

# Ўзбекистонда соғ'лиқни сақлаш Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган E-mail: uzss@inbox.ru 2007 йил 13-19 март № 10 (525) Сешанба кунлари чиқади

## П Р И К А З МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

1 февраля 2007 г. г. Ташкент № 50

**“Об утверждении положения об аттестации специалистов высшего медсестринского дела, средних медицинских и фармацевтических работников на присвоение квалификационной категории”**

В целях дальнейшей оптимизации деятельности Специализированных аттестационных комиссий по присвоению квалификационных категорий специалистам высшего медсестринского дела, средним медицинским и фармацевтическим работникам, в соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан от 1 декабря 2005 года ПП-229 “О совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников”, Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 21 декабря 2005 года № 276 “Об утверждении усовершенствованной системы оплаты труда медицинских работников” и приказа Министерства здравоохранения РУз от 30 декабря 2005 года № 651

### УТВЕРЖДАЮ:

1. Положение об аттестации специалистов высшего медсестринского дела, средних медицинских и фармацевтических работников на присвоение квалификационной категории, согласно приложению № 1.

2. Состав Специализированной аттестационной комиссии по присвоению квалификационных категорий специалистам высшего медсестринского дела, средним медицинским и фармацевтическим работникам, согласно приложению № 2.

3. График заседаний Специализированной аттестационной комиссии по присвоению квалификационных категорий специалистам высшего медсестринского дела, средним медицинским и фармацевтическим работникам, согласно приложению № 3.

(Продолжение на 2-стр.)

## Аҳиллик ва бирдамлик тадбири



**СУРАТДА:** Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш Бош бошқармасига қарашли Чилонзор туман ҳудудий тиббиёт бирлашмасининг ходимлари ҳам умумхалқ хайрия ҳашарида фаол иштирок этдилар.

Асен НУРАТДИНОВ олган сурат.

## ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИ ҶИММАТИ

**Мамлакатимизнинг ободлиги ва фаровонлигини янада мустаҳкамлаш мақсадида 10-11 март кунлари ўтказилган умумхалқ хайрия ҳашари республикамизнинг барча ташкилот ва идораларида аҳиллик ва бирдамлик руҳида ташкил этилди.**

Ўзбек халқига хос бўлган ушбу тадбирнинг катта ғайрат ва ҳамжиҳатлик билан уюштирилиши давлатимизнинг барча ҳудудларида, жумладан Қорақалпоғистон Республикаси, Навоий, Самарқанд, Наманган, Андижон, Жиззах, Бухоро, Фарғона, Хоразм вилоятлари соғлиқни сақлаш бошқармаларига қарашли тиббиёт муассасаларида ҳам уюшқоқлик билан олиб борилиб, кўчакўй ва ён-атрофлар Наврўз байрами арафасида ободонлаштирилиб, йўлақлар бўйлаб турли хилдаги манзарали даракт ҳамда гул кўчатлари ўтказилди. Табиатнинг қайтадан чирой очиб, янгиланишида бошқа касб эгалари қатори тиббиёт ходимларининг ҳам бу борада катта жиҳват ва меҳнатсеварлик кайфиятида амалга

оширган ободонлаштириш ишлари унинг ҳар қачонгидан кўра мазмунли ва савоб ишларга бой бўлганлигини кўрсатади, десак хато бўлмади.

– Бошқармага қарашли бўлган барча тиббиёт муассасалари ҳудудларига гул ва мевали дарахт кўчатлари ўтказилди. Бу албатта, осмонимиз мусаффо, турмуш тарзимиз гўзаллигидан нишонандир. Чунки, тозалик ҳар жойда керак. Энг асосийси, юртинг, ён-атрофинг тинч, тоза, осойишта бўлса, демак оиланг ҳам, меҳнат қилиб турган жамоанг ҳам ана шундай хайрли тадбирларга бой бўлар экан. Уйлайманки, ўтказилган умумхалқ ҳашари барча юртдошларимиз учун савобли ишларга мўл бўлди, – дейди Андижон вилояти соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиғи В. Ҳақимов.

Ҳақиқатан ҳам «Бирдамлик ва аҳиллик тадбири» номини олган хайрия ҳашари икки кун мобайнида халқимиз ҳаётида алоҳида аҳамият касб этди.

Фотима ХЎЖАЕВА.

## САҲИФАЛАРДА:

6

**ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА  
МУАССАСАЛАРИДА ПУЛЛИК  
ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШНИНГ  
ҲУҚУҚИЙ-МЕЪЁРИЙ АСОСЛАРИ**

7

## ҲАМИША ОГОҲ БЎЛИНГ!

Парранда гриппи вируси аксарият ҳолларда одамнинг юқори нафас йўллари орқали организмга тушади. Бу вирус одам организмга бошқа йўллар билан ҳам кириши мумкин.

### Дил изҳори

## ТААССУРОТЛАРДАН СЎНГ

**Молия академик лицейимизда таҳсил олаётган талабалар назарий билим олиш билан бир қаторда, пойтахтимиздаги мавжуд музейларга ташриф буюриб, айрим фанлар бўйича ўз билимларини бойитиб бормоқдалар.**

Чунки, баъзи фанлар бўйича ўтиладиган дарслар синфхоналардан ташқарида, яъни музейларда олиб борилади. Бунинг боиси, музейлардаги ўтмиш ва бугунги тарих билан батафсил танишиб бориб, маънавий ва маърифий билимларни оширишдан иборатдир. Лицейимиз талабалари учун доимий равишда музейларга ташрифи ташкил этишда ўз ердамини аямаётган лицей

директори Тошнӣз Аҳмедов, илмий бўлим мудир Маҳаммад-жон Рашидов, маънавият ва маърифат ишлари бўйича директор ўринбосари Ғайрат Эргашевларнинг хиссалари катта бўлмоқда.

Яқинда Қ. Зоиров номидаги Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш музейига ташриф буюганимизда бу ердаги экскурсоводларнинг талабаларга тиббиёт тарихининг ўтмиши ва бугунги ҳақида сўзлаб бериши уларнинг тиббий

билимини янада бойитди. Айниқса, у ерда тиббиётга оид қадимий ва нодир тиббий асбоб-ускуналар, кўрғазмали қуроллар ҳамда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимига муносиб ҳисса қўшган олимларнинг фотосуратлари тиббиёт тарихининг ноёб манбалари эканлигини кўрсатади. Бундан ташқари, мазкур музейнинг бепул хизмат кўрсатиши талабаларимизни бениҳоя хурсанд қилди. Шу боис музей директори Х. Фаниева, экскурсоводлардан Ф. Махсумова, Р. Ҳақимов ва Л. Орловага самимий миннатдорчилигимизни билдираимиз.

Холида АСИЛОВА,  
Молия академик лицейи  
тарих фани ўқитувчиси.

## ПРИКАЗ

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

1 февраля 2007 г.

г. Ташкент

№ 50

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан, начальнику Главного управления здравоохранения г. Ташкента, начальникам областных управлений здравоохранения, ректорам медицинских ВУЗов, директорам научно-исследовательских институтов и центров, руководителям учреждений здравоохранения республиканского под-

чинения, директору Республиканского Центра лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов (А. Б. Яркулов):

1.1 Обеспечить работу Специализированных аттестационных комиссий по присвоению квалификационных категорий специалистам высшего медсестринского дела, средним медицинским и фармацевтическим работникам при Министерстве здравоохранения Республики

Узбекистан, Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов в соответствии Номенклатурой высших медсестринских, средних медицинских и фармацевтических специальностей и положения об аттестации специалистов высшего медсестринского дела, средних медицин-

ских и фармацевтических работников на присвоение квалификационной категории.

2. Возложить на Республиканский Центр лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов (А. Б. Яркулов) приём, техническую экспертизу документов специалистов высшего медсестринского дела, средних медицинских и фармацевтичес-

ких работников, проведение аттестации на присвоение квалификационной категории и выдачу соответствующих удостоверений.

Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Республики Узбекистан Н. У. Шарапова.

Министр

Ф. Г. НАЗИРОВ.

Приложение 1  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан  
от 1 февраля 2007  
года № 50

### ПОЛОЖЕНИЕ об аттестации специалистов высшего медсестринского дела, средних медицинских и фармацевтических работников на присвоение квалификационной категории

#### Общее положение.

1. Аттестация на присвоение квалификационных категорий медицинским сестрам с высшим образованием, средним медицинским и фармацевтическим работникам проводится по специальностям, предусмотренным номенклатурой, специальностей медицинских сестер с высшим образованием, средних медицинских и фармацевтических работников с учетом требований квалификационных характеристик, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

2. Аттестацию на присвоение квалификационных категорий могут проходить лица, имеющие высшее медсестринское, среднее медицинское и фармацевтическое образование (далее по тексту – специалисты) и получившие право на медицинскую или фармацевтическую деятельность в учреждениях и организациях системы здравоохранения на территории Республики Узбекистан, независимо от форм их собственности и ведомственной принадлежности, а также лица, допущенные к этой деятельности в установленном порядке.

Квалификационная категория может быть присвоена также лицам с средним специальным образованием, допущенным ранее в установленном порядке к медицинской или фармацевтической деятельности и занимающим должности средних медицинских работников в учреждениях здравоохранения.

3. Специалисты, работающие в ведомственных учреждениях здравоохранения, проходят аттестацию с соблюдением требований настоящего положения в аттестационных комиссиях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

4. Специалисты, переехавшие на постоянное место жительства из других государств, проходят аттестацию на присвоение квалификационных категорий на общих основаниях (после прохождения процедуры нострификации диплома) в соответствии с настоящим положением.

Для лиц, находящихся в загранкомандировке, срок аттестации переносится на период командировки и в аттестационную комиссию представляются все необходимые документы, в том числе отчет, заверенный организацией, отвечающей за работу специалиста за рубежом.

