

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган

E-mail: uzss@inbox.ru

2008 йил 5-11 сентябрь № 35 (603)

Жума кунлари чиқади

*Начал свою работу VII съезд травматологов-ортопедов
Узбекистана на тему «Травматология и ортопедия
в современном спектре»*



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ОСНОВНОЙ ПУТЬ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В своей жизни человек отмечает юбилей, которые представляют собой пяти- и десятилетний интервал, когда приходит время оглянуться назад и проанализировать события и достижения, происходившие в жизни человека в этот промежуток времени. Не только люди удостоены права отмечать круглую дату своей жизни, но и крупные организации, в том числе научно-исследовательские институты. Крупное событие, знаменующее нынешний юбилей, пройдет 5-6 сентября 2008 года в Международном бизнес-центре столицы республики. На съезде участвуют около 300 делегатов из 10 стран — из Америки, России, Израиля, Турции, Украины и других государств Центральной Азии и Казахстана. Среди делегатов 30

профессоров и докторов медицинских наук, более 100 кандидатов медицинских наук.

На съезде будут обсуждаться основные проблемы травматологии и ортопедии, доклады видных ученых Узбекистана и других стран, посвященные внедрению новых технологий, эндопротезированию тазобедренного, коленного, локтевого суставов и их осложнениям, малоинвазивному остеосинтезу, новым методам диагностики и лечения заболеваний и повреждений позвоночника, использованию новых имплантатов, микрохирургических операций, осложненных травм позвоночника и спондилолистеза и многим другим актуальным вопросам современной травматологии.

Что является главным в работе любого института? Конечно, наличие квалифицированного персонала. В настоящее время в институте работает 395 сотрудников, среди которых 8 докторов и 29 кандидатов медицинских наук. Сейчас наша республика располагает квалифицированным отрядом травматологов-ортопедов, которые внедряют в практику лечебных учреждений новейшие прогрессивные методы диагностики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы. В настоящее время в республике работают 1130 травматологов-ортопедов, среди которых 17 докторов и 85 кандидатов медицинских наук.

Необходимо отметить, что

институт уделяет большое внимание внедрению разработанных методов диагностики и лечения в практическое здравоохранение республики посредством научно-практических конференций, семинаров, выпуска методических рекомендаций, монографий, показательных операций и т.д. Столь активная научно-практическая деятельность способствует стремительному и динамичному развитию всех отраслей и направлений в данной отрасли.

Как результат научных изысканий сотрудниками написано 57 монографий, издано 68 сборников научных трудов, 270 брошюр и методических рекомендаций, получено 120 авторских свидетельств на изобре-

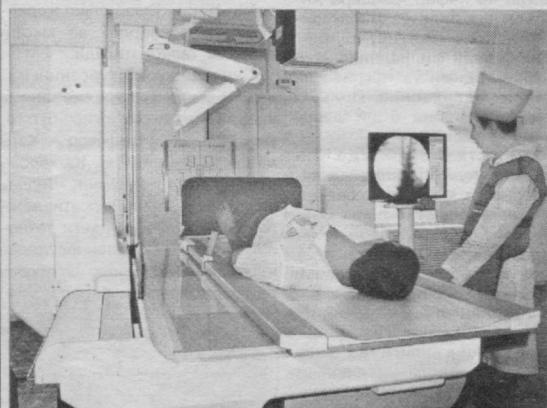
нения. Более того, приказом Высшей Аттестационной комиссии При Кабинете Министров Республики Узбекистан в 1992 году при институте организован специализированный совет для защиты докторских и кандидатских диссертаций по специальности «травматология и ортопедия». За 10 лет на Совете защищено 83 диссертации — 13 докторских и 70 кандидатских.

За 70 с лишним лет институт стал крупнейшим специализированным лечебным и научным центром. В составе института функционирует 8 клинических отделений, отделение экстренной травматологии,

(Продолжение на 3-й стр.)

Фармон ва Қарор ижроси амалда ТАРАҚҚИЁТ ВА ДАВРИЙ ЮКСАЛИШЛАР ЙЎЛИДА

Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилишни янада чуқурлаштириш ва уни ривожлантириш Давлат дастурини амалга оширишнинг асосий йўналишлари тўғрисида» 2007 йил 19 сентябрдаги ПФ-3923-сон Фармони ҳамда «Республика тиббиёт муассасалари фаолиятини ташкил этишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» 2007 йил 2 октябрдаги ПҚ-700-сон Қарори ижроси бўйича республикада тиббиёт тизимида фаолиятларнинг изчиллик ва тезкорлик билан олиб борилаётганлигини амалдаги ишларда кўришимиз мумкин. Жумладан, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг филиаллари, шунингдек, бўлимларида аҳолига кўрсатилаётган шошилинч тиббий ёрдамни сифатли даражада ўтказишда малакали мутахассисларнинг тажрибаси билан бир қаторда, янги технологияларнинг аҳамияти ниҳоятда катта бўлмоқда.



Шу ўринда таъкидлаш жоизки, Президентимизнинг тиббиёт тизимига бўлган эътибори ҳамда давлатимизнинг устувор сиёсати бўлган инсон саломатлиги, унинг манфаатлари йўлида амалга оширилаётган ишлар катта ғамхўрлик ифодасидир, десак, янглишмаган бўламиз. Бунинг исботи сифатида айтиб ўтишимиз муҳимки, ўтган беш-олти ой давомида республика тиббиёт тизимида янги технологияларнинг кириб келиши соҳадаги ишларнинг янада ривож топишида алоҳида аҳамиятга эга бўлмоқда. Ана шундай изчил ишхўрларнинг, яъни малакали кадр ва замонавий технологияларнинг Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон вилоят филиали мисолида ҳам кўриш мумкин. Биз бевосита мазкур филиал фаолияти билан танишганимизда у ердаги қўллаб-қамраб аппаратуралар халқ саломатлиги йўлида ишлатилаётганлиги ҳамда бугунги тиббиётимиз жаҳон стандартларига мос равишда фаоллиги олиб борилаётганлигига амин бўлдик.

Бирма-бир бўлимлар фаолияти билан танишиб чиқар

эканмиз, филиалда хизмат қилаётган малакали шифокор ва ҳамширалар билан суҳбатда бўлганимизда, улар аввало, яратилган шарт-шароитлардан мамнун эканликларини айтиб, айниқса, кадрлар масаласига эътибор қўчайтирилганлигини, шунингдек, янги технологияларда ишлатилганликларини эътироф этишди. Ҳақиқатда ҳам филиалга жорий йилда Ислом тараққиёт банки томонидан тақдим этилган 17 хил турдаги тиббий аппаратлар ва жиҳозлар келтирилганлигини ва айни пайтда улар фаолиятда эканлигини кўриб, технологияларнинг бесапар турмаганлигини ҳамда аҳоли саломатлиги учун оқилона ишлатилаётганлигига гувоҳ бўлдик. Албатта бундай замонавий технологиялардан фойдаланиш ҳар бир мутахассис учун осон эмас. Бунинг учун тиббиёт ходимидан билим ва маҳорат ҳамда масъулият талаб этилади. Аслида мазкур муассаса 350 ўринга эга бўлиб, вилоят аҳолисига 359 нафар шифокор, 444 нафар ҳамшира тиббий ёрдам кўрсатиб келмоқда.

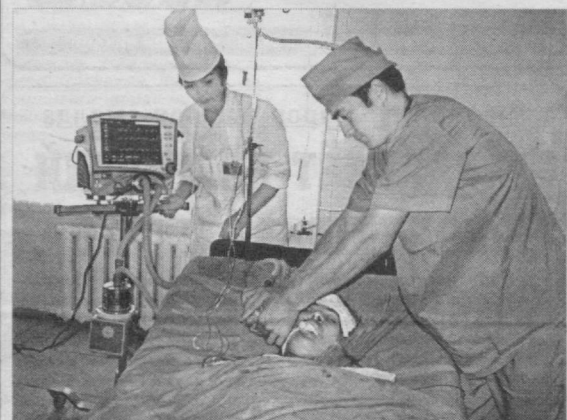
(Давоми 2-бетда.)



Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон вилоят филиали

Демак, юқоридаги янги тиббий жиҳозларда ишлаш учун кадрлар малакасини ошириш даврининг долзарб масалала-

фокор ва ҳамширалар туну кун тиним билмай меҳнат қиладилар. Ҳар қандай оғир вазиятда келган бемор ҳаётини сақлаб қолишнинг



Муассасага янги келтирилган УТТ аппарати марказий қабул-хонага келган беморлар учун нихоятда қўл келмоқда, десак янглишмаган бўламиз.

