақсадига бронхолитик моддаларни қўллаш тавсия қилинади. Бронхиа астама хуружи даврида, ҳомиладорлик қай-

реналин, атропин, кальций антагонистлари ҳомиладорлик пайтида берилмайди.

Астматик статусда эфедрин, адреналин, наркотиклар, антигистамин моддалари таъқиланади. Бундай ҳолатдаги беморларга қўйидаги дориларни бериш лозим: сода 4 % ли – 300,0-400,0 томир ичига томчилаб, глюкоза 0,5 % – 300,0 ёки физиологик эритма 200-300,0, преднизолон 60-90 мг дан ҳар 3 соатда – 30 мг дан; эуфилин 2,4 % – 10,0 ва ҳар 6 соатда 10,0 дан томир ичига. Бу дорилар иложи борица аста-секин томчилаб томир ичига 60-90 дақиқда юборилиши лозим. Агар касаллик иккинчи босқичда кечса, бемор интенсив палатага ўтказилиб, гормон микдори 2-3 марта оширилади, кардиотоник дорилар ҳамда юрак гликозидлари тавсия қилинади. Бун-

данқ айтиш мумкин. Уларда биринчи кунданок умумий камқувватлик, курак йўтал, балғам ажралишининг қўйинлиги кузатилади. Баъзан шамоллаш жараёни плевранинг диафрагма яқин қисмида бўлса, беморлар қорнининг юқори қисмида оғрик борлигиндан шикоят қилади. Бундай ҳолларда ҳомиладор аёлни гинеколог билан биргаликда кўриш лозим. Кейинроқ кўпчилик ҳолларда ёпишқоқ, кўнжир рангли эритроцитлар борлигиндан қўйин кўчувчи балғам ажрала бошлайди. Бундай ҳолат 5-10 кун сақланиб, бемор кўкрак қафасида кучли оғрик бўлиши, унинг тез-тез йўталиши, ҳаво етишмовчилигини сезиши ва нафас олишининг тезлашиши, ўпканин зарарланиши бор тоънада ўпка экскурсияси секинлашишига қўриқ бўлади.

Бемор кўриқдан ўтказилганда, аҳолининг оғирлиги, баъзи ҳолларда эс-хушининг қоронгилашганлиги, бошини баланд қилиб кўкрак қафасининг зарарланган томонидида ётиши мажбурий ҳолат каби кўзга ташланади. Агар зотилжамда ўпканин юқори бўлган зарарланган бўлса, ёноқ чегараланган ҳолга қизарган (тегишли томонда) бўлади. Бунга патологик жараёнининг бўйин симпатик туъунини қамраб олиши сабаб бўлади. Касалликнинг ўткир даврида нафас олиш қийинлашади.

Ўпкада газ алмашинувининг бузилиши натижасида бемор лаблари цианозга (кўқариши) пайдо бўлади. Беморнинг ўпкасидаги қўйилиш (зичлиниш босқичи) даврида зарарланган бўлак устида перкуртор товушнинг бўғиқлиги кузатилади, бу эса ўпка тўқимаси каттиқлашганидан дарак беради. Зарарланган ўпка бўлган устида пайсалган везикуляр нафас ва крепитация, кейинчалик бронхиа астама, зотилжамнинг сўрилиш жараёнида эса қаттиқ нафас ва яна крепитация эшитилади. Агар юқоридаги жараён висцерал ва париетал плеврага ҳам ўтган бўлса, бу ҳолда ушбу параднинг ишқаланиш шовқини эшитилиши мумкин. Шунинг алоҳида кўрсатиб ўтиш лозимки, крепитация дифференциал белгилар ичидида эса асосийси ҳисобланади ва у ўткир зотилжамнинг бошқа турларида учрамаслиги мумкин. Қонда нейтрофил лейкоцитоз, лимфопения, эозинопения ва ЭЧТ тезлашиши кузатилади. С-реактив оқсил кўрсаткичлари ошади, жигарнинг токсик зарарланиши натижасида тикланган билирубин ортиши мумкин. Ҳомиладорликнинг дастлабки уч ойлигида рентген усулида текшириш мутлақо таъқиланади. Даволашнинг асосий йўналишида касалликни ўз вақтида аниқлаш ва беморни зудлик билан касалхонага ётқизиш катта аҳамиятга эга.

Даволаш чоралари қўйидагиларга қаратилган бўлиши керак: касаллик кўзгатувишига таъсир қилиб, захарланмиш (интоксикация) белгиларини камайитириш ва олдини олиш; ялдилганиш реакциясини йўқотиш; ўпканин дренаж функциясини тиклаш; организмнинг иммунологик реактивлигини ошириш ва асоратлар келиб чиқилишининг олдини олиш.

**Абдулла УБАЙДУЛЛАЕВ,**  
академик.  
(Давоми бор).

*Умумий амалиёт врачларига амалий ёрдам*

**НАФАС АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ  
ВА ҲОМИЛАДОРЛИК**

қаторда касаллик оғир оқибатларга ҳам олиб келиши мумкин.

Ҳомиладор аёлларда бронхиа астма ва айникаси, астматик статусни ўз вақтида аниқлаш ва комплекс даволаш шифокор учун ўта долзарб вазифадир. Астматик статус шиддатли ва узоқ давом этувчи нафас қисил хуружи бўлиб, унда одатдаги даво чоралари кор қилмайди. Бу ҳолат учун қоннинг газ таркибидида сезиларли ўзгаришларнинг бўлиши хосдир. Унинг икки тури фарқланади: 1) анафилактик – бунда астама хуружи бир неча соат ичидида юзага келади; 2) метаболлик – астама хуружи бир неча кун ва ҳафта ичидида келиб чиқади. Астматик статус уч босқичда кечади: I – нисбий компенсатор, II – декомпенсатор ҳамда III – коматоз.

Унинг келиб чиқиш асосий сабаблари қўйидагилардан иборат: 1) даволашдаги хатоликлар; 2) дори моддаларини етарли микдорда тавсия қилмаслик; 3) дори моддаларини (гормонларни) асоссиз таъқиллаш; симптоматик, антигистамин ва седатив дори моддаларини ҳаддан зиёд кўп ишлатиш. Булардан ташқари, дори аллергияси, бронхлар дренажининг бузилиши ва бронхопультмонал инфекциялар ҳам катта ўрин тутади.

Шунинг алоҳида қайд этиш лозимки, астматик статус беморнинг ҳаётига жиддий ҳавф солиб, уни зудлик билан даволашни талаб қилади, ваҳоланки, хуружининг авжи даврида ўлим ҳолати рўй бериши мумкин. Бронхиа астама бронхлар реактивлигининг ошиб бориши асосида аста-секин ривожланиб боради. Астама жараёнининг кучайиши билан нафас олиш мушкуллари таранглиги ошади, нафас қичариш чуқурлиги камайиб, нафас олиш юзаки, кўкрак қафаси экскурсияси сезилмас даражада бўлиб қолади. Ўпканин айрим жойларида нафас олишнинг эшитилиши кузатиляди. Бемор умумий аҳолининг ва ундаги нафас қисил хуружининг оғир бўлишига қарамай, физикал белгилар анча юзаки бўлади. Астматик статусли бемор ўпкасида кўплаб хириллаш товуши эшитилса, унга аҳолининг яхши бўлишга мойил белгиси деб қараш керак, чунки бу ҳол бал-

си муддатда бўлишидан қатъи назар, бемор аёл касалхонага ётқизиши даркор.

Касалликнинг енгилроқ турларида дори моддаларини эндохронхиа ва ингалиция йўли билан ишлатиш тавсия қилинади. Масалан, эуфилин 2,4 % – 5 мл, новокаин 0,5 % – 5 мл, аскорбин кислота – 3 мл, димедрол 1 % – 0,5 мл ишлатилиши мумкин. Ингалиция учун керак бўлса антибиотик, антигистамин ва фермент препаратлар (трипсин, химотрипсин)дан фойдаланиш мумкин. Бронхиа астма даволашда уни юзага келтирган асосий сабабларни аниқлаш ва этиотроп чораларни кўриш катта аҳамиятга эга. Касалликнинг инфекцияга оид турида мавжуд сурункали инфекция ўчоқлари санация қилинади. Касалликнинг бу турида керакли асослар бўлганда антибиотиклар қўлланилади. Оксациллин 0,5 г дан ҳар 6-8 соатда ёки шу микдорда ампициллин инъекция ёки ичга хабдори ҳолида қўлланилади. Бронхолитиклар ва бронхлар фаолиятини яхшилайдиган дори моддаларидан қўйидагилар тавсия қилинади: натрия гидрокарбонат – 4 % – 200 мл томир ичига томчилаб юборилади. Узоқ муддат таъсир қилувчи ва профилактика учун мўлжалланган бронхолитиклардан теопек, ретифил, теартар ва бошқаларни қўллаш мумкин. Булар 1 хабдори билан кунига 2 маҳал ичилади. Бундан ташқари, дозаланган аэрозоллардан (беротек, салбутамол, дитак ва бошқалар) кенг қўламда фойдаланилади. Балғам кўчирувчи ва балғамни юмшатувчи дори моддалари (мукалтин, алтей дамламаси, бромгексин ва бошқалар) ҳам тавсия қилинади.