5. Обязательным условием для присвоения квалификационной категории

является прохождение специалистами повышения квалификации и (или) переподготовки (последипломной специализации) по специальности или смежной специальности, в течение последних пяти лет в учреждениях повышения квалификации и переподготовки кадров в объеме, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

6. Аттестация на присвоение квалификационных категорий специалистам проводится каждые 5 лет в установленном законодательством порядке.

7. Основной формой проверки теоретических знаний и практических навыков специалиста является аттестационный экзамен, проводимый по соответствующей специальности. При аттестации специалиста на квалификационную категорию учитывается количество правильных ответов, решение ситуационных задач и владение практическими навыками.

8. Квалификация специалистов определяется тремя квалификационными категориями: вторая, первая и высшая квалификационная категория. При присвоении квалификационной категории рекомендуется соблюдать последовательность присвоения квалификационной категории: специалист второй, первой и высшей категории.

а) Вторая квалификационная категория.

Присваивается специалистам со стажем работы по данной специальности не менее 3 лет и имеющим необходимую теоретическую и практическую подготовку по своей специальности.

б) Первая квалификационная категория.

Присваивается специалистам со стажем работы по данной специальности не менее 5 лет, имеющим необходимую теоретическую и практическую подготовку по своей специальности.

в) Высшая квалификационная категория.

Высшая квалификационная категория присваивается специалистам со стажем работы по данной специальности не менее 7 лет, имеющим первую квалификационную категорию и высокую теоретическую и практическую подготовку по своей специальности.

Медицинским сестрам с высшим образованием, квалификационные категории могут быть присвоены; вторая квалификационная категория при стаже работы по специальности не менее трех лет, первая - не менее пяти лет, высшая - не менее семи лет.

В исключительных случаях специалисту, с учетом его высокой теоретической и практической подготовки по соответствующей специальности, хороших показателей в работе может присваиваться более высокая квалификационная категория без установленных требований к стажу работы, что должно отражаться в протоколе аттестационной комиссии.

9. В стаж работы по специальности для прохождения аттестации на квалификационную категорию засчитывается:

- а) - продолжительность работы по данной специальности, как по основной, так и по совмещаемой работе;
- прохождение последипломной подготовки по специальности;
- работа по специальности за грани-

цей в учреждениях здравоохранения;

- работа по специальности в частных медицинских учреждениях, подтвержденная соответствующими документами;

- работа в должности главного специалиста в аппарате Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов, городских и районных органах здравоохранения.
- служба в вооруженных силах и других воинских формированиях по специальности.

10. Квалификационная категория может быть присвоена и по совмещаемой специальности в порядке, обязательном для аттестации по основной специальности.

11. По представлению администрации и профсоюзного комитета медицинского учреждения может быть проведена и внеочередная аттестация специалиста с целью повышения или снижения квалификационной категории.

При этом внеочередная аттестация специалиста с целью повышения квалификационной категории проводится не ранее чем через два года после его присвоения.

Внеочередная аттестация специалиста с целью снижения квалификационной категории проводится независимо от срока его присвоения. При этом, в Центр направляются документы, содержащую информацию, свидетельствующую обоснованность этого представления.

12. В случае изменения в установленном порядке наименования специальности работника, сохраняется действие присвоенной квалификационной категории и условий оплаты труда по ней с момента внесения изменений с последующим присвоением в установленном порядке более высоких квалификационных категорий согласно их новому наименованию с учетом стажа работы по предыдущей специальности и имеющейся квалификационной категории.

13. Лица, обучающиеся в высших медицинских и фармацевтических учебных заведениях и имеющие соответствующий для аттестации на присвоение квалификационной категории стаж работы, по аттестуемой специальности, могут пройти аттестацию и получить квалификационную категорию в случае окончания срока ее действия в период обучения, при условии работы по совместительству по соответствующей специальности.

14. Квалификационная категория, присвоенная специалисту, действительна в течение 5 лет со дня издания приказа о ее присвоении. За три месяца до окончания срока действия квалификационной категории, специалист должен, в установленном порядке представить в аттестационную комиссию документы в соответствии с пунктами 16 и 16.1.

По окончании срока действия квалификационной категории, специалист имеет право вновь обратиться в аттестационную комиссию с заявлением о получении категории, однако выплаты соответствующей надбавки к заработной

плате с момента прекращения действия квалификационной категории до получения новой категории, не производятся.

15. Аттестация специалистов на присвоение квалификационной категории проводится за счет средств аттестуемых, также возможно ее проведение за счет внебюджетных средств учреждения, в котором работает специалист, профессиональных ассоциаций, научных обществ, спонсоров и других источников финансирования.

#### Документы необходимые для аттестации.

16. Представляются следующие документы:

- Заявление аттестуемого с указанием: фамилии, имени, отчества, паспортных данных и специальности по которой присваивается квалификационная категория;
- копия паспорта;
- нотариально заверенная копия диплома о высшем и(или) среднем медицинском образовании;
- копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров учреждения по месту работы;
- копия свидетельства о браке (для лиц, изменивших фамилию после получения диплома, квалификационной категории);
- нотариально заверенная копия удостоверения или заверенная отделом кадров учреждения по месту работы копия приказа о присвоении квалификационной категории (если имеется);
- нотариально заверенные копии документов (сертификатов и удостоверений о последипломном образовании) свидетельствующих о прохождении обучения и повышения квалификации за последние пять лет в учебных заведениях дополнительного профессионального образования, учебные программы которых аккредитованы в установленном порядке.
- характеристика руководителя учреждения.
- сертификаты о прохождении повышения квалификации в объеме не менее 144 часов, из которых по прямым формам в объеме не менее 72 часов (с отрывом от работы) и сертификаты о прохождении прямых или опосредованных форм ПК в суммарном объеме не менее 72 часа.
- отчет о деятельности специалиста за последние 3 года, который представляется в произвольной форме, объемом не более 10 страниц печатного текста, где отражаются основные результаты его профессиональной деятельности, показатели работы, предусмотренные статистическими формами, их анализ, перечень используемых практических навыков, список изученной литературы, перечень публикаций (если имеется).
- Отчет о деятельности специалиста утверждается руководителем органа или учреждения здравоохранения.
- Специалисты, изменившие место работы за последние три года, представляют отчет и с предыдущего места работы;
- заполненный аттестационный лист;
- документ, подтверждающий вне-

(Окончание на 3-й стр.)

# ПРИКАЗ

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

1 февраля 2007 г.

г. Ташкент

№ 50

сение сбора за проведение аттестации.

16.1. В комиссию могут быть представлены и другие документы, характеризующие подготовку и практическую деятельность специалиста.

17. Документы доставляются аттестуемому в Центр или Специализированные аттестационные комиссии при Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов непосредственно, либо через средства связи с уведомлением об их получении.

Документы аттестуемого могут также быть приняты в организованном порядке от уполномоченного представителя территориальных органов управления и учреждений здравоохранения.

18. Основанием для отказа в приеме документов является представление аттестуемым специалистом документов не соответствующих пунктам 16 и 16.1.

19. Ответственность за достоверность представленных документов и сведений несет аттестуемый специалист в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

### Порядок проведения аттестации.

20. Поданные аттестуемым специалистом документы, проходят техническую экспертизу в Центре или Специализированных аттестационных комиссиях при Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов и считаются принятыми к рассмотрению со дня положительного решения технической экспертизы.

21. Аттестация специалистов проводится в виде собеседования и (или) тестирования на заседаниях Специализированных аттестационных комиссий. Ход заседания Специализированных аттестационных комиссий оформляется протоколом, который подписывают председатель и секретарь комиссии. Для проведения заседания комиссии необходимо присутствие не менее 2/3 членов утвержденного состава аттестационной комиссии. При завершении аттестационного экзамена, аттестационная комиссия большинством голосов принимает решение о присвоении специалисту квалификационной категории без присутствия аттестуемого. При равенстве голосов выносится решение в пользу аттестуемого специалиста. Результаты голосования аттестационной комиссии заносятся в аттестационный лист, который подписывают председатель, секретарь и члены аттестационной комиссии. Аттестационная комиссия может дать рекомендации о дальнейшем повышении квалификации и другие замечания и пожелания в адрес аттестуемого.

22. Специализированные аттестационные комиссии после своего заседания в течение десяти рабочих дней представляют в Центр или соответственно в Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главное управление здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов протоколы заседания, на основании которых в течении двадцати рабочих дней издаётся приказ и выдаются удостоверения установленного образца (Приложение 2).

23. В случае отказа, аттестуемому специалисту, в присвоении квалификационной категории, повторное рассмотрение заявления аттестуемого проводится не ранее чем через год на общих основаниях.

### Аттестационная комиссия.

24. Специализированные аттестационные комиссии по присвоению квалификационных категорий медицинским сестрам с высшим образованием, средним медицинским и фармацевтическим работникам создаются при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов с правом присвоения второй, первой и высшей квалификационных категорий.

25. Специализированная аттестационная комиссия при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, формируется из главных специалистов Министерства здравоохранения и ведущих специалистов лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических, аптечных учреждений, главных медицинских сестер учреждений, преподавателей медицинских высших и средних учебных заведений и др.

Специализированные аттестационные комиссии при Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г.Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов формируются из главных и ведущих специалистов органов управления здравоохранением, лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических, аптечных учреждений, главных медицинских сестер учреждений, преподавателей высших и средних медицинских и фармацевтических учебных заведений др.

Ежегодная ротация состава аттестационной комиссии составляет не менее 20 процентов.

В состав Специализированных аттестационных комиссий входят председатель, секретарь и члены комиссии. Персональный состав Специализированной аттестационной комиссии при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, утверждается Министром здравоохранения Республики Узбекистан, а Специализированные аттестационные комиссии - при Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов, Министром здравоохранения Республики Каракалпакстан и началь-

никами управлений здравоохранения.

Комиссии должны обеспечить объективное рассмотрение, дать оценку деятельности аттестуемого работника и вынести соответствующее решение.