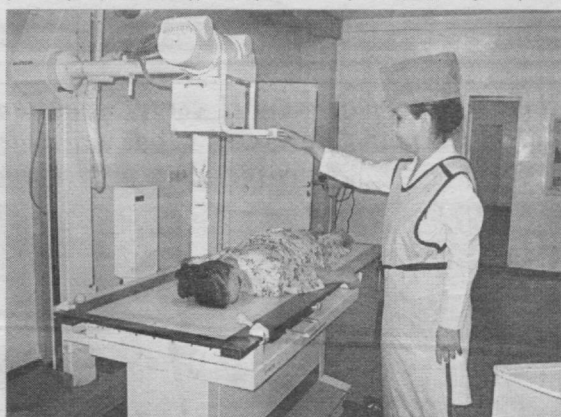
Бундай замонавий текширув аппаратларида ишлаш нафақат биз учун, балки, дардига даво излаб келган беморлар учун ҳам катта қулайликлар яратмоқда. Ана шундай жаҳон андозаларига мос равишда фаолият юритаётганлигимиз билан ҳақли равишда фахрланамиз. Шу боис, ушбу замонавий аппаратларда ишлаш учун билим ва тажрибаларимизни ошириб боришимиз зарур. Бунинг учун доимий изланишда бўлиб, тиббий билимларимизни назарий ва амалий жиҳатдан бойитиб, ус-тозларимиздан ибрат олишимизни давр тақозо этмоқда. Шундай экан, мураккаб технологиялар билан сирлашишда баъзан жаҳон тажрибасига суянган ҳолда иш юритиш самарали натижа бериши мумкин. Муассасамизга яратиб берилаётган шарт-шароитлар учун Юртбошимиз ҳамда ҳукуматимиз ҳамхўр-

Фармон ва Қарор ижроси амалда

Биз ҳар бир тиббиёт ходимининг замонавий аппаратлардаги фаолиятларини кузатар эканмиз, улар ўзига яраша меъёрий талабларга риоя қилаётганликларининг гувоҳи бўлдик. Айниқса, рентген-диагностика бўлимида бўлганимизда мутахассисларнинг рақамли «Simens» рентгенография аппаратида олиб бораётган иш жараёнларини кузатдик. Мазкур аппарат

жараёнлари амалга оширилади.

Бундай аппаратлардан унумли фойдаланиш мутахассисдан катта тажриба талаб қиладди. Чунки, аппарат ёрдамида юзага келадиган ташхис ҳолатини тўғри бажариш мумкин. Шу аснода, беморга рентген ташхиси қўйилади. Бунинг баробарида тиббиёт ходими меъёрий қоидаларга риоя



ТАРАҚҚИЁТ ВА ДАВРИЙ ЮКСАЛИШЛАР ЙЎЛИДА

ридан бири эканлиги ҳеч биримизга сир эмас. Шундай экан, жорий йилда шифокорлардан 29 нафари Тошкент шаҳрида, 2 нафар шифокор ҳамда 48 нафар ҳамшира Андижон шаҳрида ўз малакасини ошириб қайтди. Бунинг баробарида филиалнинг икки нафар ходими ўз тажриба ва билим малакасини Польша Республикасида 6 ой давомида ўтамоқда.

Хирургия бўлимида беморлар учун яратилган шарт-шароитлар ҳам бизни бефарқ қолдирмади. Бўлимнинг операцион блокларидаги имкониятларни кўздан кечириб эканмиз, хоналарнинг ёруғлиги, замон талаблари даражасида таъмирланганлиги, шунингдек, янги технологияларнинг олиб келинганлиги ва унда малакали кадрларни фаолият юритаётганлиги тиббиёт тизимидаги ислохотларнинг янада изчиллик билан давом эттирилаётганлигидан далolat бериб турибди. Ўз номи билан хирургия деб аталган мазкур йўналишда мутахассис учун амалиётни бажариш осон эмас. Бунинг баробарида у ҳам ақлан, ҳам фикран, ҳам жисмонан, қолаверса, бутун касбий маҳоратини ишга солиб, инсон ҳаёти учун масъулиятни чинакамига юрагидан хис этади. Унинг учун нафақат операция жараёни, балки бемор тузалиб кетгунча бўлган вақт ораллиғидаги масофа касбига бўлган садоқатини янада ошириб боради.

Реанимация бўлимида бўлганимизда тажрибали шифокор ва ҳамшираларнинг тезкорлик ва ҳушёрлик билан замонавий тиббий аппаратлардан унумли фойдаланаётганлиги ҳамда беморларга шошилинч ёрдам кўрсатаётганликларини кўриб, улар ҳар бир сониядан максатли фойдаланаётганлигига амин бўлдик. Ушбу бўлимда ишлаш, бемор ҳаётини сақлаб қолиш ва унга нажот бахш этиш учун ши-

ўзи бўлмайди. Чунки, тиббиёт ходимининг касбий маҳорати асосида тезкор муолажаларнинг ўз вақтида олиб борилиши, айниқса, замонавий аппаратура-ларни тўғри қўллай олиш жараёнида ўта ҳушёрлик ва юқори тажриба талаб этилади.

Суратда кўриб турганингиздек, бемор Г. Эралиевнинг аҳволи нихоятда оғир бўлиб, унга тажрибали шифокор А. Холдаров ва ҳамшира Н. Қаҳқорова сунъий нафас берувчи «Велла» аппаратида ёрдам кўрсатишмоқда. Албатта, бундай янги технологиялардан оқилона фойдаланиш бемор аҳволини яхшилашда ўз самарасини беради.



лигидан ғоят мамнунмиз. Бундай эътиборга жавобан халқимиз саломатлиги йўлида астойдил хизмат қилишга тайёرمىз, дейди шифокор Ш. Ҳосилова.

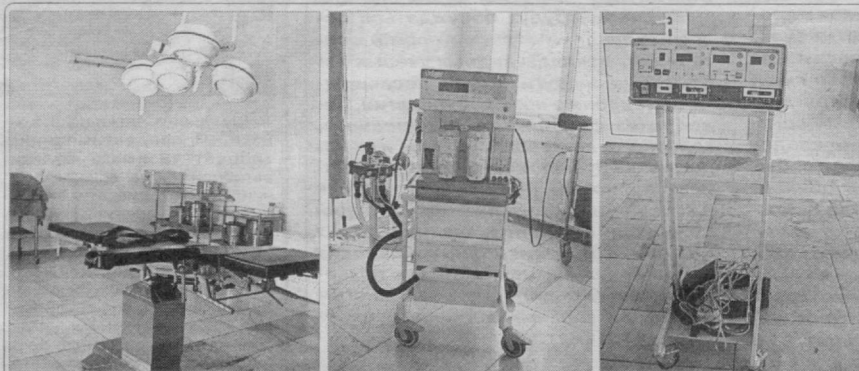
ёрдамида беморларни барча турдаги, яъни рентгенография ва рентгеноскопия, шунингдек, умумий ҳолатларни ташхислаш

Шу билан бирга кўрак қон-томир касалликлари бўлимида бўлганимизда бемор Дилшод Содиковда ўнг қўл қафт кесилган жароҳати ташхиси билан операция амалиёти бажарилаётганлигини кузатдик. Жараён-да асосан бирламчи хирургик ишлар: ўнг қўл қафт соҳасига 3-, 4-, 5-ишлов берилаётганли-

қилиши шарт, дейди биз билан суҳбат чоғида тажрибали врач-лаборант Г. Дусматов.

ги малакали шифокорлар У. Қосимов ва А. Турғунов томонидан амалга оширилаётганлигини кўриб, уларнинг оғир ва масъулиятли ишлари-га тан бермай илож йўқ. Биз операция жараёнининг айна пайтдаги ҳолатини кузатганимизда, тиббиёт ходими учун масъулият юқори эканлигига яна бир қарра амин бўлдик.

сада қачонки электр тармоқларидан носозлик пайдо бўлса, ушбу аппарат ёрдамида бўлимларда электр ёриткичлар уз-луксизлиги таъминланади.



Филиалдаги мазкур замонавий тиббий аппаратуралар инсон саломатлигини сақлаб қолиш ва шошилинч операция жараёнларини амалга оширишда асосий аҳамият касб этувчи технологиялардан бири саналади. Бу жиҳозлар ўзининг тезкорлиги, энгил ва қулайлиги билан нафақат бемор учун, қолаверса, тиббиёт ходимлари учун ҳам қийинчилик туғдирмайди. Аксинча, бажарилаётган операцион амалиёт муваффақиятли якунланишида ўз самарасини кўрсатади. Айни кунларда республикамизнинг барча шошилинч тиббий ёрдам илмий марказлари филиалларида ҳам ушбу замонавий технологияларни олиб келиш ва фаолиятда қўллаш ишлари изчиллик билан давом эттирилмоқда. Андижон вилояти филиалининг хирургия бўлимида яратилган шарт-шароитлар туфайли ҳар йили турли даражадаги операциялар тажрибали мутахассислар томонидан амалга ошириб келинмоқда. Энг муҳими, шошилинч равишда олиб келинган бемор ҳаётини сақлаб қолиш ва унга керакли тиббий ёрдам кўрсатиш марказ ходимларининг олдига қўйган асосий вазифаларидан биридир, десак хато бўлмайди.

СУРАТЛАРДА: инсон ҳаёти қил устида турган бир пайтда ўзининг афзаллиги билан ёрдам кўрсата оладиган замонавий аппаратуралардан: универсал операцион стол ва операцион ёрит-гич, наркоз берувчи FABIUS аппарат ҳамда юқори частотали электрохирургик скальпель.



Саҳифалардаги мақолалар Ўзбекистон Республикаси мустақил босма оммавий ахборот воситалари ва ахборот агентликларини қўллаб-қувватлаш ва ривожлантириш жамоат фондининг «Соглиқни сақлаш тизимида амалга оширилаётган ислохотлар мониторинги» лойиҳаси асосида тайёрланди.

(Давоми. Боши 1-бетда).

Ибодат СОАТОВА.
Муаллиф олган суратлар.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ОСНОВНОЙ ПУТЬ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ



Применение ультразвуковой доплерографии в травматологии и ортопедии

2007 года, в сотрудничестве с российскими специалистами началось освоение артроскопии плечевого сустава. В ближайшие годы необходимо внедрить артроскопические операции на других суставах, что возможно при приобретении необходимого оборудования.