Касалликнинг атопик турида қисқа муддатга антигистамин препаратлари қўлланилади. Ҳомиладорликнинг дастлабки уч ойида фенкарол, интал, китотифен бериш таъқилланади. Оғир кечган нафас қисил хуружларида, таркибидида гормон бўлган, дозаланган аэрозоллар (бекотид, бекломент, ингакорт) ишлатилади. Башарти, улар ёрдам бермади, преднизолон кичик дозада қисқа муддатга ичга ёки инъекция ҳолида тавсия қилинади. Ад-

да беморнинг аҳоли яхшиланмаси, уни сунъий нафас олдириш аппаратида ўтказиш лозим. Касалликнинг III босқичи жуда оғир ўтиб, унда ўлим 70-80 % ни ташкил этади. Шу сабабли бемор астматик статусдан иложи борица унинг бошланғич даврида қичарилиши керак. Бронхиа астамага чалинган аёлларга ҳомиладор бўлиш қатъий таъқиланмайди. Агар ҳомиладорлик даврида астматик статус тез-тез такрорланиб ҳамда нафас, юрак-ўпка етишмовчиликлари белгилари бўлса, ҳомиладорликнинг дастлабки муддатларида аборт қилиш, кечки муддатларида эса вақтидан олдин туғдириш, туғрук пайтида акушерлик қисқичларидан фойдаланиш тавсия қилинади.

**ПНЕВМОНИЯ**

Маълумки, ўткир зотилжам (пневмония) ўпканин барча тўқима элементлари зарарланиши билан кечади. Клиник ва морфологик белгиларига қараб крупоз ва ўчоқли зотилжам турлари ажратилади. Ўткир зотилжамнинг бирламчи, яъни алоҳида келиб чиқадиган ва иккиламчи – бошқа хасталиклар фонидида келиб чиқадиган турлари мавжуд. Ўткир зотилжамга олиб келувчи омиллардан юқори нафас йўллари вирусли инфекциялари, бронхиа астама дафракцияси, организмдаги иммун танқислик, алкоголь ва чекишларни кўрсатиб ўтиш лозим. Қўйида ўткир зотилжамнинг ҳомиладор аёл организмидида ҳомилага салбий таъсир кўрсатувчи баъзи бир турлари билан танишиб чиқамиз.

**КРУПОЗ ПНЕВМОНИЯ**

Крупоз пневмония ҳомиладор аёлларда жуда оғир кечади ва ҳар хил асоратларга олиб келиши мумкин. Бунга сабаб ҳомиладорликда, айникаси, унинг иккинчи ярмида диафрагманинг юқори кўтарилиши, ўпка нафас олиш юзасининг камайиши ва экскурсиянинг чегараланганлиги, юрак қон-томир системасига қўшимча функционал оғирлик тушиши ва бошқалардир. Касалликнинг бошланиши ўткир бўлиб, у тана ҳароратининг 39-40°С га кўтарилиши, титраб-қақшаш билан характерланади. Айрим вақтларда хасталанишининг бошланган соатигача

(Давоми. Боши ўтган сонларда).

В помощь врачам общей практики

# КРАНИОБАЗАЛЬНЫЕ ТРАВМЫ

**Синдром премооторной зоны.** В тех случаях, когда местом приложения силы служит чешуя лобной кости, а повреждения орбиты и верхних придаточных пазух носа являются продолженными со свода черепа, обнаруживаются симптомы нарушения функции премооторной зоны лобных долей. Без признаков поражения других отделов лобных долей этот синдром встречается при относительно легких ударах ограниченным по форме предметом. При этом отмечается двигательная или речевая персеверация: повторяющиеся движения конечностей, пальцев, повторение отдельных слов или фраз, а также нередко появляются глотательный феномен.

При более тяжелых травмах синдром премооторной зоны сочетается с признаками поражения базальных и полюсных отделов лобных долей. В этих случаях иногда появляются атектоподобные движения в пальцах контроллаторных конечностей, ритмические сокращения мышц лица. У части пострадавших в первые дни после травмы сохраняется пластический тонус в мышцах противоположных конечностей. Иногда у них отмечается динамическая апраксия - различной степени выраженности нарушения сложных движений. Важным симптомом поражения премооторной зоны является лобная атаксия, объясняемая поражением лобно-мосто-мозжечковых связей. Нарушение походки, выявляемое при поступлении в стационар, у большинства пострадавших регрессируют в первые дни после травмы.

**Синдром передней центральной извилины.** Нарушение функции передней центральной извилины при краниобазальных травмах проявляется центральным парезом лицевого и подъязычного нервов, легкой сухожильной анизорефлексией в конечностях.

В подавляющем большинстве случаев пирамидная симптоматика выявляется уже при госпитализации больных. Вовлечение центральных извилин в патологический процесс, вероятно, чаще обусловлено не непосредственным их поражением, а гемо- и ликвородинамическими нарушениями, перифокальным отеком мозга вокруг контузионных очагов лобных долей. Возможно поэтому, более чем у половины больных с пирамидной симптоматикой отмечается его регресс в течение первых трех недель после травмы. Моно- и гемипарезы конечностей при краниобазальных травмах чаще обусловлены сдавлением передней центральной извилины, внутричерепными гематомами, латеральной локализацией, так как после их удаления парезы быстро регрессируют.

**Повреждения черепно-мозговых нервов.** Одним из наиболее частых признаков краниобазальных травм является поражение обонятельного нерва на основании передней черепной ямки. Одно или двусторонняя гипо- или anosmia субъективно большинством больных не определяется и выявляется лишь при целенаправленном ринологическом исследовании.

Нарушение остроты зрения обусловлено повреждением зрительного нерва или хиазмы у половины больных. У остальных больных это связано непосредственным повреждением зрительного нерва устанавливается на основании

возникшей непосредственно после травмы односторонней слепоты или резкого снижения остроты зрения с отсутствием прямой реакции на свет и сохранением содружественной с другого глаза.

Нарушения движений глазных яблок можно разделить на три группы: центральные, периферические и местные.

К нарушениям центрального типа относятся такие, при которых имеются признаки нарушения связей между ядрами черепно-мозговых нервов, иннервирующих мышцы глаза и вышележащими отделами центральной нервной системы. К этой группе можно отнести больных с парезами взора вверх, снижением конвергенции, «блуждающим взором», симптомом Маханди, а также больных с нистагмом, который возникает вследствие нарушений корково-подкорковых взаимоотношений в деятельности вестибулярного анализатора.

К периферическим нарушениям относятся повреждения глазодвигательных нервов. При повреждении глазодвигательного нерва возникают расходящееся косоглазие, мидриаз и птоз на стороне поражения. Для поражения отводящего нерва характерны сходящееся косоглазие или недомоведение глазного яблока кнаружи, диплопия при взгляде в сторону поврежденного нерва.

При массивных краниобазальных повреждениях, когда переломы стенок орбиты и основания черепа распространяются на крыльчатую основную кости, у больных возникает «синдром верхней глазничной щели» (одновременное поражение III, IV, VI и верхней ветви V черепно-мозговых нервов), проявляющиеся офтальмоплегией или грубым офтальмопарезом, экзофтальмом, снижением корнеального рефлекса, птозом.

К группе с местными нарушениями движений глазного яблока относятся больные с непосредственным повреждением мышц глаза, сдавлением глазного яблока, а также больные с выраженными кровоизлияниями в мягкие ткани орбиты, сопровождающимися хемозом и отеком век.

Повреждения тройничного нерва чаще проявляются нарушениями в зоне верхней ветви в связи с непосредственным его повреждением в области надбровной дуги, реже - при сочетании данного вида травмы с повреждениями верхней челюсти - гипестезия в зоне его средней ветви.

Распространение повреждения основания черепа на пирамиду височной кости вызывает периферические парезы лицевого нерва, снижение слуха на стороне перелома (повреждение VIII пары).

## ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ КРАНИОБАЗАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

**Субарахноидальные кровоизлияния.** Для данного вида кровоизлияния характерны головная боль с преимущественной локализацией в затылочной, височной и надбровной областях, боли за глазами, заложенность, чувство песка в глазах. Одновременно отмечаются положительные симптомы Кернига, Брудзинского, верхний, средний и нижний симптомы, ригидность затылочных мышц, гипертермия, лейкоцитоз. Обнаружение примеси эритроцитов в исследуемом лик-

воре позволяет объективизировать диагноз. Однако у части больных пожилого и старческого возраста, несмотря на наличие крови в ликворе, клинически менингеальный синдром не выявляется.

**Внутричерепные оболочечные гематомы.** При краниобазальных травмах встречаются три типа локализации оболочечных гематом: лобно-полюсная, конвексальная и базальная.

Общими для этих групп являются общемозговые и психопатологические симптомы, обусловленные наличием контузионных очагов лобных долей и часто сопутствующими гематомами. Психомоторное возбуждение, негативизм, заторможенность, адинамия у части больных в первые часы после травмы могут расцениваться как варианты «лобного синдрома», что затрудняет своевременное распознавание нарастающей компрессии мозга.

**Конвексальные гематомы.** Для конвексальных гематом наиболее характерными признаками являются гемипарезы, повышение тонуса мышц и оживление сухожильных рефлексов. Конвексальные гематомы вызывают более медленный темп возникновения ствольного синдрома. Как правило, он развивается при поздней госпитализации пострадавших на фоне яркой компрессии головного мозга.

**Базальные гематомы.** Преимущественная локализация гематом на основании передней черепной ямки проявляется, прежде всего, выраженными глазодвигательными нарушениями, мидриазом, птозом, снижением реакции зрачка на свет на стороне гематомы. Пирамидные нарушения при этих гематомах носят брахиофасциальный характер - отмечаются центральные парезы лицевого и подъязычного нервов, повышение сухожильных рефлексов в руке на противоположной гематоме стороне. Развитие ствольного синдрома при такой локализации гематомы происходит очень быстро. Дислокация мозга вызывает сдавление ствола о противоположной край теменной области. При этом развивается гемолатеральный гематомный парез, присоединяются снижение корнеальности и зрачкового рефлексов, глазодвигательные нарушения и с противоположной стороны, отмечается симметричное повышение артериального давления.

**Лобно-полюсные гематомы.** Клиника оболочечных гематом, локализующихся в полюсно-базальных отделах лобной доли также имеет свои особенности. К ним относится отсутствие гемии и монопарезов конечностей, нарушение чувствительности по гемипиту. Имеющаяся у части больных легкая пирамидная симптоматика в виде сухожильной анизорефлексии, асимметрии лица и девиация языка носит рассеянный характер. Постоянным симптомом является локальная, нарастающая в динамике головная боль в лобной области и соответствующем глазном яблоке. Важным признаком лобно-полюсных гематом может быть динамика психопатологических нарушений. Отмечаются в первые часы после травмы психомоторное возбуждение, эйфория или негативизм в течение первых часов или суток сменяются адинамией, заторможенностью. Возникновение тементарного вклинения с данной ло-

кализацией гематом также начинается очень быстро. При этом появляются парез взора вверх, двустороннее снижение корнеальных рефлексов, двусторонние патологические рефлексы. Если не принять экстренных мер по ликвидации дислокации мозга, могут возникнуть горметония, нарушения дыхания и сердечной деятельности, что приведет к летальному исходу.

При краниобазальных травмах отмечаются особенности в темпе развития эпи- и субдуральных гематом. При равном объеме темп развития латерально расположенных эпидуральных гематом выше, чем субдуральных. В то же время при лобно-полюсной их локализации картина иная: темп нарастания компрессии и дислокации мозга при субдуральных гематомах значительно выше, чем при эпидуральных.

**Внутримозговые гематомы.** Симптоматика внутримозговых гематом в зависимости от локализации практически не отличается от клиники оболочечных гематом при лобно-полюсной и лобной локализации, тем более, что у многих больных внутримозговые гематомы сочетаются с оболочечными той же локализацией. Следует лишь отметить, что нарастание симптомов дислокации при сочетании оболочечных и внутримозговых гематом происходит значительно быстрее, чем при одиночных оболочечных или внутримозговых гематомах.

**Внутрижелудочковые кровоизлияния.** Данный вид внутримозговых кровоизлияний встречается у пострадавших с крайне тяжелыми повреждениями головного мозга.

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

**Обзорная рентгенография.** Начальным этапом диагностики переломов костей черепа является традиционная обзорная рентгенография, при которой можно получить ценную информацию. Наличие на рентгенограммах костных повреждений, их характер, смещение и распространение повреждений на придаточные пазухи носа и стенки орбиты делают клинический диагноз данного вида ЧМТ более достоверным.

Для линейных переломов черепа характерны симптомы «прямолитности», «зигзагообразности», «прозрачности» и «раздвоения». При распространении линии перелома на орбиту и придаточные пазухи носа показаны дополнительные снимки черепа.

**Рентгенография по специальным укладкам.** В связи с особой сложностью анатомического строения костей основания черепа, обзорная рентгенография в двух стандартных проекциях не дает достоверной информации. Для визуализации переломов основания черепа применяются рентгенограммы по специальным укладкам. С целью уточнения переломов передней черепной ямки применяется укладка по Ризе. Переломы верхне-внутренней стенки орбит, граничащих с лобной пазухой и решетчатом лабиринтом, и канала зрительного нерва хорошо выявляются при данной укладке.

Для визуализации переломов пирамиды височной кости приме-

няется укладка по Стенверсу, которая наиболее информативна при распространении линии перелома с передней на среднюю черепную ямку с поперечными и косыми переломами пирамиды височной кости. Переход линейных переломов с чешуи лобной на чешую височной кости нередко вызывает продольные переломы пирамиды. Данные переломы лучше выявляются на снимках по Шюллеру.

В случаях распространения переломов основания в заднюю черепную ямку необходимы задние полуаксиальные снимки.

**Компьютерная томография.** Внедрение в широкую практику компьютерной томографии сделало диагностику переломов основания черепа более информативной.

Аксиальная компьютерная томография в костном режиме дает полную информацию о характере повреждений основания черепа.

Важное значение для диагностики повреждений и основания черепа имеет компьютерная томография в D3 режиме. При этом создается пространственное, трехмерное изображение структур основания черепа. Структуры основания черепа исследуются в послыном режиме сканирования, толщина среза составляет 2 мм. Полученные КТ-данные, анализируются на аксиальных срезах, а также MPR и SSD реконструкциях. При необходимости производится просмотр изображений с использованием высокопрорезающего алгоритма реконструкции, который способствует лучшей визуализации тонких костных структур основания черепа, таких как пирамида височной кости, решетчатые кости.

Таким образом, СКТ является высокоинформативным методом при исследовании пострадавших с переломами костей основания черепа. Эффективность диагностики еще больше повышается при использовании спиральной компьютерной томографии в сочетании с использованием методик постпроцессорной обработки: мультипланарных (MPR) и трехмерных (SSD) реконструкций, а также просмотра изображений с высокопрорезающим алгоритмом реконструкций.

У всех пострадавших необходимо проведение оториноларингологического обследования для объективной оценки характера повреждений и ЛОР органов и уточнения локализации ликворной фистулы при ликворее.

Для дифференциальной диагностики гемаликвореи с геморреей проводится проба «двойного пятна», где выявляется светлый ободок вокруг темного пятна на марлевой салфетке.

В настоящее время все чаще применяется метод визуализации ликворной системы - КТ-цистернография с контрастированием. Метод применяется у пострадавших с краниобазальными травмами, осложненными ликвореей. Для этого за 20-30 минут до проведения КТ исследования больному эндолумбально вводится контрастное вещество (омнпак). Если нет противопоказаний, головной конец больного опускается на 20-30°. На КТ-граммах отмечаются «ликворные дорожки». Информативность этого метода в остром периоде травмы до 90%.

**М. КАРИЕВ, профессор, М. МИРЗАБАЕВА, доктор медицинских наук, З. МУМИНОВА, нейрохирург, Республиканский научный центр нейрохирургии.**

(Продолжение следует).

(Окончание. Начало в предыдущих номерах).

## Специалист предупреждает

Общий объем вводимого солевого раствора определяется количеством потерянной с испражнениями и рвотными массами жидкости (например, если за 2 ч после окончания струйного введения раствора больной потерял 3 л жидкости, ему необходимо ввести за этот же период такое же количество солевого раствора).

