

Tibbiyotning oliy maqsadi – inson salomatligiga erishishdir
Высшее благо медицины – здоровье

ЎЗБЕКISTONDA SOG'LIQNI SAQLASH ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УЗБЕКISTАНА



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган

E-mail: uzss@inbox.ru

2006 йил 21-30 октябрь № 43 (507)

Сешанба кунлари чиқади

Ўзбекистон Республикаси Президентининг
ҚАРОРИ

Рамазон ҳайитини нишонлаш тўғрисида

Муборак Рамазон ҳайитининг халқимиз маънавий ҳаётидаги ўрни ва аҳамиятини эътиборга олиб ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Рўза ҳайитини дам олиш кунини деб эълон қилиш тўғрисида» 1992 йил 27 мартдаги ПФ-368-сон Фармониغا мувофиқ:

1. 2006 йил Рамазон ҳайитининг биринчи кунини 23 октябрга тўғри келиши ҳақида Ўзбекистон мусулмонлар идораси мурожаатини инобатга олиб, 2006 йил 23 октябрь дам олиш кунини деб белгилансин ва мамлакатимизда байрам сифатида кенг нишонлансин.

2. Мутасадди идора ва жамоат ташкилотлари Рамазон ҳайитининг жойларда тартибли ва юқори даражада ўтиши учун тегишли тadbирларни амалга оширсинлар.

Ўзбекистон Республикаси
Президенти

Тошкент шаҳри, 2006 йил 18 октябрь.

И. КАРИМОВ.

ЎЗБЕКISTON RESPUBLIKACI COГЛИҚНИ SAQLASH BAZIRLIGINING BUYRUG'I

2006 йил 16 октябрь

№ 448

Тошкент ш.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 5 октябрдаги 209-сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонини таъсис этиш тўғрисида»ги чиқарган қарорини эълон қиламан:

Соғлиқни сақлаш тизими ходимларининг масъулиятли ва мураккаб меҳнатини моддий рағбатлантириш ва тақдирлаш тизимини такомиллаштириш, ўз ҳаётини олижаноб ишга – инсоннинг соғлиғи ва ҳаёти тўғрисида ғамхўрлик қилишига бағишлаган тиббиёт ходимлари фаолиятининг обрў-эътибори ва ижтимоий аҳамиятини ошириш мақсадида Вазирлар Маҳкамаси қарор қилади:

1. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонини таъсис этилсин.

2. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонини тўғриси-

даги низом ва унинг тавсифи 1, 2-илова-ларга мувофиқ тасдиқлансин.

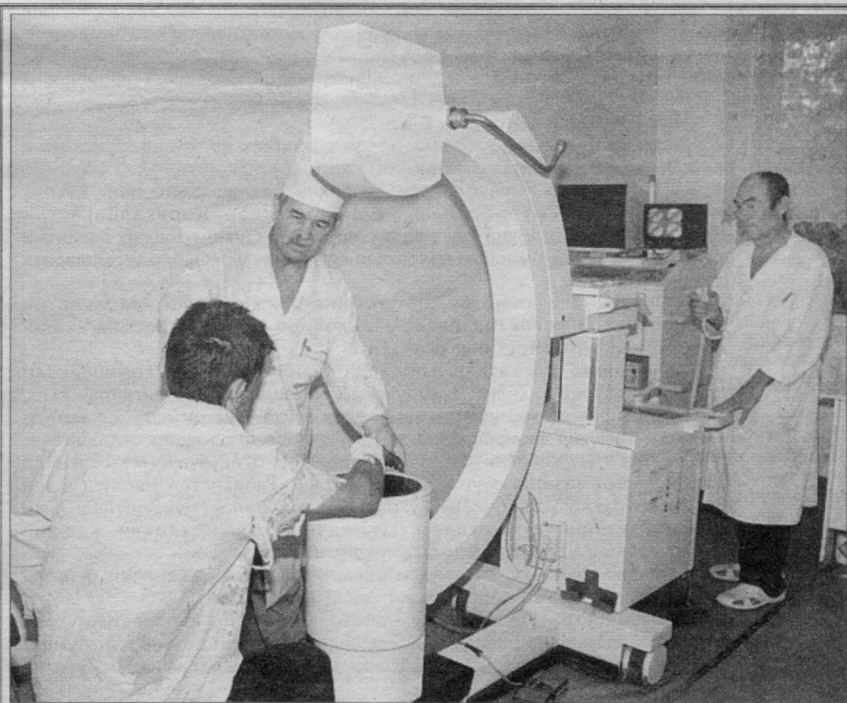
3. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиғи (Ф.Назиров) «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонлари ва уларга гувоҳнома бланкалари белгиланган тартибда тайёрланиши таъминлансин.

4. Мазкур қарорни бажарилишини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Бош вазирининг ўринбосари Р.С.Қосимов зиммасига юклансин.

Ўзбекистон Республикасининг
Бош вазирини

Ш. МИРЗИЕЕВ.

(Давоми 2-бетда).



Ҳаёт жараёнларида инсон турли хил тасодифий ҳодисаларга дуч келади. Ҳаттоки, ўзи билмаган ҳолда меҳнат фаолияти давомида қутилмаган фалокатлар туфайли оғир тан-жароҳати олиши табиий. Ана шундай кезларда инсон саломатлигининг чинакам посбони ҳисобланган тиббиёт ходимларисиз муаммони ҳал қилиб бўлмайди.

Дарҳақиқат, Республикаимизда кейинги пайтларда ўзининг замонавий ташхис ва даволаш ишлари билан эл назарига туша бошлаган шошилинч тиббий ёрдам масканларининг ўрни бугунги кунда алоҳида эътирофга лойиқ. Жумладан, РШТЭИМнинг Хоразм вилояти филиалида беморлар учун яратилган барча шарт-шароитларнинг замон талаби даражасида мавжудлиги ҳамда малакали тиббиёт ходимларининг маҳорати туфайли бу ерда инсонларга қайта ҳаёт бахш этилиб, улар тезда соғайиб кетмоқдалар.

(Газетамизнинг кейинги сонларидан бирида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Хоразм вилоят филиали фаолияти билан танишасиз).

ОБУНА – 2007

Қадрли тиббиёт ходимлари ва муштариёлар!

Сизни мамлакат тиббиёти, унинг ривожини, истиқболи билан ҳар ҳафтада қадам-бақадам таништириб келаётган «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» газетаси

ўн йилдан ошдики, сизнинг хонадонингизга зиё тарқатиб келмоқда.

Саломатлик борасида билимингизни ошириб бориш, соғлиқ посбонлари ҳақидаги қизиқарли мақолалар билан танишиб, мамлакат ва хориж тиббиётдаги янгиликлардан бохабар бўлиб туришини истасангиз – фақат

«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» газетасига обуна бўлинг.

Соғлигини қадрига етган ва тиббиёт соҳасида ўз билиминини бойитишини истасанлар

«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» газетасини танлайди!

Нашр индексимиз: 128.

Бизнинг электрон почта: uzss@inbox.ru

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИНИНГ Б У Й Р У Ғ И

Вазирлар Маҳкамасининг
2006 йил 5 октябрдаги
209-сонли қарорига 1-илова

«Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони тўғрисида НИЗОМ

1. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан соғлиқни сақлаш ходимлари ҳамда аҳоли соғлиғини мустақамлаш ишида ўзини кўрсатган, етарлича иш тажрибасига ва касб малакасига эга бўлган, ўз фаолиятида юқори натижаларга эришган шахслар мукофотланади.

2. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мазкур Низомнинг биринчи бандида кўрсатилган хизматлари учун Ўзбекистон Республикаси фуқароси бўлмаган шахслар ҳам мукофотланиши мумкин.

3. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш тартиби Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан белгиланади.

4. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони кўкракнинг чап томонига, Ўзбекистон Республикаси давлат мукофотларидан кейин тақилади.

5. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони такроран берилмайди.

Вазирлар Маҳкамасининг
2006 йил 5 октябрдаги
209-сонли қарорига 2-илова

«Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонининг ТАВСИФИ

«Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони сариқ рангдаги жездан тайёрланади ва 34 мм диаметри доирадан иборат бўлади. Нишоннинг қалинлиги 2 мм.

Кўкрак нишонининг олд томонида марказда орқадан таралаётган қуёш нурларида тиббиёт ходимларининг рамзи – илон чирмашган жом тасвирланган, қуйи чети бўйлаб – «SOG'LIQNI SAQLASH A'LOCHISI» ёзуви битилган лента бор.

Сўл ва ўнг ён томонларида – Дафна новдаси жойлашган. Юқори қисмида, учига саккиз бурчакли юлдуз жойлашган.

Кўкрак нишонининг орқа томонида марказда нишон унинг ёрдамида қайтарма ёқага маҳкамланадиган тўғнағич бор.

Тасвир ва ёзув – қабарик.

ТАСДИҚЛАЙМАН:

1. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш тартибини (1-илова).

2. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонига гувоҳнома бланкасини (2-илова).

3. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун тавсия этиш комиссияси таркибини (3-илова).

Б У Ю Р А М А Н:

1. Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш Бош бошқармаси ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқларига:

1.1. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 5 октябрдаги 209-сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонини таъсис этиш тўғрисида»ги қарори ижро учун қабул қилинсин.

1.2. Жойларда «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун тақдим этилган номзодларнинг ҳужжатларини кўриб чиқиш учун соғлиқни сақлаш тизимидаги энг обрўли ва ҳурматга сазовор бўлган ходимлардан иборат махсус комиссия ташкил этилсин.

1.3. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун тақдим этиладиган номзодларнинг ҳужжатларини мазкур буйруқнинг 1-илловасига мувофиқ Соғлиқни сақлаш вазирлигининг кадрлар бўлимига тақдим этилсин.

2. Бевосита вазирликка бўйсунувчи муассасалар ҳамда бошқа вазирлик ва ташкилотлар раҳбарларига:

2.1. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун тавсия этилган номзодларнинг ҳужжатлари мазкур буйруқнинг 1-илловасига мувофиқ тўғридан-тўғри Соғлиқни сақлаш вазирлигининг кадрлар бўлимига тақдим этилади.

3. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун тавсия этиш комиссиясига:

3.1. Соғлиқни сақлаш вазирлигига «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун тавсия этилган номзодларнинг рўйхати белгилансин;

ни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун тавсия этиладиган номзодларнинг топширган ҳужжатлари ўрганиб чиқилсин ва энг муносиб номзодлар рўйхати белгилансин;

3.2. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун танланган номзодларнинг рўйхати белгилангандан сўнг, уни Соғлиқни сақлаш вазири тасдиғи учун тақдим этилсин.

4. Иқтисодиёт ва маблағ билан таъминлаш Бош бошқармаси бошлиғи Б. Ҳошимовга:

4.1. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонлари ва уларга гувоҳнома бланкалари тайёрланиши учун тўловлар амалга оширилсин.

5. Кадрлар бўлими бошлиғи Т. Ҳақимовга:

5.1. Вазирликка тақдим этилган ҳужжатлар ўрнатилган тартибда расмийлаштирилсин, ҳамда вазирликнинг махсус комиссиясига киритилсин ва комиссиянинг хулосасига кўра тегишли ҳужжатлар тайёрлансин;

5.2. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонларини ва уларга гувоҳнома бланкалари тайёрланиши таъминлансин.