Методика контрастирования МСКТ
Заканчивая тему ортопедической артрологии, следует упомянуть еще об одном направлении исследований - о возможностях усовершенствования методов диагностики суставных поражений. Учеными проводятся исследования по применению мультислайдной компьютерной

структур и представляется перспективным направлением для научных исследований.

Разработка и внедрение новых технологий в хирургии позвоночника
Еще одна область широкого применения новых технологий - это хирургия позвоночника.

Транспедикулярная фиксация сегмента позвоночника, которая в 2003 году только начала внедряться в единичных случаях, к сегодняшнему дню успешно применяется во многих учреждениях республики. В сотрудничестве с учеными новосибирского НИИТО наши специалисты овладели техникой доступов во все сегменты позвоночника. За последние 5 лет освоены операции, производимые с переднего доступа на шейном отделе, трансакральными доступами на грудном отделе, внебрюшинными доступами на поясничном и крестцовом отделах позвоночника. Это дало возможность значительно расширить арсенал применяемых новых стабилизирующих технологий, таких, как межтеловой спондилодез кейджами и другие.

УЗДГ - ультразвуковая доплерография - диагностика XXI века

Ультразвуковая доплерография - это современный, неинвазивный и эффективный метод, по-

тод оценки состояния сосудов головного мозга и периферических сосудов производится с помощью специального ультразвукового датчика. Исследование позволяет выявить нарушения кровотока и изменения стенок сосудов, связанные со спазмом, стенозом, тромбозом сосудов. Его отличие от рентгеновской диагностики заключается в том, что пациент не подвергается лучевой нагрузке, а следовательно, метод является более безопасным, а в отличие от существующих вариантов томографий более простым и дешевым.

Ультразвуковая доплерография позволяет выявить не только нарушение потока крови по сосудам по скоростям, но и визуализировать (увидеть) собственно патологические изменения в сосудах.

Допплерография используется не только для диагностики, но и для оценки эффективности проведенного лечения - консервативной или хирургической (т.е. до операции травматических или ортопедических и после них), для определения тактики лечебных мероприятий (лекарственных или операционных), а также для дифференциальной диагностики заболеваний.

Благодаря четкой диагностике, получаемой в ходе доплерографии, врач получает достоверную информацию о состоянии патологических изменений в сосудах пациента. По результатам УЗДГ назначается лечение в зависимости от области нарушения: позвоночника - у невролога или вертебролога, головы - также у невролога или нейрохирурга, суставов - у ортопеда или ревматолога, конечностей - у травматолога или ангиохирурга.

В нашей клинике проводится комплексная и точная доплерография сосудов и принимаются меры лечения. Основной причиной многих заболеваний является нарушение кровоснабжения того или иного органа.

Метод относительно несложен, быстро осуществим, легко переносится пациентами.

За несколько лет нашли широкое применение также микродискэктомии без повреждения костных структур, новые операции типа операции Каспера и другие малоинвазивные технологии, которые 5 лет назад находились в стадии освоения.

Миррахим АЗИЗОВ,
директор НИИ травматологии и ортопедии
Минздрава РУ, доктор медицинских наук, профессор.



Опытные хирурги проводят операцию эндопротезирования тазобедренного сустава

поликлиническое отделение и 2 лабораторных отделения. С 2000 года в составе клинического института функционирует Республиканский центр спортивной травмы на 20 коек.

После обретения независимости в 1991 году и с переходом на рыночные отношения в системе здравоохранения произошли некоторые изменения, положительно повлиявшие на деятельность НИИ травматологии и ортопедии в частности.

Значительные изменения в работе института произошли за последние 5 лет. Была улучшена материально-техническая база, компьютеризованы все функциональные подразделения. Установлены научные связи с ведущими институтами СНГ: Москва, Санкт-Петербург, Киев, Харьков, Новосибирск, Курган.

За время существования института руководством были внедрены и освоены лучшие зарубежные технологии.

Технология эндопротезирования

Артрозы и артриты крупных суставов являются одними из основных причин стойкой и зачастую ранней инвалидности среди взрослого населения. При запущенных формах заболевания методом выбора в развитых странах признан метод эндопротезирования. Это очень высокотехнологичное вмешательство, которое в определенном смысле может служить показателем уровня развития ортопедии. В 2002 году решением правительства республики была приобретена

на крупная партия современных зарубежных эндопротезов, после чего было начато изучение организационных и клинических аспектов внедрения лучших зарубежных эндопротезов тазобедренного сустава. Операции эндопротезирования тазобедренного сустава были произведены у больных с коксартрозами, полиартритами, ложным суставом шейки бедра. Таким образом, проблему широкомасштабного применения эндопротезирования тазобедренного сустава можно считать решенной.

Артроскопическая технология

Несмотря на то, что артроскопия давно применяется в клинической практике, ее значение в диагностике и лечении внутрисуставных поражений не уменьшается. Точная диагностика и малоинвазивность лечения, а также неограниченные возможности в усовершенствовании оборудования оставляют этот метод в ряду новых технологий. До недавнего времени применение артроскопических вмешательств ограничивалось только коленным суставом. Начиная с



Изучение патологии кости с помощью современного метода ультразвуковой денситометрии

томографии в сочетании с контрастированием окколусуставных структур. В исследовании коленного сустава контрастирование осуществлялось за счет пневматизации, а на плечевом суставе использовали контрастные вещества. Эта относительно новая методика позволила увеличить диагностические возможности томографии в визуализации анатомических нарушений внутри- и доколусуставных

звоняющий получить полную информацию о состоянии кровеносных сосудов головного мозга, верхних и нижних конечностей. Ме-

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

Остеопороз широко распространен во всем мире и, по данным ВОЗ, занимает четвертое место по заболеваемости после сердечно-сосудистой, онкологической и эндокринной патологии. Кроме того, остеопороз характеризуется тяжелыми осложнениями, среди которых переломы шейки бедренной кости, переломы и деформации тел позвонков, переломы Кол-

лиса и др. Хорошо известно, что более 40 % лиц пожилого возраста страдают остеопорозом, до 80 % больных остеопорозом имеют ограничения подвижности разной степени, а 25 % - не могут выполнять обычную домашнюю повседневную работу. Более половины больных ревматоидным артритом через 10 лет с момента начала заболевания вынуждены бросать свою работу

БЕРЕГИТЕ СВОЕ ЗДОРОВЬЕ

(ОСТЕОПОРОЗ)

вследствие развившейся инвалидности. Переломы, возникшие в результате остеопороза, практически удвоились за последние десятилетия.

По материалам ООН ежегодно к 360 млн. лиц в возрасте 65 лет и старше добавляется еще 800 000 человек. Изменения в возрастном составе населения приводят к значительному росту перевержений у лиц пожилого и старческого возраста.

Переломы костей опорно-двигательного аппарата у людей

пожилого и старческого возрастов являются частой и сложной травмой, так как имеющиеся сопутствующие заболевания со стороны жизненно-важных органов, наличие остеопороза осложняют тактику ведения больных и представляют не только медицинскую, но и социальную проблему.

Взаимосвязь между нагрузкой на кости и ее хрупкостью, вызванной уменьшением ее минеральной плотности, то есть ос-

теопороза, - основной фактор в этиологии переломов у пожилых людей.

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

(Продолжение на 4-й стр.)

БЕРЕГИТЕ СВОЕ ЗДОРОВЬЕ

(ОСТЕОПОРОЗ)

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

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

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

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

Эпидемиологическими исследованиями доказано, что пожилой возраст и принадлежность к женскому полу выступают как факторы риска остеопороза. Выявлено, что риск заболевания повышен у женщин по сравнению с мужчинами в 6-7 раз. Это связано с тем, что общая потеря массы костной ткани за время жизни составляет около 30-40 % от пиковой массы кости у женщин, около 20-30 % - у мужчин. Снижение массы кости у женщин в позвоночнике достигает 45 %, в проксимальном отделе бедра - до 55-60 %. Изменения компактной кости прослеживаются позднее, но могут иметь место у отдельных индивидуумов в 35-40 лет.

К факторам риска остеопороза относят курение, злоупотребление алкоголем, кофе, низкую физическую активность, непереносимость молочных продуктов или их низкий уровень в диете, низкое потребление кальция, магния и витамина D, избыточное потребление мяса и напитков с повышенным содержанием фосфатов, а также избыточный прием минеральных солей.

Вредные химические факторы среды или факторы техногенного происхождения, нарушающие экологические усло-

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

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

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

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

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

На метаболизм костной ткани влияют гематологические заболевания (системный мастоцитоз, гемолитическая анемия, миелома, лимфома, лейкозы и др.). В частности, при миеломной болезни миеломные клетки продуци-

руют цитокины (цитокин-лимфотоксин, интерлейкин-6 и интерлейкин-1), активирующие резорбцию костной ткани.

Среди препаратов, нарушающих метаболизм костной ткани, на первом месте стоят глюкокортикоиды. Перечень препаратов, нарушающих процесс ремоделирования костной ткани, достаточно обширен: тироксин, гепарин (высокие дозы), препараты лития, антиконвульсанты, антибиотки, производные тетрациклина, диуретики (фуросемид), пре-

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

В каждом конкретном случае прежде чем начинать лечение остеопороза, необходимо установить причину, обусловившую нарушения в костной ткани. При наличии заболевания, приводящего к метаболической остеопатии, лечение остеопороза проводится одновременно с лечением основного заболевания. Медикаментозная терапия остеопороза является главным составляющим звеном базисной, этиологической и патогенетической терапии.