При появлении пирогенной реакции на вводимый реакевой раствор (озноб, повышение температуры тела) жидкость вводят более медленно и назначают внутривенно через инфузионную систему по 1-2 мл 2 % раствора промедола и 2,5 % раствора пипольфена или 1 % раствора димедрола. При более выраженных реакциях внутривенно вводят 30-60 мг преднизолона.

При прекращении рвоты больным назначают тетрациклин внутрь по 0,3 г 4 раза в сутки в течение 5 дней. Материал для бактериологического исследования берут до назна-

тые оболочки дыхательных путей, пищеварительного тракта, конъюнктиву. Способ проникновения возбудителя в организм определяет клиническую форму заболевания. От места проникновения возбудителя распространяется лимфогенным путем с размножением в клетках ретикулоэндотелиальной системы и особенно бурно в лимфатических узлах, что приводит к воспалению с вовлечением в процесс окружающих тканей и образованию конгломерата - первичного чумного bubo (бубонная форма чумы). При лимфогенной генерализации развивается вторичная септическая форма чумы с преимущественным поражением легких, кишечника и других тканей и органов.

**Симптомы, течение.** Инкубационный период равен обычно 2-3 дням, однако он может укорачиваться и удлиняться до 8-10 суток. Заболевание начинается внезапно без продромального периода с сильного озноба, головной и мышечных болей, бреда, быстрого повышения темпе-

стекловидной мокроты, в которой содержится бесчисленное количество чумных палочек. Длительность болезни при легочной форме чумы исчисляется часами или 1-2 днями. Смерть наступает при развернутой клинике эндотоксического шока, нарастающих явлениях нарушения кровообращения.

Поражение кишечника характеризуется обильным, жидким, часто гнойно-кровянистым стулом, рвотой, парезом кишечника. Длительность болезни, как и при легочной форме, не превышает 1-2 дня. Смерть наступает при явлениях эндотоксического шока. Изредка при чуме встречается кожная форма.

В области входных ворот на коже появляется пятно, резко болезненное с первых часов, которое переходит в папулу, везикулу, пустилу. Последняя увеличивается, вскрывается с образованием язвы и развитием воспали-

тельного. После выписки из госпиталя рековалесценты подлежат медицинскому наблюдению в течение 1 года. С целью выявления носительства их обследуют на протяжении первого месяца 1 раз в 10 дней, в последующем 1 раз в 1 месяц. Работников пищевых и приравненных к ним объектов после выписки из госпиталя допускают к работе после пятикратного ежедневного бактериологического обследования с приемом слабительного перед первым исследованием. Кроме того, проводят однократное дуоденальное зондирование с последующим бактериологическим исследованием желчи.

**Прогноз при бубонной форме чумы и своевременном лечении благоприятный. При синтетических формах даже при своевременно начатом лечении прогноз сомнительный.**

**Профилактика.** При подозрении на чуму больных немедленно госпитализируют. При выявлении подобных больных на дому, в гостинице, на транспорте врач до их госпитализации принимает меры к изоляции больного от окружающих лиц, немедленно сообщает о заболевшем главному врачу своего учреждения и надевает противочумный костюм, в котором сопровождает больного до места госпитализации и помещается в госпиталь для контактировавших лиц наблюдения и проведения

экстренной превентивной терапии. Туда же госпитализируют и других лиц, бывших в контакте с больным. Главный врач ставит в известность о случившемся центр санитарно-эпидемиологического надзора и соответствующий городской или районный отдел здравоохранения. Весь медицинский персонал, обслуживающий больных, работает в противочумных костюмах и после работы приходит полную санитарную обработку. Персонал находится на казарменном положении и за ним ведется тщательное медицинское наблюдение с двукратным ежедневным измерением температуры тела. В помещениях, где размещены больные, проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

**Мероприятия в отношении инфекционных больных и лиц, соприкасавшихся с ними.**

**Холера.** Больных и рековалесцентов с явным заболеванием и вибрионосителей изолируют в холерном госпитале, при подозрении на холеру - в провизорном. Изоляция больного прекращается после полного клинического выздоровления и трехкратного исследования испражнений с отрицательным результатом (с 5-дневным перерывом между исследованиями). Первое исследование проводят через 24-36 часов по окончании лечения антибиотиками, после приема

тибиотиками. Для выявления больных и бактерионосителей среди лиц, выезжающих за пределы очага, создаются observation points, где им обеспечивают медицинское наблюдение в течение 5 дней и обследуют на носительство возбудителя.

**Чума.** Больные чумой подлежат обязательной госпитализации в специально развернутые госпитали. Выписка допускается не ранее чем через месяц после исчезновения всех симптомов при условии отрицательных результатов бактериологического обследования. При бубонной форме чумы бактериологическое исследование пунктатов бубонов проводят двукратно с промежуток в 2 дня; при первичной легочной чуме и метастатической пневмонии, необходимы отрицательные результаты многократных бактериологических исследований мокроты. После выписки медицинское наблюдение в течение 3 месяцев.

Подлежат изоляции в специальные изоляторы лица, общавшиеся с больными чумой, трупами, зараженными вещами, участвовавшие в вынужденном забое больного животного и т.д. При легочной форме чумы проводится индивидуальная изоляция контактировавших лиц.

**Изоляция прекращается через 6 дней после разобщения с больным при нормальной температуре тела (при обязательной термометрии 2 раза в день утром и вечером). Всем контактировавшим проводят курс профилактического лечения стрептомицином по 0,5 г в/м 2 раза в сутки. В зависимости от эпидемиологических особенностей заболевания определяют зону, в которой проводят термометрию всему населению. Всех лихорадящих больных, выявленных при повторных осмотрах, помещают в провизорный госпиталь. При возможности передачу инфекции блохами карантин устанавливают на 12 дней после проведения дезинфекции.**

Т. ЗАХАРОВА,  
врач-эпидемиолог  
г. Чирчик, Ташкентская область.

# ОБЕСПЕЧИМ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ БЕЗОПАСНОСТЬ РЕСПУБЛИКИ

чения тетрациклина. Сердечные гликозиды, прессорные амины, плазму, кровь, коллоидные растворы применять для выведения больных из гиповолемического шока при холере не рекомендуются.

**Прогноз при своевременном начатом лечении больных холерой, в том числе с крайне тяжелым течением, благоприятный.**

**Профилактика.** При подозрении на холеру больных немедленно госпитализируют. При выявлении подобных больных на дому, в гостинице, на транспорте врач до их госпитализации принимает меры к изоляции больных от окружающих лиц и немедленно сообщает главному врачу своего учреждения. Главный врач ставит в известность о случившемся Центр санитарно-эпидемиологического надзора и отдел (городской, районный) здравоохранения.

Одновременно составляется список лиц, соприкасавшихся с больным; после госпитализации больного их помещают в отделение для контактировавших. В помещении, где находился больной холерой, после его госпитализации проводят заключительную дезинфекцию.

**Чума - острая инфекционная природно - очаговая болезнь, вызываемая чумным микробом. Характеризуется тяжелым течением, лихорадкой, поражением лимфатических узлов.**

**Этиология, патогенез.** Возбудитель чумы - Pasteurella pestis - устойчив к низким температурам, не выдерживает нагревания и при 100°C гибнет в течение 1-5 мин. Попадает в организм через кожу, слизис-

татуры тела до 39-40°C и выше. Речь заболевшего невнятная, заплетаясь. Лицо гиперемировано, цианотично, склеры инъекцированы, губы сухие, язык обложен белым налетом. Дыхание поверхностное, частое, тоны сердца глухие, АД низкое, пульс частый. Наиболее часто (до 80 % случаев) встречается бубонная форма чумы. Воспаление лимфатических узлов развивается обычно вблизи от места входных ворот - в паховой, подмышечной областях, в подчелюстной области, на боковой поверхности шеи и т.д.

Воспаленные лимфатические узлы резко болезненны, спаяны с окружающими тканями, кожа над бубоном гиперемирована, нередко имеется выраженный обширный отек клетчатки. Больные в этом периоде без лечения обычно умирают от эндотоксического шока при выраженных нарушениях кровообращения. При благоприятном течении и лечении бубон может полностью рассосаться или вскрыться с последующей заменой рубцовой тканью.