26. Специализированная аттестационная комиссия при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, в своей работе подотчетна Министру здравоохранения Республики Узбекистан. Специализированные аттестационные комиссии - при территориальных органах управления здравоохранения в своей работе подотчетны руководителям территориальных органов управления.

27. Специализированные аттестационные комиссии рассматривают документы аттестуемых специалистов и выносят по результатам аттестации решения о присвоении квалификационной категории.

28. В своей работе, Специализированные аттестационные комиссии при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения, хокимиятов вилоятов, руководствуются действующим законодательством Республики Узбекистан, приказами и другими отраслевыми актами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, а также настоящим Положением.

29. Специализированные аттестационные комиссии проводят аттестацию специалистов высшего медсестринского дела, средних медицинских и фармацевтических работников.

- квалификационных характеристик специальности;

- уровня профессиональных, общих и специальных знаний и умений;

- знания и внедрения в практику новых сестринских технологий.

30. Ответственность за соответствие принятого решения о присвоении квалификационной категории настоящему Положению возлагается на председателя Специализированной аттестационной комиссии.

31. Все спорные случаи и апелляции, возникшие на уровне Специализированной аттестационной комиссии при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, Министерстве здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениях здравоохранения хокимиятов вилоятов рассматриваются Центральной аттестационной комиссией Центра.

Решение Центральной аттестационной комиссии обязательно для всех Специализированных аттестационных комиссий.

32. Материалы аттестации хранятся в течение 5 лет со дня присвоения квалификационной категории.

### Порядок апелляции.

33. При не согласии аттестуемого специалиста с решением Специализированной аттестационной комиссии, он в праве в месячный срок обратиться с апелляцией в Центральную ат-

тестационную комиссию.

34. Апелляция аттестуемого специалиста рассматривается в Центральной аттестационной комиссии с участием аттестуемого специалиста.

### Лишение квалификационной категории.

35. Специалист лишается квалификационной категории в случаях:

- прекращения срока действия квалификационной категории;

- установления незаконности решения о присвоении аттестуемому специалисту квалификационной категории;

- решения Центральной аттестационной комиссии Центра, по представлению администрации и профсоюзного комитета медицинского учреждения, за грубые ошибки и нарушения в своей деятельности, повлекшие смерть пациента, нанесение тяжелого увечья, приведшее к установлению инвалидности, оценка которых дается в каждом конкретном случае.

36. Специалист, лишенный квалификационной категории может пройти процедуру получения квалификационной категории на общих основаниях, после прохождения курса обучения или повышения квалификации в объеме, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

### Сбор на приём документов, техническую экспертизу, оформление и выдачу удостоверений о присвое-

нии квалификационных категорий высшего медсестринского дела, средних медицинских и фармацевтических работников.

37. За приём документов, техническую экспертизу, оформление и выдачу удостоверений установленной формы в цветном изображении о присвоении квалификационных категорий высшего медсестринского дела, средних медицинских и фармацевтических работников взимается сбор по тарифам, установленным Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, Министерством здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главном управлении здравоохранения хокимията г. Ташкента и управлениями здравоохранения хокимиятов областей. Сбор не должен превышать 20 % от минимальной заработной платы Республики Узбекистан. Поступающие сборы от аттестуемых зачисляются на расчетный счет Центра или счета органов здравоохранения, при которых организована аттестация.

38. В случае если аттестуемый специалист отказался от присвоения квалификационной категории или не аттестован, сумма всех сборов возврату не подлежит.

39. В случае утраты удостоверения о присвоении квалификационной категории, может быть выдан дубликат, за который взимается сбор, в размере 50 % аттестационного сбора.

### Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан Республиканский Центр лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов

### УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ \_\_\_\_\_

Выдано \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

в том, что он (она) \_\_\_\_\_ 200\_\_года прошел (ла) аттестацию в \_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_ (месяц)

Специализированной аттестационной комиссией, приказом Республиканского центра лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 200\_\_ года, ему (ей) присвоена квалификационная категория по специальности \_\_\_\_\_ (специальность)

Выдана \_\_\_\_\_ 200\_\_ года  
Срок действия \_\_\_\_\_ 200\_\_ года

Директор центра \_\_\_\_\_ (подпись)  
Председатель Специализированной аттестационной комиссии \_\_\_\_\_ (подпись)  
Секретарь комиссии \_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

Приложение 3  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан  
от 01 февраля 2007 года № 50

### График

проведения заседаний Специализированной аттестационной комиссии по присвоению квалификационных категорий специалистам высшего медсестринского дела, средним медицинским и фармацевтическим работникам

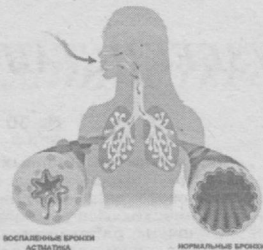
№	Наименование комиссии	Даты проведения аттестаций			
1	Специализированная аттестационная комиссия по присвоению квалификационных категорий специалистам высшего медсестринского дела, средним медицинским и фармацевтическим работникам	17.03.2007	16.06.2007	15.09.2007	17.11.2007
		24.03.2007	23.06.2007	22.09.2007	24.11.2007

(Окончание. Начало на 1-й стр.)

Практическая помощь специалисту

# Бронхиальная астма

## руководство по профилактике и лечению



У больных бронхиальной астмой при sensibilization к яйцам возможна перекрестная аллергическая реакция к куриному мясу и перьям (скарификационные пробы дают положительные результаты к перу подушки), у больных с респираторными аллергиями при вакцинации противогриппозной сывороткой - аллергические реакции в виде ринореи, чиханья, выделений из носа и т.д., так как вакцины приготавливают на курином эмбрионе. Рыба очень часто вызывает аллергические реакции у больных бронхиальной астмой. При варке она лишь в незначительной степени теряет свои аллергенные свойства. У женщин, вследствие непереносимости рыбы, может возникнуть перекрестная аллергическая реакция к косметическим теням, в состав которых входит рыба чешуя. Необходимо учитывать, что может быть перекрестная реакция как на прием мяса (кролика, лошади), так и на введение сыворотки соответствующего животного. Так, у больных, страдающих эпидермальной бронхиальной астмой, возможна тяжелая аллергическая реакция на введение препаратов, приготовленных из лошадиной сыворотки.

**Непатогенные грибы** (наиболее важные в аллергеном отношении пенициллин, класдопорий, альтернатий, аспергилл, мукор) составляют большую группу возбудителей бронхиальной астмы, аспергидного микотического бронхита. Sensibilization развивается ингаляционным путем.

**Лекарства** сравнительно редко служат единственной причиной бронхиальной астмы. Чаще это - профессиональная бронхиальная астма у работников фармацевтических заводов, аптекных и медицинских работников с sensibilization к пенициллину, стрептомицину, пакреатину и др. В клинике известна «аспириновая» бронхиальная астма с тяжелым течением, механизм ее развития связан с блокированием простогландинсинтазы ацетилсалициловой кислотой.

### 2.3. ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ТРИГГЕРЫ)

**Триггеры** - факторы, вызывающие обострение бронхиальной астмы путем стимуляции воспаления в бронхах или провоцирования острого бронхоспазма, или и того и другого вместе. Среди триггеров выделяют специфические (аллергенные) и неспецифические (неаллергенные) воздействия. Среди последних - физическая нагрузка, холодный воздух, резкие запахи, изме-

нения метеоситуации, эмоциональная нагрузка и т.д.

Самыми частыми триггерами у детей являются контакт с аллергенами и респираторно-вирусная инфекция.

**Физическая нагрузка** является характерным неспецифическим стимулом, вызывающим приступы удушья у больных бронхиальной астмой. В основе развития бронхоспазма на физическую нагрузку лежит повышение гиперреактивности бронхов, изменения температуры, влажности и осмолярности секрета дыхательных путей при сопутствующей гипервентиляции. В детском возрасте астма физическая, как правило, сочетается с атопической бронхиальной астмой и не встречается как изолированный феномен.

**Изменения метеоситуации.** Неблагоприятные погодные условия, особенно низкие температуры, высокая влажность, падение или повышения атмосферного давления, гроза, загрязнения воздуха могут вызывать обострение бронхиальной астмы.

**Загрязнение воздуха.** Многие промышленные загрязняющие вещества обладают раздражающим действием и, вызывая гиперреактивность бронхов, могут увеличивать частоту приступов бронхиальной астмы.

Аналогичным раздражающим действием обладает табачный дым, продукция парфюмерной, бытовой химии, дезинфектанты. Среди других факторов, усугубляющих течение бронхиальной астмы, следует выделить такие, как паразитарные инфекции и вирусный гепатит. Также появились данные о возможной роли таких безвредных агентов, как микоплазма, легионелла, хламидии.

**Психологический фактор.** Провоцировать приступы удушья могут эмоциональный стресс, нервные перегрузки, страх, гипоплекия, гипоплекия, негативные личностные особенности. Значительный интерес исследователей обращен в последнее время на изучение психологических факторов, влияющих на течение бронхиальной астмы у детей. Анализ результатов психологического тестирования показал, что особенности взаимоотношений «мать-больной ребенок» жестко коррелируют с частотой рецидивирования бронхиальной астмы. Остро стоит проблема организации психологической помощи детям. Большое место в организации такой помощи уделяется семье и школе для преодоления кризисных психологических ситуаций.

Причиной более тяжелого течения бронхиальной астмы могут быть сопутствующие бактериальные инфекции верхних и нижних дыхательных путей, перинатальные повреждения нервной системы, гастроэзофагеальный рефлюкс и другие состояния. Выявления любого из вышеперечисленных факторов риска оказывает помощь в проведении

активных профилактических мероприятий, помогает значительно снизить частоту обострения бронхиальной астмы.

### МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

#### 3.1. МОРФОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бронхиальная астма - хроническое аллергическое воспаление бронхов, обусловленное комплексным взаимодействием клеток воспаления, медиаторов, клеток и тканей бронхов.