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

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

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

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

Применение этих трех групп препаратов может восстанавливать дисбаланс процессов «резорбция — костеобразование», так как превалирование резорбции над костеобразованием приводит к потере костной массы.

В поддержании гомеостаза кальция играют важную роль препараты витамина D эргокальциферол, дигидротрахистерол, холекальцифе-

рол, оксидевит, кальцитриол, имеющие многоплановый эффект. Они уменьшают резорбцию кости, активизируют процессы костного ремоделирования, способствуют мобилизации кальция в костную ткань. При этом в большей степени стимулируется мальабсорбция кальция в кишечнике и почечная реабсорбция кальция. Важным свойством витамина D является способность подавлять повышенный уровень паратиреоидного гормона. Суммарный эффект их воздействия заключается в усилении минерализации и стимуляции костеобразования. Эффективно сочетание витамина D и солей кальция.

У женщин в постклимактерическом периоде для профилактики переломов и лечения широко используют гормонзаместительную терапию.

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

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

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

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

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

Таким образом, учитывая полифакториальность данной патологии и тенденцию к росту числа пациентов, у которых выявляется остеопороз, следует обращать пристальное внимание врачей различных специальностей на вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения.

Ахмад ДУРСУНОВ,
руководитель отделения
КДО НИИТО МЗ РУ,
доктор
медицинских наук.



Аппарат Илизарова удобен и практичен для пациентов пожилого возраста

параты фенотиазина, антиациды, содержащие алюминий, цитостатики, антагонисты или агонисты гонадотропного гормона.

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

Разработка эффективной лечебной тактики при остеопорозе является актуальной. Эффективность лекарственной терапии при лечении остеопороза трудно поддается оценке, так как на сегодняшний день существуют различные подходы к лечению этого заболевания. Это связано с тем, что остеопороз по своей этиологии может быть первичным или вторичным, соответственно, и назначаемая медикаментозная терапия должна строиться с учетом этиологии и патогенеза заболевания. В настоящее время доказано, что подходы к лечению этого заболевания должны включать базисную, этиологическую, патогенетическую терапию и дополнительные мероприятия.

Остеопороз, как правило, поздно диагностируется, имеет спонтанные периоды ремиссии и

Рентгенография позволяет исключить только костную патологию, определяется лишь расширение суставной щели, на «мягком» снимке иногда можно увидеть уплотнение окружающих тканей, выявляются признаки деформирующего артроза. К тому же рентгенологическое исследование коленного сустава не выявляет ранние стадии дегенеративных изменений хрящевого покрова, возникающего при травматических повреждениях. С помощью артропневмографии

можно определить повреждение менисков, крестообразных связок и состояние синовиальных оболочек. Но при артропневмографии снимки получаются в большинстве случаев не достаточно ясными, вследствие проекционного наложения на мениски и крестообразные связки тканей массивных концов костей, образующих коленный сустав. Современный неинвазивный метод диагностики

(Продолжение на 5-й стр.)

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ГОНАРТРОЗА ИЛИ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Деформирующий артроз коленного сустава — дегенеративно-дистрофическое заболевание, характеризующееся дегенерацией суставного хряща, которое приводит к нарушению формы сустава.

Это заболевание является самой распространенной формой суставной патологии, что составляет треть ортопедических заболеваний и наблюдается в основном у женщин. Лечение деформирующего артроза коленного сустава является актуальной проблемой.

При деформирующем гонар-

трозе больные жалуются на тупые боли в коленном суставе, которые увеличиваются после нагрузки, периодическое накопление жидкости в суставе, хруст. На рентгенограммах видны явления деформирующего артроза разной степени: от небольших остеофитов по краям суставных поверхностей бедра, больше-

берцовой кости и надколенника до выраженных губовидных разрастаний и сужения суставной щели.

Сложность строения коленного сустава затрудняет диагностику внутрисуставных повреждений, так как нередко они могут быть комбинированными. При острой травме сумочно-связочного аппарата и повреждении менисков, когда преобладают боль и ограничение движений, у 80 % больных диагностируют ушиб коленного сустава с наличием гемартроза.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ГОНАРТРОЗА ИЛИ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

– магнитно-резонансная томография (МРТ) – в большинстве случаев не позволяет оценить распространенность пораженного участка хрящевого покрова.

По данным различных авторов, диагностические ошибки внутрисуставных повреждений составляют 3-30 %. Поэтому необходимо усовершенствовать и обновить арсенал диагностических средств. Одним из последних достижений в этом плане является эндоскопия коленного сустава – самый информативный метод, расширяющий возможности диагностики внутрисуставных повреждений.

Лечение больных с артрозами коленных суставов всегда представляло собой проблему для травматологов-ортопедов. За последнее время во всех развитых странах резко возросла численность населения пожилого и старческого возраста. Около 30 % обращающихся за медицинской помощью составляют люди старше 60 лет. В этом возрасте часто встречаются заболевания опорно-двигательного аппарата и в первую очередь деформирующий остеоартроз коленного сустава. Особенности течения деформирующего артроза, сопровождающегося сопутствующими заболеваниями других органов и систем, обуславливают необходимость поиска малотравматичных и в то же время эффективных методов лечения.

Существует множество подходов к лечению артрозов коленного сустава – от консервативного лечения, включающего физиотерапию и внутрисуставное введение лекарственных препаратов, до оперативных вмешательств, включающих эндопротезирование. С развитием современной науки и техники возникла эндоскопическая ортопедия. Одним из важнейших ее разделов является артроскопия, применение которой позволило выработать новые подходы к хирургии коленного сустава.

За последние десятилетия артроскопия окончательно утвердилась в качестве исследовательского и терапевтического метода, который применяют при лечении коленного сустава. Установление клинического диагноза заболевания коленного сустава может быть серьезной проблемой, так как наблюдаемые симптомы очень редко соответствуют реальному месту

повреждения. Диагностическая артроскопия совместно с другими методами способствовала установлению связей между конкретными внутрисуставными повреждениями и их клиническими проявлениями. Непосредственная визуализация данных структур позволяет получить точную информацию о них как в нор-

мальной обстановке, больной непосредственно может наблюдать за ходом операции через монитор.

При артроскопии выявляются состояния внутрисуставных образований коленного сустава: наличие гиперпролиферированной жировой ткани Гоффа, мениски, состояние крестообразных связок коленного сустава, состояние синовиаль-

ных образований, наличие свободных тел и фибриновые нити коленного сустава. Синовиальная оболочка при деформирующем артрозе бледно-красная, гиперемия ее менее выражена, чем при остром синовите. Синовиальные гиперпролиферативные складки имеют специфическую мелкокоралловидную форму. В ряде исследований на синовиальной оболочке видны участки белой склерозированной ткани – следствие хронического воспалительного процесса. Анализ проведенных исследований показывает, что при дегенеративно-дистрофических изменениях коленного сустава без широкого его вскрытия можно произвести ревизию сустава, удаление поврежденных участков хряща и обработку дефекта, удаление свободных тел, удаление дегенерированных менисков, частичную синовэктомию.

По нашим наблюдениям, больные отмечают улучшение состояния и уменьшение боли после артроскопии. Это объясняется тем, что промывание полости сустава и удаление мелких хондромных тел и фибриновых нитей во время артроскопии уменьшают степень воспалительного процесса синовиальной оболочки, очищают ее от постоперационных тканей, вследствие чего исчезают суставные боли.

В результате проведенного лечения наблюдалось значительное улучшение состояния больных. Купировался болевой синдром, увеличивался объем движений, регрессировал синовит.

Применение артроскопии с целью диагностики при патологии крупных суставов позволило существенно снизить число диагностических ошибок и артротомии, восстановить функцию сустава в течение 3-7 дней (при широком вскрытии сустава 30-35 дней), сократить сроки реабилитации пациентов.

Заключение

Артроскопия суставов является важным этапом исследования как на начальных, так и на хронических стадиях заболевания. С помощью артроскопии выявляли: состояние синовиальной оболочки, менисков, связок, изменения суставных хрящей различной степени (губовидные разрастания, шероховатости, хондромалицию, отслоение хряща и образование язв), наличие свободных тел и фибриновые нити коленного сустава.

Малоинвазивный метод артроскопии дает возможность детально изучить внутрисуставные изменения при повреждениях и заболеваниях коленного сустава и,

следовательно, разработать эффективную лечебную тактику.

Артроскопия позволяет избежать травматичных и трудоемких операций, таких, как артродиз, тенотомия, и других.

Применение артроскопии с целью диагностики и лечения при патологиях коленного сустава позволяет снизить количество диагностических ошибок и артротомии, восстановить функцию сустава в течение 3 дней, сокращает сроки реабилитации пациентов.

Диагностическая артроскопия являлась первым этапом операции на коленном суставе, которая заключалась в визуальном осмотре всех отделов коленного сустава с установлением точной анатомо-функциональной характеристики основного повреждения и сопутствующей патологии. На основании полученных данных планировалась дальнейшая тактика лечения и объем оперативного вмешательства.

Диагностическая артроскопия позволила оценить информативность клинко-рентгенологических исследований и отразить свои преимущества как в плане диагностики, так и в плане оперативного пособия.

Внедрение метода артроскопии в практическое здравоохранение уменьшает риск диагностических ошибок и исключает неоправданные оперативные вмешательства.