Нередко бубонная форма чумы ослабляется вторичным чумным сепсисом, клиника которого будет зависеть от преимущественного поражения того или иного органа легких, кишечника, мозговых оболочек и т.д. Легочная и кишечная формы чумы являются частыми случаями вторичного чумного сепсиса, ибо при аэрогенном и алиментарном заражении возбудитель первично размножается в лимфатическом аппарате легких или кишечника и только отсюда поступает в кровь, приводя к гематогенной диссеминации. Поражение легких характеризуется режущими болями в груди, прогрессирующей одышкой, цианозом, тахикардией, кашлем с выделением сначала пенистой, а затем кровянистой

тельного валика, в зоне которого образуются дочерние пузырьки.

Прилегающие ткани отечны, красно-багрового цвета. Обычно одновременно с поражением кожи имеется и чумный бубон. Эта форма чумы также протекает тяжело и без лечения заканчивается летально в 50-90 % случаев.

Диагностика основывается на эпидемиологических предпосылках и клинических данных. Диагностика первых случаев представляет определенные трудности. Окончательный диагноз устанавливается лишь при бактериологическом подтверждении.

**Лечение.** Экстренные лечебные мероприятия представляют собой сочетание патогенетической, т.е. направленной на устранение гемодинамических нарушений (падение АД, тахикардия, одышка, цианоз, отек мозга, геморрагический компонент, острая почечная недостаточность), и этиотропной терапии. Объем инфузионной терапии определяется стабилизацией гемодинамических показателей и может варьировать от 5 до 40 литров. Наиболее пригодны растворы типа "три-соль" в сочетании с коллоидными препаратами, которые способствуют выведению токсинов из организма, восстановлению микроциркуляции. Коллоидные препараты вводят в количестве 1/4 объема вводимой жидкости. Помимо этого, больные нуждаются в массивной кортикостероидной (от 400 мг до 2-5 г преднизолона в сутки) и интенсивной кардиальной (1мл 0,06 % раствора коргликона или 0,5 мл 0,05 % раствора строфантина 2 раза в сутки).

Этиотропная терапия проводится антибиотиками, в основном тетрациклинового и стрептомицинового ряда. При бубонной форме чумы тетрациклиновые препараты дают в дозе 4-6

*Будьте здоровы***НА СЛУЖБЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА**

**Жизнь... Какой большой, поистине бесконечный смысл заключен в этом слове. Порой в круговороте событий мы даже не уделяем достаточного внимания на всю ценность этого подарка. А беречь и дорожить жизнью обязан каждый. Естественно, осуществляется это путем сохранения здоровья. Ведь именно крепкое здоровье является неотъемлемой частью благополучия и долголетия. Недаром издавна наши предки ценили и пропагандировали ведение здорового образа жизни... Так в трудах великого Гиппократа и Абу Али ибн Сино мы неоднократно встречаемся с рекомендациями по ведению правильного образа жизни, воспитания гармонично развитого молодого поколения.**

Государством сегодня уделяется большое внимание совершенствованию системы здравоохранения. Как в практике исцеления людей, так и в теории преподавания медицинской науки внедряются новейшие технологии. Оснащение лечебных учреждений современными технологиями, качественное обучение молодых кадров является приоритетом в работе по охране здоровья населения.

Суммируя вышеизложенное, мы убеждаемся, что действительно в нашей республике медицина работает для людей, во благо людей. Провозглашение 2005 года Годом здоровья, а 2006 года Годом благотворительства и медицинских работников стало очередной ступенью в совершенствовании системы здравоохранения. Деятельности специализированных медицинских центров, организации работы учреждений экстренной и первичной медицинской помощи, профессионализму медицинского персонала может позавидовать каждый.

Одним из таких примеров активной работы мы можем привести работу 1-ой Республиканской клинической больницы. На примере успешной деятельности отделений восстановительного лечения и отделения физиотерапии мы убеждаемся в правоте вышеперечисленного.

Из беседы с заведующей отделением восстановительного лечения врачом высшей категории и отличника здравоохранения Ниязатовой Дильшод Хамидовной мы ознакомились с фрагментами из жизни отделения.

— Действительно, здоровье это великий дар, благодаря которому, мы живем, трудимся, воспитываем подрастающее поколение. Беречь и ценить же этот дар является нашей главной миссией. Конечно, выполнение данной задачи в основном возлагается на медицинских работников — хранителей здоровья.

В 1-ой Республиканской клинической больнице созда-

ны все необходимые условия для полноценного и качественного лечения пациентов: это современная медицинская техника, мастерство медицинского персонала, четко выполняющего свои профессиональные обязанности, отличная организация и руководство их работой. Ведь что может быть лучше для врача, чем видеть довольные улыбки на лицах пациентов, их родных и близких.

Но, к сожалению, сегодня

это добывается путем кропотливой работы над собой, постоянного повышения уровня знаний, как и в теоретической и практической медицине, так и в общении с пациентами.

Можно с уверенностью сказать, что в отделении созданы все условия для пациентов, для их полного выздоровления и укрепления жизненных сил.

Да, в беседе с Д. Ниязатовой мы узнали многое о деятель-



ности ее отделения. А из слов довольных пациентов, получающих тут лечение, мы еще раз убедились в правоте высказанного. И размышляя о значимости мастерства медицинских

специалистов не останавливаются на достигнутом. Они постоянно расширяют спектр знаний, обмениваются опытом, и тем самым очень помогают друг другу.

Результативность работы зависит от ответственности и трудолюбия медперсонала. В нашем отделении трудятся настоящие целители, мастера своего дела. Они четко осознают, что только высокое профессиональное мастерство и добросовестное отношение к своим обязанностям повысит их в глазах пациентов. Частенько мы слышим слова — человек человеку опора. Действительно, эта фраза несет в себе большой смысл. Ведь чуткое, доброе, трепетное отношение врачей и медицинских сестер дает пациенту осознать всю ту теплоту, в которой он нуждается. А насколько нам известно, психология каждого человека индивидуальна. И к каждому пациенту нужно найти



индивидуальный подход. Для этого от врача требуется глубокое знание психологии человека. Но опыт приходит с практикой. И постоянное совершенствование мастерства поможет преодолеть все трудности,

индивидуальный подход. Для этого от врача требуется глубокое знание психологии человека. Но опыт приходит с практикой. И постоянное совершенствование мастерства поможет преодолеть все трудности,

индивидуальный подход. Для этого от врача требуется глубокое знание психологии человека. Но опыт приходит с практикой. И постоянное совершенствование мастерства поможет преодолеть все трудности,

индивидуальный подход. Для этого от врача требуется глубокое знание психологии человека. Но опыт приходит с практикой. И постоянное совершенствование мастерства поможет преодолеть все трудности,

встречающиеся на пути.

Следует заметить, что наши специалисты не останавливаются на достигнутом. Они постоянно расширяют спектр знаний, обмениваются опытом, и тем самым очень помогают друг другу.

Для осуществления качественной и плодотворной работы должны быть созданы все условия и для работников учреждения. Проходя по светлым коридорам отделения сама обстановка помогает человеку расслабиться. Чистые, светлые, уютные палаты, процедурные кабинеты, просторные холлы украшенные зеленой растительностью создают хорошее настроение, которое немаловажно в укреплении здоровья. Недавно, благодаря поддержке и заботе руководства больницы, в отделении был проведен капитальный ремонт.

Из того, с каким энтузиазмом Индира Валихановна рассказывает нам о деятельности своего отделения, можно сделать вывод, что если человек любит и уважает свою профессию, то он обязательно достигнет в ней вершин профессионализма. И конечно же, он одновременно будет вести за собой и тех, кто поставил перед собой цель — служить человечеству.

Когда в сопровождении И. Саидрахмедовой мы заходили в процедурные кабинеты, то пациенты, получающие лечение не раз благодарили трудолюбивый коллектив 1-ой Республиканской клинической больницы за их почетную работу. По их словам одно только доброе слово врачей и медицинских сестер способствует выздоровлению человека. А теплые слова, высказанные пациентами в адрес врачей... Не это ли самая ценная похвала, которой удостоены эти люди в белых халатах?

От имени всех пациентов и коллектива газеты «Узбекистана» согласны выразить огромную благодарность медицинскому персоналу 1-ой Республиканской клинической больницы за их золотые руки и доброе сердце.

Профессия врача издавна считалась и по сей день остается одной из самых признанных профессий. С врачами олицетворялась доброта, милосердие и сострадание. Ведь медики день и ночь, в зной и стужу стоят на страже здоровья и тем самым верностью служат своей клятве. И пока у врача бьется сердце и течет в жилах кровь, то он не покладая сил будет трудиться за то, чтобы подарить человеку здоровье, помочь ему видеть этот прекрасный мир.

Беседовала  
И. ИЛЬХАМОВА.  
Фото: Х. ТАШМУХАМЕДОВА.