Воспаление в дыхательных путях вызывает формирование бронхиальной обструкции, которая бывает выражена в четырех формах: острая бронхоконстрикция вследствие спазма гладких мышц, подострая - вследствие отека слизистой дыхательных путей, хроническая - образование вязкого бронхиального секрета, обтурирующего, в основном, терминальный отдел бронхов и, наконец, склеротический процесс стенки бронхов.

Для понимания развития воспалительных изменений в дыхательных путях у больных бронхиальной астмой, необходимо ознакомиться со структурой бронхиальной стенки.

Воспалительный процесс, затрагивая все структуры стенки бронхов: эпителиальный покров, базальную мембрану, бронхоассоциированные лимфоидные узелки, сосуды, гладкие мышцы, причем, каждая из указанных структур реагирует по своему. На аутопсийном материале показана большая степень десквамации эпителиальных клеток, которые вместе с эозинофилами и бронхиальным секретом заполняют просвет дыхательных путей. Считают, что десквамация эпителиальных клеток происходит под действием протеинов, синтезирующихся гранулами эозинофилов, и их высвобождение наступает при дегрануляции последних. Базальная мембрана сильно изменена: отечная, утолщенная на всем протяжении, основное вещество дезорганизовано. Серозные и бокаловидные клетки гипертрофированы, соотношения эпителиальных бокаловидных клеток изменено в пользу последних. Сосудистая проницаемость венул и капилляров стенки бронхов заметно изменена. Описываемая морфологическая картина в значительной степени специфична для бронхиальной астмы и свидетельствует о том, что в основе болезни лежит воспаление, персистирующий характер которого подчеркнут и в определении болезни.

#### 3.2. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Одним из основных звеньев в развитии патогенеза бронхиальной астмы является участие в нем иммунных механизмов. Измененная функция иммунной системы приводит к гиперчувствительности и гиперреактив-

ности бронхов. Аллергические механизмы бронхиальной астмы связаны с реакциями немедленного и замедленного типа. Реакция немедленного (реагинового) типа появляется при контакте шокового органа с аллергеном. В их проявлении принимают участие IgE. Характерными чертами этого воспаления являются повышенное количество активизированных эозинофилов, тучных клеток и Т-лимфоцитов, в слизистой бронхов и их просвете. Медиаторы воспаления или биологически активные вещества: гистамин, серотонин, брадикинин, факторы хемотаксиса нейтрофилов, эозинофилов, лейкотриены и т.д. повышают проницаемость микрососудов, что сопровождается массивной экссудацией плазмы.

Возникает отек стенок бронхов, слущивание эпителия. В просвете бронхов образуются слизистые пробки, усиливается воспалительный процесс. Одним из ведущих механизмов действия бронхиальной астмы является формирование бронхоспазма. При реакциях немедленного типа гистамин из тучных клеток выделяется уже через 3 минуты, именно этот медиатор более других влияет на тонус мышц бронхов.

Аллергические реакции замедленного типа формируются циркулирующими антителами, относящимися к IgE, IgA, IgM при содействии комплемента. При связывании иммунных комплексов с рецепторами тучных клеток, эозинофилов, макрофагов происходит выделение медиаторов воспаления, приводящих к обструкции бронхов. Довольно часто у больных бронхиальной астмой аллергические реакции комбинируются, причем один и тот же аллерген может вызвать оба типа реакций.

Кроме того, известно, что помимо антигензависимой дегрануляции тучных клеток, связанной с реакцией гиперчувствительности немедленного типа и опосредованной IgE или IgM существует большое количество либераторов, вызывающих дегрануляцию тучных клеток не иммунологическим путем.

Бронхообструктивный синдром при бронхиальной астме проходит одну или две фазы патологического процесса: **ранняя** астматическая реакция, для которой характерно быстрое развитие бронхоконстрикции, с максимумом реакции через 10-30 минут после провокации и ее ослаблением через 2 часа, и **поздняя** астматическая реакция, возникающая через 6-8 часов и более с максимумом бронхоконстрикции через 2-4 часа после начала процесса. За развитием ранней астматической реакции отвечают тучные клетки, а за развитием поздней - эозинофилы, которые в дальнейшем способны хронизации воспаления. Даже при нетяжелой бронхиальной астме в межприступный период находят морфологические изменения в стенке бронхов. Со-

хранение воспалительных изменений в слизистой бронхиального дерева обуславливает постоянное состояние гиперреактивности бронхов.

### 3.3. РОЛЬ НЕКОТОРЫХ КЛЕТОК КРОВИ В РЕАЛИЗАЦИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

**Тучная клетка** занимает одно из центральных мест в аллергической реакции. Ее начальная защитная роль заключается в мобилизации иммунной реакции в месте локализации патогена.

Тучная клетка, секретировав набор медиаторов, вызывает эффекты, совпадающие с симптомами бронхиальной астмы в острой фазе и во время отсроченной реакции, а именно, сокращение гладкой мускулатуры дыхательных путей, повышение продукции слизи, сосудистые эффекты - спазм венул, повышение сосудистой проницаемости. Экспрессия молекул адгезии, активационные и хемотаксические стимулы привлекают в шоковую ткань и включают в процесс другие клетки (эозинофилы, нейтрофилы, эпителиальные клетки, фибробласты). Установлено, что тучные клетки несут одинаковые с Т-клетками молекулы адгезии, что предполагает схожесть путей миграции и останова этих клеток в тканях.

В результате активации тучной клетки происходит высвобождение серии уже имеющихся липидных соединений (гистамина), а также образующихся вновь медиаторов, к которым относятся простагландины D2 и P2-альфа, тромбоксан A2, а также фактор активации тромбоцитов (PAF) и лейкотриены (LT-LTB4, LTD4, LTC4, LTE4). С действием этих медиаторов связывают немедленный ответственный бронхоспазм, отек слизистой бронхов, гиперсекрецию бронхиальной слизи при астме. Эти же медиаторы (главным образом PAF и LTD4) ответственны, в свою очередь, за продолжительную активацию эозинофилов, нейтрофилов, тромбоцитов и Т-лимфоцитов, за формирование воспаления в тканях и развитие отсроченной реакции.

У больных бронхиальной астмой обнаружен повышенный уровень лейкотриенов в плазме, бронхиальном секрете, бронхоальвеолярной лаважной жидкости.

При бронхиальной астме **эозинофилы** часто обнаруживаются в большом количестве в жидкости бронхоальвеолярного лаважа, а также в биопсийном и аутопсийном материале. Они определяют не только во время обострения, но и во время ремиссии заболевания.

(Продолжение на 5-й стр.)

Практическая помощь специалисту

Ключевые положения:

- \* БА независимо от степени тяжести является хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей, протекающих с участием многих клеток (тучных клеток, эозинофилов, Т-лимфоцитов) и высвобождением большого количества воспалительных медиаторов.
- \* Воспаление ДП вызывает их гиперреактивность, бронхиальную обструкцию и респираторные симптомы.
- \* Характерный физиологический признак БА - гиперреактивность ДП - острое, когда ДП сужаются слишком легко и/или слишком сильно в ответ на воздействие провоцирующих факторов.
- \* Бронхиальная обструкция обусловлена следующими механизмами: острым бронхоспазмом, отеком стенки бронха, обтурацией слизи и ремоделированием стенки бронха.
- \* Обострение БА связано с усилением хронического воспаления ДП и может быть индуцировано респираторной инфекцией, воздействием аллергенов или профессиональных сенсибилизирующих факторов.

ет от клинического улучшения. Особенно у детей, при отсутствии удушья, затрудненного дыхания и исчезновения свистящих хрипов в легких их функция еще может остаться нарушенной. Это необходимо учесть при проведении лечения астмы у детей.

Спирометр применяется в поликлиниках и стационарах для постановки диагноза и для динамического контроля за течением астмы.

Пикфлоуметры измеряют пиковую скорость выдоха (МПВ). Это максимальная скорость, с которой воздух может выходить из дыхательных путей во время форсированного выдоха после полного вдоха.

# Бронхиальная астма

## руководство по профилактике и лечению

**Медиаторы эозинофилов**

Основные протеины: главный основной протеин (MBP), эозинофильный катионный протеин (ECP), эозинофильный нейротоксин (EDN) и др.  
Некоторые ферменты: фосфолипаза D, арилсульфатаза, гистаминаза, каталаза, кислая фосфатаза и др. Цитокины: IL-5, IL-4, IL-8, CM-CSF.  
Липидные медиаторы: LTC4, RAFA, PGE2.

эозинофилы высвобождают медиаторы воспаления и белки гранул, которые вызывают повреждение эпителия, гиперпродукцию слизи, отек и бронхоспазм, обладают цитотоксическими эффектами. Хотя имеется связь эозинофилов с гиперреактивностью дыхательных путей при астме, возможно через разрыв эпителия, окончательное доказательство этого механизма патогенеза все еще отсутствует. Тем не менее, этот уникальный гранулоцит с его способностью избирательно инфильтрировать дыхательные пути при астме и высвобождать противовоспалительные медиаторы, вероятно, играет ключевую роль в патогенезе как атопической, так и неатопической астмы. Будущие терапевтические подходы при бронхиальной астме могут повлиять на прерывание механизмов, ведущих к накоплению эозинофилов в бронхах и их активации.

Итак, воспаление в патогенезе бронхиальной астмы занимает центральное место и возникает у предрасположенных людей под влиянием различных факторов внешней и внутренней среды, а клинически реализуется изменениями чувствительности и реактивности бронхов и их обструкцией. Воспаление при бронхиальной астме отличается от инфекционного воспаления, что и определяет специфику лечения.

Обратимая бронхиальная обструкция и гиперреактивность бронхиального дерева при длительном, неконтролируемом течении может привести к утолщению и перестройке респираторного тракта в результате аккумуляции воспалительных клеток, отека, утолщения гладкой мускулатуры, субэпителиального фиброза, изменений эластических свойств стенки бронхов, потери интеграции между дыхательными путями и окружающей их паренхимой.

**ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Процесс диагностики бронхиальной астмы требует понимания тех процессов, которые ведут к появлению симптомов болезни. Врач должен уметь распознать это состояние на основе данных анамнеза, клинического обследования, исследования функции легких и аллергологического статуса. Если больной - ребенок, диагностика может вызвать большие затруднения. В зависимости от тяжести заболевания, которую определяют на основании собранной информации, назначают соответствующее лечение.

**4.1. АНАМНЕЗ И ОЦЕНКА СИМПТОМОВ**

Клинический диагноз астмы часто основан на наличии таких симптомов, как эпизодическая одышка, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди, кашель, особенно ночью или ранним утром.

Одышка носит экспираторный характер с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры. Кашель может быть постоянным или приступообразным, с трудноотделяемой, вязкой мокротой.

Положение больного в момент приступа астмы вынужденное - ортопноэ. Отмечается раздувание крыльев носа, чаще у детей, поднятые плечи, наклон туловища вперед. При аускультации легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются свистящие хрипы, особенно на выдохе. Для астматического приступа у детей раннего возраста характерно появление разнокалиберных хрипов. Необходимо обратить внимание и на другие клинические признаки, указывающие на тяжесть состояния, такие как цианоз, сонливость, затруднение речи, тахикардия и острая эмфизема легких.

Симптомы астмы на ранних стадиях заболевания:

- более 3-х эпизодов свистящего дыхания, вне зависимости от причины его возникновения,
- следует расценивать как бронхиальную астму;
- свистящее дыхание может быть сим-

птом ряда заболеваний, однако в подавляющем большинстве случаев - это проявление астмы;

- чувство стеснения или дискомфорта в грудной клетке;
- кашель, причиняющий неудобство по ночам и в течение дня;
- потребности в  $\beta_2$ -агонисте чаще одного раза в неделю;
- кашель, свистящее дыхание или чувство стеснения в груди после физической нагрузки или контакта с аллергеном;
- рецидивирующий обструктивный бронхит.

В анамнезе необходимо обратить внимание на наследственную отягощенность аллергией. У детей раннего возраста могут возникать эпизоды бронхиальной обструкции, связанные с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). У детей, не имеющих семейного анамнеза атопии, с возрастом симптомы исчезают, если наследственность отягощена аллергическими заболеваниями, у ребенка может развиться астма. Поэтому, у детей раннего возраста с повторяющейся обструкцией бронхиального дерева, надо предполагать наличие бронхиальной астмы.

У детей симптомы бронхиальной астмы часто появляются только во время ОРВИ, при физической нагрузке или только в виде ночного кашля. Ночной кашель может быть при синуситах, тонзиллитах, при наличии аденоидов, но если этот симптом заставляет ребенка просыпаться в ранние утренние часы, это почти всегда бронхиальная астма.

Изучая анамнез, важно установить зависимость появления симптомов от воздействия одного или нескольких триггеров. Исчезновение симптоматики после применения бронходилататоров означает, что врач имеет дело с бронхиальной астмой.

**4.2. ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ**

Важным отличием бронхиальной астмы от других хронических болезней легких является обратимость обструкции. Исследование функции легких с помощью спирометра или пикфлоуметра обеспечивает непосредственное определение бронхиальной обструкции, ее колебаний в течение дня и обратимости.

Спирометры измеряют жизненную емкость легких, форсированную жизненную емкость легких, объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), причем, этот показатель является лучшим данным для определения степени тяжести бронхиальной астмы.

Оценка показателей проводится по степени их отклонения от должных величин, учитывающих рост. Показатель ОФВ1 в норме составляет не менее 80 % от должной величины. Умеренно сниженным считается уровень от 79-60 %, значительно сниженным - менее 60 %. После приступа восстановления функции легких несколько отста-

Значения МПВ тесно коррелируют со значениями ОФВ1. Пикфлоуметры - портативные, удобные и недорогие приборы. Их можно широко применять в условиях поликлиник и больниц, как дома так и на работе. Они помогают в постановке диагноза астмы, в определении степени тяжести заболевания и эффективности проводимой терапии, а также определяют обострение заболевания на более ранних стадиях, так как изменения ПСВ возникают за несколько часов и даже дней до появления клинических симптомов астмы. Поэтому, ранняя диагностика изменений МПВ позволяет своевременно провести профилактическое лечение и предупредить ухудшение состояния больного. Показатели МПВ у больного сравнивают с нормальными величинами, рассчитанными для всех пикфлоуметров в зависимости от роста, расы, пола и возраста больного.

Если МПВ ниже нормы - это, либо обструкция бронхиального дерева, либо уменьшение объема легких (что может быть и при другой патологии). Диагноз бронхиальной астмы считается вероятным, если отмечается увеличение (более 15 %) МПВ после ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия (или после лечения  $\beta_2$ -агонистами короткого действия и кортикостероидами); если отмечается увеличение амплитуды колебаний МПВ, которую определяют, измеряя МПВ утром после пробуждения, когда значения наименьшие, и через 12 часов, когда значения, обычно, самые высокие. Колебания МПВ составляют более 20 % у больных, получавших бронхолитические препараты, и более 10 % у тех, кто не принимал этих лекарств. Если МПВ уменьшается на 15 % и более после бега или физической нагрузки, диагноз астмы также является вероятным.

**4.3. ОЦЕНКА АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА**

Аллергологический статус можно определить путем постановки кожных тестов или определения специфического IgE в сыворотке крови. Наиболее часто применяются скарификационные и уколочные кожные тесты. Они ставятся только в период клинической ремиссии бронхиальной астмы. Положительные кожные пробы сами по себе не подтверждают диагноз бронхиальной астмы. Однако, сопоставление их результатов с данными анамнеза больного позволяет определить триггеры астмы. Это важно при разработке эффективного плана ведения и лечения больного бронхиальной астмой.



(Продолжение. Начало на 4-й стр.)

А. НАЗАРОВ, Ф. ИРСАЛИЕВА,  
Ж. НАЗАРОВ, Ф. АБДУЛЛАЕВА,  
Республиканский Научно-специализированный  
Аллергологический центр,  
(Продолжение следует).

Текширув

ПУЛЛИК ТИББІЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШНИНГ  
ҲУҚУҚІЙ-МЕЪЁРИЙ АСОСЛАРИ

Республика соғлиқни сақлаш тизимидаги даволаш-профилактика муассасаларида текширув олиб борганимизда давлат бюджетининг соғлиқни сақлаш соҳасига ажратилаётган маблағларидан мақсадли фойдаланиш билан боғлиқ масалаларни ўрганиш натижаларидан маълум бўлдики, давлат бюджети ижроси ва кўрсатилаётган пуллик тиббий хизмат ҳолати бўйича бир қатор хато ва камчиликлар аниқланди. Бу хато ва камчиликлар жойлардаги раҳбарлар ва уларнинг

молия масалалари бўйича муовинларининг ҳаракатдаги қонунчилик асослари билан етарли таниш эмасликлари, нақд пул айланмалари бўйича тегишли назорат ўрнатмаганликлари натижасида вужудга келиб, тизимдаги пуллик хизмат соҳасида айрим ходимлар томонидан маблағларни суистеъмол қилиш ҳолатларига олиб келмоқда. Даволаш-профилактика муассасаларини текшириш давомида асосан қуйидаги йўналишларда қонун бузилиш ҳолатлари аниқланди:

1. Даволаш-профилактика муассасалари раҳбарлари томонидан бепул ва пуллик тиббий хизматлар тўғрисида маълумот етарли эмаслиги.

Ўзбекистон Республикасининг "Фуқаролар соғлиқини сақлаш тўғрисида"ги Қонунида белгиланганидек давлат даволаш-профилактика муассасалари томонидан аҳолига қафолатланган тиббий ёрдам бепул кўрсатилади. Аҳолига давлат томонидан қафолатланган ва бепул кўрсатилиши лозим бўлган тиббий ёрдам ҳамидан (миқдоридан) ташқари тиббий хизматлар қўшимча ҳисобланади ва белгиланган тартибда пул тўлаш орқали амалга оширилади.

Давлат томонидан қафолатланган бепул тиббий хизмат қуйидаги ҳолларда кўрсатилади: шошилинч, кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам кўрсатиш, соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўлинида ва бир қатор давлат даволаш-профилактика муассасаларида, биринчи навбатда қиймат жойлардаги тиббий ёрдам муассасаларида. Шу билан бирга аҳолини юқумли касалликларга қарши иммунизациялаш ва эмлаш; ижтимоий аҳамиятга эга ва атрофдагилар соғлиқига хавф туғдирувчи сил, хавfli усма, рухий, наркологи, эндокринологик ҳамда касб касалликларига дучор бўлган шахсларга; болаларни текширувдан ўтказиш ва даволашда (пуллик муассасалардан ташқари); 15-17 ёшдаги ўсимирларни, шунингдек, чақирув комиссияларининг йўлланмалари билан чақирик ёшидаги (18-27 ёш) шахсларни текширувдан ўтказиш ва даволашда; ҳомиладор аёлларга тиббий хизмат кўрсатиш ва даволашда (пуллик муассасалардан ташқари); беморларнинг имтёзли тоифаларига (ногиронлар, уруш фахрийлари, ғирт етимлар ва бошқалар) бепул тиббий хизмат кўрсатилади.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги даволаш-профилактика муассасаларида бепул ва пуллик тиббий хизмат кўрсатиш вазирлиқнинг 2006 йил 17 майдаги 222-сонли буйруғи билан, тартибга солинди.

Жумладан, 222-сонли буйруқнинг 1-илоvasи билан республика аҳолисига давлат томонидан қафолатланган бепул тиббий-санитария ёрда-

ми кўрсатилиши белгиланган даволаш-профилактика муассасалари рўйхати тасдиқланди. Булар қаторига бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатиш муассасалари, шошилинч ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш муассасалари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш муассасалари, ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликларни даволаш муассасалари, юқумли касалликларни даволаш муассасалари киритилди.

Ушбу муассасаларда истисно тариқасида: фақат норезидентларга; корхоналар, ташкилотлар ва муассасаларга шартнома асосида; декретив контингентни тиббий қўриқдан ўтказиш ҳамда автотранспорт воситаларини хайдашга ярқоқлик бўйича тиббий қўриқдан ўтказиш каби тиббий хизматлар пуллик асосда кўрсатиш мумкинлиги белгиланди.

2. Даволаш-профилактика муассасалари томонидан солиқ ва йиғимларнинг барча турларидан озод этилиш натижасида тушаётган маблағларни алоҳида ҳисоб-китобни юритиш ва ушбу маблағларни фақат белгиланган мақсадларга ишлатиш.

Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 3 сентябрдаги "Бюджет ташкилотларини маблағ билан таъминлаш тартибини тақомиллаштириш тўғрисида"ги 414-сонли Қарори асосида пуллик хизмат кўрсатаётган бюджет ташкилотлари солиқлар ва йиғимларнинг барча турларидан озод этилиб, тежаляётган маблағлар фақат муассасанинг моддий-техник базасини ривожлантириш ва ходимларни моддий рағбатлантириш мақсадларига ишлатилиши ҳамда ҳар ҳисобот даврида ҳисоб-китоби алоҳида кўрсатилиши лозим. Афсуски, аксарият муассасаларда ушбу тартиб бажарилмапти.

3. Пуллик хизматлар учун аҳолидан нақд пул тушумларини тиббий ходимлари томонидан олинishi ҳолатлари ва нақд пулларни кундалик инкассацияга топширмаслиги.

Аҳолига кўрсатилаётган пуллик хизмат кўрсатиш натижасида тушаётган маблағларни ўрнатилган тартибда фақат махсус белгиланган ходимлар (кас-сир) томонидан қабул қилиниши ва тушумларни кундалик тарзда инкассацияга топширилиши ҳаракатдаги меъёрий-ҳуқуқий қонунчиликка асосан белгиланган. Хусусан, Ўзбекистон Республикаси Президентининг

1996 йил 9 августдаги ПФ-1504-сонли Фармони ва Вазирлар Маҳкамасининг 1997 йил 11 декабрдаги 548-сонли Қарорларида энг кам ойлик ҳақининг миқдоридан ортиқча нақд пул тушумларини кундалик инкассацияга топшириш кўрсатиб ўтилган. Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 2000 йил 2 декабрдаги 158-сонли буйруғида ҳам ушбу тартиб тўғрисида тушунтириш берилган ва аҳоли томонидан пуллик хизматлар учун тўланаётган нақд пул тушумларини тиббий ёрдам ва бошқа ходимлар томонидан олинishi қатъий тақиқланган.

4. Даволаш-профилактика муассасаларида истеъмолчилар учун уларнинг ҳақ-ҳуқуқлари, бепул ва пуллик тиббий хизматлар тўғрисида кўргазмалар ахборотлар йўқлиги.

Ўзбекистон Республикасининг "Истеъмолчилар ҳуқуқларини ҳимоя қилиш" Қонунига асосан аҳолини тегишли ахборот ва маълумот билан таъминлаш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруғи билан барча тиббий муассасаларида пуллик тиббий хизмат кўрсатиш тартиб ва қоидалари, хизмат турлари ва нархлари акс эттирилган ахборот бурчақлари бўлиши лозимлиги белгиланган. 2005 йилда Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тизимда бепул ва пуллик тиббий хизматлар, беморлар ҳуқуқлари тўғрисидаги кўргазмалар плакатлар тайёрланиб, барча муассасаларга етказилган.

5. Муассасаларда асосий фаолияти билан боғлиқ бўлган руҳсат берувчи ҳужжатлар аҳоли эътиборига тақдим этилмаслиги.

Барча даволаш-профилактика муассасалари, шу жумладан пуллик тиббий хизмат кўрсатувчи муассасалар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг тиббий фаолият учун лицензиясига ва ССВнинг 140-сонли буйруғига асосан махсус руҳсатномаларга эга бўлиши лозим. Пуллик тиббий хизмат кўрсатувчи муассасаларда фуқаролар билан шартнома тузилиши ва уларга пул тўланганлиги тўғрисида квитанция берилиши лозим.

Абдували АГЗАМОВ,  
Соғлиқни сақлаш вазирлиги ислоҳ қилиш, хусусийлаштириш ва пуллик хизмат бошқармаси бошлиғи.

ЭЪЛОН

Соғлиқингиз безовта қилаптимиз!

У ҳолда Сиз "EVRO LAB MEDIKA"

лабораториясига мурожаат этишингиз мумкин.

Бу ердаги малакали мутахассислар қуйидаги анализларни амалга оширадилар:

- Клиник анализлар – 18 параметр
- Биохимик анализлар – 30 параметр
- Иммунофермент тестлар (гормонал) – 13 параметр
- Иммунофермент тестлар (инфекциялар) – 15 параметр
- Ревматологик тестлар – 3 параметр
- Экспресс-ташҳис – 12 параметр

Барча анализлар Германиядан келтирилган асбоб-ускуналарда замонавий реагент ва реактивлар ёрдамида олиб борилади.

Хизматлар юқори сифат, тез муддат ҳамда арзон нархларда кўрсатилади.

Анализлар натижаси хоҳшингизга кўра факс ёки электрон почта орқали жўнатилади. Ташкилот ва муассасаларни ҳамкорликка чорлаймиш. Тўловлар сиз истаган шаклда амалга оширилади.

Бизнинг манзил: 100077. Тошкент шаҳри, Мирзо Улугбек тумани, М. Юсуф (собиқ Догистон) кўчаси, 53-уй (мўлжал: "Буюк ипак йўли" метро бекати). Тел/факс: 8 (371) 360-18-04. E-mail: evrolabmedika@inbox.ru

ОТЧЕТ

Представительство международного неправительственной организации New Hope Rehabilitation Foundation является благотворительным фондом оказывающим безвозмездную помощь инвалидам и работает по гуманитарному проекту «Новая Надежда».

Представительство работает в Узбекистане с 2000 г., за период с 2006 г. фондом оказана техническая, реабилитационная и протезная помощь инвалидам, включая изготовление и выдачу бесплатных протезов, приспособлений и других ортопедических изделий 1250 инвалидам.

Было распределено совместно с Комплексом образования, здравоохранения и Социальной Защиты Кабинета Министров РУз гуманитарной помощи на общую сумму 303030 долларов США. Вся гуманитарная помощь была передана районным и областным обществам инвалидов, клиникам, больницам, детским домам, махаллинским комитетам, Красному Полумесью, Детскому Фонду Узбекистана и малоимущим семьям.

При реабилитационном центре фонда функционируют бесплатные образовательные курсы по обучению иностранным языкам, компьютерной грамотности и парикмахерскому искусству детям инвалидов.

Реализация проекта «Новая Надежда» осуществляется совместно с Республиканским Обществом Инвалидов Узбекистана.

Фонд планирует в будущем осуществить следующие мероприятия:

- увеличить производство протезов и ортопедических изделий для инвалидов, особенно для инвалидов, проживающих в сельской местности.
- создание школы для обучения протезистов под руководством приглашенных специалистов мастеров из других стран.
- продолжать поставку гуманитарных грузов из других стран и их распределение в детских домах, школах-интернатах, домах для престарелых и др.

Мы приглашаем всех желающих к сотрудничеству в деле оказания помощи инвалидам, в этот год, объявленный Президентом РУз «Годом Социальной Защиты».

ДОНОЛАР ДЕЙДИКИ...

- \* Меҳнат – инсон орзуларининг амалий манбаи.
- \* Танбаллик умр эғови, чунки ҳаёт ҳаракат демокдир.
- \* Меҳнатни мушкул деб биладиган ишқмас кишини булутларнинг кўкда сузиб юриши ҳам ғашини келтиради.
- \* Кишининг энг яқин дўсти ҳалол меҳнатдир.
- \* Ғўзаллик киши учун катта бахт, аммо кишини безовчи сифатлар ичида меҳнатсеварлик бебаходир.



## Соғлом авлод — Ватан келажаги

# ГўДАК КУЛГУСИДАН ОЛАМ ЧАРОҒОН

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг «Оилада тиббий маданиятни ошириш, аёлларнинг

соғлигини мустаҳкамлаш, соғлом авлод туғилиши ва тарбиялашнинг устувор йўналишларини амалга ошириш чора-тадбирлари тўғриси-

да»ги 242-сонли қарори асосида фаолият олиб бораётган 6-кўп соҳали Наманган шаҳар шифохонасининг туғруқхона бўлими шифокорла-

ри бўлиб вояга етишида оилада онанинг ўрни бекиёслуги алоҳида таъкидланади.

Оналар қалбига йўл топиб, уларга фарзанд тарбияси ва

Бугунги кунда даволаш масканида 70 нафардан ортки туғиш ёшидаги ҳамда чақалоқларга шифо излаб келиб миннатдор бўлаётган оналари кўлаб учратиш мумкин. Туғруқхона бўлими замонавий тиббий асбоб-анжомлар билан таъминланган. Малакали врач ва неонатологлар чақалоқлар атрофида парво-на. Ширинсуханлик, хушмуомалаликни ўзларига шиор қилиб олган жамоадаги тиббиёт ходимлари нафақат Наманган шаҳри, балки вилоятнинг барча туманлари аҳлига ҳам хизмат кўрсатиб эл олқишига сазовор бўлмоқдалар.