Нами разработаны показания и противопоказания к артроскопии коленного сустава. Показания к артроскопии: повреждение менисков, крестообразных связок, суставного хряща, болезнь Гоффа, деформирующий артроз, хондроматоз, синовиты различной этиологии. Противопоказания к артроскопии: фиброзный анкилоз коленного сустава с объемом пассивных движений менее 20 градусов, обширные травмы коленного и плечевого суставов, наличие инфицированных ран и кожных высыпаний в области этих суставов.

Дополнительная диагностическая артроскопия дает возможность детально изучить внутрисуставные изменения при повреждениях и заболеваниях коленного сустава и, следовательно, разработать эффективную лечебную тактику.

Муроджон ИРИСМЕТОВ,
руководитель отделения
спортивной травмы
НИИТО МЗ РУ,
кандидат
медицинских наук.

Новые технологии артроскопии делают процесс операции малотравматичным



мальных условиях, так и при патологии.

Лечение внутрисуставной патологии требует произведения широкого вскрытия сустава, что может привести к вторичным осложнениям, значительно удлинить время пребывания больного в стационаре, сроки временной нетрудоспособности и восстановление функции коленного сустава.

Внедрение артроскопии в медицинскую практику позволяет применять ее не только с целью диагностики, но также для оперативного лечения. Оперативные вмешательства с применением артроскопии являются малоинвазивными, исключают широкое вскрытие сустава, что позволяет предупредить развитие вторичных осложнений, значительно снизить сроки стационарного лечения, временной нетрудоспособности и восстановления функции коленного сустава.

Артроскопия коленного сустава осуществляется строгим соблюдением правил асептики и антисептики, в специальных операционных комнатах. Она выполняется под общим, спинномозговым и местным методами обез-

ной оболочки сустава, склерозированные и патологически измененные участки хряща.

При артроскопии деформирующих артрозов коленного сустава в зависимости от стадии заболевания определяются патологические ткани, пораженные участки суставного хряща, отрывы и язвы хряща, хондромные тела, остеофиты, фибриновые нити. Повторные промывания коленного сустава и удаление хондромных тел, фибриновых нитей, склерозированных тканей, субхондральная остеоперфорация с помощью артроскопа уменьшают степень воспалительного процесса синовиальной оболочки, вследствие чего исчезают суставные боли. Это способствует долгой ремиссии артрозов коленного сустава.

Артроскопия суставов является важным этапом исследования как в начальных, так и в хронических стадиях заболевания. С помощью артроскопии выявляли: состояние синовиальной оболочки, менисков, связок, изменения суставных хрящей различной степени (губовидные разрастания, шероховатости, хондромалицию, отслоение хряща и образование

Врожденный вывих бедра – одно из наиболее тяжелых ортопедических заболеваний у детей. Несмотря на то, что изучению этой проблемы посвящено много исследований, она остается актуальной для всех возрастных групп больных. Раннее лечение врожденного вывиха бедра ставят в основу профилактики инвалидности при этом заболевании, так как полное выздоровление можно добиться только при лечении детей с первых дней жизни.

Ортопеды уже не удовлетворяются только тем, чтобы головку бедренной кости вправить в вертлужную впадину. Идеалом лечения считают полное восстановление формы и функции тазобедренного сустава. Основным в лечении должен быть принцип постепенного вправления вывиха, с восстановлением правильного соотношения вертлужной впадины и головки. Большая роль при этом должна отводиться сохранению функции сустава после вправления вывиха.

В качестве этиологического фактора, приводящего к нарушению нормального развития тазобедренного сустава и окружающих мышц, называют порок первичной закладки. Подтверждение этого одни авторы видят в комбинации вывиха бедра с другими врожденными деформациями. Другие авторы причиной врожденного вывиха считают задержку развития во время внутриутробной жизни плода нормально заложенного тазо-

бедренного сустава вследствие нарушения витаминного и гормонального обмена. Хильгенрейнер считал, что врожденная дисплазия (неправильное развитие, задержанное и извращенное развитие) сустава приводит к вывиху как вторичному явлению, однако дисплазия иногда и не сопровождается вывихом. Если такая дисплазия резко выражена, ребенок рождается с вывихом, а если имеется дисплазия слабой степени, образуется только подвывих или предвывих. Другие авторы считают, что вывихивание головки из впадины образуется еще во внутриутробный период. Ребенок рождается с растянутой капсулой сустава, вследствие чего головка бедренной кости легко

выскальзывает из впадины (при приведении ножек ребенка) и также легко входит в нее (при отведении ножек ребенка).

Клинические и рентгенологические изменения тазобедренного сустава при вывихе лучше всего называть не дисплазией, а последствиями вывиха бедра. Если дети рождаются с растянутой капсулой тазобедренного сустава и у них имеется вывихивание и последующее легкое вправление головки во впадину (симптом соскальзывания), то такое состояние называют предвывихом. По данным В. О. Маркса, у большинства детей с симптомом соскальзывания в первые дни жизни, как правило, наступает стабилизация сустава (самоизлечение в 75-85 %) и

только у некоторых детей из предвывиха формируется подвывих или вывих бедра. При самоизлечении капсула сустава сокращается, головка бедра хорошо центрируется во впадине. В дальнейшем сустав развивается нормально. Если головка смещается в сторону и вверх, но не выходит за пределы лимбуса, то это состояние сустава называют подвывихом. Образование вывиха идет двумя путями: 1) капсула остается растянутой и сохраняется симптом соскальзывания – головка может быть в состоянии вправления и вывихивания; 2) головка бедренной кости выскальзывает из впадины и теряет с ней контакт; лимбус в силу

(Продолжение на 6-й стр.)

ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА У ДЕТЕЙ

своей эластичности заворачивается внутрь сустава, нарастает аддукторная контрактура и развивается сформированный вывих.

Диагноз предвывиха следует ставить уже в родильном доме. Все новорожденные должны быть осмотрены в первые сутки. У новорожденных симптомом предвывиха является симптом соскальзывания головки бедренной кости. Симптом соскальзывания выявляют следующим образом: ножки ребенка сгибают в коленных и тазобедренных суставах, большие пальцы рук располагают на внутренней, а прочие на наружной поверхности бедра, причем кончик III пальца упирается в большой вертел. Этот симптом выявляют двояко: в первом случае производят вправление головки во впадину, во втором – ее вывихивание. При вправлении врач рукой осуществляет тягу по оси бедра с одновременным давлением I пальцем на коленный сустав в сторону отведения, а III подталкивает большой вертел в сторону вертлужной впадины. Во втором случае силу прилагают в противоположном направлении – вместо тяги по оси бедра производят давление. Давление по оси осуществляется с приведением бедра. В литературе этот симптом получил разные названия: симптом соскальзывания по В. О. Маркусу, симптом щелчка по М. Ортолани, симптом неустойчивости по П. Биезину. Сущность симптома состоит в том, что головка бедренной кости вывихивается при приведении и снова входит во впадину при отведении бедра. Легкость вхождения и выхода головки из впадины зависит от степени растяжения капсулы сустава и тонуса мышц. Симптом является абсолютным показателем к началу лечения. Лечение сводится к широкому пеленанию: две пеленки складывают несколько раз и прокладывают между ножек ребенка, согнутых в тазобедренных и коленных суставах и отведенных на 60–80°. В этом положении ноги ребенка фиксируют третьей пеленкой. Исчезновение в первые дни жизни ребенка симптома соскальзывания не является поводом для отмены широкого пеленания. Лечебная гимнастика при наличии симптома соскальзывания противопоказана. В тех случаях, если к концу первого месяца жизни ребенка симптом соскальзывания перестал выявляться и других признаков вывиха нет, следует продолжать широкое пеленание до 2-месячного возраста, а затем сделать рентгенограмму тазобедренных суставов. Если на рентгенограмме выявляются признаки неполной центрации головки, необходимо перейти на лечение шинами. Если симптом соскальзывания сохраняется в месячном возрасте или клинически видно, что головка не вошла во впадину, необходимо произвести рентгенограмму и начать лечение шинами. В тех случаях, когда ранняя диагностика в родильном

доме не была организована или контакт с родильным домом не был налажен, необходим ортопедический осмотр всех новорожденных детей. При осмотре ребенка необходимо обращать внимание на: 1) симптом соскальзывания; 2) симптом отведения бедра; 3) асимметрию ягодичных складок; 4) наружную ротацию ножки; 5) укорочение ножки.

В норме отведение бедра в тазобедренном суставе при согнутых ножках у детей первых месяцев жизни достигает 70–80°. Для выявления ограничения отведения ножки сгибают в тазобедренных и коленных суставах у ребенка, лежащего на спине. Врач пальцами захватывает область коленных суставов ребенка и без насилия разводит ножки в стороны. Для выявления этого признака ребенка кладут на живот с симметрично уложенными ногами. Следует обращать внимание не на количество бедренных складок, а на ягодично-бедренные и подколенные складки, которые при вывихе и подвывихе располагаются на различных уровнях. Наружная ротация ножки может встретиться как при вывихе бедра, так и при нормальных тазобедренных суставах. Укорочение конечности определяется на глаз. Оно не характерно для врожденного вывиха бедра в первые 2 месяца, но может встретиться при одностороннем вывихе у ребенка 3–4 мес. Перечисленные клинические признаки не очень достоверны (кроме симптома соскальзывания), и на их основании в большинстве наблюдений можно только заподозрить наличие врожденного вывиха или подвывиха бедра. Решающее значение в диагностике имеет рентгенография тазобедренных суставов (после 3 мес. жизни).