Темурга бой уннинг нони — саломатлик гарови

# КАМҚОНЛИК КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

**Темир танқислиги анемияси (камқонлик) ҳамда бойитилган ун ва нон маҳсулотларининг фойдали хусусиятлари мавзусини ёритишда ва бу кенг миқёсли тадбирни омма онгига етказишда тажрибали мутахассислар билан бир қаторда журналистлар ҳам жонбозлик кўрсатиб иш олиб боришмоқда. Чиндан ҳам, нега биз сўнгги йилларда камқонлик ва унинг аянчли оқибатлари ҳақида кўп гапириб, матбуот, радио-телевидениеда чиқишлар қилмоқдамиз. Бунинг сабаби, аҳоли орасида, айниқса, болаларда кўпроқ учраётган камқонликнинг 95 фоизини темир танқислиги касаллиги ташкил этиши, қолган 5 фоизни эса турли хилдаги тўғма ёки орттирилган камқонлик (анемия) бўлиши мумкинлиги эндиликда ҳеч кимга сир эмас. Буни мана шу соҳада тинмай изланиш олиб бораётган сўхбатдошим, профессор Дилором Жуманиёвона ШАРИПОВА ҳам тасдиқламоқда.**



— Дилором Жуманиёвона, яқинда бир гуруҳ мутахассислар билан республикамизнинг турли вилоятларида бўлиб, тадбирлар ўтказиб қайтибсиз. Ташрифингизнинг асл мақсади нимадан иборат эди?

— Бугунги кунда хатарли ҳисобланган камқонлик дарди ва унга қарши курашда ҳеч ким четда тура олмайди. Биз, бир гуруҳ мутахассислар мана бир неча йилдирки, аҳоли, айниқса, жажжи болажонларимиз анемия дардига мубтало бўлмасликларининг олдини олиш мақсадида, вақти-вақти билан жойларга чиқиб, кенг тушунтириш ишларини олиб бормоқдамиз. Яқинда бепеён мамлакатимизнинг олти вилоятда бўлиб, аҳоли ўртасида жонли мулоқот ўрнатдик. Ўтказилган тадбирлар, тренинг-семинарларда бойитилган ун ва нон маҳсулотлари истеъмол қилиш орқали хатарли касаллик сонини бир неча мартага камайитиш мумкинлиги хусусида қизгин баҳс-мунозаралар олиб борилди.

— Айтинг-чи, асосан қайси вилоятлардаги учрашувлар мазмунан бой ва самарали ўтди?

— Сафаримиз давомида Навоий, Бухоро, Қашқадарь, Сурхондарё, Самарқанд ва Сирдарё (Гулистон) вилоятларида бўлдик. Айтиш жоизки, деярли ҳамма вилоятлардаги мулоқотларимиз қизгин тус олди. Асосан тиббиёт ходимлари билан учрашувлар ўтказдик. Семинарларда терапевтлар, акушер-гинекологлар, ҚВП раҳбарлари ва ОАВ вакиллари иштирок эттиди. Бу учрашувларда камқонлик касаллигининг олдини олишда уни бойитиш ва уни турли микронутриентлар билан тўйинтиришга доир ишлар хусусида батафсил маълумот берилди. Шубҳасиз, тиббиёт ходимлари бу муаммолардан хабардорлар, аммо бизни қувонтирган нарсаларда уни бойитиш билан боғлиқ ҳолдаги масалаларда кўпгина амалий саволларнинг юзга келгани бўлди. Гуруҳимиз аъзоси, Республика Соғлиқни сақлаш вазирлигига қаршли Гематология ва қон куйиш ИТИ қошидаги Анемия маркази директори Дилором Сулаймонова тренинг-семинар қатнашчиларига шу куннинг дээрлиқ масалалари хусусида атрафлича тушуна берди. Кишлоқ шифо масканларининг раҳбарлари ва мутахассис шифокорлар муаммонинг ижтимоий ва иктисодий томонларига алоҳида эътибор қаратдилар. Жойларда асосан тиббиётчилар билан мулоқотлар ўтказишдан асл мақсад ҳам айнан шундан иборат эди. Бемор бIRON бир дардга йўлиқса, энг аввало шифокорга келиб учрашди. Шунинг учун ҳам биринчи галда бевосита аҳоли билан ишлайдиган, уларнинг саломатликларини назорат қилиб борадиган мутахассиснинг ўзи кенг билим дои-

расига эга бўлиши лозим. Негаки, камқонлик касаллигининг олдини олишда белгиланган режа бўйича, шу йил сентябрь ойдан бошлаб мазкур вилоятларда ҳам ун бойитила бошлайди. Шунинг учун аҳоли ўртасида тўғиладиган саволлар ва фикрларга жавоб қайтарिशга биринчи галда тиббиёт ходимлари тайёр туришлари керак. Аввало, ҳар бир семинар иштирокчиси фақатгина тиббиётчигина эмас, балки ота-она ҳамдир.

— Демак, шу йил охиригача республика вилоятларининг ҳаммасида уни бойитиш ишлари амалга ошириладиган бўлади. Табиийки, уларда шу мавзуга доир кўплаб саволлар тугилган. Бу борада қандай амалий ёрдам кўрсатилаяпти?

— Жойларга чиқиб, кенг тушунтириш ишларини олиб боришдан қўзланган мақсадимиз ҳам асли шу эди-да. Президентимиз томонидан ўтган йилнинг август ойида "Унни бойитиш бўйича Миллий дастурнинг амалга оширилиши борасидаги чора-тадбирлар

перимикс, дозатор тушунчалари-га изоҳ беришимизни ва уларнинг вазифаси нимадан иборат эканлигини сўраганида, унинг таркибиде темир, рух, В<sub>12</sub> витамини, фолат кислота борлиги ҳақидаги баёнимизни эшитишганидан сўнг, бизнинг жавобларимизни қизиқиш билан қабул қилишди. Мана, мисол учун, витамин — В<sub>12</sub> ҳақида гапирадиган бўлсак, бу дармондори организмда иккита муҳим вазифани бажаради. Биринчи навбатда у дезоксирибонуклеини кислота (ДНК)нинг таркибий қисми ҳисобланмиш — тимин ҳосил бўлишини амалга оширадиган фолат витамини фаол шаклга айлантиради. Яхши маълумки, ДНК етарли миқдорда бўлмаса ҳужайралар, айниқса, қон ҳужайралари кўпаймайди. Шу боис организмда В<sub>12</sub> витамини етишмаса, ҳужайралар ўсиши мумкин, бироқ улар кўпайиш қобилиятини йўқотади. Шунга ўхшаш барча саволларга мана шу таразда тўлиқ жавоб қайтардик.



тўғрисида<sup>га</sup>ги 153-сонли қарорнинг чиқарилиши бу кенг миқёсли тадбирнинг нечоғлик аҳамиятга эга эканлигини яққол кўрсатиб турибди. Ўзбекистон ҳукумати томонидан озуқавий микроэлементлар танқислиги муаммосини ҳал этишга алоҳида эътибор қаратилиши ва шунинг баробарида мамлакатимиз минтақадаги давлатлар орасида биринчилардан бўлиб уни бойитишга қаратилган, бизда аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ишлари давлат сиёсати даражасига кўтарилганининг яққол намунасидир. Тўғри таъкидлаб ўтдиганга, қайси вилоятда бўлмайлик, барчасида берилаетган саволларданок, бу тадбирга қизиқиш нақадар кучли эканлигини ҳис этдик. Чунончи, уларнинг эътиборидан, фортификация ўзи нима, бойитилган ун ҳақида ёки таъми билан ахралиб турадимми, бойитилган унни қандай ажратиб олиш мумкин, деган саволларни ёки кўпична маҳалларда ва хонадонларда Хитой тегирмонидан фойдаланилади, бу ерларда ҳам уни бойитиш имкониятлари борми, каби долзарб муаммолар кўтарилди. Шунингдек, тадбир иштирокчилари

— Айтмоқчисизки, ушбу витаминнинг фойдали хусусиятлари кўп экан-да. Кези келганда, ўқувчилар учун мана шу дармондор хусусида қисқача маълумот бериб ўтсангиз. В<sub>12</sub> витамини кўпроқ қайси маҳсулотларда учрайди?

— В<sub>12</sub> дармондорисининг иккинчи бир муҳим вазифаси ҳам бор. У асаб қоқиқлари таркибига кирувчи ёғли кислоталар ҳосил бўлиши ва парчаланishiга кўмаклашди. "Ички омил" деб номланган оксилни олимлар ўтган асрнинг етимишинчи йиллари охирилардагина соф ҳолда олишга мумарифқа бўлишган. Буни қарангки, В<sub>12</sub> витамини фақат унинг таъсири остидагина организмда сўрилар экан. В<sub>12</sub> дармондориси гўшт, сут маҳсулотлари ва тухумида мавжуд бўлиб, улар ўсимлик маҳсулотларининг термик қайта ишлови жараёнида деярли парчаланмайди. Мана шу витаминнинг танқислигини шифокорлар энг аввало «ички омилнинг» ишлаб чиқаришдаги бузилишлари билан боғлайдилар.

— Яқинда «Унни бойитиш бўйича миллий дастурнинг матбуот, телевидение ва радиозэшиттириш соҳасидаги би-

ринчи миллий муқофоти»ни топширишга доир катта тантана бўлиб ўтди. Эндиликда эса мазкур тадбирнинг иккинчи танловини ўтказишга доир техник шартлар эълон қилинди. Назаримда, журналистлар ҳам бу борада анча жонлини қолган кўринади.

— Ўзбекистон Овқатланиши яхшилаш бўйича Глобал альянсининг (GAIN) унни бойитиш дастури учун ажратган грантини қўлга киритган мамлакатлардан бири ҳисобланади. Бу тадбир тугиш ёшдаги аёллар ва болалар орасида темир моддаси танқислиги сабабли юзга келадиган касалликлар сонини анчагина камайитиришга қаратилган миллий дастур учун Ўзбекистон уч йил мобайнида 2,8 миллион АҚШ доллари-га эга бўлади. Ушбу бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлиги, «Ўздон-маҳсулот» АК, БМТ — Болалар маҳармаси (ЮНИСЕФ) ва Жаҳон банки томонидан амалга оширилмоқда.

Яхши маълумки, оз миқдордаги темир моддаси она саломатлиги ҳамда боланинг ўсиши ва ривожланиши учун ниҳоятда зарурдир. Организмда темир моддаси етишмаслиги оқибатида турли касалликларнинг келиб чиқиши бу муаммонинг тезроқ ўз ечимини топишига жиддий туртки бўлди. Камқонликка қарши курашда фақатгина мана шу миллий дастур билан кифояланиб қолмаймиз. Бизнинг бу борада олиб бораётган профилактик мақсадларимизнинг кўлами жуда кенг. Уни бойитиш билан бир қаторда республикамизнинг 9 та вилоятда камқонликнинг олдини олиш мақсадида бепул темир препаратлари тарқатилмоқда. Бу Қорақалпоғистон Республикаси, Хоразм, Андижон, Наманган, Фарғона, Жиззах ва Сирдарё вилоятлари бўйлаб, шу йилдан бошлаб эса Қашқадарё ва Сурхондарё вилоятлари ҳам бу тадбир амалга оширилади бошланди. Бунда тугиш ёшдаги аёллар, ўсмир қизлар ва 2 ёшгача бўлган болалар давлатимиз томонидан бепул темир препаратлари билан таъминланмоқда.

Камқонликка қарши курашда юқорида таъкидлаб ўтганимдек, бир қатор тадбирлар амалга оширилмоқда. Айниқса, унни бойитиш бўйича миллий дастур алоҳида таҳсинга сазовор. Аҳоли бойитилган ундан нон ва нон маҳсулотларини онгли равишда ис-

теъмол қилар экан, бу билан улар ўзлари ҳамда келажигини бўлган болаларимизнинг ҳам саломатлигини тиклаш сари қўйган муҳим қадамлари деб ҳисоблайман. Бинобарин, бу яқин вақтлар ичида ўз нишонини кўрсатади ва камқонлик касаллиги кўпчилигини саъй-ҳаракати билан ортага чекинади. Бугунги кунда бойитилган ундан тайёрланган нонларнинг етмиш фоизига яқини «Тошкент-нон» нон ишлаб чиқарувчилар Ассоциацияси ҳиссасига тўғри келади. Бу йилга мўлжалланган режаларга кўра, бойитилган ундан тайёрланган нон ишлаб чиқариш республиканинг қолган барча вилоятларида жорий қилинади. Ўз-ўзини равшанан, бу халқимиз ўртасида, айниқса, тугиш ёшдаги ва ҳомиладор аёллар ҳамда болажонларимизда анемиянинг камайишида муҳим омил бўлиб хизмат қилади. Буни илмий далиллар ҳам исботламоқда.

Юқорида таъкидлаб ўтганимдек, унни бойитиш ва тўйинтирилган ун ва нон маҳсулотларини онгли равишда истеъмол қилишга ўтишда журналистларнинг ҳиссаси ҳам катта бўлмоқда. Айниқса, ўтган йилнинг декабрь ойдан бошлаб, то май ойига қадар ўтказилган журнал-исттика бўйича миллий таъмин ўзининг самарали натижаларини берди. Бу тадбирнинг шунчалар кенг кўлам касб этишини олдиндан ҳис этган мутаассидилар шу йилнинг июль ойида то январь ойининг охиригача иккинчи миллий танловини ўтказишга қарор қилишди. Биз қайси вилоятда бўлмайлик, матбуот ва радиотелевидение ходимларининг зўр қизиқиши билан мазкур мавзунини ёритишга ёндашаётганликларининг гувоҳи бўлдик. Гуруҳимиз аъзоси, ЮНИСЕФнинг Ўзбекистондаги ваколатхонасининг жамоатчилиги билан алоқалар ва маркетинг бўйича маслаҳатчиси Рустам Хайдаров жойлардаги қаламқашлар билан учрашар экан, бу сафарги танлов анча кенг қамровли ва совғаларга бой эканлигини эътироф этиш билан бирга, мазкур масалалар қандай муаммо пайдо бўлса, ташкилотнинг веб-сайти орқали ўзларини қизиқтирган маълумотларга эга бўлишларини таъкидлаб ўтди.

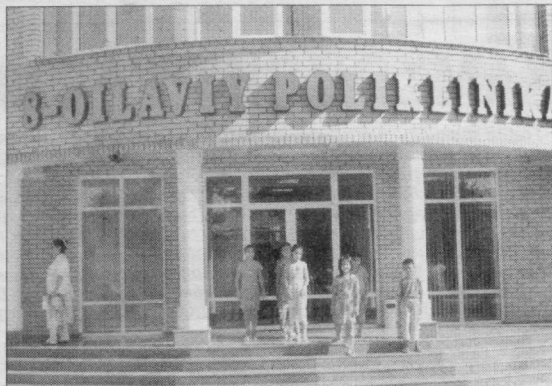
**Йил бошида худди шу каби учрашувлар Фарғона, Хоразм, Қорақалпоғистон Республикасида, кейинроқ эса Наманган, Тошкент ва Андижон вилоятларида ҳам ўтказилди. Эндиги навбат Тошкент шаҳрига келди. Август ойида эса «Болалар саломатлиги ҳафтаси» мавзусида тадбир бўлиб ўтди. Бу борада қандай тадбир ўтказилмасин, бундан асосий мақсад халқ саломатлигини сақлаш ҳамда камқонлик касаллигининг олдини олишдир.**

Миржалол МИРАЛИЕВ.

Оилавий поликлиникалар фаолиятига бир назар

# БОШ МАҚСАД – АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ЯХШИЛАШ

Аҳоли соғлом турмуш тарзини яхшилаш, тиббий саводхонлигини ошириш ва уларнинг тиббиётга бўлган ишончини мустаҳкамлашда бевосита оилавий поликлиникаларнинг ўрни борлигини алоҳида эътироф этиш жоиз. Чунки, Ватан остонадан бошланади деганларидек, бирламчи тиббий бўғин ҳам айнан оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пунктлари қиёфасида шаклланиб боради. Бунинг асосий сабаби, Ўзбекистоннинг аксарият аҳолиси шошилиш ҳолатларида ҳудуддаги мавжуд биринчи тиббий хизматдан унумли фойдаланади ва унга бўлган эҳтиёжини доим таъминлаб боради. Демакки, аҳоли орасида эҳтиёж ва талабнинг ортиши кўп ҳолларда бирламчи тиббий бўғинга бўлган эътиборни ва ўз ўрнида оилавий поликлиника ҳамда қишлоқ врачлик пунктлари сафини кенгайтиришга хизмат қилади. Кўриниб турибдики, тиббиёт тизимини маълум меъёрлар асосида шакллантириш тиббиёт ходимлари учун ҳам, қолаверса аҳоли талаблари доирасида ҳам алоҳида аҳамият касб этади.



монавийлик каби вазифалар асосий масала қилиб олинishi керак.

Зеро, Соғлиқни сақлаш вазирлиги айтганидек, тиббиёт ривожини ўз кўлимизда, давр ўзгариб бормоқда, нафақат одамлар, балки тизимдаги фаолиятлар ҳам мисли кўрилмаган даражада ўзгариб бормоқда. Айнан юқоридаги фикрлар бўйича мутахассислар йиғилиш давомида фикр алмашдилар. Жумладан, оилавий шифокор фаолиятида болалар саломатлигини шакллантириш, оила



Ўзбекистоннинг тараққиёт йўлидаги одимларига раҳм соладиган бўлсақ, бугунги ўзбек тиббиёти бошқа соҳалар қатори ривожланиб бораётганлигини кўраемиз. Эришган муваффақиятлар ва янгиликлар албатта, ўзимизники, бундан ҳар қанча фахрлансак арзийди. Айниқса,

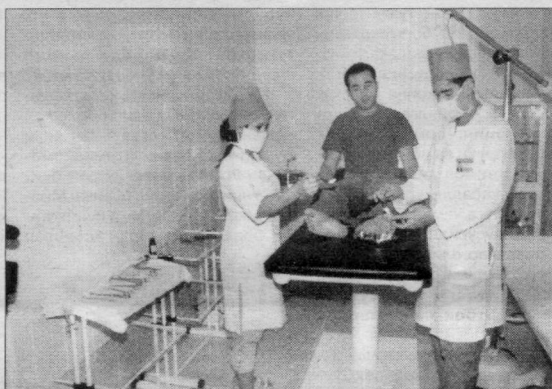
Шунга асосан «Саломатлик» лойиҳаси ва бир қанча нодавлат ташкилотларнинг бирламчи бўғиндаги молиявий ва тиббий-технологик даражасини яхшилашга қаратган дастлабки эътибори қутилмаган натижаларга олиб келди.

Бу ислохотларни замонавий типда барпо этилган қишлоқ

ҳуқуқларига тўлақонли эҳтиётлаб аҳоли – у биз ва сиз эканлигимиз аён бўлади. Сабаби кўп соҳаларда эркинлик бўлгани каби тиббиёт тизимида ҳам ўзига яраша имкониятлар мавжудлигини барчамиз яхши билаемиз. Мамлакатимиздаги ички ўсиш ва тараққиёт омили эндиликда аҳолини хоҳлаган соҳасида мустақил фаолият юритишга ундамоқда.

Яқинда Тошкент врачлар маляка ошириш институтида бўлиб ўтган 2 кунлик семинар-йиғилиш бевосита «Аҳоли саломатлигини шакллантиришда оилавий поликлиникаларнинг фаолияти» мавзусига қаратилди. Ушбу тадбир Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент педиатрия тиббиёт институти ва соғлиқни сақлаш бошқармалари ташаббуси билан ташкил этилиб, унинг бош мақсади тиббиёт тизимида оилавий поликлиникалар ролинини ошириш орқали аҳоли саломатлигини яхшилаш ва муҳофазалашдан иборатдир.

– Фахр билан айтишим керак, мустақиллик байрами арафасида, умуман ўтган йиллар мобайнида тиббиёт тизимидаги ислохотларнинг амалий натижаси сифатида янги оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пунктларининг аҳоли ихтиёрига топширилиши, шунингдек, мазкур муассасаларнинг очилишида Юрбошимзининг иштироки тизимдаги фаолиятлар қанчаллик муҳим аҳамиятга эга бўлаётганлигини кўрсатади, – дейди тадбирини қириш сўзи билан очган Соғлиқни сақлаш вазирлиги Феруз Назиров. – Юрбошимиз пойтахтимиздаги 8-, 14-оилавий поликлиникаларнинг очилишида қатнашиб, у ердаги шарт-шароитлар билан яқиндан танишгач, асосий муносабатни аҳоли саломатлигини яхшилашга хизмат қиладиган ана шундай бирламчи тиббиёт муассасаларига қаратиш зарурлигига ург берди. Демакки, аҳоли саломатлигини муҳофазалаш биринчи навбатда оилавий поликлиника ходимлари меҳнатига боғлиқ. Бунинг учун муассасада кадрлар масаласининг етарли бўлиши, иш суратининг меъёрий даражаси, аҳоли билан ишлашдаги ўзига хослик ва за-



тиббиёт концепцияси ва уни Ўзбекистон Республикасида амалга оширишнинг йўналишлари, соғлом оилани шакллантириш, оилавий поликлиника шароитида хирургик ёрдам кўрсатишнинг ўзига хос хусусиятлари мавзусига қаратилган қатор маърузалар тингланди. Фикр-мулоҳаза ва таклифлар ўртага ташланиб, атрофлича муҳокама қилинди.

**Алишер ШОАБДУКАРИМОВ, 8-оилавий поликлиника хирург.**

– Ҳақиқатан ҳам, поликлиника шароитида хирургик ишларни амалга ошириш баъзида ноқулайликлар тугдирарди. Эндиликда

ларга қараганда анча кўпроқ. Поликлиникада биздан талаб қилинадигани – сифатли хизмат кўрсатиш. Шундай экан, бу йўлда тиним билмай фаолият юритишга тўғри келади. Энг қувончлиси, поликлиникада кичик турдаги операция амалиётлари олиб борилади. Бу ҳам аҳолига тез ва ўз вақтида шошилиш ёрдам кўрсатишнинг бир тури ҳисобланади.

Мустақиллик берган имконият туғайли барча қулайликларимиз мавжуд экан, бош мақсадини фақат аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашга қаратиш лозим, деб биламан.

**Икки кун давом этган анжуман иштирокчиларга ҳам назарий, ҳам амалий кўникмалар ҳосил бўлишига, уларни бевосита фаолият давомида қўллашга қатъа замин ҳозирлади. Ҳақиқатан ҳам, бу кўникмалар таъкидлаганидек, бу каби тадбирларни доимий равишда, тез-тез ўтказиб туриш тизимдаги ислохотлар янада ўсиши ва кенгроқ татбиқ этилишига имкон беради. Мутахассислар ҳам олдларидики масъулиятни ҳис этиб, аҳоли саломатлигини яхшилаш йўлида тинимсиз меҳнат қиладилар, деб ишонамиз.**

Намоз ТОЛИПОВ,  
А. НУРАТДИНОВ ва А. ПОПОВ олган суратлар.



«Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш тўғрисида»ги Давлат дастурида айтиб ўтилганидек, бирламчи тиббий санитария ёрдамини кўрсатиш тизимини жорий этиш масалалари бугун қанчаллик амалиётда ўз исботини топаётганлигини кўпгина мисоллар орқали келтириш мумкин.

врачлик пунктлари ва оилавий поликлиникалар қиёфасида кўриш мумкин. Хўш, яратилган шарт-шароит ва имкониятларимиз бугунги кунда чексиз. Лекин бизда бу имкониятлар қимлар учун хизмат қиляпти, деган ўринли савол туғилади. Жавоб эса ойдек равшан. Барчаси шу азиз масканда яшайётган, ўз қа-

Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ  
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Таҳрир ҳайъати раиси:  
Феруз НАЗИРОВ

Таҳрир ҳайъати аъзолари:  
Бобур Алимов, Гавҳар Исломова, Омонгул Миртозаев, Озода Муҳитдинова, Миржало Миралиев (Бош муҳаррир ўринбосари), Бахтиёр Ниёзматов, Абдурахмон Носиров, Нурмат Отабеков, Холмурод Раббаева, Рихси Салихўжаева, Намоз Толипов, Маряш Турумбетова, Абдулла Убайдуллаев, Фарход Фузайлов.

Манзилимиз: 700060. Тошкент шаҳри. Оқунбобоев кўчаси. 30-уй. 2-қават.  
Тел/факс: 133-57-73, тел. 133-13-22.

Газета Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот агентлигида 2003 йилнинг 17 ноябрь кунини рўйхатга олинган. ғувоҳнома рақами 211.

Ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг сешанба кунлари чиқади. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekistonда soq'loqni saqlash - Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт. Адади 4440 нусха. Бюджетга Г-1151.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмаҳонасида чоп этилди. Газета ҳақида 2 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Эълон ва бидирувлардаги факт ҳамда даъиларнинг тўғрилиги учун реклама ва эълон берувчилар масъулдир.

Саҳифаловчи: Бахтиёр КЎШОКОВ.  
Оператор-дизайнер: Намоз ТОЛИПОВ.  
Босмаҳонага топшириш вақти – 20.00.

Газета муассасиси:  
Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги