



# Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана

Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган E-mail: uzss@inbox.ru 2007 йил 23-29 январь № 3 (519) Сешанба кунлари чиқади

## Ўзбекистон Республикаси Президентининг ФАРМОЙИШИ

**Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш ишларининг боришини ўрганиш ва бу борадаги ислохотларни янада чуқурлаштиришга доир чора-тадбирлар ишлаб чиқиш масалалари бўйича Ишчи гуруҳини ташкил этиш тўғрисида**

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастурининг бажарилишини чуқур таҳлил этиш ва баҳолаш, шунингдек, соғлиқни сақлаш тизимини янада ислоҳ қилишга оид муҳим тамойил ва ёндашувлар бўйича аниқ тақлифлар ишлаб чиқиш ҳамда киритиш мақсадидида:

1. Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш ишларининг боришини ўрганиш ва бу борадаги ислохотларни янада чуқурлаштиришга доир чора-тадбирлар ишлаб чиқиш масалалари бўйича Ишчи гуруҳи иловага мувофиқ таркибда тuzилсин.

2. Ишчи гуруҳи 1998-2006 йиллар мобайнида соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш якунларини танқидий баҳолаш, ислохотларни амалга ошириш жараёнида йўл қўйилган камчиликларни ва тиббий хизмат кўрсатиш ҳамда аҳолининг соғлигини сақлашни ташкил этиш борасида ҳал этилмаган масалаларни чуқур таҳлил қилиш асосида 2007 йилнинг 1 мартигача Вазирлар Маҳкамасига қуйидаги масалалар кўзда тутилган аниқ тақлифлар киритсин:

а) аҳоли учун давлат томонидан кафолатланган тиббий ёрдам ҳажмини ва давлат ҳамда хусусий тиббиёт муассасалари кўрсатадиган пулли хизматлар улушининг узлуксиз ўсиб боришини таъминлайдиган, юқоридан қуйидаги самарали бошқариладиган замонавий соғлиқни сақлаш ташкили

тuzилмасини шакллантириш;

б) ўз соҳасида юқори малака, тажриба ва обрў-эътиборга эга шифокор-олимлар ва мутахассислар, соғлиқни сақлаш тизимининг айрим соҳалари бўйича юқори технологияли ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббий марказлар мавжудлигидан келиб чиққан ҳолда:

Ўзбекистонда касалланиш динамикаси, турлари ва ўзига хос хусусиятларини инobatга олиб, илмий тадқиқотларни амалга ошириш;

тиббиёт амалиётига даволашнинг илгор услублари ва технологияларини жорий этиш, замонавий тиббий ташхис қўйиш ва даволаш усуналаридан фойдаланиш асосида юқори малакали ихтисослаштирилган тиббий ёрдамга муҳтож беморларни текшириш ва даволаш;

клинника ординатураси орқали шифокор ходимлар малакасини ошириш ва касб маҳоратини такомиллаштириш ишларини ўз ичига оладиган юқори технологияли ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббий марказларни ташкил этиш ва ривожлантириш;

в) касалликларнинг олдини олиш ва қишлоқ аҳолисига сифатли биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича қишлоқ врачлик пунктлари фаолияти самарадорлигини тубдан ошириш;

**Ўзбекистон Республикаси  
Президенти**

Тошкент шаҳри,  
2007 йил 22 январь.

**И. КАРИМОВ.**

г) соғлиқни сақлаш тизимининг кам қувватли, ортиқча ва самарасиз муассасаларини, кейинчалик уларнинг негизда замонавий нодавлат даволаш муассасалари ташкил этиш шarti билан ижарага ёки хусусий мулк қилиб, шу жумладан, уларни нолга тенг қийматда бериш;

д) соғлиқни сақлаш тизимида пулли хизматлар ва хусусий тадбиркорликни устувор ривожлантириш ҳамда рағбатлантиришни таъминлайдиган қўшимча имтиёзлар яратиш;

е) аҳоли, айниқса болаларни юқумли касалликлар ва эпидемиялардан ишончли ҳимоя қилишни таъминлайдиган санитария-эпидемиология хизмати тизимини мустаҳкамлаш ҳамда унинг самарадорлигини ошириш.

3. Вазирлар Маҳкамаси Ишчи гуруҳининг тақлифлари асосида 2007 йилнинг 15 мартигача Ўзбекистон Республикаси Президенти Фармонининг тегишли лойиҳасини тайёрласин ва тақдим этсин.

4. Мазкур фармойиш ижросини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Бош вазири ўринбосарлари Р.Азимов ва Р.Қосимов зиммасига юклансин.



– Инсонлар соғлигини муҳофаза қилиш ҳар бир тиббиёт ходимига улкан масъулият юклар экан, шифокорлик бурчи ва қасамёди олдида доимо сергак туриш асосий вазифаларимиздан бири, – дейди «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси», профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси маркази директори Аминжон Неъматов.

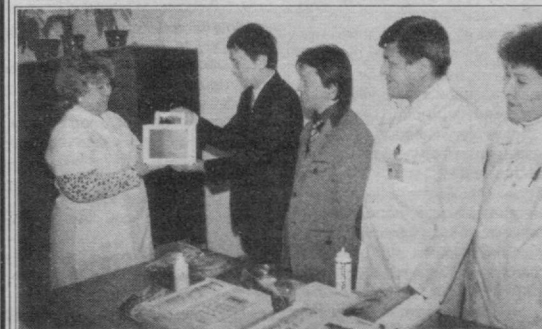
Дарҳақиқат, тиббиёт ходимларига ана шундай юксак ишонч билдирилган экан, бунинг қалбдан ҳис этиб, астойдил меҳнат қилган мазкур марказ 2006 йилнинг энг яхши санитария-эпидемиология тиббиёт муассасаси деб тан олинди.

(Мазкур муассаса фаолияти билан 2-саҳифада танишасиз).

**Янгилик**

## ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ТОПШИРИЛДИ

Аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатиш орқали сифатли ва малакали хизмат турини ташкил этиш бугунги давр талабига айланиб бораётган экан, бу йўлда барча ҳомий ташкилотлар ва хорижий компанияларнинг беғараз кўрсатаётган ёрдамлари алоҳида эътиборга молик бўлмоқда, десак хато қилмаймиз. Яқинда Тошкент шаҳар ҳокимияти соғлиқни сақлаш Бош бошқармасига қарашли шаҳар тез тиббий ёрдам станцияси ходимларига Жанубий Кореянинг BIONET компанияси томонидан 2 та ЭКГ аппарати ва 1 та монитор беғараз ёрдам сифатида топширилди.



– Мазкур замонавий технологиялар тез ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш билан бирга, шифокорларнинг иш фаолиятида анчагина энгиллик туғдириб, хизматлар самарадорлигини янада ошириши шубҳасиз, – дейди лойиҳа директори Вон Су.

Албатта, ушбу аппаратлар ўзининг замонавийлиги ва тезкорлиги билан алоҳида аҳамиятга эга эканлиги мутахассислар томонидан ҳам эътироф этилди ҳамда корейлик мутахассислар аппаратларнинг ишлаш механизми ва имкониятлари тўғрисида станция ходимларига керакли маълумотларни бердилар.

## ТИББИЁТ КАЛЕНДАРИ

**24 март** – Бутун жаҳон сил касаллигига қарши кураш куни

**7 апрель** – Бутун жаҳон Саломатлик куни

**12 май** – Халқаро ҳамширалар куни

**31 май** – Бутун жаҳон тамаки чекишга қарши кураш куни

**1 июнь** – Халқаро болаларни ҳимоя қилиш куни

**14 июнь** – Бутун жаҳон Донорлик куни

**26 июнь** – Бутун жаҳон гиёҳвандликка қарши кураш куни

**Ноябрь ойининг иккинчи яшанбаси** – Ўзбекистон Республикаси тиббиёт ходимлари куни

**1 декабрь** – Бутун жаҳон Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми касаллиги (ОИТС)га қарши кураш куни

**3 декабрь** – Халқаро ногиронлар куни

Дилдан суҳбат



Буюк алломаларимиздан бири: «Фазилатлар ичида инсоннинг қомиллигини намоён эта олгувчи – бу камтарлик», дея эътироф этган экан. Дарҳақиқат, ушбу пурмаъно сўз замирида олам-олам маъно муҳассамлашганлигининг гувоҳи бўламиз.

Зеро, бундай эътирофли фикрни кўп йиллик фаолияти ва умр йўлини машаққатли меҳнатга бағишлаб, элнинг назарига тушаётган фидойи инсонлар ҳаётида кўришимиз мумкин.

Ана шундай олижаноб фазилатга эга бўлган, яъни халқ саломатлиги йўлида тинмай меҳнат қилиб келаётган, касб тақозоси билан оиласидан йироқларда бўлиб, шунингдек, инсонлар ҳаётини карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлардан сақлаётган тиббиёт ходимларининг меҳнати тўғрисида сўз юритишни жонз деб билдик.

Узбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тасарруфидоғи Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси марказида фидокорона меҳнат қилаётган тиббиёт ходимлари ана шундай инсонлар жумласидандир.

Биз хизмат юзасидан ушбу муассасага ташриф буюриб, Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси марказида амалга оширилаётган ишлар хусусида марказ директори Аминжон Сабдарович Неъматов билан суҳбатда бўлдик.

# МАШАҚҚАТЛИ МЕХНАТ ОРТИДАҒИ ИНСОНЛАР

– Аминжон Сабдарович марказда олиб борилаётган фаолиятлар хусусида тўхталсангиз?

– Тиббиёт фани тўғрисида тўхталадиган бўлсак, бу ўзига хос кўп қиррали бўлиб, янгиликлар, изланишлар сари етакловчи ноёб соҳани ташкил этувчи, жамият тараққиётида муҳим ўринга эга бўлган йўналишдир. Ҳаётда инсон учун бебаҳо нарса – бу унинг саломатлиги. Ана шу саломатлик ноёб соҳанинг асосий негизи ҳисобланади. Тиббиёт тизимида меҳнат қилаётган мутахассисларнинг мақсади бир – у ҳам бўлса халқнинг саломатлиги йўлида тинимсиз фаолият олиб бориш. Мазкур соҳанинг қайси бир йўналишини олмаган, унинг ортида шубҳасиз машаққатли меҳнат ётади. Жумладан, санитария-эпидемиология тизимини оладиган бўлсак, унда фаолият юритаётган мутахассислар меҳнатининг ҳам ўзига хос томонлари борки, мазкур йўналишнинг қирралари ниҳоятда касбий маҳорат ва масъулиятни талаб қилади. Таъқидлашим жоизки, республикамиздаги мазкур соҳа мутахассислари мардонвор равишда фаолият олиб бораётганликлари ҳеч биримизга сир эмас. Кейинги пайтларда тиббиёт тизимида юқумли касалликларнинг олди олиниб, йилдан-йилга кўрсаткичлар ижобий томонга ўзгармоқда.