Показаниями к лечению являются рентгенологические признаки вывиха или подвывиха бедра. Только при наличии у ребенка симптома соскальзывания можно начинать лечение без рентгенологического обследования. При симптоме следует применять шины, которые позволяют создать небольшое аксиллярное положение и отведение бедра с одновременным широким пеленанием. При симптоме соскальзывания положения отведения с вытянутыми ножками следует избегать, так как при растянутой капсуле головка бедра может подняться выше и потерять контакт со впадиной. Основной задачей лечения является наиболее раннее установление правильных соотношений головки и впадины, пока вторичные изменения в тазобедренном суставе выражены не резко. Во время лечения необходимо следить, чтобы у ребенка сохранились движения в тазобедренных суставах. До клинического вправления вывиха врач обязан осматривать ребенка не менее 1–2 раз в неделю. При лечении подвывиха и особенно вывиха бедра необходимо обратить особое внимание на болевые контрактуры, которые могут возникнуть при фор-

сированном отведении бедер или быстрым вправлении головки бедра во впадину. После постепенного отведения ножек на 80° следует клинически проверить вправление головки во впадину. Существуют два простых клинических признака вправления: 1) симметрия ягодично-бедренных складок; 2) пальпирование головки в Скарповском треугольнике. В норме складки между бедром и ягодичей должны быть симметричны и достигать почти до боковой поверхности бедра. Если с одной стороны головка бедра не находится во впадине, то ягодично-бедренная складка с этой стороны или совсем не видна, или очень



короткая. Второй признак определяют следующим образом: врач кладет руку так, чтобы I палец находился в Скарповском треугольнике, а остальные обхватывали ягодицу снизу. Тогда при ротационных движениях бедра, вызываемых другой рукой врача, ощущается движение головки под первым пальцем; если же головка бедра находится вне впадины, то она не ощущается первым пальцем – вмятку головки пальпируется ямка, а головка пальпируется со стороны ягодицы. Если клинически вывих вправлен, необходимо сделать контрольный снимок тазобедренных суставов в том положении, в котором произошло вправление. При подвывихе, если на второй рентгенограмме имеется хорошая центрация головки, следует оставить ребенка в том же положении отведения бедер на 45° еще на 3–4 месяца (в зависимости от возраста ребенка и величины ацетабулярного угла). Через месяц необходим рентгенологический контроль. То время, когда ребенок находится на долевывании в шине Виленского, необходимо использовать для укрепления ягодичных мышц, которые после частичной иммобилизации всегда бывают дряблыми, повторные курсы массажа, лечебную гимнастику, электростимуляцию ягодичных мышц.

В тех случаях, когда вывих бедра остается не вправленным в течение 2 месяцев, не следует пытаться вправить вывих тем же методом, а необходимо перейти к другому методу вправления – к постепенному вправлению с помощью функцио-

нальной повязки по методике Тер-Егизарова – Шептуна. Не всегда лечение функциональной гипсовой повязкой применяют после неудачи других методов. Бывают случаи, когда ребенку в возрасте до года необходимо сразу же начать лечение функциональной гипсовой повязкой. Показания к применению этой методики следующие: 1) высокий вывих у детей до года; 2) неудачи раннего лечения; 3) остаточные подвывихи после других методов лечения у детей после года; 4) не леченные подвывихи у детей старше года с наличием резкой приводящей контрактуры; 5) вывихи у детей старше 7–8-месячного

возраста, когда мягкими шинками невозможно удерживать ножки ребенка в нужном положении; 6) вывихи у детей после года. Основным и самым тяжелым осложнением врожденного вывиха бедра являются дистрофические процессы в головке бедренной кости. В этиологии дистрофических процессов в головке бедренной кости решающая роль принадлежит нарушению кровообращения. Оно может быть вызвано как нефизиологическим положением конечности (сгибание и резкое отведение – до 90° – в тазобедренных суставах), при котором происходит натяжение периакулярных тканей и сосудов, так и спазмом сосудов, вызванным раз-

дражением нервно-вегетативных рецепторов при быстром вхождении головки во впадину, что часто встречается при наличии симптома соскальзывания. Основным клиническим проявлением нарушения кровообращения головки бедренной кости является болевая реакция, которая часто сопровождается рефлекторной болевой контрактурой конечности. На рентгенограмме при более тяжелом поражении головки ядро окостенения начинает проецироваться в виде тонкой неровной пластинки или в виде отдельных точек окостенения. В процессе роста ребенка ядро оксифируется очень медленно и приобретает вид «фрагментированной» головки. Шейка бедра еще до появления головки деформируется. В некоторых случаях при дистрофических изменениях наблюдаются краевые дефекты головки. Дефект может наблюдаться в медиальной части, латеральной или в области верхнего полюса головки. При несистематическом наблюдении первые признаки дистрофического процесса могут быть пропущены и только в 2–3 года на рентгенограмме обнаруживаются фрагментацию бедра. Эти изменения очень напоминают болезнь Пертеса. Лечебные меры при болевых контрактурах должны быть направлены на улучшение кровообращения, а в более поздние сроки дистрофических процессов – и на восстановление трофики конечности. В начале лечения врожденного вывиха бедра необходимо уменьшить отведение бедер. Через 2–3 часа необходимо очень осторожно и постепенно

увеличивать отведение бедер. К осложнениям относятся формирование в процессе лечения вальгусных деформаций в области коленных суставов, особенно при наличии у ребенка рахита.

Оперативные методы лечения врожденного вывиха бедра. Большой и сложной проблемой является лечение детей с запущенными формами врожденного вывиха бедра. В случаях позднего выявления врожденного вывиха бедра ортопеды вынуждены прибегать к открытому вправлению головки бедренной кости во впадину. При показании к открытому вправлению врожденного вывиха бедра следует учитывать многие факторы и прежде всего возраст ребенка, степень вторичных анатомических изменений тазобедренного сустава при вывихе и безуспешности или неполноте эффективности предшествующего консервативного лечения. При определении возрастных показаний следует отдельно рассматривать одно- и двусторонние поражения тазобедренного сустава, так как показания к открытому вправлению при них будут различными. При показаниях к открытому вправлению врожденного вывиха бедра необходимо учитывать следующее: высокое смещение головки бедренной кости, уплощение вертлужной впадины, патологическую антегортацию, выявленные при артрографии сужение перешейки капсулы и интерпозицию лимбуса. Однако лечение детей до 2 лет, как правило, следует начинать с попыток постепенного закрытого вправления и только при неудачах переходить к открытой репозиции. Открытое вправление врожденного вывиха бедра, как и многие операции на тазобедренном суставе, относится к числу больших и травматичных оперативных вмешательств, протекающих с большой кровопотерей. Травматичность открытого вправления возрастает в тех случаях, когда его приходится дополнять остеотомией бедренной кости или реконструкцией крыши вертлужной впадины.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что проблема врожденного вывиха бедра еще очень далека от полного разрешения. Только четкая организация выявления предвывиха у новорожденных, максимально щадящее его лечение в первые дни жизни ребенка, постепенное вправление вывиха и подвывиха в других возрастных группах, своевременная и ранняя коррекция патологической торсии бедра после консервативного лечения, создание хорошей крыши впадины при ее недоразвитии, строгие показания к открытому вправлению, разработка наиболее рациональных методов вправления, четкая организация восстановительного лечения, объективная и очень строгая оценка полученных результатов могут приблизить нас к решению этой трудной проблемы.

Рустам ШАРОПОВ,
Ахрарбек ДЖУРАЕВ.
Отделение детской ортопедии, НИИТО МЗ РУ.

(Продолжение.
Начало на 5-й стр.)

Многие медицинские учреждения нашей страны пока не имеют возможности приобрести необходимое им дорогостоящее оборудование. Использование лизинга медицинской техники может позволить им уже сегодня предлагать своим пациентам самые современные методы диагностирования и лечения болезней, сохраняя здоровье и спасая им жизнь. Сегодня приобретают современное дорогостоящее оборудование и обновляют свою базу при помощи лизинговых операций подавляющее большинство медицинских учреждений мира. Правительством республики принято соответствующее постановление об организации в нашей стране специализированной лизинговой компании – ОАО «УзМед-лизинг». Корреспонденту газеты «Здравоохранение Узбекистана» Ю. Налибаевой удалось побеседовать с председателем правления М. РАХИМОВЫМ.

– Что представляет собой деятельность ОАО «УзМед-лизинг»?

– Условно мы выделяем 2 основных направления нашей деятельности. Во-первых, это приобретение и передача на условиях лизинга по заявкам медицинских учреждений Республики независимо от форм собственности медицинского оборудования и специального автотранспорта за счет собственных средств и привлечения кредитов и займов отечественных и иностранных финансовых институтов. Во-вторых, это приобретение и продажа медицинским учреждениям медицинского оборудования, инструментов, запасных частей, комплектующих и расходных материалов.

– На какой основе осуществляются лизинговые платежи?

– Лизинговые платежи осуществляются по фиксированному графику на весь срок лизинга. Ежемесячно нужно будет оплачивать лишь двенадцатую, двадцать четвертую

или тридцать шестую часть стоимости оборудования и от 1 до 1,6% его стоимости за услуги компании.

– Кто стоял во главе создания компании? Кто является ее учредителем?

– Специализированная лизинговая компания ОАО «УзМед-лизинг» создана согласно постановлению Кабинета Министров Республики Узбекистан № 236 от 13 ноября 2007 года. А учредителями нашими является целый ряд организаций: Госкомимущество Республики Узбекистан, Национальный банк внешнеэкономической деятельности Республики Узбекистан, АК ПСБ «Узпромстройбанк», АКБ «Пахта Банк», ГАКБ «Асак» и АКИБ «Ипотек Банк».