**Рустамали МАМАДАЛИЕВ,**  
Наманган вилояти.

**СУРАТДА:** туғруқхона акушер-гинекологи (чапдан ўнғга) Оминахон Асқарова билан Зуҳраҳон Жўраева чақалоқ саломатлигини кўздан кечириб, ёш онага тавсиялар беришмоқда.

**Аъзамжон АҚБАРОВ**  
олган сурат.



ри бор билим ва тажрибаларини ишга солиб, оналар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш йўлида муваффақиятли ишларни амалга ошириб келмоқдалар.

Туғруқхона бўлими 100 ўринга мўлжалланган бўлиб, ҳозирги кунда у ерда туғруқ ҳамда туғруқдан сўнг аёллар ва бемор чақалоқларга хизмат кўрсатишмоқда. Шифокорлар давлош билан бирга оилада тиббий маданиятни ошириш, бола тарбиясига эътибор бериш, уни овқатлантириш ҳамда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш масалалари бўйича ёш оналарга керакли масалаҳатларни берадилар. Шунингдек, ёш авлодни жисмонан соғлом, маънан баркамол

саломатлиги тўғрисида қизиқarli суҳбатлар ўтказишда врач-неонатолог Зуҳраҳон Жўраеванинг меҳнатлари катта бўлмоқда. У 1998 йилда Андижон Давлат тиббиёт институтининг педиатрия факультетини тамомлагач, бир неча йил Наманган шаҳридаги 2- ва 3- болалар шифохоналарида меҳнат қилиб устоз шифокорлардан касб сирларини ўрганиб, бир пайтнинг ўзида Наманган тиббиёт коллежида талабаларга педиатрия ва гигиена дарсларидан сабоқ берди. Ҳозирда туғруқхона бўлимининг олий тоифали акушер-гинекологи Оминахон Асқарова, Манзура Мўминова билан бир сафда сидқидилдан меҳнат қилиб келмоқда.

### Эътироф

#### ЭНГ ЯҚИН

#### МАСЛАҲАТГҲЙИМ

**Жамоатни муҳбиримиз Карим Шодиқулловнинг:**  
— Нега айнан «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш — Здравоохранение Узбекистана» газетасига обуна бўлгансиз? — деган саволига Жиззах вилояти санитария-эпидемиология назорати маркази бош шифокори ўринбосари Чиннигул Асқарова Муҳиддинова қуйидагича жавоб берди:

— Республика миқёсида чоп этилаётган матбуот нашрлари ҳар бир соҳа ва кенг жамоатчилик учун хизмат қилиб, муштарийларнинг маънавий ва маърифий дунёқарашини янада бойитмоқда. Шу жумладан, «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш — Здравоохранение Узбекистана» газетаси ҳам биргина шифокорлар учун эмас, балки кенг оммага мўлжалланган ижтимоий-сиёсий газеталардан ҳисобланади. Мазкур газетани тиббиёт ходимлари билан бир қаторда педагог, маданият ходими ва бошқа касб эгалари ҳам зўр қизиқиш билан ўқийдилар. Чунки, газета саҳифаларида берилаётган мақолалар долзарблиги ва ҳаётийлиги билан муштарийларни ўзига жалб қилади. Шахсан мен газетанинг ҳар бир сонидagi материаллардан иш фаолиятимда кенг фойдаланаман.

Газетанинг бугунги кўриниши, яъни дизайни, материалларнинг ранг-баранглиги ва энг муҳими ҳар бир тиббиёт ходими учун дастуриламал бўлган Соғлиқни сақлаш вазирлиги байруқларининг чоп этилаётганлиги сабабли муҳлислар сони тобора ортмоқда...

Энг яқин маслаҳатгўйим деб билган сеvimли газетамга биргина шифокорлар эмас, балки барча юрдошларимиз обуна бўлишларини истардим.

### Долзарб мавзу

**Кейинги пайтларда мутахассисларимиз парранда гриппи тўғрисида тез-тез маълумот бериб келмоқдалар. Чунки ҳар қандай касалликдан огоҳ бўлиш ёки уни олдини олиш ўзимизга боғлиқ.**

Парранда гриппини «А» турдаги грипп вируси кўзгатади. Одам учун касалликнинг манбаи парранда гриппи касаллигига чалинган паррандалар ҳисобланади. Бу касаллик билан кўпроқ товуқ, қурка, ўрдак ва гозлар касалланади. Шунингдек, одамда ва баъзи бир ҳайвонларда юқори нафас йўллари яллиғланиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, айрим ҳолларда диарея аломатлари ҳамда организмнинг умумий заҳарланиши (интоксикация) билан боғлиқ ҳолатлар кузатилади.

Грипп вируслари ташқи мухитга унча чидамли эмас, лекин паст ҳароратга чидамли. Вирус 4°C да 2-3 ҳафтагача тирик сақланади. 50-60°C иссиқликда бир неча дақиқада фаоллигини йўқотади, дезинфекцияловчи моддалар таъсирида бир зумда ҳалок бўлади. Грипп вируси жуда ўзгаришчан бўлади ва ҳар 10-40 йилда эса вирусда катта ўзгариш рўй беради (антигенли дрейф) ва бундай ҳолатларда, одатда гриппнинг пандемияси кузатилади. Вируснинг бу хусусиятлари унинг эпидемиологиясида муҳим аҳамият касб этади.

Барча парранда гриппи вируси турларининг резервуарлари сувда сузувчи паррандалар ҳисобланади, уларида гемолитининг ва нейраминидазаларнинг ҳамма маълум серотипларининг аниқланиши шундай таҳмин қилинишига

асос бўлган. Сувда сузувчи паррандалар вирусни ичигада сақлайди ва уни ташқи мухитга сулғай, ахлати ҳамда нафас йўллари шилликлари орқали чиқаради. Парранда гриппининг одамдан одамга ва одамдан паррандага юқиши исботланмаган ва одамга юқиши тўлиқ ўрганилмаган. Шу пайтгача

## ҲАМИША ОГОҲ БЎЛИНГ!

одамларда қайд этилган барча парранда гриппининг бевосита паррандалар билан боғлиқлиги аниқланган.

Бугунги кунда бу касаллик одамга паррандалардан мулкот йўли, яъни юқори нафас йўллари орқали ҳаво-чанг йўли билан, бундан ташқари, парранда гриппининг термик ишлов берилмаган парранда гўшти ва тухумини истеъмол қилиш натижасида юқиши мумкин деган таҳлиллар бор.

Парранда гриппи ўзининг юқиш йўллари билан ҳам одамда учрайдиган грипп касаллигидан фарқ қилади (грипп касаллиги фақат юқори нафас йўллари орқали юқади). Унинг вируси аксарият ҳолларда одамнинг юқори нафас йўллари орқали организмга тушади. Бу вирус одам организмига бошқа йўллар билан ҳам кириши (ошқозон-ичак тракти) мумкин.

Парранда гриппининг патогенези ҳам одамда учрайдиган грипп касаллигига ўхшаш бўлади.

Юқори нафас йўллари

эпителий қавати грипп вирусига нисбатан жуда сезгир бўлиб, бошқа тизимларнинг (ичак тракти, сийдик йўллари) эпителилари эса аксинча грипп вирусларига нисбатан чидамли бўлади. Одамда учрайдиган грипп касаллигининг патогенези паррандаларда учрайдиган гриппдан бироз фарқ қилади ва уларида учрайдиган гриппда нафақат нафас йўллари, балки ичак тракти ҳам жиддий шикастланади.

Парранда гриппи вируси

морларнинг аксариятида пневмония, базилларида юрак ва буйракда оғир асоратлар қолдиради. Оддий гриппда учрайдиган асоратларнинг барчаси парранда гриппида ҳам учраши мумкин.

Парранда гриппи қайд этилган ҳудудларда одамларда ўлим кўрсаткичи 33 фойздан 72 фойзгача етган.

Бугунги кунда парранда гриппини олдини олишнинг энг яқин йўли — парранда гриппи қайд этилаётган ҳудудларда уй паррандаларини умуман йўқ қилиш деб ҳисоблана-япти.

юқори нафас йўлларидаги барча барьерлар (тўсиқлар)дан ўтиб, қонга сўрилади ва касаллик клиникасини келтириб чиқаради.

Одамда қайд этиладиган парранда гриппининг яширин даври бир неча соатдан 2-4 кунгача давом этади. Касаллик тана ҳароратининг кўтарилиши (38°C ва ундан юқори), хансираш ва йўтал билан бошланади.

Парранда гриппининг клиник аломатлари одамда учрайдиган одатдаги грипп касаллигига ўхшаш кетади (тана ҳарорати кўтарилиши, нафас олиш қийинлашиши, йўтал, томоқ ва мушакларда оғриқ). Парранда гриппида ўртача 50 фойз беморда диарея аломати қайд этилади ва касалликнинг бу аломати одатдаги грипп касаллигидан фарқ қилади. Касаллик баъзи ҳолларда конъюнктивит шаклида учраб, жуда енгил ўтиши ҳам мумкин.

Вирус одам организмга тушгандан сўнг ҳам мутацияга учрайди ва касалликнинг оғир аломатларига сабаб бўлади, бе-

Парранда гриппига қарши олиб борилаётган чора-тадбирлар асосан паррандалар ўртасида шу касаллик бўйича эпизоотологик барқарорликни таъминлашга қаратилиши керак.

Одамга касаллик қайнатилиб ёки қовурилиб пиширилган парранда гўшти ва тухумларидан юқмайди, чунки бу парранда маҳсулотлари термик ишлов берилганида, уларида вирус тўлиқ нобуд бўлади.

Хулоса қилиб айтсак, парранда гриппидан огоҳ бўлишимиз учун юқорида таъкидлаб ўтилган барча маълумотларга амал қилган ҳолда шу касалликка қарши курашимиз ва унинг олдини олишимиз лозим.

**Т. ЗУПАРОВ,**  
Тошкент вилояти Давлат санитария-эпидемиология назорат маркази ўта хавфли юқумли касалликлар бўлими мудири.

**Билиб қўйган яхши**

**УЙҚУ ВА УЙҚУСИЗЛИК ҲАҚИДА**

Уйқу ўз вақтида (меъдадаги овқат бироз енгиллашгач) ва 10 соат атрофида бўлсин. Оч қоринга ухлаш қувватни сусайтиради. Кундузги уйқу рутубатлардан келиб чиқадиغان назла, талоқ касаллигини келтириб чиқариб, асабларни бўшаштиради, ланж қилади, иштаҳани пасайтиради. Лекин дам олиш учун, қаттиқ чарчаш, ўта ғазабланиш, фикр қилиш каби сабаблардан биронтаси бўлса, кундузи ухласа зарар қилмайди.

Иссиқ мижозли кишиларга кам ухлаш, совуқ мижозли кишиларга кўп ухлаш зарардир.

Қорин билан ётиш ҳазм қилишга яхши ёрдам берса, чалқанча ётиш ухлашнинг ёмон шаклидир.

Уйқусизлики йўқотиш учун овқат ҳазм бўлганидан сўнг ҳаммомга тушиб бошдан иссиқ сув қуйилса, яхши ёрдам беради.

**Нигора УЗОКОВА тайёрлади.**

**Билганингиз фойдангиз**

**ТУЗНИ БИЛИБ ИШЛАТИНГ**

\* Сутга бир чимдим туз ташласангиз, анча вақтгача ачимасдан туради.

\* Балиқни ўта шўр сувда ювиб юборсангиз, ундаги балчиқ хиди йўқолади.

\* Нон сақланаётган идишга туз ташлаб қўйсангиз, нон моғорламайди.

\* Совуқ кунларда ёйилган кир музлаб қолмаслиги учун тузли сувда чайиб олинг.

\* Қуриб қолган ёнғоқни 4-5 кун намақоб сувга солиб қўйсангиз, нами ва таъми тикланади.

\* Сабзавотларни тузли сувда қайнатсангиз, фойдали моддалари сақланиб қолади.

\* Қорайиб кетган това ва қозонларни туз ёрдамида тозалаш мумкин. Бунинг учун уларни қизитиб туз билан ишқаланг, кейин қозғога артинг.

\* Гўшти шўрвага тузни пишишидан ярим соат олдин солсангиз, балиқ шўрвага эса қайнаб чиққан заҳотиёқ туз ташлайсиз.

\* Гўштни лўнда-лўнда қилиб пишираётганда у тайёр бўлиши олдиндан туз соласиз, акс ҳолда сели қочиб, қаттиқ бўлиб қолади.

**Ақбар АЛИЕВ тайёрлади.**

**Биласизми?**

**Резус-омил нима? Маълумки, киши қон гуруҳлари ҳақидаги таълимот 1900 йилда Нобель мукофоти совриндори, австриялик олим Карл Ландштейнер томонидан яратилган. Шундан бери инсон тана-сида оғир асоратлар юз-га келишининг олдини олиш мақсадида беморга фақат ўз гуруҳидаги қон қўйилади.**

Бироқ эритроцитларда (қизил қон таначалари) резус-омил борлиги ҳали номаълум эди. Бунга 1937 йили киришилди.

Нью-Йоркдаги Рокфеллер институтида ишлаётган Ландштейнер хузурига шогирди

**РЕЗУС-ОМИЛ  
НИМА?**

келади. У бу воқеани сўзлаб беради. Шогирди ошқозонни операция қилаётганда беморга қон қўяди. Донор бўлишига қарамай, бироз фурсатдан сўнг, бемор тит-раб, ҳарорати кўтарилиб кетади. Таассуфки, устози ҳам бундай вазиятни бошидан кечирган эди.

Тажриба итсимон маймунлар устидан бошланди. Улар қонда яна бир резус топши-би, қизил қон таначаларининг бирикиши шунга бог-лиқлигини аниқлашди.

Резус-омил чақалоқларда-ги қон билан боглиқ касал-ликка алоқадор экан. Шу са-бабли резус-омили ихтилоф-ли, деб топилган аёлларга туғишдан сўнг дарҳол махсус дори – иммуни гаммаглобу-мин қўйилади. Агар шундай қилинмаса, кейинги бола ка-сал туғилади. Натияжада, бо-ланинг сақланган қони ўрни-га бошқа қон қўйилади.

**А. АЛИЕВ.**

**Бу қизик**

**ГУЛЛАР БИЗНИ  
ЭШИТАДИМИ?**

Хонадонингизда сўлий бошлаган гулга сув қуйиш баробарида «Тутиб кетади, ҳали бақувват!» дея оғзаки ёки фикран далда бериб боринг. Бир неча кун ўтмай қарабсизки, қурий бошлаган гул сизнинг ёрдамингизда яна жонлана бошлайди. Ва ёки аксинча: яшнаб турган гул тўғрисида: «Ие, саргайиб бораёпти-ку, ҳадемай қуриб қолса керак!» денг ёки шундай деб ўйланг. Бир неча кун ичидаёқ у қовжирай бошлай-ди. Биоқувватахбор фани амалиётида бундан ҳам қизикроқ тажрибалар ўтка-зилган. Ҳосил бермаётган дарахт ёнига болта кўтариб борилган ва агар бу йил ҳам мева тугмаса кесиб ташлаш керак, деб «пўписа» қилин-ган. Қаранг-ки, «қуриб кет-ган» дарахт ўша йилиёқ ҳосил берган. Кўпни кўрган богбонлар бу фикрни тасди-қлаб, шунга ўхшаш талай мисолларни айтиб беришлар-и мумкин.

**Фойдали**

**маслаҳатлар**

\* Тухумнинг хом ёки қай-натилганлигини билиш учун уни стол устидан айлантириб кўринг: тухум қайнатилган бўлса – қўлингизни олганин-гиздан сўнг ҳам айланавера-ди; хом бўлса – бир-икки ай-ланиб тўхтайд.

\* Агар музхонангизда ёқимсиз хид пайдо бўлса, қора нонни бўлақларга бўлиб, музхонанинг ҳар жой-ҳар жойига ташлаб қўйинг. Бир кундан сўнг хид йўқолади.

\* Қайнаётган кофега бир чимдим туз ташласангиз, лаз-затлироқ бўлади.

**Х. РАББАНАЕВ тайёрлади.**



**Интиқлик билан қутилган баҳорнинг гўзаллиги ҳар қандай инсон қал-бини завққа тўлдиради.**

Доно кишининг тили юрагининг ичида, агар у сўзламоқчи бўлса юрагининг ичига назар солади. Фойдали бўлса сўзлай-ди, фойдали бўлмаса тилини беҳуда қимирлатмайди.

**Ёдингизда бўлсин**

**УШОҒИ ҲАМ ТАБАРРУК**

Арпа унидан пиширилган нон, нўхот унидан тайёрланган нонга ниобатан тез ҳазм бўлувчидир. Аммо совутувчи ва овқатлик қуввати кам. Ошқозон заифлашмаган ҳолда рўй берган ич кетиш ва ҳароратли иситмаларга қарши фойда-ли. Ел, совуқ мижозли кишиларда эса ичак санчилини пай-до қилади. Уни йўқотиш учун эса моул асали (асал суви), яъни асални паст оловга қўйиб, кўпигини олиб ташлаганда қолган шираси ичилади, гўшт ва шакар истемвол қилина-ди.

Гуруч унидан қилинган нон совуқ, ўта қуруқ, чанқатувчи, тикилмалар пайдо қилувчидир. Бироқ кишини семиртира-ди, овқатлик қуввати кўп. Сафроли ва қонли ич кетишга қарши фойдали. Юз рангини яхшилашда таъсирга эга.

Бугдой, гуруч ва арпа унидан тайёрланган нонларга ёғ қўшилмай, шакар қўшиб тайёрланса, тез-ҳазм бўлади. Нон-нинг бошқа турлари ичида шу унлардан қилинган нонлар афзалроқдир.

**Н. ТОЛИПОВ тайёрлади.**

**Ён дафтарингизга**

\* Инсон темир иродаси билан меҳнатини ўзининг зарур эҳтиёжига айлантирмоғи лозим.

\* Меҳнат қилган яхши, лекин ишнинг кўзини билган ундан ҳам яхши.

\* Хар бир киши одамларнинг ҳурматиға сазовор бўлишни истаса, у қуруқ гап билан эмас, амалий иш билан ўзини кўрсатиши керак, чунки одам сергап, маҳмадона кишиларни эмас, балки ишчан кишиларни юракдан ҳурмат қилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги та-ниқли олим, Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган со-ғлиқни сақлаш ходими, профессор

**Эркин ҚОСИМОВ**нинг

вафоти муносабати билан марҳумнинг оила аъзоларига чуқур таъзия изҳор этади.

«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш — Здравоохранение Узбе-кистана» газетаси жамоаси Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган соғлиқни сақлаш ходими, тиббиёт фанлари докто-ри, профессор

**Эркин ҚОСИМОВ**нинг

вафоти муносабати билан марҳумнинг яқинларига ҳамдардлик билдиради.

**Газета муассиси:**  
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

**Бош муҳаррир:**  
Нодир ШАРАПОВ  
**Ижрочи муҳаррир:** Ибодат СОАТОВА

Манзилимиз: 700060, Тошкент шаҳри, Оқунбобоев кўчаси, 30-уй, 2-қават.  
Тел./факс: 133-57-73, тел.: 133-13-22.  
Газета Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот агентлигида 2006 йил-нинг 6 декабрь кунин руйхатга олинган, гувоҳнома рақами 0015.

Ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг сешанба кунлари чиқади. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash - Zdravo-охранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт.  
Адади 8160 нуска. Бюжурта I-250.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмахонасида чоп этилди. Газета ҳажми 2 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган. Ёзлов ва билдирувлардаги факт ҳамда далилларнинг тўричилиги учун реклама ва ёзлов берувчилар масъулдир.

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