Марказимиз фаолиятига тўхталадиган бўлсам, асосий вазифамиз карантинли (ўлат, вабо, сарки, иситма) ва ўта хавфли (туляремия, бруцеллез (қора оқсоқ), кўйдирги, сап, мелиоидоз, вирусли, ўта хавфли юқумли иситма касалликлари) инфекциялар профилактикаси, уларнинг келиб чиқиши, ўзига хослиги, эпизоотологияси, эпидемиология ва бактериологияси ҳамда ушбу инфекцияларга қарши кураш усулларини такомиллаштириш масалалари билан шуғулланади. Ва бевоқиф карантин ҳамда ўта хавфли юқумли инфекцияларнинг республикамиз ҳудудига кириб келиши, шунингдек, дератизация, дезинсекция, дезинфекция ишлари, аҳолини ўлатга қарши эмлаш ва санитария чора-тадбирларини уюштиришни ўз таркибига олади. Мутахассисларимиз асосан ҳайвонот олами билан курашади. Фаолиятимизда биолог, зоолог, паразитолог, эпидемиолог, микробиолог, инфекционист, вирусолог, иммунолог ва ветеринарларнинг хизматлари қаттадир.

Айниқса, Э. Аҳмедов, Ф. Елесеева, Г. Глухова, Э. Набиева, Е. Саржинская, О. Митропольский, Н. Степанова, М. Халилов, С. Ташходжаев, М. Баймуратов, Б. Бакаева, Р. Руденко, Ю. Абаев сингари жонқуяр ходимлари



миз ўзларининг салмоқли ва ибратли ишлари билан муассасада амалга оширилаётган ютуқларга муносиб ҳиссаларини қўшиб келмоқдалар.

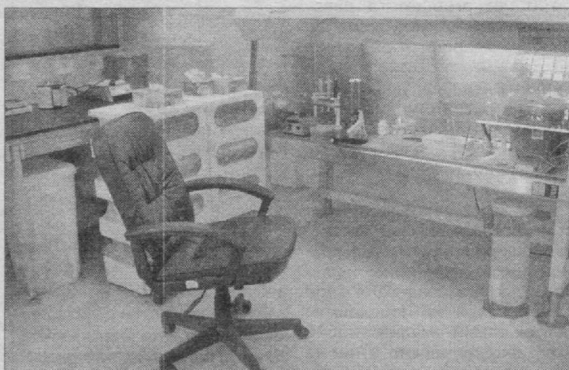
Марказимиз эпидемиология назорати, профилактика ва ўлат тиббий ўчоқларининг текшируви борасида 60 йилдан ортқ иш тажрибасига эга. Унинг умумий текшириш майдони 50 миллион гектардан зиёд бўлиб, шундан, 40 миллион гектари чўл ва 10 миллион гектари эса тоғли ҳудудларга тўғри келади.

**Муассасамизда бешта лаборатория мавжуд:**

- 1) Вабо эпидемиологияси ва бактериологияси лабораторияси;
  - 2) Ўлат эпидемиологияси ва бактериологияси лабораторияси;
  - 3) Зоопаразитология лабораторияси;
  - 4) Вирусли ўта хавфли юқумли иситма касалликлари лабораторияси;
  - 5) 1-2-гурӯх инфекция кўзгатувчиларининг Миллий коллекция лабораторияси;
  - 6) Лабораториянинг ҳайвонларни ўстириш виварийси.
- Ушбу лабораторияларда малакали врачлар, лаборантлар Россия, Германия, Япония, Исроил ва Америка каби давлатлардан келтирилган замонавий лаборатория апаратларида иш олиб боришади.

Марказдаги асосий вазифаларни муассаса, тоғ, чўл ва саҳроларда фаолият юритаётган ходимларимиз ҳамкорликда амалга оширадилар. Чунки, улар ташқаридан келадиган карантин ва ўта хавфли юқумли касалликларнинг олдини олишда ва бартараф қилишда бор касбий маҳоратларини ишга соладилар. Шунингдек, қўшни мамлакатлардан ўта хавфли касалликларнинг кириб келмаслигини таъминлаш мақсадида республикада 96 та санитария-эпидемиология назорат пунктлари хизмат кўрсатмоқда. Шу билан бир қаторда мазкур пунктларда самолёт, поезд ва автомашиналарда чет элдан келадиган фуқаролар соғлиги ҳам текширилиб,

тиббий кўриқдан ўтказилади. Ер юзида биологик хавфсизлик-



ни таъминлаш мақсадида собиқ иттифоқ даврида ўлатга қарши учта, яъни:

**биринчиси:** Ўзбекистон ўлатга қарши станцияси (Бухоро, Зарафшон бўлимлари);

**иккинчиси:** Қорақалпоғистон ўлатга қарши станцияси (Тўртқўл, Тахтақўл бўлимлари);

**учинчиси:** Ўрта Осиё темир йўллари ўлатга қарши станцияси бўлган.

**Мустақилликка эришганимиздан сўнг:** Фарғона филиали (Қирғизистон, Тожикистон), Сурхондарё бўлими (Афғонистон, Тожикистон, Туркманистон), Жаслик бўлимлари очилиб, фаолиятлар ўта тезкорлик билан бошлаб юборилди.

Мамлакатимиз ҳудудида хизмат кўрсатаётган филиал ва бўлимларимизга марказ раҳбарлигида назорат олиб борилади. Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар ҳеч қачон чегара билмайди. Шу боис, ходимларимиз йилнинг тўрт фаслида ҳам чўл-саҳроларда иситиқ ва совуққа қарамадан махсус отрядларда ишлайдилар. Собиқ иттифоқ даврида 10-15 та махсус отряд бўлган бўлса, айни кунда уларнинг сони 20 тадан 40 гагача етди.

Махсус отряд ходимлари карантин ва ўта хавфли юқумли касалликларни чўллардан ичкари ва ташқарига чиқмаслиги учун кураш олиб борадилар. Бу албатта, осон иш эмас. Улар ўзларининг касбий маҳоратларидан келиб чиққан ҳолда бор имкониятларини ишга солиб, масъулият билан ёндашадилар. Хар бир ходим махсус кийим-бош билан таъминланиб, йил бошида тиббий кўриқдан ўтказилади ва эмланади. Шунингдек, ходимларимиз учун махсус автомашина ажратилган.

Республикамизнинг Устюрт ва Қизилқум чўллариди еттига махсус лаборатория доимий равишда иш олиб боради. Мазкур лабораторияларда барча имкониятлар мавжуд бўлиб, керакли тиббий асбоб-уску-

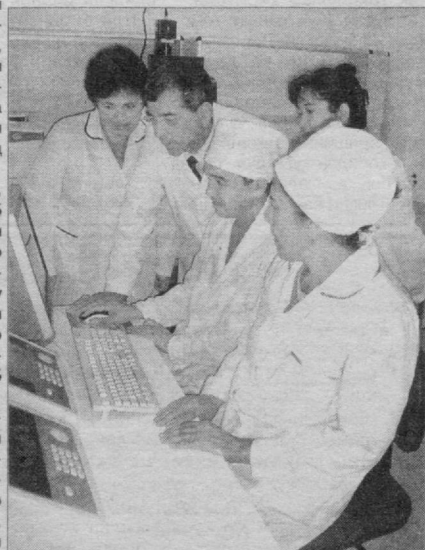
штатидаги Монтерей институти, Қозғистондаги М. Айкимбаев номли карантин ва зооноз инфекциялари илмий маркази, Ўзбекистон Фанлар академиясининг Генетика институти, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Вирусология-эпидемиология илмий текшириш институти, Тошкент тиббиёт академияси ва бир қанча марказлар билан ҳамкорликда фаолият юритиб келмоқда. Тошкент тиббиёт академиясининг микробиология, вирусология ва иммунология кафедраларининг базиси марказимизда жойлашган бўлиб, бу ерда талабаларга кенг қўлама назарий ва амалий машғулотлар олиб борилади.

Бундан ташқари, мутахассисларимиз учун махсус курслар ташкил этилган бўлиб, унда биргина бизнинг ходимлар эмас, балки Фавақулдада вазиятлар вазирлиги, ветеринария, чегара, миллий хавфсизлик ходимлари ва ҳарбий мутахассислар ҳам ўқитиладилар. Чунки, улар билан ҳам биргаликда ишлаймиз. Муассасамизда илмий ва амалий кутубхонамиз мавжуд бўлиб, ундан 15 миңдан зиёд карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар ҳамда йўналишга оид ноёб китоблар, журналлар ҳамда илмий ишлар тўплами жой олган. Бу албатта, мутахассисларимиз ҳамда амалиёт учун келадиган талабаларнинг билим ва тажрибасини, маънавий-маърифий дунёсини бойитишда муҳим аҳамият касб этмоқда.

налар ҳамда кадрлар билан таъминланган. Шунингдек, айтишим керакки, охири етти йил давомида республикамизда ўлат касаллиги умуман қайд қилинмади.

**– Демак, марказда олиб борилаётган фаолиятлар қўлама ниҳоятда кенг. Бу борада қайси ташкилотлар билан ҳамкорликда иш олиб борасизлар?**

– Марказимиз Қозғистон ва Россия давлатлари, Норвегиянинг Осло университети, Калифорния



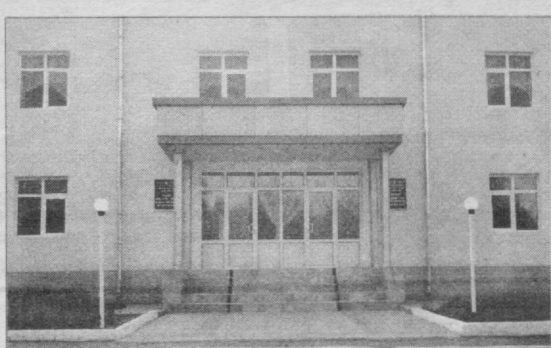
Суҳбатдош: Ибодат СОАТОВА.  
СУРАТЛАРДА: марказ фаолиятдан лавҳалар,  
Асен НУРАТДИНОВ олган суратлар.

**Янги иншоотлар**

**Жиззах вилояти сил касалликлари шифохонаси**



**Жиззах вилояти болалар сил касалликлари санаторийси**



Ўтган Ҳомийлар ва шифокорлар йилида республикаимиз тиббиёт тизимида кўплаб самарали ишлар амалга оширилди. Шунингдек, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тасарруфидаги тиббиёт муассасаларининг аксарият қисми янгидан бунёд этилиб, замонавий тиббий асбоб-ускуналар билан таъминланди.

Жумладан, Жиззах вилояти соғлиқни сақлаш бошқармасига қарашли бир қанча тиббиёт масканлари қурилиб, фойдаланишга топширилди.

Сиз суратда кўриб турган Жиззах вилояти сил касалликлари шифохонаси ҳамда болалар сил касалликлари санаторийсининг замон талаблари даражасида бунёд этилганлиги ва беморлар учун яратилган барча шарт-шароитларнинг мавжудлиги юқоридаги фикримизнинг далилидир. Ижтимоий ҳимоя йилида беморларга сифатли тиббий хизмат кўрсатишда малакали тиббиёт ходимлари меҳнатининг унумли бўлишига биз ҳам умид қиламиз.

**СУРАТЛАРДА:** тиббиёт масканларининг ташқи ва ички кўринишидан лавҳалар.

**СОҒЛОМ ТУРМУШ  
ТАРЗИГА БАҒИШЛАБ**

Жорий йилнинг 19 январь куни Тошкент шаҳар Юнусобод туманидаги Туркистон маҳалласида жойлашган Тошкент давлат Шарқшунослик институти қошидаги хорижий тиллар академик лицейи мажлислар залида Республика Саломатлик институти, Саломатлик институти Тошкент шаҳар филиали, Юнусобод тумани Саломатлик маркази мутахассислари ва шу маҳалладаги Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш Бош бошқармасига қарашли 26-оилавий поликлиника ходимлари билан биргаликда «Соғлом турмуш тарзи» мавзuida йиғилиш бўлиб ўтди.

Тадбирни 26-оилавий поликлиника бош шифокори Кимё Шакирова кириш сўзи билан очиб, инсон саломатлиги учун соғлом турмуш тарзининг аҳамияти, оиладаги ва ўқишдаги гигиеник қоидалар хусусида тўхталиб ўтди.

Тадбирда Республика Саломатлик институти ходими, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг соғлом турмуш тарзи бўйича бош мутахассиси Ғиёз Жўраев соғлом турмуш тарзи омиллари тўғрисида гапирар экан, асосий эътиборни аҳоли орасида тарқалаётган зарарли иллатлар ва уларнинг олдини олиш чора-тадбирларига қаратди. Шунингдек, оилавий поликлиника ходимларининг мавсумий касалликларга бағишланган маърузалари тингланди. Мутахассислар билан иштирокчилар ўртасида мавзу юзасидан турли савол-жавоб, фикр-мулоҳазалар билдириб ўтилди.

Умид қиламизки, ўтказилган тадбир кенг аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини янада чуқурроқ тарғиб қилинишига имконият яратади.

Намоз ТОЛИПОВ.

**Соғлиқни сақлашнинг асосий йўналишларидан бири – оналик ва болаликни ҳимоя қилиш. Болалар саломатлигини сақлашда кўпроқ уларнинг кўриш қобилиятини асраш лозим. Тиббиёт кўз касалликлари билан курашда энг мукамал воситаларни изламоқда. Республикаимизда соғлом авлодни етиштириш муҳим вазифалардан биридир. Болаликнинг гўдаклик даври орасида кўриш бўйича ногиронлик масалалари офтальмологиянинг замонавий ривожланиш босқичида катта аҳамият касб этади. Бу вазифани ҳал этиш кўз касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволашнинг тўғри йўналишларини танлашга, профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқишга асослангандир. Шундан келиб чиқиб, Республика кўз касалликлари шифохонасига 2005-2006 йиллар мобайнида мурожатлар асосида рефракция аномалиялари даражасини таҳлил қилишни мақсад қилиб қўйдик.**

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ)нинг 2000 йилдаги маълумотига кўра 600 миллион ногирон бўлса, ундан 42 миллиони кўз касалликлари бўйича бўлиб, унинг 1/3 қисми болалар ташкил этади. Адабиётлардан (Ю. Майчук, 2000 й) маълумки, Россияда кўз касалликлари асорати оқибатида келиб чиққан ногиронлик сони 50 миллионга етган. Ногиронликка олиб келувчи кўз касалликлари орасида миопия 18-40 фоизни ташкил этади. АКШда бу касаллик 100 миллион, Японияда 30 миллион, Россияда эса 15 миллион фуқарода аниқланган (Э. Аветисов, 2001 й). Профессорлар А. Юсупов, О. Левченко маълумотларига кўра, миопия маънат қобилиятининг тўлиқ йўқолишига олиб келувчи касалликларга киради. Ногиронликка олиб келган миопиянинг энг кўп тарқалган тури хореорентинал дистрофия бўлиб, у ногиронларнинг 80,2 фоизида кузатилади.

Кўз тўр пардасининг кўчиши беморларнинг 9,2 фоизида, унга қон куйилиши эса 1,0 фоизда аниқ-

Республика клиник офтальмология шифохонасида даволаш ишларини олиб бориш билан

**КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ  
ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ**

ланган (Х. Жўраев, 2001 й). Профессор Х. Комилов (2003 й) маълумотларига кўра кўз касалликларининг асоратларидан келиб чиқадиган ногиронлик сабаблари қуйидагича: гавҳар касалликлари 21 фоиз, рефракция аномалиялари 30 фоиз, глаукома 16 фоиз, шилтастлар 8 фоиз, шох парда касалликлари 7 фоиз, тўр парда ва кўриш нерви касалликлари 6 фоиз, томирли парда касалликлари 3 фоиз, тўр парда кўчиши 3 фоиз ва 8 фоиз бошқа касалликларга тўғри келади.

бирга маҳаллаларда кўз касалликларининг олдини олиш, аниқлаш ва даволаш каби масалалар юзасидан маърузалар ўтказилади. Маслаҳатга келган беморларга тўлақонли ёрдам кўрсатиш мақсадида шифохонанинг лазер хирургия бўлими шифокорлари билан узвий иш олиб борилади. Даволашга муҳтож болалар шифохонанинг тегишли бўлимига ётқизиلىб, даволаш ишлари амалга оширилади. Тошкент Врачлар малакасини ошириш институтининг офтальмология кафедраси

**Амалий татбиқ**

мулдир, профессор Х. Комилов раҳбарлигида ассистентлар ўз маслаҳатларини беришади. Шифона физиотерапия бўлимида беморлар электрофарез, ультра-товуш муолажаларини олишади. Шунингдек, шифохонада ББО – тўр пардани маҳаллий ҳамда локаль таъсирлаш ва синаптофор аппаратида ёрдам кўрсатилади. Амметропияларнинг замонавий да-

ҳамда О. Ченцова (инфратовушли пневмомассаж ва цветоимпульс терапия)нинг рефракция аномалияларини даволаш ишлари ҳам беморита мактабларда амалга ошириб келинмоқда.

С. Аветисов юқори даражада миопияларни ФИОЛ (факичные интраокулярные линзы) ёрдамида жаррохлик усулида даволашни тақдим этди. Уларнинг текширишлари шуни кўрсатдики «факичные» ИОЛаккомдашон мушак фаолиятига таъсир этмайди. Бундай ФИОЛлар қўйилгандан сўнг, аккомодацион рефлекснинг компенсатор кучайиши ва бунинг натижасида аккомодациянинг нормаллашуви юзга келади.

Бугунги кунда офтальмологлар зиммасида қуйидаги масалалар: кўз касалликларини ривожланишида ирсий боғлиқликни аниқлаш, шунингдек, Ўзбекистон аҳолиси орасида муҳим ўрин тутган яқин қариндошлар ниҳолларига йўл қўймаслик; аҳоли орасида профилактик тадбирлар ва кўриш хира беморларни ўз вақтида аниқлашни ташкил этиш ишлари турибди.

**Р. РАСУЛОВА,**  
Республика клиник офтальмология шифохонаси болалар бўлими шифокори, тиббиёт фанлари номзоди.

Географическое распространение РМЖ неоднородно. Наиболее часто он встречается в странах Европы (более 200 тыс. случаев в год) и США (более 270 тыс. случаев в год). На Японию приходится наименьшее число случаев РМЖ (12-15 на 100 тыс. женщин).

Исключительно редко болезнь возникает у молодых женщин до 20 лет, редко до 30 лет, но затем показатели заболеваемости от возраста резко увеличиваются и снижаются только после 70 лет. Неоднородно представлена заболеваемость РМЖ у женщин разных социальных групп - наибольший риск развития РМЖ приходится на женщин высокого социального уровня.

Рак молочной железы является одной из наиболее частых причин смерти женщин. В странах Западной Европы и Северной Америки РМЖ является ведущей причиной смерти женщин 35-54 лет (20%), а после 55 лет - второй после сердечно-сосудистых заболеваний.

Непрекращающийся рост заболеваемости раком молочной железы является в настоящее время установленным фактом и связать его только с улучшением диагностики и старением населения нельзя. Поиск пускового механизма и факторов риска, приводящих к возникновению РМЖ, активно ведётся многими лабораториями, а эпидемиологические данные с каждым годом выявляют новые факторы, которые способствуют развитию РМЖ. Однако до настоящего времени нет единого мнения о причинах этого заболевания.

**Факторы риска РМЖ делятся на эндогенные и экзогенные. Эндогенные факторы** характеризуют функционирование репродуктивной системы организма (менструальная, половая, детородная, лактационная функции). Женщины, у которых отмечается раннее установление менструации (до 13 лет) и позднее наступление менопаузы (после 55 лет), имеют в 1,5 раза выше риск заболеть РМЖ. У женщин, которые не родили детей, риск РМЖ повышен в 2 раза. Кроме того, женщины, впервые рожавшие до 18 лет, имеют значительно меньше шансов заболеть РМЖ, чем женщины, первые которых пришли на 35 лет и старше. Эти данные убедительно показывают связь между репродуктивной функцией женщин и РМЖ.

Нарушенная функция яичников, воспалительные заболевания и гиперпластические процессы органов малого таза увеличивают риск развития РМЖ. Нарушение функции щитовидной железы, особенно гипотиреоз, существенно влияет на гормональные процессы, приводящие к развитию новообразований молочной железы. Серьёзный фактор возникновения злокачественных опухолей молочной железы - наличие в ней дисгормональных изменений. Риск возникновения рака молочной железы зависит от степени внутридольковой и протоковой пролиферации эпителия. При этом нет повышения риска развития РМЖ при неопролиферативной форме мастопатии, тогда как при наличии пролиферации риск повышается в 1,3 раза, а при пролиферации с

## Актуальная тема

# РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### Эпидемиология и вторичная профилактика.

**Рак молочной железы в течение последних десятилетий является самым распространённым онкологическим заболеванием среди женщин практически всех стран мира, и заболеваемость этой патологией постоянно возрастает. Ежегодно в мире выявляют около 1 млн. новых случаев рака молочной железы (РМЖ). К 2010 г. прогнозируется рост числа заболевших до 1,45 млн. Число случаев РМЖ увеличивается в каждой стране, прибавляя ежегодно до 2 %.**

атипией - в 4,3 раза. При этом сочетание атипии и наличия в семейной анамнезе РМЖ повышает этот риск до 11 раз.

Крайне важен **генетический фактор**, влияющий на возникновение опухолей молочной железы.

После изучения клинических особенностей развития злокачественных опухолей молочной железы было сделано предположение о возможно наследуемом характере рака молочной железы. Наследуемые формы имеют следующие признаки: более ранний возраст возникновения РМЖ (при наследственных формах средней возраст - 44 года) по сравнению с общей популяцией (средний возраст - 60 лет); высокая частота билатеральной опухоли. За 20-летний период наблюдения кумулятивный риск возникновения рака второй молочной железы достигает 46 %. РМЖ, передающийся по наследству, является гетерогенным заболеванием и может проявиться в кровном родстве различными сочетаниями опухолей. Например, рак молочной железы с карциномой яичника (BRCA 1) может возникнуть в сложном комплексе опухолей, среди которых обязательно встречается саркома (синдром Li-Fraumeni).

У кровных родственников могут быть различные сочетания опухолей: рак молочной железы и рак лёгкого, гортани и лейкоз; рак молочной железы и карцинома коры надпочечников.

В настоящее время доказано, что наличие мутации генов-супрессоров BRCA 1 и BRCA 2 является маркером высокого риска развития РМЖ.

Способность к передаче этой мутации в поколениях с наследованием по аутосомнодоминантному типу выделяет группу женщин с наличием этой мутации в группе с чрезвычайно высоким риском заболеть РМЖ (60-80 % в течение жизни) и раком яичников (40-60 % в течение жизни при мутации BRCA 1). Этим женщинам могут быть предложены другие методики ежегодного обследования. Кроме маммографии, в настоящее время рекомендовано ежегодное прохождение МРТ с контрастным усилением в связи с более высокой чувствительностью этого исследования.

**Из экзогенных факторов** чаще других в литературе упоминается питание. Факт влияния питания на возникновение РМЖ косвенно доказывается и в исследованиях, касающихся частоты злокачественных опухолей молочной железы и ожирения, - тучные женщины более подвержены возникновению РМЖ. По мнению ряда авторов, пища, богатая жирами, активно влияет на возникновение и развитие неопластических изменений по типу канцерогенеза или промощия. Возможны

механизмы действия жиров следующие: модификация липидов клеточных мембран, изменение метаболизма и биологической активности простогландинов, прямое влияние на метаболизм клетки. Кроме того, происходит нарушение эндокринного баланса, образование перекисных продуктов, провоцирующих рост опухоли, изменение активности ферментов, метаболизирующих канцерогены, изменения в иммунной системе.

Пониженное содержание жира или вегетарианская пища, характерные для диетического рациона азиатского региона, приводит к снижению заболеваемости злокачественными опухолями молочной железы в Японии и Китае. Имеются данные, которые указывают на снижение вероятности возникновения рака молочной железы при увеличении содержания в рационе пищевых волокон, витаминов и микроэлементов.

Было проведено изучение влияния алкоголя на частоту возникновения рака молочной железы. Доказано, что женщина, принимающая алкоголь от 3 до 9 раз в неделю, имеет повышение риска РМЖ в 1,3 раза, а если употребляет алкоголь чаще 10 раз в неделю, то в 1,6 раза. Многочисленные исследования на тему влияния гормональных контрацептивов и гормонозаместительной терапии на риск возникновения РМЖ отмечают небольшое повышение риска развития злокачественных опухолей при их длительном приёме. При этом через 10 лет после прекращения приёма гормональных препаратов риск нивелируется.

Изучено влияние радиационного воздействия на развитие злокачественных опухолей молочной железы. Исследование касалось женщин, выживших после взрыва атомных бомб в Хиросиме и Нагасаки. Увеличение частоты рака молочной железы наблюдалось среди японок, которым во время бомбежки было от 10 до 19 лет, реже - 7 летних старше 35 лет.

**Факторы высокого риска при РМЖ можно разделить на четыре категории.** Наиболее важные - генетические факторы и ранее перенесённые заболевания молочной железы. На второе место поставлены факторы, связанные с окружающей средой (семья, социальный и материальный уровень, принадлежность к этническим группам).

Третье место занимают факторы, связанные с действием половых гормонов: возраст, менструальный цикл, первая беременность, первые роды, лактация, время наступления естественной или искусственной менопаузы. Факторы риска четвёртой категории также связаны с эндокринными расстройствами (ожирение, гипертириоз, заболевания щитовид-

ной железы, акнес).

Факторы риска связаны с патогенетическими формами рака молочной железы. Так, вариабельность его клинического течения (медленного, относительно благоприятного или бурного, с быстрым прогрессированием и смертью), многообразие клинических и морфологических типов свидетельствует о различных патогенетических механизмах возникновения и течения рака этой локализации.

Проведённые исследования показали, что многочисленные факторы риска играют неодинаковую роль в разных возрастных группах. С возрастом степень риска возникновения рака у пожилого человека возрастает, так как происходит потенцирование модифицирующего фактора (фактора среды). Совпадение всех модифицирующих и генетических факторов у одного человека создаёт максимальный риск и должно расцениваться как состояние предрасположенности к развитию рака. В связи с чем необходимо провести все организационные мероприятия диагностического и лечебного плана.

Определение групп риска среди здорового населения послужит основным ориентиром для **индивидуальной профилактики злокачественных опухолей молочной железы** и позволит проводить целенаправленные и обоснованные профилактические осмотры.

В последние годы в практике здравоохранения вошло понятие «**скрининг**», под которым подразумевается массовое периодическое обследование здорового населения с целью выявления скрыто протекающего онкологического заболевания, в частности рака молочной железы. Главной целью скрининга является сокращение смертности от РМЖ, а в основе снижения смертности среди женщин от рака этой локализации лежат раннее выявление опухоли, качественное и полноценное лечение.

Работа, направленная на раннюю диагностику злокачественных опухолей молочной железы, складывается из многих составляющих: экономической, социальной, клинической, эпидемиологической и экспериментальной.

Наибольшую эффективность в выявлении ранних форм РМЖ показывает и использование маммографии в качестве основного инструмента скрининга.

Ценность этого исследования определяется достаточной чувствительностью из всех существующих методов. Основная идея введения маммографического скрининга в практику здравоохранения заключается в получении данных о том, что пятилетняя безрецидивная выживаемость при пальпируемом РМЖ составляет около 50 %, тог-

да как тот же показатель при непальпируемом раке, выявленном при помощи маммографического исследования, составляет уже 95 %.

Программы маммографического скрининга, давно существующие в западных странах, позволили добиться снижения смертности от РМЖ почти на 30 % за счет выявления и своевременно начатого лечения его ранних стадий. Маммографическому обследованию, которое носит характер скрининга, подвергаются бессимптомные женщины в возрасте 40-69 лет, входящие в состав определенной популяции (город, район и т.д.). Выполняются снимки обеих молочных желез в двух проекциях.

На эффективность скрининга влияет большое количество факторов. Это и выбор популяции, материально-техническое обеспечение, уровень подготовки специалистов.

Таким образом, изучению заболеваемости, основных причин возникновения, выявлению краевых особенностей распространения РМЖ, углубленным эпидемиологическим и экспериментальным исследованиям, совершенствованию диагностики в настоящее время принадлежит основная роль в уточнении этиологии, патогенезе этого заболевания и дальнейшей разработке программ его профилактики.

Маммография как метод рутинного исследования может применяться у женщин старше 35 лет. **Несмотря на совершенствование техники и минимизации лучевой нагрузки при исследовании, у молодых женщин ее желательно избежать.**

Диагностические возможности УЗ-томографии велики, и при отсутствии жировой инволюции молочных желез составим, а по ряду аспектов превосходят данные маммографии. Кроме того, при УЗИ возможно выполнение прицельной функции образования в режиме реального времени, что существенно расширяет диагностические границы метода.

Среди регионов России наиболее высокие показатели заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями молочной железы отмечены в Москве (49,4) на 100 тыс., в Санкт-Петербурге (48,7), Хабаровском крае (45,0), Ростовской (44,5), Калининградской (44,2), Рязанской (43,6), Московской (43,1) областях.

Злокачественная опухоль молочной железы ежегодно диагностируется в России у 102 женщин. В 2002 г. у 60,8 % пациенток был выявлен рак молочной железы I-II стадии, у 25,5 % - III стадии, у 12,3 % - IV стадии.

Наиболее высокие показатели смертности женщин отмечены в возрасте 40-49 лет - 27,3 %, 50-59 лет - 25,4 %, 30-39 лет - 20 %, 60-69 лет - 17 %.

**Подготовила врач-эпидемиолог Т. ЗАХАРОВА. г. Чирчик. (По материалам исследований Российского государственного медицинского университета).**

## Врачлар ва фармацевтларга лицензия бериш ва аттестациядан ўтказиш Республика Марказининг мутахассисларга малака тоифасини бериш ихтисослашган аттестация комиссияларининг 2007 йил йиғилиши мuddатлари

№	Комиссиялар номи	Аттестация ўтказиладиган сана				
1.	Умумий амалиёт шифокори (оилавий тиббиёт) ва тез тиббий ёрдам мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	10 февраль	14 апрель	2 июнь	15 сентябрь	10 ноябрь
2.	Ички касалликлар (терапия), аллергология ва иммунология, гастроэнтерология, гериатрия, курортология, физиотерапия, даволаш физкультураси ва спорт тиббиёти, нефрология, касб патологияси, диетология ва клиник фармакология мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	10 февраль	14 апрель	16 июнь	15 сентябрь	10 ноябрь
3.	Кардиология, интервенцион кардиология (ангиокардиография ва интервенцион муолажа), шошилинч кардиология ва кардиореанимация, шошилинч терапия ва кардиология, ревматология мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	10 март		2 июнь	22 сентябрь	17 ноябрь
4.	Гематология, трансфузиология, эндокринология ва болалар эндокринологияси мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	17 февраль			22 сентябрь	
5.	Педиатрия, неонатология, болалар кардиологияси ва ревматологияси, болалар гастроэнтерологияси, болалар нефрологияси ва болалар пульмонологияси мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	17 февраль	14 апрель	16 июнь	22 сентябрь	17 ноябрь
6.	Акушерлик ва гинекология, болалар ва ўсмирлар гинекологияси мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	17 февраль	21 апрель	23 июнь	22 сентябрь	17 ноябрь
7.	Умумий жарроҳлик, амбулатор жарроҳлик, юрак қон-томир жарроҳлиги, колопроктология, микрохирургия билан пластик жарроҳлик, торакал жарроҳлик, трансплантология ва сунъий аъзолар, шошилинч жарроҳлик, даволаш-оператив ва эндоскопик ташхис, урология мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	24 февраль	21 апрель	30 июнь	29 сентябрь	24 ноябрь
8.	Травматология ва ортопедия, болалар травматологияси ва ортопедияси, нейрожарроҳлик, комбустиология ва рабиология мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	24 февраль			29 сентябрь	
9.	Анестезиология ва реаниматология, кардиожарроҳлик анестезиологияси, куйиш реаниматологияси, болалар анестезиологияси ва реаниматологияси, экстракорпорал детоксикация ва токсикология мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	24 февраль		2 июнь	29 сентябрь	24 ноябрь
10.	Умумий онкология, болалар онкожарроҳлиги, нурли терапия, онкоурология, онкожарроҳлик, юз-жағ онкожарроҳлиги, кимёвий терапия, онкогинекология, болалар онкологияси, тиббий радиология, интервенцион радиология, рентгенология, ультратовуш ташхиси ва ядро тиббиёти мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	3 март		9 июнь	6 октябрь	21 ноябрь
11.	Юқумли касалликлар, болалар юқумли касалликлари, эпидемиология, дезинфектология, паразитология, юқумли касалликлар эпидемиологияси, карантин ва ўта хавfli инфекциялар эпидемиологияси, бактериология, карантин ва ўта хавfli инфекциялар бактериологияси, вирусология, санитар-гигиеник лаборатория текшируви, токсикологик текширув, радиологик текширув, умумий гигиена, болалар ва ўсмирлар гигиенаси, овқатланиш гигиенаси, меҳнат гигиенаси, коммунал гигиена, радиацион гигиена, минерал ўғитлар ва пестицидларни қўллашни назорат қилиш гигиенаси мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	3 март	21 апрель	23 июнь	6 октябрь	1 декабрь
12.	Умумий стоматология, болалар стоматологияси, терапевтик стоматология, парадонтология, ортопедик стоматология, ортодонтия, жарроҳлик (оғиз бўшлиғи) стоматологияси ва юз-жағ жарроҳлиги мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	3 март	28 апрель	30 июнь	6 октябрь	1 декабрь
13.	Неврология, болалар неврологияси, психиатрия, болалар ва ўсмирлар психиатрияси, наркология, психотерапия, суицидология, сексопатология ва суд-психиатрия экспертизаси мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	10 март		9 июнь	20 октябрь	1 декабрь
14.	Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил қилиш, валеология ва тиббий статистика мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	10 февраль	28 апрель	23 июнь	20 октябрь	15 декабрь
15.	Болалар жарроҳлиги, болалар кардиожарроҳлиги ва болалар урологияси мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	10 март			20 октябрь	
16.	Пульмонология, фтизиатрия, болалар фтизиатрияси, фтизиожарроҳлик ва физиоурология мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	17 март			27 октябрь	
17.	Дерматовенерология ва тиббий косметология мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	17 март			27 октябрь	
18.	Лаборатория иши, функционал ташхис, клиник лаборатория ташхиси ва тиббий генетика мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	17 март		16 июнь	27 октябрь	15 декабрь
19.	Оториноларингология, сурдология-оториноларингология, офтальмология ва болалар офтальмологияси мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	24 март		30 июнь	3 ноябрь	15 декабрь
20.	Чақирув ёшидаги ёшлар ва ўсмирлар касалликлари врачлик экспертизаси (ўсмирлар врачлари) мутахассислиги ихтисослашган аттестация комиссияси	24 март			3 ноябрь	
21.	Патологик анатомия, цитологик ва биопсия ташхиси, суд-тиббий экспертиза ва тиббий ҳуқуқ мутахассисликлари ихтисослашган аттестация комиссияси	24 март			3 ноябрь	
22.	Фармация мутахассислиги ихтисослашган аттестация комиссияси	24 март		9 июнь	3 ноябрь	15 декабрь

Буюк олим Корнелло Цельс одамда қайд этилган қутуриш касаллиги ҳайвонлардан юқиши ва қутурган ит тишлаган жойига қиздирилган темир бошиши, Голен эса тишланган жойни дарҳол соғлом тўқима чегарасигача кесиб олиб ташлашни таъсир этган. Бироқ, бу даволаш усуллари уларни қутуриш касаллигидан асраб қола олмаган.

Машҳур француз олими Луи Пастер 1884 йилда биринчи бўлиб қутуриш касаллигига қарши вакцина ишлаб чиққан ва бу вакцина ит, бўри тишлаган одамларни қутуришга қарши эмлаш учун биринчи бор қўллаган. Луи Пастернинг бу оламшумул кашфиёти дунёнинг барча давлатларида бугунги кунда ҳам муваффақиятли жорий этиб келинмоқда. Махсус санитария қонунлари ишлаб чиқилиб, амалиётга татбиқ этилиши

сўлак оқади, хуриши ўзгаради, бўғик бўлади. Ит тўғри йўналишда чоғиб кетади ва дуч келган нарсага, шу жумладан ҳайвонларга ҳамда одамга ташланади, уларни тишлайди. Шундай ҳолатда ит бир кунда 50 км.гача масофани босиши мумкин. Унинг аҳоли борган сари оғирлашади, оёқларида фалаж бошланади. Ит 5-6 кун ўтгач, ўлади.

Мушукларда қутуриш касаллиги тўсатдан кўзгалиш билан бошланади, мушук жуда тажовузкор ва ҳужумкор бўлиб, дуч келган ҳайвонларга ҳамда одамларга ташланади, уларни тирнайди, тишлайди, касаллик бошланганидан 2-3 кун ўтгандан сўнг, у фалаж бўлиб, ўлади.

Одамларда қутуриш касаллигининг яширин даври 7 кундан 1 йилгача чўзилиши мумкин. Аксарият ҳолларда касаллиқнинг ўртача яширин даври 10-14 кун бўлади, баъзи бир ҳолларда 30-90 кун

лари ишлаб чиқилмаган. Шу боис ҳам биз кўпроқ қутуриш касаллигидан сақланиш, унинг олдини олиш тўғрисида ўйлашимиз керак.

Касаллиқнинг олдини олишнинг ўз қоидалари бор, яъни: ҳайвон тишлашидан сақланиш, бордию тишланиш содир бўлса, шу заҳотиёқ тегишли тиббиёт муассасасига мурожаат қилиб, қутуришга қарши эмлатиш.

Қутуриш бу аввало ҳайвонлар касаллиги ва одамга касаллик фақат ҳайвонлардан юқади. Шу сабабли қутуриш касаллигини биринчи навбатда ҳайвонлар ўртасида қайд этилишига йўл қўймайлик керак.

Минг афсус билан таъкидлаш жоизки, республикамизнинг яширин даври 7 кундан 1 йилгача чўзилиши мумкин. Аксарият ҳолларда касаллиқнинг ўртача яширин даври 10-14 кун бўлади, баъзи бир ҳолларда 30-90 кун

## Огоҳ бўлинг!

# ҚУТУРИШ – ЎТА ХАВФЛИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИК

Қутуриш – баъзи бир ҳайвон ва одамларда учрайдиган ўта хавфли юқумли касаллик ҳисобланади. Бу касаллик қадимдан маълум бўлиб, унинг энг асосий аломатлари бу – сувдан кўрқидир. Шунинг учун ушбу касалликка «гидрофобия», яъни «сувдан кўрқиб» деб ном берилган.

натijasида Норвегия, Швеция ва Дания давлатларида қутуриш касаллиги батамом тугатилган.

Давлат ҳудудига олиб келинаётган ит, мушук ва бошқа ҳайвонлар устидан қатъиян карантин тадбирларини олиб бориш ҳамда давлатлар ҳудудига қутуриш касаллигининг олдини олиш бўйича самарали чора-тадбирларни амалга ошириш эвазига, бугунги кунда Англия, Исландия, Япония, Австралия каби давлатларда қутуриш касаллигининг олди олинган.

Афсуски, дунёнинг бир қатор давлатларида, жумладан республикамизда ҳам қутуриш касаллигининг олдини олиш масаласи жиддий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Республикада қутуриш касаллиги одамларда ахён-ахён бўлсада, учраб турибди.

Қутуриш касаллигига асаб тизимига асосий таъсири нейротроп вируслар кўзгатади. Касаллик вирусининг сақловчиши ва манбалари бўлиб ёввойи ҳайвонлардан: бўри, чивбўри, тулки, кемирувчилар, кўршапапақ, шунингдек уй ҳайвонларидан ит, мушук ва бошқа бир қатор ҳайвонлар ҳисобланади. Қутуриш касаллиги одамга ҳайвонлардан асосан тишлаши, айрим ҳолларда тирнаши ва сўлақаниши натижасида юқади. Касаллик ҳайвондан ҳайвонга, ҳайвондан одамга юқади, бироқ одамдан одамга ва одамдан ҳайвонга юқмайди.

Қутуриш касаллиги ҳар хил ҳайвонларда турлича кечади. Итларда касаллиқнинг яширин даври, яъни касаллик вирусини организмга тушганидан токи касаллиқнинг илк аломатлари рўёбга чиққунга қадар бўлган давр 2 ҳафтадан 8 ҳафтагача давом этади, баъзида эса бу давр 8 ойгача чўзилиши мумкин. Касаллиқнинг биринчи кунлари ит эгасига итоат қилмайди, чакирса келмайди, аширинишга, ўзини олиб қочишга ҳаракат қилади ва бирданга ўзгариб қолади. Кейинчалик дуч келган нарсалар: тош, даррах, латта ва бошқаларни ғажийди ва ютади. Итнинг оғзидан кўп

давом этиши мумкин. Бу даврнинг қисқа ёки узок давом этиши вируснинг хусусиятларига, одамнинг касаллик билан курашиш қобилиятига, тишлаган ҳайвоннинг турига, жароҳатнинг қаерда жойлашганлигига, катта-кичиклигига ва чуқур-юзаклигига боғлиқ бўлади.

Касаллиқнинг бошланғич даври 1-3 кун давом этади. Бу даврда тишланган жой қичийди, тортишиб оғрийди. Бемор тушқунликка тушади, одамлар билан мулоқотдан қочади. Уйқуси бузилади, иштаҳаси бўғилади, унда қўрқув ҳисси пайдо бўлади, кайфияти ўзгариб туради. Кейин касаллиқнинг кўзгалиш даври бошланади. Касаллиқнинг ушбу даврини кузатган олим Д. Самойлович ўзининг эсдаликларида шундай сўзларни ёзиб қолдирган: «Инсоннинг дунёга келибдики, қанчадан-қанча касалликларни бошидан кечирган, аммо қутуриш касаллигига чалинган бемор аҳолини қўришдек кўрқинчи ва даҳшатлироқ ҳолат бўлмаса керак».

Касаллиқнинг кўзгалиш даври ҳақиқатдан ҳам оғир кечади, бир марта шундай касални кўрган одам ҳеч қачон буни ёдидан чиқара олмайди, унинг ҳаётида бу ҳолат бир умрга муҳрланиб қолади. Унда (фотофобия) ва шовқиндан кўрқиб (акустофобия) аломатлари қайд этилади.

Беморнинг бадани терлайди, оғзидан кўп сўлак оқа бошлайди, нафас олиши бузилади, мушаклар тортишади. Унинг эс-хуши кирарли-чиқарли бўлиб қолади, қўзига йўқ нарсалар кўринади (галлюцинация), у алаҳсирайди. Шундан сўнг касаллиқнинг фалаж даври бошланади. Секунд-аста беморнинг оёқлари фалажланиб, орадан 15-20 соат вақт ўтгач, тананинг бошқа мушаклари ҳам фалаж бўла бошлайди. Бемордан сўлак оқиши давом этаверади, тана ҳарорати яна кўтарилади. Бемор юрак-томир фаолияти етишмаслиги ёки нафас марказининг фалажи оқибатида ўлади.

Касаллик ҳайвонларда бўладими ёки одамда қайд этиладими, албатта ўлим билан тугайди. Бугунги кунгача бу даҳшатли касаллиқнинг самарали даволаш усул-

сақланаётган итлар тишлаши натижасида жабрланадилар. Республикада вилоятларида одамларни ит тишлаши бўйича охири 5 йиллик (2001-2005 й) маълумотлар ўрганилиб, таҳлил қилинганда, ит сақланадиган хонадонларда 65 фоиз ҳолатларда итларни ветеринария идораларида ҳисобда турмаганлиги ва ветеринария гувоҳномаси йўқлиги, 85 фоиз ҳолатларда итлар боғлиқсиз юрқанлиги, 90 фоиз ҳолатларда ит эгалари ит сақлаш қоидаларига умуман ёки тўлиқ риоя қилмасликлари, 60 фоизга яқини эса одамга қутуриш касаллиги асосан итлардан юқишини билмасликлари аниқланган.

Бундай ҳолатларни республикамизнинг бошқа туман ва шаҳарларида ҳам кузатиш мумкин. Баъзи фуқаролар уйларидаги итларни касал бўлса ёки боқа олмасалар, уларни кўчга ҳайдашади. Шундан кейин бундай итлар дайди итларга айланади қолади. Натижада эса қутуриш касаллиги манбаи сифатида атрофдагиларга жуда катта хавф тўғдиради. Бугунги кунда республикамизда дайди итларни йўқотиш масаласи ҳам катта бир муаммага айланиб қолган. Бу муаммони ҳам фуқароларимизнинг ўзлари тугдираяптилар. Худудларда дайди ҳайвонлар, яъни ит ва мушуклар пайдо бўлишига йўл қўймайлик, эгали ит ҳамда мушукларни сақлаш қоидаларига мунтазам ва пухта амал қилиш, уларни ўз вақтида ветеринария идораларида ҳисобга олиб, қутуриш касаллигига қарши эмлаш муҳимдир.

Инсонларни қутуриш касаллигидан асраш, аввало ўзимизга ҳам боғлиқ. Қолаверса, ушбу соҳага масъул бўлган мутахассислар ўз вақтида тушунтириш ишларини олиб борсалар, мақсадга мувофиқ бўларди.

**Хусан САПАРОВ,**  
Республика Давлат санитария-эпидемиология назорати маркази ўта хавфли юқумли касалликлар бўлими мудири, тиббиёт фанлари номзоди.

## Берегите здоровье

# ГОДЫ НАШЕЙ ЖИЗНИ И ВИТАМИНЫ

**С годами у человека изменяется обмен веществ. Поддерживать его на нормальном уровне помогают витамины. Недостаток же их серьезно снижает защитные силы организма, то есть его способность сопротивляться инфекциям и другим вредным факторам внешней среды. Все это делает витамины обязательным компонентом меню пожилого человека.**

Между тем, с возрастом часто возникает нехватка тех или иных витаминов. У некоторых пожилых людей из-за потери зубов ослабевает жевательный аппарат и питание становится однообразным, в нем начинают преобладать углеводы. Вследствие этого повышается расщепление витаминов, которые участвуют в обмене углеводов. У других людей из-за воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте выявляются снижены кислотность



желудочного сока и активность пищеварительных ферментов, в результате ухудшаются условия для всасывания и утилизации витаминов. В то же время, потребность в них с годами заметно увеличивается: для перенаривания одной и той же пищи стареющему организму требуется гораздо больше ферментов, а значит и входящих в их состав витаминов. И если они их не получают, возникает дисгармония, нарушающая нормальную деятельность ряда органов и систем, прежде всего центральной нервной системы, кровообращения, пищеварения, эндокринных желез. Витаминная недостаточность, таким образом, ускоряет процесс старения и делает его более болезненным.

Отсрочить преждевременную старость помогают специальные поливитаминные препараты, улучшающие самочувствие пожилого человека, снижают утомляемость, делают его более подвижным и работоспособным. Препараты эти, кроме того, нормализуют капиллярное кровообращение, заметно улучшают деятельность почек, печени, эндокринных желез, сердечно-сосудистой и нервной систем.

Частый спутник старения – атеросклероз, ему человек бывает обязан многими своими недомоганиями. А в основе атеросклероза, как известно, – нарушение обмена веществ. Но мы уже знаем, что витамины как раз и помогают урегулировать превращения жиров, белков, углеводов, минеральных веществ. В конечном счете, они облегчают и течение самого атеросклероза.

Конечно же, прием витаминов не заменяет общепринятых

методов лечения, однако, эти вещества серьезно дополняют их, усиливают действие лекарств, устраняют неблагоприятные побочные влияния. Прибегать к витаминным препаратам можно только по назначению и под контролем врача. Курсы лечения обычно проводятся повторно, и значит надо индивидуально для каждого больного определять их продолжительность.

Современные препараты содержат от 5 до 12 и более синтетических витаминов. Однако они не могут полностью заменить наиболее ценные естественные витамины, содержащиеся в продуктах питания. Правильно построенный рацион в значительной мере восполняет и сезонный и возрастной дефицит этих веществ. Не случайно диетологи столь настойчиво напоминают нам об овощах, фруктах, натуральных соках, молочных продуктах. Все они (хотя и в разной степени) богаты витаминами и веществами, которые в организме человека превращаются в витамины. Важные их источники – хлеб из муки грубого помола, овсяная и гречневая крупы, белокочанная и цветная капуста, морковь, редис, красная свекла, репа. Овощи нам полезны и тем, что их клетчатка улучшает работу кишечника.

Нельзя еще не сказать о плодах шиповника – их, как и смородину, облепиху, рябину, калину, барбарис, лесную землянику, малину, морознику, бруснику, чернику, можно смело считать естественными поливитаминными концентратами.

В процессе приготовления пищи продукты могут в значи-



тельной мере утратить свои витамины. Чтобы этого не случилось, надо соблюдать определенные правила кулинарной обработки: не слижком долго мыть овощи и фрукты – многие витамины растворимы в воде и легко вымываются. Нельзя заранее измельчать картофель, яблоки, другие овощи и фрукты – некоторые витамины легко разрушаются под действием воздуха и солнечного света. Мясо, рыбу, крупы, овощи рекомендуется опускать в уже кипящую воду, варить в закрытой посуде и не слижком долго. Не следует повторно разогревать пищу – витамины при этом разрушаются.

**Зимой и особенно весной фрукты, овощи в значительной мере утрачивают свое витаминное богатство. На смену естественным могут тогда прийти синтетические поливитаминные препараты. Они тоже помогают нам сохранить творческий задор, хорошее настроение и "привлекаят жизни к годам".**

**А. ТОХИРИЙ,**  
Старший преподаватель кафедры организации Экономики и управления здравоохранением.

Соғлиқингиз ўз қўлингизда

# БРОНХИАЛ АСТМАГА ДАВО БОРМИ?

Кўрак қафасини ҳам ҳар куни масаж қилиш мақсадга мувофиқ, касалликнинг хуруж даврида массажа 2-3 мартагача қилиниши лозим.

### Чиниқиш

Чиниқиш – физиологик машқлар ёрдамида ташқи таъсирларга мослашиш. Тери қаватларини вақти-вақти билан таъсирлантириш йўли орқали (бунда таъсирлаш кучи кундан-кунга ортиб боради) машқ қилдириш. Сув ҳарорати тана ҳароратига яқин (33°C) бўлганда, одам сув ҳароратини сезмайди, сув ҳарорати 23°C бўлганда сал совуқдек туюлади, 13°C да эса совуқлиги жуда сезилади. Сув ҳарорати 23°C дан паст бўлганда терини таъсирлантиради, бунга жавобан организмда иссиқлик алмашинувчи ва мослашиш физиологик жараёнларининг ўсиши юз беради.

Совуқ таъсирида организмда иссиқлик ҳосил бўлиш жараёни тезлашади, совуқ кучирок таъсир қилганда буйрак усти бези ва қалқонсимон безларнинг функцияси яхшиланади. Совуқ сув ёрдамида чиниқишнинг ҳар хил усуллари мавжуд. Чиниқишни бошлашдан олдин бемор яхшилаб текширилиши лозим. Юрак қон-томир тизимида оғир касалликлари (стенокардия, аритмия, экстрасистолия ва бошқалар) бўлган, буйрак касалликлари (сурункали пиелонефрит, гломерулонефрит) нерв (асаб) тизимида жиддий касалликлари бўлган беморларга бу муолажалар тавсия этилмайди.

Ақсарият беморларга паст ҳароратга секин-асталик билан ўтиш тавсия қилинади (тана учун ёқимли даражадан бошлаб). Бирок олдиндан тайёрланмасдан совуқ сувни устидан қуйиш йўли билан ҳам бошлаш мумкин. Сув муолажаларини ҳар куни 1-2 марта бажариш мумкин ва албатта қуйидагиларга амал қилиш лозим: агар терлаб турган бўлсангиз чиниқишни бошлашдан олдин иссиқ сув ва албатта совун билан ювишни керак, агар совуқтиб турган бўлсангиз ҳам, бу муолажаларни бажариш мумкин эмас. Бемор ўзини яхши ҳис қилаётган (комфорт) шароитдагина совуқ сувни устидан қуйиши мумкин.

Ушбу шартлар тўғри бажарилган ҳолларда бемор устидан совуқ сув қўйган вақтда совуқтишни ҳис қилмайди, аксинча, ёқимли иссиқликни ҳис қилади, сув билан боғлиқ муолажалардан кейин баданин қаттиқ ишқаламаслик, юмшоқ сочик ёрдамида қуригунча артиш лозим.

Касаллик хуружи пайтида совуқ сувни устидан қуйиш муолажаларидан янада кўпроқ фойдаланилади (4-8 мартагача). Машқлар бошлангандан кейин биринчи 3 ойлик давр ичида касаллик хуружлари авж олиши мумкин, шунинг учун дори моддаларининг миқдорини камайтириш ва тўхтатиш ярамайди.

### Бронхиал астмада озик-овқат аллергияси

Бизга маълумки айрим озик-овқат маҳсулотлари аллергик реакцияларни келтириб чиқариши мумкин. Бронхиал астма белгиларининг юзага келишида озик-овқат аллергиясининг аҳамияти жуда катта.

Озик-овқат аллергияси маълум бир аниқ маҳсулотга ёки бир неча маҳсулотлардан тайёрланган овқатларга нисбатан бўлиши мумкин. Бу аллергик реакциялар қаварчиқлар, Квинке иши, мигрен хуружи, бронхиал астма кўринишида содир бўлиши мумкин.

Аллергик реакциялар келиб чиқишига кўра ҳақиқий (чин) аллергик реакци-

ялар ва ҳақиқий бўлмаган (ёлғон) аллергик реакцияларга ажратилади. Чин аллергик реакциялар болаликдан бошланади. Бу турдаги аллергияси бўлган бемор ўз касаллигини яхши билади ва аллергияга сабаб бўладиган маҳсулотларни истеъмол қилмасликка ҳаракат қилади.

Ақсарият ҳолларда балиқ, тухум, сут, ун маҳсулотлари, цитрус мевалар аллерген маҳсулотлар ҳисобланади. Ҳақиқий бўлмаган (ёлғон) аллергик реакциялар кўпроқ ошқозон-ичак тизимида касалликлари (дисбактериоз, гастрит, холецистит) бўлган кишиларда, баъзан эса асаб тизимида ўзгаришлар пайдо бўлган ҳолларда юзага келади.

### Бронхиал астмаси бўлган беморлар қандай маҳсулотларни истеъмол қилишлари мумкин?

Бемор иложи борича аллергияга сабаб бўлувчи маҳсулотларни, ўткир зирворларни, тухум, балиқ, ёнғоқ, қалампир (гарм-дори), хантал, майонез, қазӣ истеъмол қилмаслиги лозим.

Кўп миқдорда сут ичмаслик мақсадга мувофиқ. Бирок қаттиқ парҳез пайтида ҳам бемор овқатида оқсил, ёғ ва углеводлар миқдори етарли даражада бўлиши керак. Бир кунда 3-5 мартагача овқатланиш тавсия қилинади.

Айниқаса, касаллик хуруж қилган даврларда парҳезга қаттиқ риоя қилиш шарт.

Аспиринли астмада асал, малина, ранг берувчи моддалар ва консервантлар қўшилган озик-овқат (мева шарбатлари, кондитер, дудланган гўшт (қолбасалар) ва консерва маҳсулотлари)ни истеъмолдан чиқариб ташлаш лозим.

Аллергиянинг яна бир хил тури мавжудки, бунда ўсимлик чангларига аллергияси бор беморларда (поллиноз, аллергик ринит) ёнғоқ, олмага нисбатан аллергик реакциялар содир бўлиши мумкин.

### Аллерген деб тахмин қилинаётган озик-овқат маҳсулотини аниқлаш мумкинми?

Кўп ҳолларда буни аниқлаш мумкин. Озик-овқат аллергиясини аниқлаш мақсадида беморга махсус парҳез режаси белгиланади (ҳар 2 кунда битта янги маҳсулот қўшиб борилади). Даволовчи шифокор беморнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда парҳезни ишлаб чиқиш лозим.

Озик-овқат аллергияси бўлган беморларнинг ошқозон-ичак тизими яхшилаб текширилади, чунки аллергияга сабабчи омил тўғри даволангандагина аллергик реакцияларни йўқ қилиш мумкин. Озик-овқат аллергиясини даволашнинг яна бир усули – бу очлик билан даволаш. Бу усулни ҳам фақат шифокор кўрсатмаси бўйича қўллаш мумкин. Очлик билан даволаш бошлангандан кейин ҳам ошқозон-ичак тизими синчиклаб текширилади. Очлик билан даволашда юзага келувчи асосий муаммо – бу узоқ оч юришдан кейин овқатланишга киришиш пайтида содир бўладиган, ҳатто бемор ҳаётига хавф солувчи жиддий асоратлардир. Очлик билан даволаш ўтказилаётган бемор доимий равишда шифокор назоратида бўлиши керак. Очлик билан даволашнинг 24 соат, 36 соат давом этадиган режалари мавжуд бўлиб, бу даврда бемор фақат сув ичиши мумкин. Бунда очликдан кейинги босқичлар махсус кўрсатмани талаб қилмайди.

Бирок, агар очлик билан даволамоқчи бўлсангиз, албатта шифокорингиз билан маслаҳатлашишни унутман!

### АСТМА ХУРУЖИНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ Йўллари

Бронхиал астма хуружини юзага келтирувчи асосий омиллар:

- аллерген билан яқин алоқада бўлиш (аллергенга яқинлашиш);

- инфекция вируслар, бактериялар чақирадиган, яллиғланишга қарши ишлатиладиган дори моддалар миқдорини камайтириш;

- жисмоний зўриқиш;

- иқлим ўзгариши;

- дори моддаларни қабул қилиш (стероид бўлмаган яллиғланишга қарши препаратлар: аспириин ва бошқалар);

- асабийлашиш.

Бронхиал астма хуружлари, ўткир бўғилиш (нафас сиқиш) кўринишида ёки секин-асталик билан аҳвол оғирлаша бориб, нафас етишмовчилиги пайдо бўлиши билан содир бўлади.

### Хуруж пайтида бериладиган биринчи ёрдам

#### Биринчидан, кўрқмаслик керак.

1. Бронх кенгайтирувчи препаратлардан бирини (саламол-эко, беротек) ингальяция қилиш керак.

2. Иссиқ ичимлик (чай, кофе) ичиб олиш керак.

3. Нафас машқлари: нафас чиқаришни секинлик билан, худди сизга нимадир ҳалақит бераётгандек бажариш керак.

Агар хуруж жуда оғир кечмаса, ингальяция қилишнинг ўзи етарли.

Баъзан эса енгил кўринишдаги хуружни нафас машқлари ёрдамида ҳам йўқ қилиш мумкин. Юза нафас олиб секинлик билан (қанча узоқ бўлса, шунча яхши) нафас чиқариш.

Бронхиал астманинг оғир хуружларида ҳам даволаш принциплари ўзгармайди, фақат бронхлардаги сиқилиш жуда кучли бўлиши сабабли, аэрозолни нафасга олишининг умуман иложи бўлмайди, чунки дори моддаси оғиз бўшлиғига, томоққа ўтириб қолади, бронхларга этиб бормайди. Бундай ҳолларда спайсер (махсус қурилма)дан фойдаланиш керак.

Спайсерга бир вақтинг ўзида 8-15 дозагача саломол-эко ёки 5-7 доза беротек сепиб олиш мумкин. Шундан кейин 10-15 дақиқа давомида спайсер орқали чуқур нафас олиш (дори бронхларга яхшироқ етиб бориши учун) мумкин. Бронх кенгайтирувчи дориларни ингальяция қилиш орасида иссиқ чай олиш мақсадга мувофиқ. Балғам яхши кўчиши учун иссиқ чай ёки сувга 4-5 мукалтин таблеткасини ҳам солиб ичиш мумкин. Бронх кенгайтирувчи препаратлар билан ингальяция қилингандан кейин нафас машқларини бажариш лозим. Бу қоидаларга риоя қилиш беморга хуружини ўзи мустақил енгитишга ёрдам беради. Агар бу чора-тадбирларга қарамадан нафас сиқиш давом этаверса, глюкокортикостероид гормон таблеткасини ичиш ва тез ёрдам чақиритиш керак.

### Бронхиал астма хуружининг илк белгилари қандай?

Пикфлоуметрдан ҳар куни фойдаланилганда нафас чиқариш тезлигининг пасайганини кузатиш мумкин, бу хуруж бошланганда далолат беради. Бронхиал астма тунги белгиларининг пайдо бўлиши ёки тез-тез қайтарилиши ҳам хуруж яқинлашгандан дарак беради. Бу белгиларнинг пайдо бўлиши бронх деворларида яллиғланиш жараёнларининг чуқурлашиб бораётганини кўрсатади. Кечаси уйку бузилиши, ҳаддан ташқари асабийлашиш, жисмоний ишлардан тез чарчаб қолиш ҳам бронхиал астма хуружининг олдиндан пайдо бўладиган белгиларидир.

Бронхиал астма хуружининг энг муҳим белгиларидан бири – тез бронх кенгайтирувчи препаратларнинг (беротек, саламол-эко) кеча-кундузлик миқдорини кўпайтиришга бўлган эҳтиёжнинг тугилишидир. Бирок шунга ёдда сақлаш лозимки, бу препаратлардан кўп фойдаланиш мумкин эмас, меъёрдан ортиқ миқдорда ишлатилган ҳолларда, беморнинг аҳвали бирдан оғирлашиши мумкин. Беморнинг аҳвали ёмонлашиши билан даво режаларига ўзгариш киритиш лозим.

Биринчи навбатда яллиғланишга қарши ишлатилган дори ўзгаририлиши ёки унинг миқдорини кўпайтириш керак (олдиндан бронх кенгайтирувчи препарат қўлланган шароитларда). Масалан, яллиғланишга қарши (кромогликат недокромил натрий) интал, интал плус, тайледдаи фойдаланилган бўлса, ингальяция йўли билан қўлланиладиган глюкокортикостероидларга ўтиши мумкин (беклазон, альдецин ва бошқалар). Агар бемор ингальяция йўли билан қўлланиладиган глюкокортикостероидлардан фойдаланиб келаётган бўлса, уларнинг миқдорини кўпайтириш лозим. Бу даво муолажалари самара бермаган ҳолларда узоқ таъсир қиладиган теофиллинлар (теопэк, теотард, ретафил) қўшилади. Касаллик хуружи кўп миқдорда балғам пайдо бўлиши билан юзага келган ҳолларда, бронхлар ишини яхшилаш учун балғам кўчирувчи препаратлардан фойдаланиш тавсия этилади.

Юқоридаги даво муолажалари ёрдам бермаган тақдирда шифохонада ётиб даволаниш ёки глюкокортикостероид гормонлар таблеткасини қабул қилиш масаласини ҳал қилиш учун шифокорга мурожаат қилинади. Агар бемор глюкокортикостероидларни доимий равишда қабул қилиб юрган бўлса, хуруж пайтида шифокор кўрсатмасига мувофиқ дори миқдорини кўпайтириш керак.

### Даволовчи шифокорга куйидаги ҳолатларда мурожаат қилиш керак:

1. Тез-тез хуруж пайдо бўлганда.
2. Пикфлоуметр кўрсаткичи пасайганда.
3. Даво режасини ўзгариштиш зарурати тугилган ҳолларда.

Хитой табобатида қўлланиладиган куйидаги машқлар ҳам астма хуружи пайтида сизга жуда яхши ёрдам беради.

### Биринчи машқ

Кўл бармоқларини бириктирган ҳолда тўш соҳасининг ўртасида жойлашган шань-дзун нуқтасига икки дақиқа давомида уриб турамиз.

### Иккинчи машқ

Тўш суягининг юқорисида жойлашган чуқурлик – тьянь-ту нуқтаси соҳасини ҳам икки дақиқа давомида уқалаймиз.

### Учинчи машқ

Хе-гу нуқтаси – бош ва кўрсаткич бармоқларни жуфтлаган пайтда юзага келадиган бурчакнинг энг юқори қисмини уқалаймиз. Икки дақиқа давомида ўнг қўлдаги нуқта, кейин чап қўлдаги нуқта уқаланади.

### Тўртинчи машқ

Кўл бармоқларини бириктирган ҳолда «энг катта умуртқа погонаси» ҳисобланган да-дзуй нуқтасига урамиз.

Бу нуқтани топиш учун бош олдинга эгилади ва энг яхши (яққол) кўриниб турадиган умуртқа погонаси остида жойлашган бўлади.

### Бешинчи машқ

Тизза косасининг пастки чегарасидан тўрт бармоқ энча пастда жойлашган цзу-сань-ли нуқтасини бармоқлар ёрдамида уқалаймиз. Икки дақиқа ўнг оёқдаги нуқта, икки дақиқа давомида чап оёқдаги нуқталар уқаланади.

**Фотима Йўлдошева,**  
тиббёт фанлари номзоди.  
**Жамшид НАЗАРОВ,**  
шифокор-аллерголог.

(Охири. Боши ўтган сонларда).

## Полезные советы

## СОК РЕПЫ

Ни один вид овощей не содержит такой высокий процент кальция, как листья репы. Он более чем на 50 процентов превышает все остальные минералы и соли в листьях репы, вместе взятых.

Поэтому этот сок - великолепная пища для детей и людей, страдающих размягчением костей и зубов. Смешивая сок листьев репы с морковным соком и соком одуванчика, мы получим одно из самых эффективных средств для укрепления зубов и всех костных тканей организма. Очень высокий процент содержания магния в одуванчике в сочетании с кальцием в листьях репы и элементов, имеющихся в морковном соке, придают костям твердость и крепость.

Содержание калия в листьях репы также высоко, что придает соку качество увеличивать щелочной состав организма, особенно, если смешать его с соком сельдерея и моркови. Поэтому он является отменным средством для понижения кислотности. Листья репы содержат также натрий и железо.

Как ни странно это покажется людям неосведомленным, нехватка кальция в организме может быть вызвана употреблением пастеризованного коровьего молока. Конечно, постоянное употребление мучных и крупяных продуктов, а также сахара вызывает недостаток кальция, хотя эти продукты содержат высокий процент кальция, но кальций этот такой же неорганический, как и кальций, идущий на изготовление цемента.

Клетки и ткани организма не могут использовать атомы такого неорганического кальция для строительных целей и поэтому он удаляется из организма кровообращением с тем, чтобы не препятствовать нормальной деятельности организма.

Местом, куда сбрасываются многие из этих неорганических атомов, являются концы кровеносных сосудов. Так как самым удобным местом является прямая кишка, то там постепенно накапливаются эти отбросы, увеличиваясь, причиняют неудобство и боль. Это состояние именуется геморроем.

Вследствие того, что большинство людей принимают большое количество вареной, неорганической пищи, то совершенно естественно, что вероятно половина этих людей имеют геморрой и знают это, а другая половина, может быть, имеют его, но не знают.

Нам не известен ни один случай геморроя у людей, избегающих употребления этих неорганических продуктов питания в течение всей своей жизни. С другой стороны, мы видим бесконечное число жертв этой болезни пытающихся вылечить это естественное бедствие с помощью инъекций, электрической коагуляции (свертывания) и хирургии, не дающими окончательных результатов, ибо делается попытка устранить не причину болезни (органическая пища), а результат.

Смеси вышеуказанных соков помогают огромному числу людей страдающих этой болезнью, если они строго придерживаются натуральной пищи и натурального образа жизни.

Из книги «Энциклопедия здоровья».

Ташкент тиббиёт академияси тиббий педагогика факультети, травматология-ортопедия, нейрохирургия ва ҳарбий дала жарроҳлиги кафедраси шу кафедра профессори

**Абдулла Аҳмедович САИДОВ**нинг вафот этганиги муносабати билан марҳумнинг оила аъзолари ва яқинларига чуқур таъзия изҳор қилади.

## ИНТЕРНЕТ СООБЩАЕТ

**Введение прикорма связано с риском возникновения аллергической реакции ребенка на новый продукт. Во избежание развития пищевой аллергии необходимо соблюдать простые правила составления рациона.**

Пищевая аллергия - довольно часто встречающееся у детей заболевание. Оно может выражаться в появлении кожных высыпаний (шелушащиеся пятна, мокнувшие или сухие, а также себорейная корка на голове), срыгиваний, метеоризма, колики, раздраженного стула или запоров, а также в нарушениях дыхания (астматический бронхит, бронхиальная астма) или сразу нескольких проявлениях. В группу риска по развитию аллергии входят дети, у

компонентных пюре или каш, чтобы иметь возможность отследить реакцию организма малыша. Если у ребенка часто раздраженный или неустойчивый стул и он плохо прибавляет в весе, в качестве первого прикорма давайте ему каши. Детям с избыточной массой тела и запорами, первым дают овощное пюре. Детям с пищевой аллергией на первом году достаточно 1 вида каш, 1 вида мяса, 1-2 видов овощей и фруктов. Говядина имеет антигенное родство



ними продуктами - реакцию на тот или иной ингредиент сложно отследить при употреблении многокомпонентных продуктов. Прикорм давайте с ложки в утренние и дневные часы, чтобы в те-

кабачок, цветная капуста, зеленое яблоко, слива, груша, рисовая каша, индейка.

**Продукты средней степени аллергенности:**

брокколи, картофель,

ПРОФИЛАКТИКА  
ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ  
У ДЕТЕЙ ДО ГОДА

которых кто-либо из родителей или брат/сестра страдают аллергией. Если аллергия отмечалась у одного из родителей, то риск ее развития у ребенка достигает 20-40%, если у обоих, то вероятность у ребенка возрастает до 60-80%.

**Когда вводить прикорм детям с пищевой аллергией?**

Лучшая профилактика пищевой аллергии - длительное грудное вскармливание. При этом кормящей маме нужно соблюдать строгую гипоаллергенную диету. Прикорм детям группы риска вводится в более поздние сроки, чем их здоровым сверстникам - с 5-6 месяцев жизни.

**Продукты прикорма для детей группы риска**

Педиатры рекомендуют начинать прикорм с одно-

с белками коровьего молока и может также вызвать аллергию. Лучше давать мясо индейки. Среди мясных пюре выбирайте те, что не содержат бульон, пряности, соль. Цельное коровье молоко вводится после 1 года жизни, цельные яйца - после 2 лет, рыбу и орехи - после 3 лет.

**Введение прикорма детям с пищевой аллергией**

Вводите новый продукт только когда малыш здоров. В случае плохой переносимости, временно исключите продукт и попытайтесь дать его вновь через несколько дней. Каждый новый продукт давайте 5-7 дней подряд перед тем, как вводить другой, чтобы отследить реакцию организма малыша. Пополняйте детский рацион только однокомпонент-

чение дня отследить реакцию на продукт.

**Несколько полезных советов**

Читайте этикетки! Если на фронтальной стороне баночки с пюре изображена, например, груша - это не значит, что в его состав не входят соль, сахар, крахмал, масла, вкусовые добавки, пищевые красители, консерванты. Об их содержании сообщается на оборотной стороне упаковки. Если вы не знаете, на что периодически «реагирует» организм вашего ребенка, ведите пищевой дневник, в который записывайте все, что в течение дня ест ваш малыш. Это поможет определить опасный продукт.

**Продукты низкой степени аллергенности:**

зеленый горошек, тыква, персик, банан, ягненок, курица.

**Самые распространенные пищевые аллергены:**

цельное коровье молоко, яйца, рыба, орехи, соя, пшеница, цитрусовые, мед, шоколад, клубника, помидоры.

**Перерастет ли ребенок аллергию?**

Пищевая аллергия наиболее распространена у детей до 2 лет. У большинства из них нежелательные реакции на аллергенные продукты уменьшаются по мере укрепления иммунитета. Однако аллергия на орехи, рыбу и морепродукты может сохраниться на всю жизнь. Давайте ребенку эту пищу не ранее указанных выше сроков.

● Новости ● Новости ● Новости ● Новости ● Новости ● Новости ●

## В Индонезии обнаружена новая опасная болезнь

**В Индонезии в конце прошлого года от неизвестной инфекционной болезни скончались 20 человек, заявили в министерстве здравоохранения страны. По словам директора департамента по борьбе с инфекционными болезнями И Ньоман Кандуна, все случаи заражения наблюдались в столичном госпитале Святого Карла.**

Последний из них имел место 27 ноября, однако о возможном рождении новой болезни стало известно только сейчас. По словам собеседника, вы-

зываемая неизвестным возбудителем новая болезнь протекает с высокой температурой. Смерть пациента обычно наступает в течение трех дней после повышения температуры.

Уже можно быть уверенными в том, что вспышка заболевания в прошлом году не имела характера эпидемии, говорит И Ньоман Кандун. Вместе с тем, он никак не в состоянии объяснить тот факт, что все случаи наблюдались только в одном госпитале.

Ўзбекистонда оқ йўли сўлабди  
Здравоохранение Узбекистана

Газета муассиси:

Ўзбекистон  
Республикаси  
Соғлиқни сақлаш  
вазирлиги

Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ  
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Таҳрир ҳайъати раиси:  
Феруз НАЗИРОВ

Таҳрир ҳайъати аъзолари:

Бобур Алимов, Гавҳар Исломова, Омонтурди Миртозаев,  
Озода Муҳитдинова, Бахтиёр Ниёматов, Абдурахмон  
Носиров, Нурмат Отабеков, Холмурод Раббанов, Рихси  
Салихўжаева, Намоз Толипов, Марияш Турумбетова,  
Абдулла Убайдуллаев, Фарҳод Фузайлов.

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

Газета Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот агентлигида 2006 йилнинг 6 декабрь кўни рўйхати олинган. ғувоҳнома рақами 0015.

Ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг сешанба кунлари чиқади. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekistonда соғлиқни сақлаш - Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди. деб кўрсатилиши шарт. Адади 7400 нусха. Бююрма Г-47.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмаҳонасида чоп этилади. Газета ҳажми 2 босма табақ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Эълон ва биддирувлардаги факт ҳамда даимлирининг тўғрилиги ўқин реклама ва эълон берувчилар масъулдир.

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