– Как вы можете обосновать необходимость использования лизинговых услуг, в чем видите их преимущества?

– Основным плюсом заключается в том, что лизинг позволяет медицинским учреждениям при незначительных первоначальных вложениях на приобретение

оборудования использовать его практически сразу после заключения договора лизинга. Оборудование, которое в конечном итоге по истечении срока лизинга останется в собственности учреждения, будет само генерировать достаточный доход для выплаты лизинговых платежей, например, за счет платных услуг. Это в свою очередь может позволить выбрать более совершенное высокотехнологичное медицинское оборудование и даст возможность значительно снизить затраты на финансирование капитальных вложений и увеличить поступления от медицинских услуг.

Лизинг позволяет медицинским учреждениям превращать имеющиеся у них в наличии небольшие финансовые ресурсы в возможность совершенствовать оказываемые и предоставлять новые медицинские услуги.

Правительством Республики Узбекистан предоставлены большие налоговые льготы для лизингополучателей, особенно для медицинских учреждений. При ввозе технологического медицинского оборудования из-за рубежа налог на добавленную стоимость и таможенные пошлины не взимаются. Приобретенное по лизингу оборудование освобождается от налога на имущество на весь период ли-

Современные услуги

ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ

зингового договора. Кроме того, налогооблагаемая база по налогу на прибыль снижается на сумму амортизационных отчислений, которые начисляются ускоренным методом.

Немаловажным для медицинских учреждений является и то, что наша компания берет на себя заботы по конвертации валюты, взаимодействию с банками и таможенными органами. Также содействует проведению обучения работы и обслуживанию медицинского и технического персонала на поставляемом оборудовании, при необходимости поможет с выбором поставщиков оборудования и многое другое.

– Какими путями возможно погашение лизинговых платежей?

– Платежи погашаются ежемесячно равными долями. Сумма договора и график лизинговых платежей номинируются в долларах США или Евро, а выплата лизинговых платежей лизингополучателем производится в национальной валюте по курсу Центрального Банка РУ на

день оплаты.

– Какие документы должен предъявить получатель?

– В первую очередь это предварительная заявка о приобретении в лизинг с указанием вида оборудования, ориентировочной стоимости и срока лизинга, контактной информации заявителя. Заявка составляется в произвольной форме и может быть направлена по факсу, электронной почте или нарочно. Далее – копия учредительного договора, Устава предприятия со всеми дополнениями и изменениями. Помимо этого, копия свидетельства о государственной регистрации предприятия, копия лицензии или иных разрешительных документов, если деятельностью предприятия являются предположения. Сюда также относится баланс предприятия и отчет о финансовых результатах за последний финансовый год и последний отчетный период текущего года. И в заключение – бизнес-план.

В заключение хотели бы выразить надежду, что лизинговые операции в скором времени станут одним из основных механизмов и повседневной практикой лечебных учреждений в обновлении оборудования и совершенствовании медицинского обслуживания населения, а компания ОАО «УзМед-лизинг» поможет в осуществлении проводимых реформ в здравоохранении.

2008 год - Год молодежи

ПОДАРИ НАДЕЖДУ ДЕТСТВУ

25 августа 2008 года в парке культуры и отдыха «Гульшан» прошел 4-й Фестиваль творчества детей, подростков и молодых людей с инвалидностью «Веселое лето 2008». Инициатором фестиваля явился Центр поддержки детей с ограниченными возможностями и их семей «Умидворлик». В осуществление мероприятия внесли свой вклад такие крупные организации, как Благотворительный фонд «Соглом авлод учун», центр детей с ограниченными возможностями «Еруглик», молодежный центр социальной реабилитации «Миллениум», и многие другие, а также большое количество волонтеров. Фестиваль был открыт Директором центра «Умидворлик» М.Н. Тепериной – женщиной, посвящающей каждый день своей жизни работе с детьми с ограниченными возможностями, любящей и понимающей их и стоящей во главе организации подобных фестивалей ежегодно.

Что необходимо человеку для полного счастья, да и что же такое счастье на самом деле? Так как каждый из нас вкладывает свой субъективный смысл в это довольно-таки относительное понятие, ответы на заданные выше вопросы будут крайне разнообразными. Кто-то скажет, что, имея высокооплачиваемую работу и большой загородный дом, он уже чувствует себя абсолютно счастливым человеком, кто-то не представляет счастья, не будучи окруженным членами своей семьи и преданными друзьями, а, к примеру, для ребенка счастье представляется в виде большой конфеты на палочке и корзины, набитой мягкими игрушками. На этот вопрос нет правильного или неправильного ответа, но, думаю, я не ошибусь, сказав, что есть нечто такое, что каждый из нас включает в свой список составляющих счастья под номером 1, – это здоровье.

Пока мы имеем здоровье, мы не чувствуем необходимости потребности в его сохранении, не посещаем регулярно врача, не

проходим профилактические осмотры. А стоит здоровью немного отклониться от нас, мы делаем все возможное, чтобы вернуть его на свое место, тратя на это время, силы и деньги. Нам это удается, и мы вновь возвращаемся к привычному для нас образу жизни. Но есть категория людей, здоровье которых вернуть невозможно, физический недуг которых неизлечим, и более того, которые просто незнакомы с понятием здоровой жизни из-за болезни, сопровождающей их с самого момента появления на свет. Речь идет о людях с ограниченными возможностями, с особенностями физического и ментального развития. Некоторые из них имеют трудности в передвижении, некоторым сложно совершать действия, требующие работы рук, кому-то сложно говорить. Все они схожи в том, что их образ жизни в некотором роде отличается от образа жизни, который ведет здоровый человек, но, несмотря на все это, эти дети живут, имея свои детские увлечения, учатся и радуются, и им отнюдь не чуждо понятие счастья.

Мы убедились в этом, посетив Фестиваль творчества детей, подростков и молодых людей с инвалидностью «Веселое лето 2008». Главной целью мероприятия явилась демонстрация творческих достижений детей, подростков и молодых людей с различными видами инвалидности. На фестивале была представлена экспозиция из рисунков, скульптур и аппликаций, сделанных руками ребят и выполненных так тонко, красиво и порой даже профессионально, что зрители не могли найти слов для выражения своих эмоций. Далее ребята устроили выступление, в котором зачитывали стихи собственного сочинения, пели песни, танцевали и самостоятельно играли на музыкальных инструментах. В завершающей части фестиваля организаторы устроили ребятам «Веселую эстафету», на которой они могли проявить спортивные способности, проявить ловкость и умение работать в команде.

Всем известно, что 2008 год, проходящий под лозунгом «Год молодежи», отличается от предыдущих тем, что именно в этот год молодежи пользуется особым вниманием со стороны государства. Согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан от 18 июня 2008 года №ПП-892 «О государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов детства», государством выполняется ряд мероприятий, способствующих снижению числа инвалидов с врожденными патологиями. Помимо этого, со стороны государства осуществляются меры по улучшению качества жизни



людей с инвалидностью. В этом можно было убедиться, глядя на организованный фестиваль, на его участников. Мы стали свидетелями того, что дети искренне радуются, испытывают море положительных эмоций, ощущают себя счастливыми, несмотря на какие физические недостатки; а также, что ребята, по некоторым причинам не имеющие шансов пользоваться всеми возможностями, предоставляемыми для детей государством, не остаются без внимания и что именно для вовлечения их в активную молодежную жизнь им посвяща-

ются такие крупные фестивали, на которых они могут продемонстрировать все свои таланты. Несомненно, подготовка началась задолго до этого дня, и дети репетировали и тренировались очень долгое время, но у них были наставники, люди, которые занимаются с ними и помогают адаптироваться в этой жизни. Фестиваль был организован накануне Дня независимости Республики Узбекистан, что в очередной раз подчеркивает значимость этого праздника для организаторов и участников.

Качество нашей жизни напрямую зависит от людей, которые нас окружают, и от того, как эти люди к нам относятся. Мы должны всегда помнить – несмотря на то, что дети с ограниченными возможностями отличаются физическим состоянием от других людей, они такие же, как все, и тоже нуждаются в теплом и дружелюбном отношении со стороны окружающих. Фестиваль подошел к концу, и теперь ребята потихоньку займутся подготовкой к новому фестивалю, который пройдет уже в 2009 году. От имени редакции газеты «Узбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» мы хотим пожелать ребятам успеха, вдохновения и хорошего настроения.

Юлдуз НАЛИБАЕВА.

Обуна — 2009



Азиз шифокорлар, ҳамширалар, зиёлилар ва барча муштарийлар эътиборига! Тиббиётдаги янгиликлар сари одимлашингизда Сизга мадад бўлишни ўз олдига мақсад қилиб қўйган «Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравсохранение Узбекистана» газетасига 2009 йил учун обунa бўлишга шошилинг.
Буни унутманг!
Нашр индекси: 128.

Қисқа сатрларда хабарлар

ТАБИАТ МУҲОФАЗАСИ ЙЎЛИДА

Шу йилнинг 22 август куни Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикаси давлат мустақиллигининг ўн етти йиллик байрамига тайёргарлик кўриш ва уни ўтказиш тўғрисида»ги Қарорига асосан «ЭКОСАН» халқаро ташкилоти, Ўзбекистон Республикаси Табиатни муҳофаза қилиш Давлат қўмитаси, Ўзбекистон Республикаси «Қамолот» ёшлар ижтимоий ҳаракати Марказий кенгаши ва Ўзбекистон журналистлари ижодий уюшмаси Ўзбекистон Республикаси давлат мустақиллигининг ўн етти йиллигига бағишлаб, «Мустақиллик, экология ва халқ саломатлиги» шиори остида анъанавий экофестиваль марафонини ўтказди.

Бундан кўзланган асосий мақсад мустақиллик йилларида табиатни муҳофаза қилиш, халқ саломатлигини сақлаш, ободонлаштириш ва кўкаламзорлаштириш, умуман экологик хавфсизлик ва барқарорликни таъминлаш борасида амалга оширилган ютуқ ва натижаларни халқимиз ўртасида кенг тарғиб қилишдан иборатдир. Мирзо Улуғбек боғида бўлиб ўтган экофестивалнинг якуний босқичида атроф-муҳит муҳофазаси, табиий ресурслардан оқилона ва те-

жамкорлик билан фойдаланиш ҳамда саноат, энергетика ва аграр соҳаларда экологик тоза технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий қилиш борасида эришилган ютуқ ва натижаларни акс эттирувчи кўргазмалар ташкил этилиб, экологик мавзудаги танлов якунлари эълон қилинди, шуниқдек, таниқли санъаткорлар иштирокидаги концерт дастури ва халқ сайли барча қатнашчиларда байрамона кайфият руҳини уйғотди.

ИНСОНПАРВАРЛИК ЁРДАМИ

Жорий йилнинг 26 август куни «ЭКОСАН» халқаро ташкилоти томонидан Сурхондарё вилоятига навбатдаги «ЭКОСАН» саломатлик поезди юборилди.

Мазкур гуманитар акция Ўзбекистон Республикаси Мустақиллигининг 17 йиллига бағишлаб «Экология ва саломатлик кунлари» доирасида ташкил қилинди. Қийим-кечаклар, пойабзаллар, кўрпа-тўшак гиёфлари, матрацлар, санитария-гигиена молларидан иборат инсонпарварлик ёрдами Сурхондарё вилоятининг барча туманлари, жумладан, Тожикистон алюмин заводи салбий таъсир кўрсатаётган Сармисёё, Узун, Денов туманлари минтақаларидаги ўқув ҳамда тиббиёт муассасалари ва бошқа ижтимоий объектларга, ҳам таъминланган ёш оилалардаги мактаб ўқувчиларига, боқувчисини йўқотган ёш оилалар аъзоларига, ногиронлар ва бошқа ижтимоий муҳофазага муҳтож аҳолига топширилади.

Намоз ТОЛИПОВ.

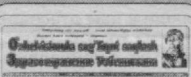
Бухоро вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси вилоят перинатал марказининг бош врач муовини

Қудратова Раъно Жабборовнанинг вафоти муносабати билан унинг оила аъзолари ва яқинларига чуқур таъзия изҳор этади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги фармацевтика фаолиятини лицензиялаш Кенгаши маълум қилади

Лицензия талаб ва шартларининг бузилиш ҳолатларига йўл қўйилганлиги сабабли лицензияларининг амал қилиш мuddатлари суд қарорлари асосида тугатилган лицензиатлар рўйхати

№	Лицензиат	Лицензия	Суд қарори
1.	«Равшан» ХҚД – Наманган вил., Учкўрғон т-ни, Учкўрғон ш., Ибн Сино к., 36-А уй.	4717 4369-05 31.01.05 й.	19.05.08 й.
2.	«Чимбой сервис» МЧЖД – Тошкент ш., С. Раҳимов т-ни, Талабалар кўчаси, АЕКШ-1 ва 2 та шахобча	У1379 4830-05 19.07.05 й.	4.04.08 й.
3.	«Водий шарқ нури» МЧЖД ва шахобчаси – Андижон вилояти, Шахрихон ш., Ёдгоров к., 108-А уй.	4997 08.06.05 й. 4679-05	18.04.08 й.
4.	«Доктор Р. Рафиева» ХД – Самарқанд вил., Самарқанд ш., Магистрал к., 10-уй. Дорихона – Самарқанд ш., Нарпай к., 108-уй.	П3529 5131-06 05.10.06 й.	21.04.08 й.
5.	«Настарин само» ШҚД – Тошкент ш., Сергели т-ни, Сергели 4-мавзеси, 31-Ж уй, 2-хонадон.	6195 5801-07 27.02.07 й.	22.04.08 й.
6.	«Яшил гиёҳ» КҚД ва шахобча – Навоий вил., Навбахор т-ни, Бешибот кўргони, Бобур шоҳк., 5-уй.	5097 4793-05 19.07.05 й.	27.05.08 й.
7.	«Дисуз фарм» ХТМ – Самарқанд вил., Нарпай т-ни, Галаба ширкат ҳўжалиги, 2-бригада. Дорихона – Оқтош ш., Ал-Бухорий, 13-уй.	6301 5907-07 10.04.07 й.	15.04.08 й.
8.	«Қодир» ХД – Андижон вилояти, Марҳамат т-ни, Мирзаев ш/х, Худойберганов к., 22-уй.	4141 3666-04 06.07.04 й.	14.04.08 й.
9.	«Баҳром» ХД ва шахобчаси – Андижон вилояти, Пахтабод т-ни, Пахтабод ш., Юқори к., 2-уй.	3804 3239-04 13.05.04 й.	08.04.08 й.
10.	«Меҳрибон» хусусий дорихонаси – Қорақалпоғистон Республикаси, Беруний ш., Шайх Аббос Вали кўчаси.	3964 01.06.04 й. 3441-04	08.05.08 й. (6 ойга тўхтатилди)
11.	«Феруза» хусусий дорихонаси – Хоразм вилояти, Питнак ш., Атанязов к., 1-уй.	4837 15.03.05 й. 4497-05	14.07.08 й.
12.	«Назарбек фарм» хусусий дорихонаси – Хоразм вилояти, Урганч ш., А. Баҳодирхон кўчаси, 150-А уй.		06.05.2008 й. (6 ой мuddатга тўхтатилди)
13.	«Бахт фарм фэйз» ХҚД ва шахобчаси – Тошкент вил., Янгийўл ш., Тошкент шоҳк., 54/29.	6043 5649-06 15.11.06 й.	04.06.08 й.
14.	«APEX FARM» ХҚД ва шахобчаси – Тошкент ш., Учтепа т-ни, Чилонзор 11-мавзеси, 42/14. Дорихонаси – М. Улуғбек т-ни, Буюк Ипак йўли, 60/87-уй.	6451 6057-07 03.07.07 й.	10.06.08 й.
15.	«Шухрат Шовкат» ХСИЧФД ва шахобчаси – Тошкент ш., Чилонзор т-ни, Муқимий к., 106/31.	1974 602-01 10.10.01 й.	06.06.08 й.
16.	«Кириёе фарм» МЧЖД – Самарқанд вил., Самарқанд ш., Жомий к., 1-уй. Дорихонаси – А. Темур к., 35-уй.	4718 4370-05 31.01.05 й.	10.06.08 й.
17.	«ANORBOY OTA» – A.F.SH.» ХФД – Самарқанд вил., Булунгур т-ни, Булунгур ш., А. Темур к., 23-уй.	5036 4718-05 08.06.05 й.	17.06.08 й.
18.	«Нури Исломжон» хусусий фирмаси дорихонаси – Бухоро вил., Фиждуюв т-ни, Ўзбекистон ш/х, Булакиён қишлоғи.	П2684 1205-02 24.04.03 й.	24.06.08 й.
19.	«Бахыт» хусусий дорихонаси – Қорақалпоғистон Республикаси, Нукус ш., Досназаров к., 2-уй.	4455 4067-04 18.10.04 й.	10.06.08 й.
20.	«Фарҳод фарм» хусусий корхона дорихонаси – Хоразм вил., Урганч ш., Тинчлик кўчаси, 42-уй.	5063 4750-05 28.06.05 й.	13.06.08 й.



Газета муассиси:
Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Таҳрир хайъати раиси:
Феруз НАЗИРОВ
Таҳрир хайъати аъзолари:

Бобур Алимов, Озода Муҳитдинова, Бахтиёр
Ниёматов, Нурмат Отабеков, Рихси Салихўжаева,
Абдулла Убайдуллаев, Фарҳод Фузайлов,
Миралшер Исламов, Намоз Толипов (масъул котиб).

Газета материаллари таҳририят компьютер
марказида терилди ва сақланади.

Манзилимиз: 700060, Тошкент шаҳри, Охунбобоев кўчаси, 30-уй, 2-қават. Тел/факс: 233-57-73, тел.: 233-13-22. Газета Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот агентлигида 2006 йилнинг 6 декабрь куни рўйхатга олинган, гувоҳнома рақами 0015.

Газета ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг жума кунлари чиқмайди. Мақола-лар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash – Здравсохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт. Фойдаланилмаган кўлемларда таҳлил қилинмайди, ёзма жавоб қайтарилмайди. Эълон ва билдирувлардаги факт ҳамда далил-ларнинг тўғриллиги учун реклама ва эълон берувчилар масъулдир.

Интернет саҳифаларидан фойдаланилган суратларга шартли белгиси қўйилган.
Адади 5340 нусха. Буюртма Г-850.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмахонасида чоп этилди. Газета ҳақиқи 4 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Саҳифаловчи: Бахтиёр КҲОҚОВ.
Босмахонага топшириш вақти – 20.00.