6. Мазкур буйруқнинг бажарилишини назорат қилиш вазирнинг биринчи ўринбосари А. Ҳожибоев зиммасига юклатилсин.

В А З И Р

Ф. ҲАЗИРОВ.

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
2006 йил 16 октябрдаги
448-сонли буйругига 1-илова

«Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан тақдирлаш ТАРТИБИ

1. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун номзодлар меҳнат жамоаси, ҳудудий соғлиқни сақлаш органлари, соғлиқни сақлаш ташкилоти, корхона ва муассасалар раҳбарлари ҳамда бошқа вазирлик ва ташкилотлар томонидан тақдим этилади.

2. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун қуйидаги ҳужжатлар тақдим этилади:

- маълумотнома (справка-объективка);

- номзоднинг фаолиятини сон ва сифат кўрсаткичларида ифодаловчи тавсифнома;

- 4x5 ўлчамдаги фотосурат 2 дона;

- Соғлиқни сақлаш вазири номига раҳбар ва касаба уюшмаси раисининг имзоси билан тақдимнома хати.

3. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун ҳужжатлар Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш Бош бошқармаси ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармаларига тақдим этилади.

4. Соғлиқни сақлаш вазири томонидан ҳар йили «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун квота белгиланади.

5. Тўпланган ҳужжатлар жойларда тузилган махсус комиссиялар томонидан кўриб чиқилиб, энг муносиб номзодлар аниқлангандан сўнг, раҳбар томонидан имзоланган номзодлар рўйхати ва тегишли ҳужжатлар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг кадрлар бўлимига тақдим этилади.

6. Бевосита Соғлиқни сақлаш вазирлигига бўйсунувчи муассасалар ҳамда бошқа вазирлик ва ташкилотлардан «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш учун номзодларнинг ҳужжатлари тўғридан-тўғри Соғлиқни сақлаш вазирлигининг кадрлар бўлимига тақдим этилади.

7. Тақдим этилган ҳужжатларни Соғлиқни сақлаш вазирининг буйруғи билан ташкил топган махсус комиссия кўриб чиқади.

8. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан тақдирлаш Соғлиқни сақлаш вазири томонидан амалга оширилади. Нишон тўғрисида Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруғи чиқарилади.

9. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотлаш одатда «Тиббиёт ходимлари куни» байрами (ноябрь ойининг иккинчи яшанбаси) арафасида амалга оширилади.

10. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонини топшириш маросими одатда «Тиббиёт ходимлари куни» байрами (ноябрь ойининг иккинчи яшанбаси) нишонланиш вақтида тантанали равишда топширилади.

11. Айрим шахслар муҳим ҳолатларда ва алоҳида кўрсатган хизматлари учун «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишони билан мукофотланиши мумкин.

12. «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси» кўкрак нишонини топшириш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири ёки Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг топшириғига биноан, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосарлари, Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш Бош бошқармаси бошлиғи ва вилоят соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқлари томонидан амалга оширилади.

Поздравление

ЛЮБОВЬ И ПРЕДАННОСТЬ ПРОФЕССИИ

Здоровье – поистине самый дорогой подарок жизни. Ведь здоровье это – благополучие и мир в семье, это успешные начинания и конечно же, продуктивность в работе. А значит беречь и дорожить им обязан каждый. Рассуждая об этом, невольно перед взором предстает образ человека, который всю свою жизнь посвящает охране здоровья и тем самым вносит свою огромную лепту в создание светлого будущего. Естественно, это образ врача, день

и ночь стоящего на страже нашего здоровья. Недаром мы отсылаемся о профессии медицинского работника как о самой благородной и почитаемой профессии. На сегодняшний день в сфере оказания медицинской помощи населению в Республике Узбекистан трудятся настоящие профессионалы своего дела. Благодаря кропотливой работе таких специалистов достигаются большие успехи как в науке, так и в практике.



дателя Ассоциации неврологов Узбекистана, Главным неврологом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, заместителем главного редактора Республиканского журнала "Неврология", Членом редакционного совета Российской версии американского журнала "Stroke" (инсульт), Украинского международного неврологического журнала "Неврология и нейрохирургия".

Б. Г. Гафуров является активным участником съездов и конференций, проходивших как в Узбекистане, так и в странах СНГ и дальнего зарубежья.

Профессор Б. Г. Гафуров к тому же и талантливый педагог. Будучи руководителем кафедры неврологии Ташкентского института усовершенствования врачей, он всю свою профессиональную деятельность посвятил подготовке практических врачей-неврологов. Многочисленные ученики Бахтияра Гафуровича, прилагая все мастерство в дело со всей ответственностью, трудятся во благо здоровья. Они являются руководителями кафедр и коллективов в различных ВУЗах и медицинских учреждениях республики.

Как замечательный руководитель Бахтияр Гафурович сумел организовать на самом современном уровне учебный и научный процесс, проводя на кафедре семинары, конференции и клинические разборы с использованием интерактивных приемов обучения, в русле самостоятельного, независимого и творческого мышления.

И на сегодняшний день Бахтияр Гафурович Гафуров продолжает отдавать свои знания ученого, педагога и крупного клинициста на благо развития отечественной науки и практического здравоохранения.

Редакция газеты «Узбекистонда согликни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» поздравляет Бахтияра Гафуровича Гафурова с 60-летием и желает ему крепкого здоровья, долгих лет жизни и больших успехов в профессиональной деятельности.

Ирода ИЛЬХАМОВА.

Бахтияр Гафурович Гафуров – известный невропатолог, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии Ташкентского института усовершенствования врачей, главный невролог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Б. Г. Гафуров широко известен в нашей Республике, в ближнем и дальнем зарубежье как квалифицированный клиницист, высококвалифицированный ученый, талантливый педагог и общественный деятель, внесший большой вклад в развитие неврологии Узбекистана.

Бахтияр Гафурович родился 15 сентября 1946 года в семье служащих. Окончив школу с отличием, он поступил в Андижанский медицинский институт. Закончив институт в 1970 году, он начал трудовую деятельность в качестве врача – ординатора городской клинической больницы № 15 г.Ташкента. С самого начала своей трудовой деятельности Б. Г. Гафуров проявил склонность к научно – исследовательской работе. В 1971 году Бахтияр Гафурович стал руководителем лаборатории функциональной диагностики, созданной по инициативе профессора А. Р. Рахимджанова. В лаборатории функциональной диагностики, созданной Б. Г. Гафуровым, впервые в республике было налажено изучение структуры ночного сна методом электрополиграфического его исследования, благодаря чему появилась возможность изучения состояния неспецифических систем мозга и их патологии при различных заболеваниях нервной системы. В 1971 году Бахтияр Гафурович проходил стажировку в Первом Московском медицинском институте, где выполнял часть кандидатской диссертации под руководством про-

фессора А. М. Вейна. В 1975 году Б. Г. Гафуров защитил кандидатскую диссертацию на тему "Структура ночного сна при церебральном инсульте". В 1975 году Б. Г. Гафуров становится ассистентом кафедры неврологии ТашИУВ и в дальнейшем, будучи соискателем кафедры, продолжает свои научные изыскания. Основную часть

руссии, Казахстане, а также в США, 38 методических руководств и пособий, 3 авторских свидетельства на изобретение. Под его руководством подготовлено 6 докторов и 31 кандидата наук, сотни практических врачей-неврологов.

Ныне профессор Б. Г. Гафуров является заведующим кафе-

дропы профессора Б. Г. Гафурова и его учеников способствуют значительному улучшению вопросов диагностики, прогнозирования течения и оптимизации лечебной тактики таких заболеваний, как инсульт, эпилепсия, головные боли, миастения, вегетативная патология. Под руководством профессора Б. Г. Гафуро-

Уважаемый Бахтияр Гафурович!

Искренне поздравляем вас с 60-летним юбилеем и 40-летием профессиональной деятельности!

За этот период, будучи знатоком, искусным педагогом, преданным, трудолюбивым и ответственным своей профессии человеком, вы обрели большое внимание и уважение народа.

Ваша жизнь тесно связана с развитием неврологии в Узбекистане. Вы воспитали большую династию специалистов – неврологов, ставших гордостью всей страны.

Ваше трудолюбие, благородство, скромность служит примером для молодого поколения.

Многоуважаемый Бахтияр Гафурович!

Желаем вам крепкого здоровья и семейного благополучия. Пусть удача постоянно сопутствует в вашей трудной, ответственной и благородной работе. А радость и позитивное настроение никогда не покидает вас.

**Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан.**

докторской диссертации "Межполушарные взаимоотношения и неспецифические системы мозга при церебральном инсульте" Бахтияр Гафурович также выполнял при Первом Московском медицинском институте им. Сеченова, под руководством профессора А. М. Вейна. Докторскую диссертацию он защитил 18 ноября 1989 года в Москве, на Специализированном Совете по неврологии и психиатрии.

Бахтияр Гафурович сформировался как крупный ученый-невролог. Он является автором 340 публикаций, среди которых 3 монографии, 2 руководства для врачей, более 200 журнальных статей, опубликованных в Узбекистане, России, Украине, Бело-

рой неврологии ТашИУВ, которую возглавляет с 1996 года и главным неврологом Минздрава Республики Узбекистан (с 1995).

Основными направлениями научной деятельности профессора Б. Г. Гафурова являются цереброваскулярная патология, эпилептология, клиническая вегетология, клиническая сомнология, болевые синдромы, головная боль, сомато-неврологическая синдромология и патология.

Его научные исследования, примененные в практической неврологии, играют немаловажную роль в поиске ответов на актуальные вопросы этой отрасли медицины, её изучении и совершенствовании. В практическом отношении научные разра-

ва, впервые в Узбекистане стал широко внедряться такой высокотехнологический метод экстренной терапии ишемического инсульта, как тромболитизис.

Профессор Б. Г. Гафуров обладает широким научно-организаторским талантом и наряду с многогранной научной деятельностью, ведет активную общественную работу. В настоящий момент Бахтияр Гафурович является заместителем предсе-

дателя Ассоциации неврологов Узбекистана, Главным неврологом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, заместителем главного редактора Республиканского журнала "Неврология", Членом редакционного совета Российской версии американского журнала "Stroke" (инсульт), Украинского международного неврологического журнала "Неврология и нейрохирургия".

сахар микёсида ўтказилган кўрик-танловларда фаол қатнашиб, бир неча бор совринли ўринларни олишга муваффақ бўлди.

Ў. Ташбоева изланувчанлиги, ташкилотчилиги сабаб шаҳар хокимиятига депутат қилиб сайланди. Республикамас мустакиллигининг бир йиллиги муносабати билан эса Ўғилой

Биз «Наврўзобод» маҳалласи фуқаролари жамоатчи аёл, тажрибали шифокор, меҳрибон она Ўғилой Ташбоевани кутлуг 50 ёши билан самимий муборакбод этиб, келгуси ишларига омад, ўзига эса тани-соглик, оилавий бахт тилаб қоламиз.

Ташбоева «Мустақилликнинг бир йиллиги» кўкрак нишони билан тақдирланди.

У босиб ўтган ярим асрлик фаолиятига назар ташлар экан, шу даражага етгани, ташкилотчилиги сабаб шаҳар хокимиятига депутат қилиб сайланди. Республикамас мустакиллигининг бир йиллиги муносабати билан эса Ўғилой

Абдумалик ҚАҲҚОРОВ, Сирдарё вилояти, Янгиер шаҳри, «Наврўзобод» маҳалласи.

Ибрат

КАМТАРОНА ҲАЁТ – МАЗМУНЛИ УМР

Ўғилой ҳар доимгидек шифохонага барвақт келди. Хонасига қириб иш бошлагунча, бугун қиладиган юмушларини режалаштирди. Соатиға қаради. Қабулга ҳали ўн беш дақиқа бор. Бироз хаёлга берилди. Ҳаёт дарёси қанчалик тез оқиди-я! Мана, ярим асрни босиб ўтбди. Шифокорлиқни бошлаганига ҳам сал кам 30 йил бўлибди...

Ўғилой Сирдарё вилоятининг Ховос кўрғонида, хизматчи Бобоюн ота ва Кумринисо ая оиласида дунёга келди.

Ўғилой ёшлиқдан шифокор бўлишни орзу қиларди. Ўрта

мактабни 1973 йилда битиргач, Тошкент Давлат тиббиёт институти (ҳозирги Тошкент тиббиёт академияси)га ўқишга кирди. Институтнинг стоматология факультетини битиргач, илк иш фаолиятини Гулистон шаҳрида

бошлади. Бир йилдан сўнг, яъни 1979 йилдан Янгиер туман соглиқни сақлаш бўлимига қарашли «Наврўзобод» поликлиникасида ишини давом эттирди. 1985 йилгача тиш шифокори лавозимида фаолият кўрсатди. 1986 йилда мазкур поликлиникага мудира этиб тайинланди. Мана, 20 йилдирки, ушбу даргоҳга раҳбарлик қилиб келмоқда.

У раҳбарлик қилаётган жамоа маҳалладаги тадбирлар ва

Соғлигингиз ўз қўлингизда

БРОНХИАЛ АСТМАГА ДАВО БОРМИ?

Интални қўллашнинг ўз қонун-қондалари мавжуд бўлиб, улар қуйидагиларди:

1. Интални қўллашдан олдин, айниқса, касалликнинг хуруж пайтида дори моддасининг бронхларга чуқурроқ етиб бориши учун аввал бронх кенгайтирувчи ингальторлардан фойдаланиш тавсия этилади.

2. Капсуладаги дори кукуни нафас йўлларига тушиши учун бир марта эмас, уч маротаба чуқур нафас олиш лозим.

3. Интални ингальция қилаётган пайтда дори бронхларга чуқурроқ кириши учун бош сал орқага ташланади (юқори нафас йўллари тўғриланади).

4. Ингальциядан кейин ноҳус сезгилар пайдо бўлган ҳолларда олгини чайиш ва бир неча кўлтум сув ичиб юбориш керак (орқа деворига ўтириб қолган кукун заррачаларини ювиб ташлаш учун).

5. Инталнинг бир кеча-кундуздаги бошланғич миқдори 4 капсулани ташкил этади.

6. Инталнинг таъсири қабул қила бошлагандан бир неча кун ўтгач сезилади, бу беморнинг нафас функциялари яхшиланиши ва бўғилиш хуружларининг камайишида намоён бўлади.

7. Кукун ҳолидаги интал камдан-кам ҳолларда бронхларни қитқилувчи таъсир кўрсатиши мумкин (айниқса, касалликнинг хуруж даврида). Бундай ҳолларда инталдан олдин саломол-эко ёки беротек билан ингальция қилиш мақсадга мувофиқдир.

8. Агар интал билан даволаниш жараёнида бронхал астма хуружи юзага келса, уни қўллашни давом эттириш тавсия этилмайди, бундай ҳолларда препаратни ўзгартириш лозим.

Интални профилактика мақсадида узоқ вақт давомида мунтазам қабул қилиб юрилгандагина муваффақиятли самарага эришиш мумкин. Интал билан даволаниш мuddати беморнинг аҳолига, уй шароитига, ишда аллергиялар билан қанчалик алоқада бўлишига боғлиқ. Интални узоқ вақт давомида қабул қилиб юриши керак. Бу препаратни, айниқса, касалликнинг (бошланғич) 1-босқичларида қўллаш лозим. Даволаш қанча эрта бошланса, шунча яхши самара беради. Даволовчи шифокор беморнинг аҳоли анча яхшилангандан кейин интални маълум мuddатга тўхтатиши мумкин.

Интал қабул қилинганда юзага келадиган ноҳус ҳолатлар камдан-кам ҳолларда учрайди. Баъзан беморларни куруқ йўтал безовта қилади. Бундай ҳолларда аэрозоль ҳолидаги интални қўллаш тавсия этилади. Бундан ташқари, таркибида бронх кенгайтирувчи сальбутамол моддаси мавжуд бўлган интал плюс аэрозоль ингальтор ҳам бор бўлиб, уни профилактика мақсадида ҳам, енгил хуружларда ҳам қўллаш мумкин. Интал препаратлари бронхал астма хуружининг олдини олиш мақсадида аллергияларга дуч келиш хавфи бўлган жойларга бориш ва жисмоний ишлардан 30 дақиқа олдин ишлатилса, касаллик хуружининг пайдо бўлишини бартараф этиши мумкин.

Инталдан кўра кучлироқ таъсир кўрсатувчи яна бир препарат – тайледидр (кимейвий номи недокромил натрий). Бу препарат ҳам профилактика мақсадида қўллашга мўлжалланган. Уни мунтазам қўллаб юриш ҳам касаллик хуружларининг олдини олади. Тайлед – яллиғлашишга қарши кучли таъсир кўрсатувчи модда. Бу препарат яллиғлашишга қарши кучли таъсир кўрсатиши туфайли бронхлардаги сезувчанликни камайтиради, бронхал астманинг энг кўп тарқалган белгиларидан бири, беморнинг кийналишига сабабчи бўлган куруқ йўтални йўқ қилади. Астма билан оғриган беморлар-

да бу касаллик қўлинча аллергия ринит, аллергия конъюнктивит ёки озиқ-овқат аллергияси билан биргаликда келади. Бундай ҳолларда инталнинг махсус турлари қўлланилади: кўз учун – оптикром, бурун учун – ломузол, кромоглин, озиқ-овқат аллергиясида эса налкром ишлатилади. Бу препаратлар касаллик аниқ аллергия табиатга эга эканлигига ишонч ҳосил қилгандан кейингина шифокор томонидан белгиланади.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ДАВОЛАШДА ГОРМОНЛАРНИ ҚўЛЛАШ

Бронхал астмани глюкокортикостероид гормонлар билан даволаш жиддий ёндашишни талаб қилади.

Бу гуруҳ препаратлари аэрозоль кўринишидаги альдецин, гульмикорт, бенакорт бекотид, беклазон ҳамда эритмалар, таблеткалар шаклидаги триамсинолон, декса-метазон, целестон, полкортолон, преднизолон ва бошқалар кирди. Шунинг эсдан чиқармаслик керакки, бу препаратлар даволаш жараёнида беморга салбий таъсир ҳам кўрсатиши мумкин. Бундай ноҳус ҳолатлар қўлинча бемор шифокор кўрсатмаси бўйича иш тутмасдан, тиббиётдан хабари бўлмаган кишиларнинг бемарзни маслаҳатига қўлоқ солиб, ўзбошимчилик қилганида юзага келади. Шунинг учун ҳам уларни жуда эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур.

Глюкокортикостероид гормонлар бронхал астмани даволашда яллиғлашишга қарши энг кучли таъсир кўрсатадиган восита ҳисобланади. Улар бронхлардаги ишчи камайтиради, балғам кўчишини енгиллаштиради ва нафас сиқилишининг олдини олади. Бу дори моддалар аэрозоль ҳамда таблеткалар ва инъекция учун ишлатиладиган эритмалар кўринишида ишлаб чиқарилади. Глюкокортикостероид гормонларни хуруж пайтида ҳам, профилактика мақсадида ҳам қўллаш мумкин. Уларни қўллашнинг энг замонавий ва хавфсиз йўли бу шубҳасиз ингальция усули ҳисобланади. Турли давлатларда ўтказилган илмий-тадқиқотлар натижалари шунини кўрсатадики, глюкокортикостероидларни касалликнинг 1-босқичидаёқ қўллаш бемор аҳолининг анча яхшиланишига олиб келади. Бронхал астмада глюкокортикостероидларни қўллашнинг ҳеч қандай хавфи томони йўқ. Урта оғирликдаги бронхал астмани даволаш учун бир кеча-кундузда 800-1000 мкг глюкокортикостероидларни ингальция қилиш керак бўлади. Ингальция учун ишлатиладиган глюкокортикостероидлар ҳам унчалик оммалашмаган вақтларда беморлар таблетка ҳолидаги преднизолондан фойдаланиб келишган (бир кеча-кундузда 1-2 таблетка).

Иккита преднизолон таблеткасида 10 мг фаол таъсир кўрсатувчи модда мавжуд, 10 мг преднизолон таблеткаси 1000 мкг ингальция учун ишлатиладиган (глюкокортикостероид гормон сакловчи препарат) беклазондан 10 марта кўп ҳисобланади. Шундай қилиб бемор гуруҳонал препаратларни ингальция йўли билан қабул қилганда таблетка ҳолида қабул қилгандагига қараганда 10 баравар кам миқдордаги препарат етарли бўлади. Стероид гормонларни ингальция йўли билан юқоридаги миқдорда қўллаш нафақат самарали, балки бемор учун мутлақо безарар ҳамдир. Чунки бу йўл билан қўлланганда дори фақат керакли жойга, яъни бронхларга таъсир кўрсатади, қонга деярли сўрилмайди ва бошқа органлар фаолиятига таъсир кўрсатмайди. Қўсқа қилиб айтганда глюкокортикостероидларни ингальция йўли билан қўллаш беморга ўз ҳолатини ўзи бемалол назорат қила олиш имконини беради.

Ингальция йўли билан қўлланиладиган глюкокортикостероидлардан фойдаланилганда ривож қилиниши лозим бўлган бир қатор кўрсатмалар мавжуд, жумладан:

- биринчидан, бу дори моддалар бронхларга чуқурроқ кириб бориши ва оғиз бўғилишида қолиб кетмаслиги учун махсус курилмалар, спайсерлардан фойдаланиш лозим;

- иккинчидан, ингальциядан кейин албатта оғизни сув билан чайиш ёки бирор нарса еб олиш керак.

Беморларда стероид препаратларни қабул қилишдан кўрқмиш ҳисси узоқ вақт давомида таблетка ҳолидаги глюкокортикостероидларни ичиб юриш натижасида юзага келган асоратлар, хусусан остеопороз – суякларнинг мўрт бўлиб қолиши, қон босимининг кўтарилиши, ошқозон ярасига йўлиқиши мумкинлигидан хабардорлиги туфайли пайдо бўлади. Глюкокортикостероидлар таблеткалар, эритмаларни ингальция йўли билан қўллашнинг имкони бўлмаганда, касаллик оғир кечган ҳолатларда шифокор томонидан тайинланади. Касалликнинг тез-тез қайталаниб турувчи хуружларидан келиб чиқадиган асоратлар таблеткалар қабул қилишдан келиб чиқадиган асоратлардан анча хавфлироқдир. Бемор ҳолатини, қандай дори қабул қилиши кераклигини фақат даволувчи шифокоргина аниқ айтиб бериши мумкин.

Глюкокортикостероидларни иложи борица куннинг биринчи ярмида, овқатдан кейин, кўпроқ суяқлик билан ичишни эсдан чиқармаслик лозим. Доимий равишда таблетка қабул қилиб юрмайдиган беморлар учун бу препаратлар оғир хуруж даврида 7-14 кундан ортиқ мuddатга белгиламмайди (дори миқдорини ҳар кун камайтириб борган ҳолда). Бемор биринчи 2-3 кун ичида дорини энг кўп миқдорда қабул қилади, 3-4 кундан кейин секин-аста дори камайтириб борилади. Бу усул бронхал астмани даволашда энг самарали бўлиб ҳисобланади ва бемор бу препаратларга боғланиб қолмайди. Глюкокортикостероидларни таблетка ҳолида қўсқа мuddат қабул қилингандан кейин уларни аэрозоль кўринишида ингальция йўли билан давом эттириш керак. Стероидларни венага, мускуллар орасига юбориш ёки ичишга зарурат туғилмаслиги учун шифокор кўрсатмаси бўйича ингальторлардан фойдаланиш лозим. Ўзингизни яхши ҳис қилган тақдирда ҳам ўзбошимчилик билан дори қабул қилишни тўхтатиш ёки унинг миқдорини камайтириш мумкин эмас. Бу ишлар фақат шифокор кўрсатмасига биноан амалга оширилади.

БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ТУНГИ ХУРУЖИ СЯБВАЛРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Бемор учун энг оғир ва уни энг кўп ташвишга соладиган нарса бу бронхал астманинг тунги хуружидир. Бундай пайтларда бемор қаттиқ безовта бўлади, ҳаттоки унда тўсатдан ўлиб қолиш ҳисси уйғонади.

Баъзан бемор кечаси билан ухламай чиқади ёки эрталабга яқин ўйғониб кетади, бу эса унинг кундузги иш фаолиятига салбий таъсир кўрсатиб, иш қобилияти пасайиб кетади, кун бўйи уйқусираб юради.

Бронхал астманинг тунги хуружини сабабдан юзага келади ва унинг олдини қандай олиш мумкин?

Маълумки, тунда инсон организмидеги ҳар бир аъзо (юрак, ўпка, ошқозон ва бошқалар) ва тизимлар (асаб, қон-томир ва бошқалар) фаолиятида ўзгаришлар содир бўлади. Биринчи навбатда бу ҳолат бронх мускулларини бўшаштириб турувчи гормонларнинг тунда кам (оз миқдорда) ишлаб чиқарилиши ҳамда асаб тизимидаги ўзига ҳис ўзгаришлар туфайли юзага келади. Бундай ўзгаришлар одатда (кўпроқ) эрталабга яқин соат 4-6 ларда энг юқори нуктада бўлади. Бемор кундузи ўзини қанчалик ёмон ҳис қилган бўлса, бронхал астманинг тунги хуружи шунчалик кучли бўлади. Бундай пайтларда беморга бронхларни узоқ вақт давомида кенгайтириб туриш хусусиятига эга бўлган препаратлар: теопек (таъсири 12 соатга давом этадиган), теодур, теолонг белгилаш мақсадида мувофиқ бўлади.

Тайлед аэрозолли ҳам бронхал астманинг тунги белгиларини, айниқса, йўтални йўқ қилишда жуда самарали восита ҳисобланади. Профилактика чора-тадбир-

ларини қўллашга қарамадан астма хуружи содир бўлган ҳолларда ҳам энг муҳим шартлардан бири тушунликка берилмаслиқдир. Бемор хотиржам ўтирган ёки тик турган ҳолда ингальция қойдаларига амал қилиши лозим.

Ингальция техникаси ва нафасга олаётган дори миқдорини билмасдан ингальторни пала-партиш қўллаш яхши натижа берамайди.

Бронхал астманинг тунги хуружида сальбутамол ёки беротекни қўллаш лозим бўлган ҳолларда албатта спайсерлардан фойдаланиш тавсия этилади. Бу дори модданинг етарли миқдорда бронхларга етиб боришига имкон беради. Тунги хуруж тез-тез безовта қилиб турадиган беморлар ёнида албатта иссиқ чой ёки қайнатилган сув тайёр туриши керак (термосда). Хуруж юз берган ҳолда бемор иссиқ чой ёки сувдан бир-икки кўлтум ичиши лозим.

Агар тунги хуруж ҳар кун бир хил пайтда такрорланаверса, албатта, шифокор билан маслаҳатлашиш зарур. Шундай қилиб, бронхал астманинг тунги хуружи бемор организмидеги (циклик) ўзгаришлар натижасида юзага келади ва қўлинча ташқи шароитга боғлиқ бўлмайди. Шунга қарамадан, тунда аллерген билан яқин алоқа (контакт) да бўлиш ҳам бронхал астманинг тунги хуружи юзага келишига туртки бўлиши мумкин. Бундай шароитларда тунги хуруж кўпроқ соат 1.00-3.00 орасида содир бўлади.

Аллергени топиш учун бемор ухлайдиган хонани яхшилаб кўздан кечириб чиқиш керак. Уй чанги қўлинча ёстиқда, ўрин-кўрпаларда йиғилиб қолади. Уй чангига аллергияси борлиги аниқланган бемор синтетик ёки пахтадан тайёрланган кўрпа-ёстиқлардан фойдаланиши лозим. Парранда пати солинган ёстиқларни умуман ишлатиш мумкин эмас. Чунки улар уй чангидеги асосий аллерген ҳисобланган уй қанасининг энг кўп йиғилгандан жойидир. Бу каналар жуда майда бўлиб, уларни оддий шароитда кўз билан кўриб бўлмайди. Уй чангига аллергияси бўлган беморлар яшайдиган уйларида ўзига чанг йиғувчи жижҳалар, гиламлар, китоб жавонлари бўлмагани маъқул (айниқса, улар ухлайдиган хонада).

Бронхал астманинг тунги хуружларини бартараф этиш учун ҳар кун наманланган латта билан чанларни артиб чиқиш, замонавий кучли чангопчиқлардан фойдаланиш лозим. Уй ҳайвонларини ҳам сақламаган маъқул.

Бундан ташқари, балиқларнинг озиғи, паррандаларнинг ахлати ва патлари, зах деворлардаги замбуруғлар кучли аллергиялик хусусиятига эга бўлиб, улар ҳам тунги астма хуружини келтириб чиқариши мумкин.

Айрим дори моддаларни қабул қилиш ҳам астма хуружига сабаб бўлади. Масалан: кўзга томизиви учун ишлатиладиган пилокарпин ёки қон босимини туширувчи модда анаприлин ва бошқа бета-блокаторлар.

Бронхал астмага чалинган беморлар кечки овқатни ётишдан камиди 2 соат олдин ейишлари керак. Кечки овқатни соат 6-7 гача тановул қилган маъқул. Кеч овқатланиб ётиш нафасни қийинлаштиради. Кечаси ошқозон ширасининг кўп миқдорда ажралиб чиқиши эса бемор учун янада хавфли, чунки ошқозон шираси бронхларга тушиши ва уйқуда бронхлар сиқилиши юзага келишига олиб келиши мумкин.

Тунда аллергияларни бутунлай йўқ қилишнинг иложи бўлмаган тақдирда астмага қарши препаратларни қўллаш энг ишончли восита ҳисобланади.

Фотима Йўлдошева,
Тиббиёт фанлари номзоди,
Жамшид НАЗАРОВ,
шифокор-аллерголог.
(Давоми бор).

(Давоми.
Боши ўтган сонларда).

Умумий амалиёт шифокорларига амалий ёрдам

НАФАС АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Макролидлар – бу моддалар катта молекуллар массага эга бўлиб, уларнинг йўлдошдан ўтиши қийин бўлади. Уларнинг тетраген таъсири аниқланмаган, лекин гипербилирубинемияни келтириб чиқариши ва эмбриогенезни сусайтириш эҳтимоли бор. Бу моддаларни ҳомиладорликда қўллаш яхши натижага олиб келмайди.

Бронхлар дренаж функциясини яхшиловчи моддалар:

Бронхларни кенгайтирувчи препаратлар ҳомиладор аёлларда бронхиал астма ва айрим ҳолларда обструктив бронхитни даволашда қўлланилади.

Ташқи нафас функциясини текширишда ҳомиладорларда бронхиал астма кечишида ўзига хос ўзгаришлар бўлиши аниқланмаган, шу сабабли бронхларни кенгайтирувчи препаратлар, яъни метилксантлар ҳомиладорларга одатдаги дозаларда қўлланилади, лекин қонда эркин айланб юрадиган гидрокортисон ва зардобдаги 3-циклик АМФ концентрацияларининг ошиши, бронхоспастик тонус ва нафас йўллари қаршиликнинг кемайиши ҳомиладорларда бронхиал астма хуружини кемайтиради. Аксинча, ҳомила антигенлари, юқори нафас йўллари вирусли инфекциялари гипервентиляция оғир хуружларини келтириб чиқариши ёки мавжуд симптомларни оғирлаштириши мумкин.

Эуфиллин – бачадоннинг қисқарувчанлигини сусайтириш хусусиятига эга. Метилксантинларнинг ҳомилага тератоген таъсири аниқланмаган. Сальбутамолни венага юборишнинг бачадон атонисини кучайтиришини ҳисобга олиб, туғруқ олди қон кетишида мутлақ тақиқланади. Бундай ҳолларда сальбутамолни ингаляция ҳолида қўллаш тавсия қилинади. Бундан ташқари, дозаланган ингаляторлар, дитек, беродуал, астмопентлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Касалликнинг энгилроқ турларида бронхларни кенгайтирувчи дори моддаларини эндотрахеал йўл билан юбориш мумкин.

Атропин – ҳомила учун хавфсиз, лекин ҳомилада тахикардия келтириб чиқариши мумкин.

Адреналин ҳомиладорлик пайтида эҳтиёт бўлиб ишлатган маъқул. Бу препарат бронхларни кенгайтирибгина қолмай, бачадон қисқаришини сусайтиради, лекин қон босимини бироз кўтариши, юрак уришини тезлаштириши мумкин.

Ностероид яллиғланишга қарши дори моддалари. Юқорида айтиб ўтганимиздек, дориларнинг таъсири ҳомиладорликнинг мўддатига боғлиқ. Кузатишлар шуни кўрсатадики, ностероид яллиғланишга қарши дори моддалари ҳомиладорликнинг дастлабки 5-6 ҳафтасида тавсия қилинганда, боланинг ўлик туғи-

лиши, неонатал ўлим кузатилиши мумкин. Ҳомиладор аёлда эса камқонлик ва қон кетиш ҳоллари кузатишган. Аспирин билан даволанганда неонатал пурпура, тромбоцитлар дисфункцияси ва XII фактор етишмовчилиги сабабли қон қуйилишлар кузатилади. Хулоса қилиб айтганда, ностероид яллиғланишга қарши дориларни ҳомиладорликнинг дастлабки триместрида ва туғишга яқин мўддатларида тавсия қилиш ўта эҳтиёткорликни талаб этади.

Гормонал препаратлар. Ҳомиладорликда зарур бўлган ҳолда гормонал препаратлардан кераклича дозада тавсия қилиш мумкин. Физиологик жиҳатдан ҳомиладор аёлда буйрак усти бези функцияси ўзгариши кузатилади.

Ҳозирги кунда пульмонологияда бронхиал астма ва обструктив бронхитни даволашда дозаланган аэрозол ингальаторлардан кенг қўламада фойдаланилмоқда.

Бу аэрозол ингальаторларга қуйидагилар кирди:

Бекотид, Бекломент, Бекламетазон, Беклокорт, Ингакорт ва бошқалар.

Ҳомиладорликда таркибида гормон бўлган худди шу, дозаланган аэрозол ингальаторлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бу ингальаторлар одатдаги миқдорда маҳаллий таъсир кўрсатиб, ҳомилага зарарли таъсир қилмайди.

Десенсибилизацияловчи дори моддалари.

Буларга антигистамин препаратлар кирди. Бу дори моддалари бронхиал астамнинг аллергик турларида тавсия қилинади. Ҳомиладор аёлларга антигистамин моддаларни одатдаги дозада тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир.

Бу дори моддалари тавсия қилинганда ҳомиладор аёл ва ҳомилада сезиларли иллатлар кузатилмаган. Кўпроқ қуйидаги антигистамин препаратлари ишлатилади:

тавегил 1 таблеткадан 2 маҳал, супрастин, кетотифен, кейинги пайтларда инталнинг дозаланган аэрозол ва капсулада турбингалаторда ишлатиш самарали натижа бермоқда. Бундан ташқари, ўпканинг сурункали обструктив касалликларини даволашда кальций антагонистларини тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир. Бу гуруҳ препаратларига нифедипин, верапамил кирди. Одатдаги миқдорларда бу гуруҳ препаратлари ҳомиладор аёл ва ҳомилага ноўрин таъсир кўрсатмайди.

Дезинтоксикацион дори моддалари ҳомиладорликда мавжуд касалликларнинг кечиши, оғирлик даражаси ва аёлнинг умумий аҳолини назарда тутган ҳолда тавсия этилади. Бу гуруҳ моддалардан гемодез, дисол, натрий хлорид – 0,9%, глюкоза, натрий биокорбонат – 3% эритмаларини томчилаб томирга қуйиш мақсадга мувофиқдир.

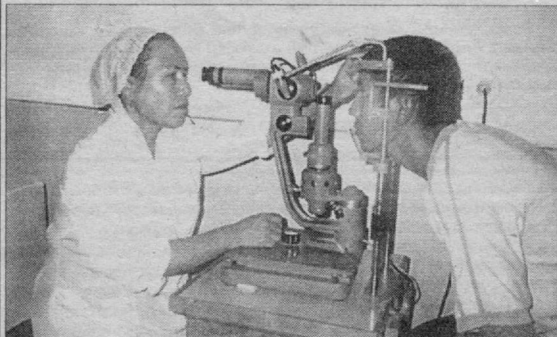
Қуйидаги жадвалда ҳомиладорликда кўп ишлатилган дори моддаларини тўғри танлаш ва уларнинг изоҳлари берилган.

Ҳомиладорликда кўп ишлатилган дори моддалари ва уларни қўллашга монеликлар:

Дори препаратлари	Дорини танлаш	Изоҳ
Аналгетиклар ва солицилатлар	Танлашга яроқли	Ҳомиладорлик даврида тавсия қилиш мумкин. Туғқандан кейин гипербилирубинемияга олиб келиши мумкин
Парацетамол Бутадион	Танлашга яроқли Танлашга яроқли	Камқонликда ишлатилмагани маъқул. Камдан-кам ҳолларда меттемоглобин ва агранулоцитоз ҳосил бўлишига олиб келади
Индометацин	Тақиқланади	Узоқ мўддат истеъмол қилганда ўсиши сусайтиради
Атропин	Танлашга яроқли	Терапевтик дозаларда хавфсиз
Сульфаниламидлар	Зарур ҳолларда танлашга яроқли	Меттемоглобинемия ва анемияга олиб келади
Фурадонин	Иложи борича танламаслик	Гемоллиз, ўсиши саргайиши, гипербилирубинемия
Изониазид Рифампицин Этамбутол Нистатин Гипотензив дори моддалари	Танлашга яроқли Танлашга яроқли Зарур ҳолларда танлаш Танлашга яроқли	Узоқ мўддат истеъмол қилганда ўсиши сусайтиради
Теофиллин препаратлари В ₂ -симпатомиметиклар	Зарур ҳолларда танлаш Танлашга яроқли Зарур ҳолларда	Чақалоқда бурун шиллик қавати шиши, ҳаво етишмаслиги, уйқусизлик, ичкалар атонисини келтириб чиқаради
Сенсибилизацияга қарши дори моддалар Гепарин Сийдик хайдовчи моддалар Юрак гликозидлари Дегиталис, строфантин Иод препаратлари	Зарур ҳолларда Танлашга яроқли Танлашга яроқли Танлашга яроқли	Мутлақ хавфсиз Ҳомилада тахикардия келтириб чиқаради, ҳомирани зарарлайдиган бошқа ноҳўя таъсирлари аниқланмаган
Гормон моддалари Томир ичига томчилаб юбориладиган ҳар хил суяқликлар Камқонликка қарши ишлатилган дори моддалари Витаминлар: Витамин А	Зарур ҳолларда Зарур ҳолларда Танлашга яроқли	Одатдаги дозаларда хавфсиз Ҳомилада туғма бўқоқ ва гипертиреоз келтириб чиқаради
В гуруҳ витаминлар	Мўҳтож ҳолларда Танлашга яроқли	Қоннинг электролит таркиби бузилиши мумкин Марказий асаб тизими ривожланиш нуқсонлари

Абдулла УБАЙДУЛЛАЕВ,
академик.

(Охири. Боши ўтган сонларда).



Чиноз туманидаги марказий поликлиника тўғрисида сўраб қолсангиз, авваламбор бу ердаги шифокорлар хизматидаги интизом, ширинсуханлик ҳақида гапиришади. Ҳар ҳолда 35 минг нафар аҳоли саломатлиги учун хизмат қилаётган кўп тармоқли тиббиёт маркази фаолиятини кўнгилдагидек дейиш мумкин.

Бундан ташқари, дозаланган ингаляторлар, дитек, беродуал, астмопентлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Касалликнинг энгилроқ турларида бронхларни кенгайтирувчи дори моддаларини эндотрахеал йўл билан юбориш мумкин.

Бу ерда 45 мингга яқин болалар ва ўсмирларга ҳамда 14

ИСТАКЛАР БУЮК БЎЛСА...

қилиш муҳим аҳамият касб этади.

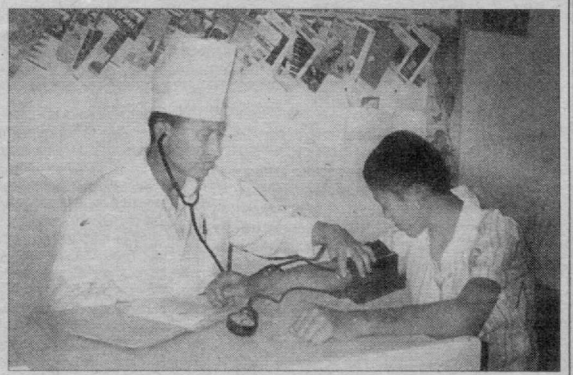
Шуни қувонч билан таъкидлаш жоизки, кейинги йилларда тиббиёт масканида аҳоли тиббий саводхонлигини ошириш, ходимларнинг маънавий дунёқарашини кенгайтириш борасидаги ишлар қўлама катта эътибор билан қаралмоқда. Матбуот саҳифаларида ёритилаётган тиббиёт янгиликлари, маслаҳатлар ва турли қизиқарли мақолалар жамоа орасида кенг муҳокама қилиб борилади. Ҳамма жойда бўлгани каби Вазирилар Маҳкамасининг «Нихола» номли шахсларни тиббий қўриқдан ўтказиш тўғрисидаги Қарори ижросини таъминлаш мақсадида ҳам муайян ишлар қилинапти. Туман хотин-қизлар кўмитаси билан ҳамкорликда тадбирлар ишлаб чиқилиб, «Нихо – оила ва фарзанд», «Ешларни оилавий ҳаётга тайёрлашнинг маънавий асослари» каби мавзуларда олиб борилаётган суҳбатлар ўз самарасини бермоқда.

Келин-куёвда бирон-бир касаллик аломати аниқланса, даволашга жўнатилмоқда. Чунки, соғлом ота-онадан соғлом фарзанд туғилиши исботталаб қилмайди-ган ҳақиқатдир.

– Оила – жамият негизи. Уни

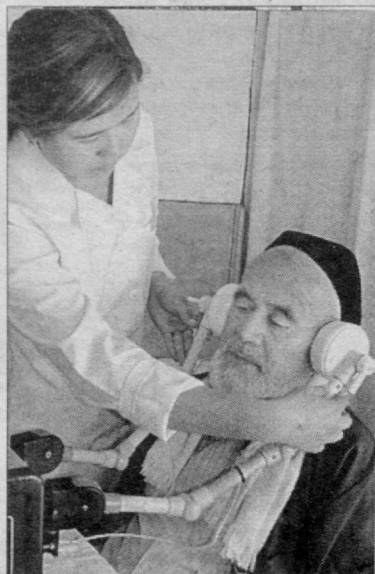
мустаҳкамласак, обрўсини оширсак, келажақ ҳақида бугундан қайгурган бўламиз, – дейди бош шифокор сўзига яқун ясар экан.

А. ХУДОЁРОВ.
СУРАТЛАРДА: кўз шифокори Ҳайри Тулаганова муолажа пайтида; ўсмирлар шифокори Шокир Мирвафоев беморни қўриқдан ўтказмоқда.



2006 йил — Хомийлар ва шифокорлар йили

ҚАРИЯЛАР ДУОСИНИ ОЛИБ



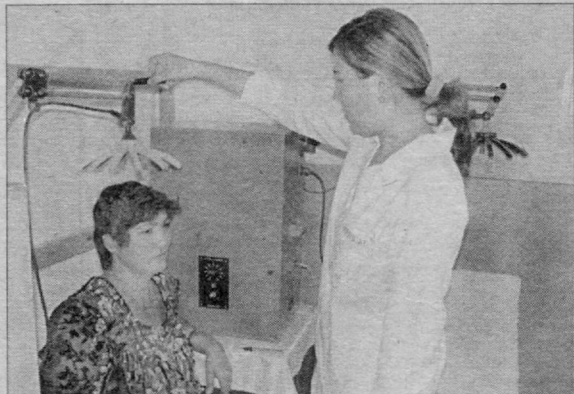
Юртига қайтгач, дастлаб Ўзбекистон Республикаси Давлат Статистика қўмитасида етакчи ходим, бўлим бошлиғи вазифаларида, Тошкент вилояти статистика бошқармасида бўлим бошлиғи, бошқарма бошлиғининг ўринбосари лавозимларида ишлади. Кейинчалик Бўстонлик тумани ҳокимлигига ишга таъин қилинган, бу ерда ўн йилча бўлим бошлиғи ва туман ҳокимининг ҳисоб-статистика масалалари бўйича ўринбосари лавозимида фаолият юритди. 2000 йил июль ойидан бошлаб Меҳнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлигига қарашли уруш ва меҳнат фахрийларининг "Товоқсой" сихатгоҳига раҳбар этиб тайинланди. Бу ерга келган кундан бошлаб Хикматулла Султонов сихатгоҳни қўламазорлаштириш, ободонлаштириш, қурилиш ва таъмирлаш ишларига алоҳида эътибор қарата бошлади. Вазирлик раҳбарлиги ҳамда ҳокимиятнинг бевосита ёрдами билан бу ерда каттагина ишлар амалга оширилди.

"Товоқсой" сихатгоҳи 400 ўринга мўлжалланган бўлиб, асосан асаб тизими касалликлари, юрак қон-томир хасталиклари, нафас тизими ҳамда ҳаракат-таянч аппарати касалликлари билан оғриган беморлар даволанишида. Сихатгоҳга республикамизнинг барча вилоятлари, жойлардаги ижтимоий таъминот бўлимлари томонидан

Бўстонлик туманининг Сижоқак қишлоғида туғилиб ўсган Хикматулла Султонов 1973 йили мактабни аъло баҳолар билан битиргач, шу йили Тошкент халқ ҳўжалиги институтига ўқишга кириб, институтни аъло баҳолар билан тугаллади. Уша кезлардаёқ домлалари уни маъмур олийгоҳнинг халқ ҳўжалиги статистика кафедрасида ишга олиб қолишди. 1977 йилдан то 1982 йилга қадар мана шу олийгоҳ кафедрасида ассисент бўлиб ишлади. 1982 йилнинг декабрь ойида Россиянинг Москва шаҳридаги аспирантлар тайёрлайдиган институтга ўқишга кирди. 1986 йили маъмур институтни муваффақиятли яқунлаб, иқтисод фанлари номзоди илмий даражасини ҳимоя қилди...

берилган йўлланмалар билан қадам ранжида қилишди.

2005 йилда бу ерда 7000 нафарга яқин беморлар даволаниб кетган бўлса, шу йилнинг 9 ойи давомида 6400 нафар уруш ва меҳнат фахрийлари, ногиронлар ўз саломатликларини тиклаб қайтишди. Сихатгоҳда 13 нафар малакали шифокор ва 42 нафар ҳамшира дам олувчиларга хизмат кўрсатмоқда. Даволаш бўлиминда массаж, парафин, электр қуввати билан даволаш, ванна каби 26 турдаги даво муолажалари ўтказилади. Хикматулла Султонов сихатгоҳга директор этиб тайинлангач, бу ерда каттагина қурилиш-таъмирлаш ишлари олиб борилди. Биринчи навбатда 500 ўринли ошхона қурилиши бошланиб, чала қўлдирилган қозонхона битказилиб, ишга туширилди. Шунингдек, ўн олти ўринли меҳмонхона ҳам фойдаланишга топширилди, қўлаб корпусларда таъмирлаш ишлари амалга оширилди. Ободонлаштириш ишларига алоҳида эътибор қаратилди, ёрдамчи хўжаликлар ташкил этилди. Ҳозирги кунда ҳам сихатгоҳнинг ёрдамчи хўжалигида ўндан зиёд қорамоллар мавжуд, янги соғилган суллар билан фахрийлар кўнглини олиб, уларни



сув, қатқил билан узлуксиз таъминлаш баробарида, кексалар дуосини олиб келишмоқда.

— Бизнинг ниятимиз, ёрдамчи хўжалигимиздаги сигирлар сонини йигирматага етказиш. Бунинг сабаби, сихатгоҳимиз ҳудудида 3 гектар қишлоқ хўжалигига яроқли еримиз бор. Биз бунини оилавий пудрат сифатида ижарага бериб юборганмиз. Бу майдонларда қорамолларга озуқа тайёрлаш учун имкониятларимиз етарли, — дейди сихатгоҳ директори Х. Султонов. — Ва энг асосийси бу ерлар ҳар йили сихатгоҳимизга икки миллион атрофида даромад келтирмоқда. Шубҳасиз, бу сихатгоҳ фаолиятида ўзининг ижобий натижасини кўрсатади. Олинган даромадни биз сихатгоҳимизнинг маданий-маиший ишларини яхшилашга сарфлаймиз. Улардан мақсадли фойдаланамиз. Ишлаб топилган ҳар бир маблағ бизда қатъий назоратда туради.

Хомийлар ва шифокорлар йилига ҳам биз бир қанча тadbирларни белгилаб, аста-секинлик билан амалга ошириб бормоқдамиз. Шу кунгача сихатгоҳимизга даволаш ишларини яхшилаш мақсадида учта "Искра-1" янги тиббий асбоб-ускуна келтирилди. Йил охиригача яна иккита тиббий аппарат сотиб олиш ниятидამиз. Шулардан биттаси, яъни д'арсеналь аппаратини хоразмлик тadbиркор аёл Ширин опа Абдуллаева бизга совға қилди. Яна бир хомиймиз, тadbиркор Мухаббатхон Назарова эса иккита 4x5 ўлчамдаги гилам олиб берди. Ҳовлидаги арчаларимиз-

ришса, бошқалари палослар ва хўжалик ишларида асқотадиган буюмлардан олиб беришди. Имкониятдан фойдаланиб, бизга чин кўнгилдан бегараз ёрдам кўрсатиб келаётган хомийларимизга ўзимизнинг самийий миннатдорчилигимизни билдирамиз. Бир нарсани алоҳида таъкидлаб ўтиши жоизки, бу йил сихатгоҳ фаолиятида ижобий ўзгаришларга пухта замин яратадиган муҳим тadbир бўлиб ўтди. Ўзбекистон Республикаси касабаяушмалари кенгашига қарашли курортлар бошқармаси қошидаги "Чинобод", "Турон", "Оқтош" санаторийларида республикамизнинг барча вилоятларидан келган масъул тиббий ходимлар ва раҳбарлар амалиётни ўтаб қайтидилар. Вазирлик томонидан ташкиллаштирилган мана шу тadbир барча ходимларда чуқур таассурот қолдирди. Албатта, сихатгоҳ маъмурияти ана

дан олган билимларини ҳаётга жорий этиш билан машғуллар. Юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, бу ерда асосан уруш ва меҳнат фахрийлари, ногиронлар дам олиб, даволанишди. Яхши маълумки, улар алоҳида эътибор ва меҳр-мухаббат, иззат-икромга муҳтож кишилардир. Сихатгоҳ ахил жамоасининг биринчи галдаги вазифаси уларга намунали хизмат кўрсатишидир. Кекса-ю ёш сихатгоҳга келиб, саломатликларини тиклашар экан, шифо маскани ва унинг жонқуяр ходимлари тўғрисида яхши таассуротлар билан қайтишлари йўлида сидқидилдан хизмат қилишни ўзининг олижаноб бурчи деб билган "Товоқсой" сихатгоҳининг барча ходимлари бу борада хормай-толмай фидойилик кўрсатишмоқда.

Зеро, отахону онахонларнинг дуоси билан барча ишларда ҳамisha олдинги сафда бўлиш иштиёқи билан ёним, тажрибаларини бойитиб бораётган бу жамоанинг бундан кейинги ишларига ривож тилаб қоламиз.

Миржалол МИРАЛИЕВ.

СУРАТЛАРДА: сихатгоҳ фаолиятидан лавҳалар.

ВРАГ СОСУДОВ

Одна из главных причин заскляковывания сосудов - неправильное питание. Суть же правильного питания заключается в снижении уровня холестерина в организме благодаря регулярному потреблению оливкового и других растительных масел, бобовых, большому количеству фруктов и овощей. Зато следует резко сократить потребление мясных и молочных продуктов.

Чем опасна повышенная концентрация холестерина? Тем, что он откладывается на внутренней оболочке артерий, в результате чего сосуды сужаются, уменьшается ток крови, проходящей через них. Эти изменения и называются атеросклерозом. Он опасен тем, что сужение сосудов сердца или мозга может вызвать со временем их полную закупорку.

В настоящее время большинство исследователей признают, что корни сосудистой патологии мозга уходят в раннее детство. Медики считают, что психоневрологические расстройства у детей час-

то обусловлены врождённой или рано приобретённой сосудисто-мозговой недостаточностью. Исследования динамики здоровья школьников доказывают, что число детей, страдающих повышенным артериальным давлением (гипертонией), из года в год повышается на 6-12 процентов. Им особенно полезно чередование умственной деятельности с активным отдыхом, а также соблюдение программы антихолестероинового питания.

А теперь о том, как снизить и довести до нормы содержание холестерина в крови, не особенно отказывая себе при этом в удовольствии от еды.

Начнём с рекомендаций по снижению веса. Ведь при повышении массы тела более чем на 10-15 % содержание холестерина автоматически увеличивается. С возрастом, даже если вы не переедаете, начинается постепенное замещение мышечной ткани жировой. Сократив потребление жиров, вы намного снизите риск получить инфаркт миокарда.

Через 2 года после прекращения употребления жирной пищи приходят в норму даже серьёзные отклонения. А через пять лет опасность возникновения инфаркта миокарда становится минимальной. После 35 лет сужение сосудов начинается практически у всех.

При нарушении жирового обмена рекомендуется: заменить животные жиры на растительные, избежать потребление сахара, в том числе и фруктового, фруктовых сиропов.

Напротив, полезны продукты, богатые

одновременно углеводами и балластными веществами, например, хлеб и другие изделия из муки грубого помола, рис грубого помола, орехи, бобовые, но надо ограничивать крупы и картофель. Сократите и потребление яиц - в одном желтке содержится около 300 мг холестерина. А ежедневно поступление его организм не должно превышать 250 мг.

Содержание холестерина в продуктах питания (в мг - на 100 г)

Мясной и куриный бульоны - 0
Горчица, кетчуп - 0
Томат-паста, соевый соус - 0
Сливочное масло - 240
Топлёное масло - 285
Маргарин - 10
Подсолнечное масло - 0.

К. АБДУРАХМАНОВ,
главный врач Центра Здоровья
г. Чирчика.

Остеопороз широко распространен во всем мире и по данным ВОЗ занимает четвертое место по заболеваемости после болезней сердечно-сосудистой, онкологической и эндокринной систем. Остеопороз характеризуется тяжелыми осложнениями, среди которых переломы шейки бедренной кости, переломы и деформации тел позвонков, переломы Коллиса и др. Хорошо известно, что более 40 % лиц пожилого возраста страдают остеоартрозом, до 80 % больных остеоартрозом имеют ограничения подвижности разной степени, а 25 % не могут выполнять повседневную домашнюю работу. Более половины больных ревматоидным артритом через 10 лет от начала заболевания вынуждены бросать свою работу вследствие развившейся инвалидности. Переломы, возникшие в результате остеопороза, практически удвоились за последние десятилетия.

По материалам ООН, ежемесячно к 360 миллиону лиц в возрасте от 65 лет и старше добавляется еще 800000 человек. Изменения в возрастном составе населения приводят к значительному росту поврежденных у лиц пожилого и старческого возраста.

Переломы костей опорно-двигательного аппарата у людей пожилого и старческого возраста являются частой и сложной травмой, т.к. имеющиеся сопутствующие заболевания со стороны жизненно-важных органов, наличие остеопороза осложняют тактику ведения больных и представляют не только медицинскую, но и социальную проблему.

Взаимосвязь между нагрузкой на кость и ее хрупкостью, вызванной уменьшением ее минеральной плотности, то есть остеопороза - основной фактор в этиологии переломов у пожилых людей.

Наиболее часто переломы шейки бедра возникают после падений с высоты, не превышающей рост человека. У женщин к 85-летнему возрасту в 100 % случаев отмечается уменьшение минеральной плотности кости, тогда как в 65 лет остеопороз выявляется только у 50 % женщин.

Переломы проксимального отдела бедра у женщин часто происходят в постклимактерическом периоде, то есть при развитии постменопаузального остеопороза, лечение которого эстрогенами эффективно только в первое время после климакса, т.е. в возрасте 50-60 лет.

В клиническом обследовании больного остеопорозом важное место принадлежит оценке факторов, среди которых большой удельный вес занимают генетические нарушения, гормональный дисбаланс, низкая масса кости, раса, пол, возраст, медикаментозная терапия, нарушения эндокринного баланса организма, химические токсикогены и другие неблагоприятные факторы окружающей среды, ионизирующее облучение, радионуклиды и др.

Многообразие выделенных факторов риска свидетельствует о гетерогенности этиологии и мультифакториальности патогенеза остеопороза.

Особенности телосложения пациентов, унаследованные от родителей, также относят к наследственным факторам риска. Доказано, что остеопорозу подвержены лица низкого роста и хрупкого телосложения.

Эпидемиологическими исследованиями доказано, что пожилой возраст и принадлежность к женскому полу выступают как факторы риска остеопороза. Выявлено, что риск заболевания повышен у женщин по сравнению с мужчинами в 6-7 раз. Это связано с тем, что общая потеря массы костной ткани за время жизни составляет у женщин около 30-40 % от пиковой массы кости, а у мужчин около 20-30 %. Снижение массы кости у женщин в позвоночнике достигает 45 %, в проксимальном отделе бедра до 55 %. Изменения компактной кости прослеживаются позднее, но могут иметь место у отдельных индивидуумов в 35-40 лет.

К факторам риска остеопороза относят курение, злоупотребление алкоголем, кофе, низкая физическая активность, непереносимость молочных про-

Кушинга и др.).

Остеопороз, возникающий на фоне сахарного диабета 1-го типа, характеризуется нарушением процессов ремоделирования кости, имеет место снижение массы костной ткани, уменьшение количества остеобластов и снижение их функциональной активности. Выявлено, что замедляется биосинтез и секреция первого типа коллагена, что сопровождается уменьшением объема остеоида. Нарушается формирование минеральной матрикса кости.

К факторам риска остеопороза относят ревматические заболевания (ревматоидный артрит, системная красная волчанка и другие). Снижение минеральной плотности костной ткани при ревматоидном артрите связывают с особенностью проводимой терапии. В качестве факторов риска выступают кортикостероиды и цитостатики (метатрексат, циклоспорин) и др. Кроме того, проявление остеопенического синдрома зависит от длительности заболевания, активности процесса, функциональных нарушений,

Советы специалиста

ментозная терапия должна строиться с учетом этиологии и патогенеза заболевания. В настоящее время доказано, что подходы к лечению этого заболевания должны включать базисную, этиологическую, патогенетическую терапию и дополнительные мероприятия.

Остеопороз, как правило, поздно диагностируется, имеет спонтанные периоды ремиссии и обострения, а после постановки диагноза требует длительного лечения, практически до конца жизни. Положительные результаты лечения проявляются через достаточно отдаленные сроки после начала терапии. При этом деформации позвоночника, образовавшиеся вследствие остеопороза, практически не поддаются коррекции. Все это накладывает определенный отпечаток на психологию больного.

В каждом конкретном случае, прежде чем начинать лечение остеопороза, необходимо установить причину, обусловившую нарушения в костной ткани. При

препаратов может восстанавливать дисбаланс процессов «резорбция - костеобразование», так как превалирование резорбции над костеобразованием приводит к потере костной массы.

В поддержании гомеостаза кальция играют важную роль препараты витамина D (эргокальциферол, дигидротаксистерол, холекальциферол), имеющие многоплановый эффект. Они уменьшают резорбцию кости, активизируют процессы костного ремоделирования, способствуют мобилизации кальция в костной ткани. При этом в большей степени стимулируется мальабсорбция кальция в кишечнике и почечная реабсорбция кальция. Важным свойством витамина D является способность подавлять повышенный уровень паратиреоидного гормона. Суммарный эффект их воздействия заключается в усилении минерализации и стимуляции костеобразования. Эффективно сочетание витамина D и солей кальция.

У женщин в постклимактерическом периоде для профилактики переломов и лечения широко используют гормон-заместительную терапию.

Препарат остеогенон ингибирует резорбцию кости и стимулирует костеобразование, что отличает его от других кальциевых добавок, увеличивающих только поступление кальция в организм. При этом, остеогенон снижает процессы резорбции костной ткани, оказывая влияние как на компактную, так и губчатую костную ткань.

Оценка эффективности лечения остеогенон была проведена у пациентов с различной патологией опорно-двигательного аппарата, в том числе и с остеопорозом. Эффект препарата связан не с повышением минеральной плотности кости, а с влиянием препарата на ремоделирование за счет входящих в состав препарата органических компонентов.

Показано, что у пациентов с остеопорозом, остеогенон уменьшает боль в спине и улучшает подвижность позвоночника.

Анаболические стероиды эффективны у пациентов с низкой массой тела и мышечной слабостью. Кроме того, они с успехом могут быть использованы при лечении остеопороза, индуцированного глюкокортикоидами, а также в комплексной терапии.

Заместительная гормональная терапия в настоящее время рассматривается как «золотой стандарт» в лечении постклимактерического остеопороза у женщин.

Таким образом, учитывая популяционную распространенность остеопороза патологии и тенденцию к росту числа пациентов, следует обращать пристальное внимание врачей различных специальностей на вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения.

М. АЗИЗОВ,
директор НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз, доктор медицинских наук, профессор.
А. ДУРСУНОВ,
руководитель отделения НИИТО МЗ РУз, доктор медицинских наук.

ОСТЕОПОРОЗ

Остеопороз - системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и микронарушениями архитектоники костной ткани, приводящим к значительному повышению хрупкости костей и последующему возрастанию риска переломов.

дуктов или их низкое содержание в диете, уменьшенное потребление кальция, магния и витамина D, избыточное потребление мяса и напитков с повышенным содержанием фосфатов, а также избыточной прием минеральных солей.

Вредные химические факторы среды или факторы техногенного происхождения, нарушающие экологические условия, являются одной из причин возникновения остеопороза и фактором риска переломов костей. Доказано, что переломы проксимального отдела бедренной кости происходят не только за счет снижения минеральной плотности кости, но и нарушения состава минералов при накоплении в ней алюминия. Алюминий взаимодействует с биомолекулами, вытесняет из сложных соединений магний, кальций, азот, железо, что приводит к нарушению метаболических систем организма. Длительное воздействие алюминия на костную ткань приводит к развитию остеомалиции.

Среди вредных факторов среды выделяют пестициды, нарушающие метаболические показатели не только на уровне организма, но и локальных структур, в частности костной ткани. Показано, что влияние пестицидов на организм приводит к нарушению метаболизма костной ткани и ингибирует процессы регенерации кости.

На первом месте по частоте нарушения метаболизма костной ткани стоят эндокринные нарушения (гипертиреоз, гипотиреоз, сахарный диабет, гипопаратиреоз, гормонально-активные опухоли паращитовидной железы, синдром Иценко-

связанных с возрастом и полом.

На метаболизм костной ткани влияют гематологические заболевания (системный мастоцитоз, гемолитическая анемия, миелома, лимфома, лейкозы и другие). В частности, при миеломной болезни миеломные клетки продуцируют цитокины (цитокин-лимфотоксин, интерлейкин-6 и интерлейкин-1), активирующие резорбцию костной ткани.

Среди препаратов, нарушающих метаболизм костной ткани, на первом месте стоят глюкокортикоиды. Перечень препаратов, нарушающих процесс ремоделирования костной ткани достаточно обширен: тироксин, гепарин (высокие дозы), препараты лития, антиконвульсанты, антибиотики, производные тетрациклина, диуретики (фуросемид), препараты фенотиазина, антациды, содержащие алюминий, цитостатики, антагонисты или агонисты гонадотропного гормона.

К факторам, провоцирующим развитие и прогрессирование остеопороза, может быть отнесена иммобилизация. В возникновении иммобилизационного остеопороза одним из значимых механизмов патогенеза является снижение кровотока в костях и костном мозге.

Разработка эффективной лечебной тактики при остеопорозе является актуальной. Эффективность лекарственной терапии при лечении остеопороза трудно поддается оценке, так как на сегодняшний день существуют различные подходы к лечению этого заболевания. Это связано с тем, что остеопороз по своей этиологии может быть первичным или вторичным, соответственно и назначаемая меди-

кализация заболевания, приводящая к метаболической остеопатии, лечение остеопороза проводится одновременно с лечением основного заболевания. Медикаментозная терапия остеопороза является главным составляющим звеном базисной, этиологической и патогенетической терапии.

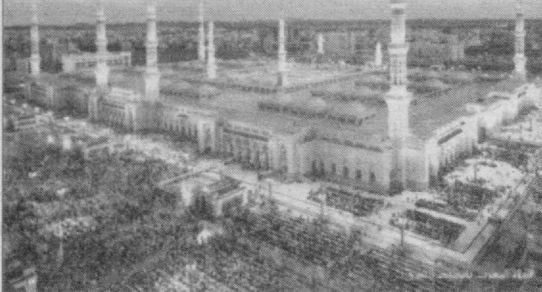
Базисная терапия должна быть многоплановой и направленной на снижение болевого синдрома, расширение двигательной активности больного, специальную диету, включающую кальций. В базисную терапию входит ряд мероприятий, улучшающих общее состояние больного.

Необходимым звеном в лечении остеопороза должна быть правильная ориентация пациентов на диету, богатую фосфором, кальцием и магнием, а также на повышенную физическую активность. Последняя имеет чрезвычайно большое значение для протекания процессов перестройки в костной ткани.

Могут быть использованы различные методы физиотерапии для снятия болей, улучшения кровообращения, стимуляции обменных процессов, как в организме, так и локальной области скелета. При деформации позвоночника и переломах ортопедическая поддержка является необходимым звеном в лечении остеопороза.

Медикаментозные средства патогенетической терапии, непосредственно воздействующие на костную ткань, разделяют на 3 группы: ингибирующие резорбцию кости, стимулирующие костеобразование и препараты многопланового действия. Применение этих трех групп

Ўш қўшма ҳафтаси



**Барчамиз учун фазилатли ой ҳисобланмиш муборак рамазон ойи ҳам охираб қолди. Қалбларимиз мусалфа бўлиб, рамазон ҳайити тайёргарлигини кўрар эканмиз, фурсатдан фойдаланиб, бутун мамлакатимиз ҳалқини улуг айём билан чин дилдан қутлаймиз. Ушбу қувончли кунларда ҳар бирингизнинг хонадонингиз обод, юртимиз тинч-фаровон, доимо хурсандчилик ва ҳамдамлик ҳамроҳиниз бўлиб қолишини Яратгандан сўраб қоламиз!
Ҳайитингиз қутлуғ бўлсин!**

ПРЕКРАСНЫЕ КИТАЙСКИЕ РЕЦЕПТЫ УКРЕПЛЯЮТ СЕРДЦЕ

У американцев в 10 раз больше коронарных заболеваний, чем у китайцев, которые питаются низкохолестериновой нежирной пищей в отличие от народов Соединенных Штатов, Канады и большинства европейских стран.

Атеросклероз всегда был «заболеванием изобилия». Только те, кто позволяют себе дорогую жирную пищу, являясь жертвами сердечных приступов и инсультов. Холестерин был найден в артериях мумий фараонов Египта, чья пища была значительно лучше, чем пища их подданных. Дегенеративные заболевания сердца и кровеносных сосудов всегда были «привилегией» состоятельных классов.

Однако сегодня, миллионы и миллионы людей в западных индустриальных странах могут позволить себе дорогую пищу. Но за это приходится платить высокую цену в виде атеросклероза и быстрого роста эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний.

Сотни миллионов людей, живущих в Китае и других, не отличающихся изобилием продуктов азиатских стран, редко страдают сердечными заболеваниями. Главным продуктом их рациона является одно из наиболее здоровых растительных масел - соевое масло, которое содержит очень много ненасыщенных жирных кислот и лецитин - два самых сильных защитных фактора против заболеваний сердца.

Основная китайская пища - рис и слегка вареные овощи. Мясо используется очень редко. Когда вы заказываете в ресторане ципленка или отбивную, то получите полную тарелку овощей, таких, как сельдерей, лук, зеленый перец, тарелку риса и очень небольшое количество тонко нарезанного ципленка или мяса. В настоящем китайском ресторане вам не подадут ни

хлеба, ни мяса.

Несколько рецептов китайской пищи:

Сырой салат. Нарезьте салат. Добавьте дольки сельдерей, редиску, морковь, огурец, помидоры, петрушку и шпинат. Заправьте постным маслом и лимонным или апельсиновым соком.

Грибное рагу. Нарезьте острым ножом дольками лук, зеленый перец, сельдерей и любые другие овощи. Смешайте с грибами - свежими или консервированными - положите смесь в кастрюлю, заправьте постным маслом, при желании добавьте чеснок, так как он очищает сосуды от «ржавчины», и столовую ложку китайского соевого соуса.

Не передерживайте эту смесь на огне. Она должна стоять на большом огне 5-10 минут при постоянном помешивании деревянной ложкой.

В это овощное рагу можете добавить кусочек ципленка, мяса или креветок, но в очень небольшом количестве и очень тонкими дольками.

Коричневый рис. Используйте натуральный коричневый рис - одну часть на три части воды. Добавьте одну чайную ложку бурых водорослей и одну столовую ложку соевого масла. Готовьте его на пару или в кастрюле с толстым дном и закрытой крышкой на среднем огне, пока рис не станет мягким и рассыпчатым. Рис нельзя перемешать до полной готовности.

Десерт. Завершить эту великолепную антикоронарную трапезу можете каким-либо свежим фруктом.

Подготовила Н. УЗАКОВА.

ИНТЕРНЕТ СООБЩАЕТ

БРИТАНСКИЕ УЧЕНЫЕ НАШЛИ ЛЕКАРСТВО ОТ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Широко известное лекарство, применяющееся при лечении заболеваний кишечника и ревматоидного артрита, может помочь больным с циррозом печени, полагают британские ученые. По данным исследователей, препарат сульфасалазин способен остановить разрастание рубцовой ткани в пораженном циррозом органе.

По показателю смертности цирроз печени уступает только раку. Наиболее частыми причинами развития этого заболевания являются хронический алкоголизм и вирусные гепатиты В и С.

При циррозе нормально функционирующие здоровые клетки печени постепенно замещаются рубцовой тканью. До последнего времени этот процесс, известный как фиброз печени, считался необратимым, однако новые исследования в этой области показали, что это не совсем так.

МЕД энциклопедия

О циррозе говорят мало, поэтому не многие знают, что хуже него может быть только рак, СПИД и инфаркт миокарда.

В ходе нового эксперимента, группе ученых из Университета Ньюкасла при помощи сульфасалазина удалось добиться частичного восстановления пораженных фиброзом тканей печени у подопытных грызунов.

При различных повреждениях и травмах печени печеночные клетки миофибробласты формируют рубцовую

ткань, которая выполняет защитную функцию. В здоровом органе рубец через некоторое время рассасывается, вновь заменяясь нормальными клетками, однако при циррозе этого не происходит, и рубцовая ткань продолжает непрерывно увеличиваться, постепенно охватывая весь орган.

По данным ньюкастльских исследователей, сульфасалазин обладает способностью блокировать выработку протеина, играющего центральную роль в жизненном цикле миофибробластов, в результате чего эти клетки гибнут,

а разрастание рубцовой ткани прекращается.

По мнению ученых, лечение сульфасалазином может стать альтернативой операции по пересадке печени.

В настоящее время авторы исследования готовятся к проведению клинических испытаний нового метода лечения. К участию в них планируется привлечь пациентов, находящихся на последних стадиях алкогольного цирроза печени, когда естественное восстановление функций пораженного органа является уже невозможным.

МЕД НОВОСТИ

Нобелевскую премию по медицине получили первооткрыватели РНК-интерференции. Нобелевская премия в области медицины и физиологии за 2006 год присуждена американским генетикам Эндрю Файру и Крайгу Меллоу. Исследователи открыли и описали механизм так называемой РНК-интерференции, при которой происходит избирательное подавление экспрессии генов, унаследованных организмом.

Крайг Меллоу является сотрудником Медицинской школы Университета штата Массачусетс, Эндрю Файр работает в Медицинской школе Стэнфордского университета.

Их статья, описывающая механизм РНК-интерференции, появилась в 1998 году в журнале Nature. По мнению ученых, механизм РНК-интерференции был выработан в процессе эволюции в качестве средства защиты от вирусов, которые используют для собственного размножения клеточные РНК.

Суть РНК-интерференции заключается разрушении молекул РНК, несущих информацию о структуре гена, после присоединения к ним малых РНК, циркулирующих в цитоплазме клетки. РНК-интерференция зафиксирована у большинства эукариот.

Открытие механизма избирательного «отключения» генов может привести к созданию новых методов борьбы с наследственными заболеваниями, раком, а также вирусными инфекциями.

АМЕРИКАНЦЫ КЛОНИРОВАЛИ МЫШЕЙ ИЗ КЛЕТОК КРОВИ

Американским ученым удалось клонировать мышей из ядер дифференцированных соматических клеток - гранулоцитов. Результаты эксперимента доказывают, что некоторые виды зрелых клеток могут быть более удобным источником генетического материала при клонировании, чем неспециализированные стволовые клетки.

Отчет об исследовании опубликован в журнале Nature Genetics.

Используемая при клонировании техника «ядерного переноса» заключается в замене собственного клетчатого ядра оплодотворенной яйцеклетки на ядро, извлеченное из клетки организма, точную генетическую копию которого планируется получить. До последнего времени наиболее подходящим материалом для этой операции считались незрелые стволовые клетки клонируемого организма.

Однако в ходе нового исследования сотрудниками Питтсбургского Университета под руководством доктора Тао Ченга удалось успешно клонировать мышей, используя ядра, извлеченные из полностью сформировавшихся и не способных к дальнейшей дифференциации белых клеток крови - гранулоцитов.

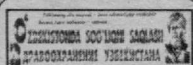
По данным исследователей, им удалось получить клонированные эмбрионы из 38-39% клеток, которые использовались в эксперименте. При традиционной методике этот показатель составлял не более 4%. В результате эксперимента на свет появились двое новорожденных мышат клонированных из ядер гранулоцитов. Правда, оба они умерли через несколько часов после появления на свет.

Клонирование с использованием ядер стволовых клеток эмбрионов мышей, также проведенное исследователями, показывало еще более высокую результативность: до стадии бластоцисты ученым удавалось доводить более 50% эмбрионов, и в результате в этой группе на свет появились уже 19 клонированных мышей.

В то же время использование ядер стволовых клеток эмбрионов при клонировании не имеет серьезного терапевтического значения, поскольку как ученые, так и медики в значительной степени заинтересованы в получении точных генетических копий взрослых организмов, а не эмбрионов.

По словам британского эксперта в области клонирования сотрудника Королевского колледжа Лондона Стефана Мингера, полученные учеными результаты являются весьма неожиданными.

«До последнего времени всеобщее убеждение заключалось в том, что чем менее зрелой является клетка, тем более вероятно ее успешное перепрограммирование при помощи ядерного переноса. Однако данное исследование свидетельствует об обратном. Возможно, некоторые типы зрелых клеток значительно легче поддаются перепрограммированию, чем считалось ранее». Заявил доктор Мингер, комментируя результаты исследования американских коллег BBC.



Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Таҳрир ҳайъати раиси:
Феруз НАЗИРОВ

Таҳрир ҳайъати аъзолари:
Бобур Алимов, Гаҳарр Исмолова, Омонгулди Миртозаев, Озода Муҳиддинова, Миржалол Миралиев (Бош муҳаррир ўринбосари), Бахтиёр Ниёзатов, Абдурахмон Носиров, Нурият Отабеков, Холмурод Раббаев, Рихси Салихўжаева, Намоз Толипов, Маршад Турумбетова, Абдулла Убайдуллаев, Фарҳод Фузайлов.

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

Газета Ўзбекистон Республикаси Мабулот ра ахборот агентлигида 2003 йилнинг 17 ноябрь кунин руйхатга олинган, гувоҳнома рақами 211.

Ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтинга сешанба кунлари чиқади. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekiston sog'liqni saqlash - Zdravoохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилмиши шарт. Адади 4440 нусха. Бюроғи Т-1251.

Газета «ШАРҚ» нашрий-матбаа акциядорлик компанияси босмахонасида чоп этилди. Газета ҳажми 2 босма таъаб, Формати А3. Офсет усулида босилган.

Эълои ва билдиривлардаги факт ҳамда далилларнинг тўғрилиги учун реклама ва эълон берувчилар масъуладир.

Саҳифаловчи: Бахтиёр ҚУШОҚОВ.
Оператор-дизайнер: Намоз ТОЛИПОВ.
Босмахонага топшириш вақти - 20.00.

Газета муассиси:
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги