

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган

2008 йил 12-18 сентябрь № 36 (604)

Жума кунлари чиқади

Успешно завершился VII Съезд травматологов-ортопедов Узбекистана



РОЛЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ

5-6 сентября нынешнего года в Международном бизнес-центре столицы состоялся VII Съезд травматологов-ортопедов Узбекистана на тему «Травматология и ортопедия в современном спектре». Столь знаменательное событие стало местом встречи ярких представителей травматологии из 10 стран мира — Америки, России, Израиля, Турции, Украины, государств Центральной Азии. Мероприятие было приурочено к празднованию 75-летнего юбилея Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, чем и объясняется царившая там атмосфера праздника. Вступительное слово, давшее старт Конгрессу травматологов, прозвучало из уст заместителя министра здравоохранения Республики Узбекистан А.И. Камилова.

Травмы, ушибы, вывихи и растяжения — все перечисленные, а также многие другие заболевания костной системы организма относятся к разряду непредсказуемых, тех, от которых, как говорят в народе, не застрахуешься. Данная отрасль не знает возрастных ограничений, среди пациентов могут быть как дети в силу своей подвижности и чрезмерной активности, так и взрослые, что и делает проблему травматологии и ортопедии столь актуальной. Каждая страна имеет свою систему здравоохранения, следовательно, свою тактику лечения. Развитие этой системы осуществляется в разных странах по-разному. Этот факт увеличивает востребованность международных съездов, подобных нынешнему, на которых ученые, собравшись, могут подробно обсудить методы и приемы, применяемые на родине, поделиться своим опытом, а также совместно прийти к разрешению каких-либо еще неразрешенных проблем.

На VII Съезде травматологов-ортопедов Узбекистана мы встретили большое количество людей данной специальности и задали некоторым из них вопросы, касающиеся цели и актуальности мероприятия, о новшествах в системе травматологии Узбекистана и других стран мира, а также узнали советы о том, какой образ жизни надо вести, чтобы избежать заболеваний костной системы организма.

Мирхаким АЗИЗОВ,

Республика травматология ва ортопедия илмий-текшириш институти директори:

Халқаро аҳамиятга эга бўлган мазкур съезднинг мамлакатимизда ўтказилиши мутахассис травматолог-ортопедлар учун муҳим янгиликлар даври бўлди, десам хато бўлмайди. Чунки, съезд ишда юртимиз олимлари билан бир қаторда хорижлик ҳамкасбларимизнинг иштироки соҳадаги долзарб масалаларни кенгрок ўрганиш ва бартараф этишга, хусусан замонавий технологияларнинг амалиётдаги ўрнини оширишга катта эътибор қаратилди. Тезкор ривожланиш даврида бораётган травматология-орто-

педия соҳаси охириги йиллар ичида кўпгина муваффақиятларга эришди. Даволашнинг янги механизмлари амалиётга татбиқ этилди. Оғир турдаги мураккаб операциялар ҳамкорлик доирасида амалга оширилмоқда. Бу биринчи навбатда, ҳам аҳоли саломатлигини яхшилаш, ҳам мутахассисларнинг билим савияси ва тажрибаси бойитилишига асос бўлади. Шунга мувофиқ, беморларни турли йўллар орқали даволаш, замонавий тиббий технологиялардан унумли фойдаланган ҳолда юқори самарага эришиш институтиимиз фаолияти-

да асосий ўрин тутди. Съезд давомидида ургу берилган асосий масала янги технологияларнинг яқин келажақдаги истиқболлини кучайтириш, мақсадли фаолиятларда қўллаш, юқори натижаларга эришиш, жажон тажрибасини амалиётга татбиқ этиш ва бу орқали кадрлар малакасини оширишга қаратилган. Икки кун давом этган мазкур съезд амалдаги фаолиятларимизни янада кенгрок ва янги босқичда давом эттиришга туртки бўлади.

(Давоми 2-бетда).

Давра суҳбати

МАЪНАВИЯТ ЕНГИЛМАС КУЧ

Жорий йилнинг 11 сентябрь куни Тошкент шаҳар Мирзо Улугбек туман «Маънавият ва маърифат» Кенгаши, маънавият тарғибот бўлими, Тошкент шаҳар солиқни сақлаш касаба уюшмаси Кенгаши ва Тошкент шаҳар Мирзо Улугбек туман тиббиёт бирлашмасига қарашли 5-оилавий поликлиника ҳамкорлигида «Ўзбекистон Республикаси Президенти И. Каримовнинг «Юксак маънавият — енгилмас куч» китобининг мазмун-моҳияти» мавзuida давра суҳбати бўлиб ўтди.

Тадбирни кириш сўзи билан очган Мирзо Улугбек туман тиббиёт бирлашмасига қарашли 5-оилавий поликлиника мудири О. Ибрагимова маънавият инсоннинг улғайиш ва куч-қудрат манбаи эканлигини таъкидлаб, Ўртбошимизнинг мазкур китобида қайд этилган маънавий мерос, маданий бойлик ва кўхна тарихий ёдгорликларни ўрганишда ёшлар маънавиятини юксалтириш, тиббиёт ходимларининг бу борадаги билимларини ошириш муҳимлигига эътибор қаратди. Шунингдек, Мирзо Улугбек туман «Маънавият ва маърифат» Кенгаши масъул котиби, маънавият-тарғибот бўлими раҳбари Х. Жуманиязова, Мирзо Улугбек туман ҳокимининг ўринбосари, хотин-қизлар қўмитаси раиси Г. Бурханова, Тошкент шаҳар солиқни сақлаш касаба уюшмаси Кенгаши вакили Г. Тўлаганова Президентини-

мизнинг ушбу китобининг мазмун-моҳияти нечоғлиқ муҳим эканлиги ҳамда бунинг баърида халқнинг тиббий саводхонлигини ошириш ва маънавиятини юксалтиришда тиббиёт ходимларининг тарғибот ва ташвиқот ишлари, муассасаларда маънавият бурчакларини ташкил этиш, тиббиёт ходимлари маънавиятини бойитадиган зарурий ўқув қўлланмаларидан унумли фойдаланиш каби вазифалар хусусида тўхталиб ўтди.

Давра суҳбатиди сўзга чиққан маҳалла фаоллари, тиббиёт ходимлари маънавиятини юксалтиришга қаратилган фикр-мулоҳазалари, мазкур қўлланма доирасида билдирилган тушунчаларга ижобий ёндашиб, ижтимоий ҳаётда, жамият тараққиётида маънавий баркамолликнинг нақадар катта аҳамият касб этишини таъкидладилар.

Намоз ТОЛИПОВ.

Дил изҳори

САВОБЛИ ИШДА ТОЛМАНГ

Ҳаётда шундай шифокорлар борки, улар ўзининг ширинсўзлиги, камтар ва самимийлиги билан беморлар қалбидан чуқур ўрин олади. Ана шундай қалби пок, ўз касбига садоқатли Тошкент Тиббиёт академиясининг III клиникисини нефрология бўлимида беморлар дардида малҳам бўлаётган тиббиёт ходимлари меҳнатини қанчалик эътироф этсақда камлик қилади. Айниқса, бўлим жамоасининг аҳиллиги, беморларга бўлган илқ муносабати, билим ва тажрибаси ҳар қандай беморнинг шифо топишида катта аҳамиятга эга эканлигини даволаш жараёнида кўриб келамиз. Мана уч йилдирки буйрак етисмовчилиги касаллиги билан мазкур бўлимда даволашиб келаман. Ҳар сафар бу ерга келганимда бўлим бошлиғи Абдусaid Ҳасанов хушмуомалалик билан кутиб олади. Айни кунда ушбу бўлимда даволанар эканман, даволловчи шифокор Азим Жабборовнинг касаллик тарихим бўйича олиб бораётган муолажалари солигим тикланишида ижобий самара бермоқда. Уч йил давомидида олган муолажаларимдан сўнг топширган тахлилий натижама яхши чиқиб, яшашга бўлган ишончим янада ортди. Мен мазкур бўлимда давола-

наётган бемор Ҳикоят Толипова даволловчи врач Абдусaid Ҳасановни ўз касбининг моҳир устаси, фидойи шифокор сифатида ҳурмат қиламан. Абдусaid ёш бўлса-да, унинг тиббиётга бўлган иштиёқи, меҳри, ўзи ва ходимларига бўлган талабчанлиги жамоанинг беморларга курсатаётган сифатли тиббий хизматидан кўриниб туради. Соғлигим бўйича виллоятимиздаги бир неча тиббиёт муассасаларига муружаат қилганимда аниқ ташхис ололмаган эдим. Бу ерга келиб Абдусaid Ҳасановнинг йўлланмаси асосида тиббий кўрикдан ўтган, касалимга аниқ ташхис қўйилиб, даво муолажалари бошлаб юборилди. Бугунги олаётган даво муолажаларим танамдаги дарддн енгиллаштирди.

Биз беморлар даволловчи врачлар Абдусaid Ҳасанов ва Азим Жабборов ҳамда бири-биридан қақхон, меҳрибон ҳамширалар Шохиди, Хурсандой, Индира, Адолат ҳамда бош ҳамшира Нафисахондан фойда мамнунмиз. Шу ўринда клиника раҳбариятига ҳам ўз миннатдорчилигини билдириб, уларнинг савобли ишларига ривож, оилаларига эса хотиржамлик тилаб қоламиз.

Обида ФАЙЗИЕВА,
Ҳикоят ТОЛИПОВА,
Навоий виллояти.

РОЛЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ



С. В. СЕРГЕЕВ,
профессор, Российский университет
Дружбы народов (РУДН):

Целью съезда стало подведение итогов работы специалистов травматологии и ортопедии Узбекистана и обмен своим опытом с приглашенными гостями. Сегодня на повестке дня обсуждение новых методов травматологической системы. Они чрезвычайно стремительно развиваются, так как новые технологии существуют не только в травматологии, но и в медицине в целом. Но если все-таки затрагивать этот вопрос, то стоит остановиться на трех клинических моментах: остеосинтез – соединение костей вследствие перелома; эндопротезирование – замена крупных суставов; артроскопия – направление, касающееся малоинвазив-



Доктор Дирк АЛАНДЕР,
хирург-ортопед, университет Сэнт-Луиса (США):

Данная встреча посвящена травматологической и ортопедической хирургии. Кроме того, насколько я осведомлен о вопросах, которые будут подняты сегодня, они касаются новых техник и методов ухода за людьми, имеющими какие-либо травмы, к примеру, переломы рук или ног. Останавливаться на перечислении всех методов, используемых на сегодняшний день в травматологии и ортопедии, просто бесполезно, потому что их действительно очень много. Я бы хотел сказать, что на этом съезде как раз и будут рассматриваться техники лечения, будет предлагаться что-то новое. Данный съезд поможет разобраться в использовании и правильном применении того, что на сегодняшний день уже

существует в науке. Теперь к вопросу о том, что бы я в первую очередь посоветовал людям избежать различного рода травм. Это может показаться смешным, но прежде всего это использование ремней безопасности в автомобилях. На самом деле, пациенты, именно не пользующиеся этим аксессуаром в своих машинах, страдают больше.

Помимо вопросов, касающихся безопасности и бережливости отношения к себе, есть такая тема как врожденные травматологические и ортопедические заболевания. С ними дело обстоит серьезней, и здесь большую роль играет именно своевременная, внутриаутробная диагностика заболеваний. Я хочу пожелать всем вам быть здоровыми и беречь себя.



Узбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Травматология ва ортопедия илмий-текшириш институти ташаббуси билан ўтказилган VII съезд мутахассислар учун янгиликларга бой мактаб, замонавий билимлар акс этган истикболли тадбир бўлди, десак хато бўлмайди. Чунки, дунёнинг кўзга кўринган давлатлари мутахассисларини ягона мақсад доирасида бирлаштира олган кун тартибидagi бош масалалар яқин келажакда ўз ечимини топиши ва ривожланиётган тиббиётнинг янада мустахкам босқичини яратишга асос бўлишига шубҳа уйғотмайди. Чунки, ҳамкорликдаги мақсадлар муштарак экан, травматология ва ортопедия соҳаси янгича давр талаблари асосида тараққий этиб боради. Умид қиламизки, мазкур съезд барча қатнашчилар учун энг сўнгги маълумотларга эга дастуриламал бўлиб хизмат қилади.

Намоз ТОЛИПОВ,
Юлдуз НАЛИБАЕВА.
Суратлар муаллифи
Анваржон САМАДХОДЖАЕВ.

Қадамбой МАШАРИПОВ, Хоразм вилояти бош травматологи:

Ушбу съездда қатнашишдан асосий мақсад замонавий янгиликларни билиб олиш, амалиётга татбиқ этиш, хорижий мутахассислар билан тажриба алмашиш, беморлар саломатлиги йўлида мавжуд имкониятларни ишга солишдир. Мутахассис сифатида мана етти йилдирки, съезд ишида қатнашиб келаман. Бу йилги тадбир, ҳам савия жиҳатидан, ҳам аудитория нуктаи назаридан анча кенг қўламад ўтказилди. Кун тартибига қўйилган масалалар ўзининг долзарблиги ва зарурлиги билан мутахассисларни ягона мақсад доирасида бирлаштира олди. Айниқса, россиялик мутахассисларнинг янги технологияларни қўллаш билан боғлиқ мураккаб операциялардаги кўрсатмалари қатнашчиларга бир томондан билим бера олса, бир томондан тажриба қўлаи кенгайтишига туртки бўлади.

Абдуманнон БАРАТОВ, Жиззах вилояти бош травматологи:

Вилоятимиз тиббиёт тизимида, хусусан, травматология ва ортопедия соҳасини ривожлантиришда малакали кадрлар билан бирга, замонавий технологияларнинг ҳам аҳамияти катта. Ўтказилган съездда ҳам асосий эътибор ана шу масалаларга қаратилди. Ҳозирги кунда аҳоли орасида умуртқа ҳуррасининг кўпайиши, қарияларда остеохондроз сингари касалликларнинг учраётганлиги табиийки, замонавий технологиялар билан ҳамнафас ишлашга, мураккаб жараёнларни осонроқ ҳал этишга туртки бўлади. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг вилоят филиалига янги УЗИ, рентгенография, рентгеноскопия, компьютер томография каби замонавий тиббий диагностика технологиялари олиб келинмоқда. Буларнинг бари халқ саломатлиги ва уларнинг манфаатларига тўлақонли хизмат қилиб келмоқда.

Миннатдорчилик туйғулари

ИШОНЧИМИЗГА ҚАНОТ

Инсон учун соғлиқ бебаҳо неъмат экан. Фарзандим Анваржон Неъматуллаев бахтсиз тасодиф туфайли 2006 йил октябр ойида моторли велосипеддан йиқилиб, оғир жароҳат билан Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган вилояти филиалига олиб келинганда, аҳолидан қаттиқ хавотирлангандик. Биринчи кўрсатилган шошилинч ёрдам ва тажрибали шифокорларнинг саяёҳаракати билан ўғлимнинг қош-пешона қисмида тезкор

операция жараёни ўтказилди. Аммо даво муолажалари охирига етмай, ўғлимнинг қистови билан шифохонадан уйга қайтди. Ўшанда қилган хатоимиз туфайли икки ой ўтар ўтмас, боламнинг соғлиғида жиддий ўзгаришлар, касаллик асоратлари пайдо бўла бошлади. Оқибатда унинг ўнг оёқ-қўли ўзига бўйсунмай қолди. Вактни бой бермай туманимиздаги 2-сон шахар клиник шифохонасига мурожаат қилдик. У ерда керакли муолажаларни олган, ўғлимнинг аҳоли яшилганган

дай бўлди. Аммо кўп ўтмай, 2007 йил февраль ойида Анваржонда тез-тез шайтонлаш ҳолати кузатилди. Қаттиқ изтиробга тушвергач, уни Наманган туман марказий шифохонаси асаб касалликлари бўлимига шошилинч қабул қилишди. Бўлим невропатологи, тажрибали шифокор Фанижон Тошпўлатовнинг ширин муомаласи, берган далдаси туфайли кучли изтироб ва қўрқувларимиз йўқолди. Шифокорларнинг ўз вақтида қилган муолажаси натижасида боламда шайтонлаш ҳолати бошқа қайтарилмади. Авваллари хориқлик тиббиёт мутахассисларига ҳавас

қилардик. Эндиликда ўзимизда ҳам улар билан бемалол тенглаша оладиган тажрибали, ўз касбининг фидойилари борлигига амин бўлдим. Шу фурсатдан фойдаланиб, бўлимадаги барча шифокорларга, туман марказий шифохонаси маъмуриятига, қолаверса, бир-биридан қаққон ҳамшира қизларга оиламиз номидан самимий миннатдорчилик билдираман. Ушбу шифохона ходимларига эса халқимиз саломатлиги йўлидаги ишларига муваффақиятлар тилайман.

Ҳошимжон
НЕЪМАТУЛЛАЕВ,
Наманган вилояти.

ШИРИН СЎЗИ МАЛҲАМ

Ҳаётда ҳар қандай тасодиф бўлиши мумкин. Исик жонининг иситмаси бор деганларидек, шу йилнинг июнь ойида соғлиғимда жиддий ўзгариш юз бериб, аҳолим оғирлашиб қолди. Вактни бой бермай, Хатирчи туман марказий шифохонаси реанимация бўлими шифокори Талиб Жомуродовга мурожаат қилганимда, у киши мени обдон текшириб, керакли дори-дармон муолажаларини ёзиб берди. Маълум

муддат ушбу муолажадан сўнг, ўзимни яхши ҳис эта бошладим. Лекин яна бошим айланиб, аҳолим ёмонлашвергач, яқинимиздаги Ибн Сино кишлоқ врачлик пункти умумий амалиёт врач Комулжон Нуриддинов текширувидан ўтдим. Билсам, асаб тизими фаолиятида жиддий ўзгаришлар бўлиб, унинг оқибатида вужудим бўйлаб оғрик,

холсизлик, куч-қувватим йўқолиб борган экан. Яхшиямки, бахтимизга оқ халати нажоткорлар бор. Уларнинг беимнат ёрдами, тинимсиз кўрсатган саяёҳаракати туфайли яна иш фаолиятимга қайтдим. ҚВМиздаги шарт-шароитлардан унумли фойдаланган ҳолда физиотерапия муолажаларини ўз вақтида олдим. Қўли энгил ҳамширалар-

дан Нафиса Эшназарова, Насиба Гадоевнинг ширин муомаласи, шифокор топширган ҳар бир вазифани қаққонлик билан адо этиши натижасида танамдаги оғриқлардан халос бўлдим. Мени тезда оёққа туриб, қайноқ меҳнат фаолияти, жонажон оиламга қайтарган юқоридаги барча тиббиёт ходимларига чексиз миннатдорчилигимни билдираман.

Эшпўлат ОЛИМОВ,
Навоий вилояти.

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 – Здравоохранение Узбекистана» газетасига

2009 йил учун
обуна бўлишга
шошилинг!

Буни унутманг!
Нашр индекси: 128.



Она ва бола

Хомилдорлик – бу аёл ҳаётидаги энг хушнуд ва ҳаяжонли давр экани ҳаммага маълум. Сиз фарзандингиз туғилиши интиқиб кутган ҳолда турли ҳиссиётларни бошдан кечирасиз, қувониш ва завқланиш баъзан шубҳаланиш ва ҳавотирланиш билан алмашади. Сиз ўз танангиздаги ўзгаришларни кўрасиз ва ҳис этасиз, шу билан бирга сизда саволлар туғилади. Уч бўлимдан иборат ушбу рисолада сиз баъзи саволларингизга жавоб топасиз. Биринчи бўлим – хомилдорлик даврида рўй берадиган ўзгаришлар кузатилишини тушунишингизга ёрдам бериб, ўз соғлигингизга эътибор бериш ва хомилдорлик даврида юзага келадиган умумий муаммоларни ҳал этишга оид маслаҳатларни ўз ичига олган. Иккинчи бўлимда тўғруқ жараёни ҳақида сўз юритилади. Учинчи бўлимда эса туғруқдан кейинги ёш она ва чақалоқ парваришига тегишли маслаҳатлар келтирилган.

Хомилдорлиkning биринчи белгиси – ҳайзининг тўхташи. Ҳайз тўхташи билан қишлоқ врачлик пунктига ёки оилавий поликлиникага мурожаат қилиш лозим. У ерда малакали шифокор сизни текшириб кўради ва хомилдорликка доир текширувга йўллайди. Агар хомилдорлик тасдиқланса, шифокор томонидан тавсия этилган жадвалга мувофиқ унинг қабулига мунтазам равишда қатнаб туринг.

Хомилдорлиkning асосий даврлари
Одатда хомилдорлик 40 ҳафта (9 ой атрофида) давом этади. Бунинг ҳисоблаш эса охириги ҳайзининг биринчи кунидан бошланади. Аёлнинг хомилдорлик даври уч фаслга бўлиб келади, яъни хомилдорлиkning 9 ойини учта уч ойликка бўлиш қабул қилинган.

Биринчи уч ойлик фасл.
Уруғланган тухум ҳужайра ўса бошлайди ва етилади, 5-8 ҳафталада хомиланинг баъзи аъзолари – бош мияси, юраги ва орқа мияси шакллана бошлайди. 12 ҳафта ичда хомиланинг барча аъзолари одам қиёфасига кира бошлайди. Хомила бачадоннинг пүфгадиган суякликда ўсади. У кислород ва озиқ моддаларни она томирларидан киндик орқали олади.

Шу пайтдан бошлаб вужудингизда ўзгаришлар рўй бера бошлайди: кўкрак шишиб, оғрик пайдо бўлиши мумкин. Ўзингизни бетобдек сезасиз, эрталаблари кунлигингиз айнаши, яъни «бош қоронғу» аломати пайдо бўлиши мумкин.

Иккинчи уч ойлик фасл.
Хомила ўсиш ва етилишда давом этади, одам тусига кира бошлайди. 17-20 ҳафта ўтган, қорингизда оҳиста елпинишни пайкайсиз – бу хомиланинг қимирлаш бошлаганидан дарақдир. Шу биринчи қимирлаш кунини ёзиб қўйинг (хомилдорлик қайси паллага келганини аниқлашда асқотади). Бу пайтда хомилдорлик аёнлашади, чунки қорингиз дўппайган, кўнгил айнашлар тўхтади, оғир оёқ аёл ўзини тузук сезади.

Учинчи уч ойлик фасл.
Қорин катталашини давом этади, хомила етила бошлайди, қимирлаши жаддалашади. Ўхтин-ўхтин белингиз оғриши мумкин – бу табиий ҳол, бола вази ва хомила суяклик оғирлигининг ошиши. Ўттиничи ҳафтадан сўнг ўпкагиз сиқилиши оқибатида хансираш аломати пайдо бўлади. Ҳамада қовуқ эзиллиши натижасида ҳоҳатхонага тез-тез боришга эҳтиёж туғилади. Охириги икки ой давомида юриш оғирлашади, тез чарчайсиз, бироқ яқин орада кўзингиз ёриши, инти-

зор бўлиб кутган зурриётингиз дунёга келиши дилингизни хушнуд этади.

Туғруқдан олдинги шифокор назорати
Хомилдорлиkning биринчи аломатлариданоқ шифокорга мурожаат этинг. Шифокор ва доя хомилдорлигингиз меъёрида ўтиши ҳамда болангиз яхши ривожланиши ва соғлом туғилиши учун сизни кузатиб боради.



лар. Ҳар қабулда вазнингизни ўлчайдилар, томир уриши ва қон босимингизни аниқлайдилар – сизни кўриқдан ўтказадилар, шунингдек тахлилларни йиғадилар. Қонни текшириш, шу билан бирга хомиланинг ўлчамини ва бачадондаги ҳолатини кузатиб бориш мақсадида қорин кўруви ҳам битта муолажага киради. Сўнгра шифокор махсус эшиткич ёрдамида хомиланинг юрак уришини эшитиб кўради.

Биринчи қабулда биокимёвий тахлил ҳамда қон гуруҳи ва резус омилни, камқонликни, ОИВ/ОИТС (орттирилган иммунитет танқислиги синдроми), гепатит В ва С, сўзакни аниқлаш учун томирингиздан қон олади-лар. Бу тахлил эрталаб, нахорда олинади.

Кейинги қабулларда умумий қон тахлили учун бармоқдан қон олинади. Энг кўп олиннадиган тахлил – сийдик текшируви бўлиб, уни қандга ва оқсилга аниқлайдилар – оқсил микдорининг ошиши юқумли касалликлар борлигини ёки қон босимининг оқорилигини билдиради.

Шифокор баъзан ультратовуш текшируви (УЗИ)га йўллайди. Бу тадбир хомилани ўлчашга, унинг бачадондаги ҳолатини аниқлашга, ривожланиш нуқсонларини топишга ва бошқа аниқлашларга имкон беради.

Ультратовуш текшируви сизга ёки хомилангизга зарар етказмайди.

Бундан ташқари, хомилдор аёл терапевт, офтальмолог, отоларинголог, стоматолог каби мутахассислар кўригидан ўтиши ҳамда электрокардиограмма (ЭКГ) қилдириши зарур.

Шифокор ёки дояга ўзингизни қизиқтирадиган саволларни беришдан тортинманг, улар сиз-

га бажонидил жавоб беришади. Ўттиз ҳафталик хомилдорликдан сўнг сизнинг қўлингизга тахлил натижалари қайд қилинган «Алмашув варақаси» берилади. Бу варақани доим ўзингиз билан олиб юришингиз лозим, чунки тўлғоқ кўкқисдан бошланиши мумкин, бу ҳужжат



эса туғруқхонага кириш учун йўлланма вазифасини бажаради.

Хомилдорлик давридаги овқатланиш
Она ва чақалоқ соғлом, бақувват бўлишлари учун сифатли таом, яъни оқсил, витамин ва минералларга бой бўлган махсус овқат истеъмол этилиши зарур. Бу даврда икки киши учун, яъни ўзингиз ва болангиз учун овқатланиш керак, деган гаплар – тўғри эмас ва анча эскирган. Бироқ овқатингиз сифатли бўлиши учун таркибига қўйиладиган махсус овқат кириши жуда муҳим.

Сабзавот ва мевалар:
кўпроқ сабзавот ва мевалардан истеъмол қилинг (кунига 400



граммдан кам бўлмасин), чунки улар витаминлар ва минералларга бой.

Углеводга бой бўлган махсус овқатлар: ҳар овқатланганин



гизда картошка, нон, гуруч ёки бошқа ёрмаларни ёки макaron махсус овқатларини еб туринг: улар кўп қувват беради.

Оқсилли махсус овқатлар: сиз ва хомилангизнинг ривожланиши учун оқсиллар жуда зарурдир. Улар гўшт, товуқ, балиқ, тухум, ловия, пишлок ва сут-қатикда, айнисса, кўп бўлади.

Сутли махсус овқатлар: бу гуруҳ оқсиллар, кальций ҳамда А, Е ва Д витаминларининг энг яхши захираси бўлиб ҳисобланади. Кальций болангизнинг суякларини мустаҳкам ва соғлом бўлиши учун керакли модда. Кальций сутли махсус овқатлар (сут, қатик, творог, пишлок) билан бир қаторда бодом, ер ёнғоқ ва қуритилган мевалар таркибиди ҳам мавжуд бўлади.

Темир жуда зарурий модда бўлиб ҳисобланади ва агар у она вужудида етишмаса, камқонлик ривожланиши мумкин. Камқон бўлган онадан заиф бола

БУ СИЗ УЧУН БАХТЛИ ОНЛАР

туғилади. Мол гўшти, балиқ, дуккаклилар (қизил ловия, нўхат, мош), қуритилган мева (шафтоли, анжир, ўрик, майиз), pista, бодом, ёнғоқ, кунгабоқар, кўкатлар (петрушка, каш-нич, ялпиз, шивит, исмалоқ), гулқарам ва картошка қабилар темир моддасига бойдир. Биринчи навли ундан тайёрланган нон ва макaron махсус овқатларини истеъмол қилишга ҳаракат қилинг, чунки у витаминлар ва минераллар, шу билан бирга темир ҳамда фоллий кислота-сига бойитилган. Бойитилган ун ёрлиғида мана бундай белги бўлади.



Темир моддаси яхши синг-ши ва хомила яхши ривожлани-шида **С витамини** муҳим ўрин эгаллайди. Унинг микдори асо-сан цитрус меваларда (лимон, апельсин), булғор қалампир, помидор, шафтоли, қарам ва гулқарам, шовил, петрушка, исмалоқ, қулупнай, малина ва бошқа кўпгина сабзавот ва ме-валар таркибиди айнисса сероб бўлади.

Фоллий кислотаси – яна бир жуда муҳим моддалардан сана-лади. Агар у хомилдорликкача ва хомилдорлиkning биринчи 12 ҳафталигигача бўлган давр-да организмда етишмаса, хоми-ланинг ривожланишига салбий таъсир қилади, яъни хомиланинг бош мия ва орқа мия аномалия-сига олиб келади. Ушбу модда-нинг энг яхши йиғиндис бўлиб сариқ рангли сабзавот ва мева-лар – булғор қалампир, сабзи, ўрик, шафтоли, туршак ҳамда томорқа кўкатлари – исмалоқ, пиёз, салат ва бошқалар ҳисоб-ланади. Хомилдорликкача ва хомилдорлиkning биринчи фас-лида фоллий кислота препарат-ларини қабул қилиш лозим – бу ҳақда шифокорингиз билан маслаҳатлашинг.

Йод – яна бир жуда муҳим микроэлемент ҳисобланади. Йод танқислиги хомилани ривожланишига салбий таъсир кўрсатади, яъни унинг ақлий зафилигига ҳамда жисмонан ўсишининг тўхташига олиб ке-



лади. Хомилдор аёлнинг йод-га бўлган бир кунлик эҳтиёжи 200 мкг.ни ташкил этади, йод препаратини қабул қилишдан олдин шифокор билан масла-ҳатлашинг.

Хомиланинг ривожланиши учун **А витамини** муҳим аҳа-мига эга бўлиб, у асосан тухум сариғида, сариёғ, суюқ қаймоқ, сметана, сут, айнисса, жигарда кўпроқ мавжуддир. Бу витамин

сариқ рангли сабзавот ва ме-валар таркибиди ҳам бўлади.

Қанд ва ёлларга бой ҳамда ширали махсус овқатларни камроқ истеъмол қилишга ҳаракат қилинг. Ёғли таом организмга фойда келтирмайди, шунинг учун ёғли гўшдан ўзингизни тутинг ва овқатни кўп микдор-даги ёғ ёки мойда қовурманг. Овқатларни ўсимликлар мойи-да, айнисса, кунгабоқар ва маккажўхори ёғида тайёрланг, шўр нарсаларни камроқ истеъмол қилинг, фақат йодланган туздан фойдаланиш зарур.

Чой ва қаҳвани овқатланиш пайтида ичиш тавсия қилин-майди, чунки уларнинг тарки-биди темирнинг сингishiга тўсқинлик қиладиган танин ва кофеин моддаси мавжуддир. Қайнатилган ёки газсиз мине-рал сув, янги узилган мева ёки резавор мева шарбатлари, қатик-айрон ичиш янада фой-далидир. Қанча хоҳласангиз, шунча суюқлик ичинг, унинг микдорини ҳатто оёқлар шиш-са ҳам чекламайг.



Хомилдорлиkning ҳар ойи-да вазнингизнинг мунтазам ортиб бориши муҳимдир. Бола туғилиш маҳалида тана вазнига қўйиладиган умумий оғирлик одатда 8 кг дан – 10 кг га етади. Ортиқча тана ваз-нига эга бўлишдан сақланг.

Хомилдор аёлнинг турмуш тарзи

Хомилдорлик бу касаллик эмас, балки ҳаётнинг табиий ва муҳим давридир. Агар сиз соғ-лом турмуш тарзига риоя қил-сангиз, у ҳолда кун тартибин-гизни ўзгартаришга ҳожаат йўқ.

Жисмоний машқлар, меҳ-нат, оилавий турмуш – хоми-ладорлик ва ундан кейинги даврда ҳам муҳимдир. Агар сиз чарчасангиз – ўзингизни урин-тирманг, кўпроқ дам олинг, соғлигингизни аянг.

Хомилдорлиkning хавф-сизлиги ва муваффақиятли ту-гаши биринчи навбатда соғли-гингиз ҳамда хомилдорлик ва туғруққа тайёрлигингизга боғ-лиқ бўлади. Чекадиган, спирт-ли ичимликлар ичадиган ёки гиёҳхандлик билан шуғуллана-диган хомилдор аёл туғила-жак фарзандининг соғлиғига путур етказиши мумкин. Ёдин-гизда тутинг – хомилдор аёл-нинг олдида чекиш ман этила-ди, чунки бу мунтазам чекиш-дан ҳам зарарли. Шу билан бирга дори воситаларини зар-урсиз ва врач тавсия этгани-дан ташқари қабул қилмаслик ҳам жуда муҳимдир.

Мазкур мақола Ўзбекистон Республика Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва «ХелсПром» нодавлат ташкилоти ҳамкорлигида нашр этилган «Она бўлиш бахти» номили китобидан олинди. (Давоми бор).

Конспект врача

АКРОМЕГАЛИЯ: вопросы диагностики и лечения

Акромегалия – это нейроэндокринное заболевание, вызванное хронической гиперпродукцией гормона роста (ГР) у лиц с закончившимся физиологическим ростом и характеризующееся патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей, хрящей, мягких тканей, внутренних органов. В 95 % случаев избыточная секреция ГР вызвана доброкачественной аденомой гипофиза.

Эпидемиологические исследования показывают, что частота акромегалии колеблется от 40 до 60 случаев на 1 млн. населения и ежегодно фиксируется 3-4 случая на 1 млн. человек.

Результаты многочисленных исследований с учетом расовых принадлежностей больных показали, что акромегалия одинаково часто поражает лиц обоего пола (1,2,5). Средний возраст в момент установления диагноза составляет от 30 до 50 лет, хотя гиперсекреция ГР может обуславливать гигантизм у детей и подростков и акромегалию у взрослых в любых возрастных группах.

Акромегалия приводит к ранней инвалидизации и повышенной смертности больных, которая в 2-4 раза выше, чем в общей популяции. Анализ детерминант летальных исходов показывает, что приблизительно 60% больных акромегалией умирают в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 25% – в связи с заболеваниями дыхательной системы и 15% – в связи с различными проявлениями злокачественности. Высокие уровни ГР, гипертензия и заболевания сердца являются основными негативными детерминантами при акромегалии. Установлено, что наименьший уровень ГР представляет собой наиболее точный прогностический фактор выживаемости больных независимо от причины летального исхода крупнее. В свою очередь ранняя диагностика акромегалии и адекватное лечение позволяют сократить частоту смертности в 2-5 раз и значительно улучшить качество жизни больных.

Диагностика

Несмотря на то, что клиническая картина акромегалии весьма богата различными симптомами, почти у 50 % больных диагноз устанавливается достаточно поздно (от 3 до 15 лет), что и обуславливает позднее начало лечебных мероприятий и способствует развитию осложненных форм заболевания. Ретроспективные эпидемиологические исследования показывают, что установление диагноза могут предшествовать от 4 до 10 лет активной стадии заболевания, сегодня диагноз устанавливается раньше, чем у больных начинают проявляться расстройства полей зрения.

Жалобы больных акромегалией разнообразны: общая слабость, разбитость, головные боли, потливость, снижение трудоспособности, повышенная сонливость, изменение внешнего облика (увеличение носа, нижней челюсти, губ, ушных раковин, кистей стоп), повышение артериального давления, боли в суставах и спине, нарушение половых функций. Больные обычно объясняют симптомы старением, прибавкой веса, и действительно в большинстве случаев акромегалия обнаруживается случайно при посещении терапевта, дантиста, уролога или гинеколога. Поэтому важно знать самые первые жалобы, появляющиеся у больных и с которыми они обращаются к специалистам различных профилей. Для выяснения этого вопроса нами был проведен опрос 360 больных акромегалией, результат которого мы приводим в таблице 1.

Таблица 1.

Первые жалобы больных акромегалией и специалисты, к которым они обратились впервые

Жалобы больных	Специалисты, к которым больные обратились впервые	%
Головные боли	Терапевт, невропатолог	71,4
Изменение черт лица, отечность лица, рук	Терапевт, нефролог	74,1
Огрубение конечностей, нарушение трофики ногтей, волос и т.д.	Терапевт, эндокринолог	64,2
Нарушение зрения	Терапевт, окулист	31,4
Нарушение или отсутствие менструаций	Гинеколог	78,4
Повышение артериального давления	Терапевт	51,4
Жажда, полидипсия, полиурия	Эндокринолог, терапевт	55,7
Выделения из грудных желез, бесплодие	Гинеколог, онколог	34,1
Снижение потенции, либидо	Уролог	39,9
Боли в нижней челюсти	Терапевт, дантист	4,1
Боли в суставах, спине	Терапевт, ревматолог	68,6

Как показывают результаты, больные акромегалией впервые со своими жалобами обращаются к специалистам разного профиля, и лишь немногие из них направляют больных к эндокринологу. Ввиду медленного развития и прогрессирования симптомов заболевания, которые длятся десятилетиями, со стертой клинической картиной в период манифеста болезни,

больные лечатся у специалистов по неосновному заболеванию и остаются долгое время не диагностированными. Результаты свидетельствуют, что акромегалия может манифестировать часто под маской артериальной гипертензии (51,4%), хронической цефалгии (71,4%), дис/аменореи (78,5%), лактореи и бесплодия (34,3%), гипотиреоза (64,3%), нарушенной толерантности к глюкозе и сахарного диабета (56%).

Для ранней диагностики акромегалии, помимо первых симптомов, важно знать факторы манифестации заболевания. Которые, судя по анамнестическим данным наших больных, показали, что большая часть больных начало болезни ни с чем не связывали, и в анамнезе у них не было указаний на всевозможные причины или факторы, способствующие развитию аденомы. Вторыми по частоте встречаемости были вирусные и воспалительные заболевания головного мозга, которые составили 15%. У 14,6% больных развитию акромегалии предшествовали перенесенные психотравмы и стрессы. Среди женщин 11,4% связывали развитие болезни с беременностью. Кроме того, немаловажным фактором оказались черепно-мозговые травмы (8,5%) и генетическая (наследственная) отягощенность (7,4%).

Акромегалия характеризуется яркой клинической симптоматикой. Объективные и субъективные признаки заболевания можно разделить на те, что являются следствием влияния ГР или инсулиноподобного фактора роста -1 (ИФР-1) на ткани, и те, что возникают в связи с эффектом массы опухоли. Локальные эффекты могут быть особенно характерными у молодых людей с агрессивной, стремительно развивающейся опухолью. Рост опухоли вверх ведет к сдавлению хиазмы зрительных нервов и к битемпоральной гемианопсии. Параселлярный рост – к парализу III, IV, VI пары черепно-мозговых нервов. Инфраселлярный рост опухоли ведет к ринорее. Гиперпролактинемия, развивающаяся вследствие компрессии ножки гипофиза или как результат смешанной аденомы гипофиза, ведет к синдрому лактореи-аменореи, бесплодию, снижению либидо и потенции. По мере роста опухоли может развиваться гипопитуитаризм с

последующим выпадением гонадотропной, тиреотропной и аденокортикотропной функции гипофиза. В тяжелых случаях может быть несахарный диабет.

Наиболее специфическими признаками заболевания являются изменения черт лица: увеличение носа, ушей, губ, языка, подбородка, промежутков между зубами (диастема), выстояние нижней части лица (прогнатизм), увеличение размеров кистей и стоп, утолщение конечностей. Эти изменения, являющиеся следствием мукополисахаридных осложнений, можно корректировать лечением. Вследствие увеличения гортани и голосовых связок голос становится низким, грубым, утолщаются и грубеют волосы. Гипергидроз, наблюдающийся в 60-80% случаев, и повышенная активность потовых и сальных желез, приводящая к потливости, появлению жирной себореи, обуславливают неприятный запах тела. У 60-70% больных развивается артропатия с деструктивным остеоартритом обычно тех суставов, которые несут большую нагрузку, при этом они носят необратимый характер. Развивается деформация скелета по типу патологического кифоза. Избыточная продукция коллагена внутри сухожилий вызывает дополнительную дестабилизацию суставов. Постоянная стимуляция остеобластов ведет к дегенеративным изменениям в околосуставных областях. Рентгенографически при этом выявляются увеличение размера суставного пространства, угловые деформации суставов, остеопороз, обызвествление суставных поверхностей, остеосклероз, субхондральные кисты, увеличение и кальцификация реберно-хрящевых сочленений.

В таблице 2 мы приводим основные клинические симптомы и осложнения акромегалии.

Таблица 2.

Основные клинические симптомы и осложнения акромегалии

1. Диастема 2. Прогнатизм 3. Фронтальный гиперостоз 4. Остеоартриты 5. Дорзальный кифоз	I. Костная система
1. Akantosis nigricans 2. Грубые кожные складки 3. Аспе 4. Гирсутизм 5. Профузная потливость 6. Себорея 7. Бородавки 8. Гидроаденит	II. Кожа
1. Нарушения менструального цикла 2. Снижение либидо и потенции 3. Лакторея с/без гиперпролактинемии 4. Узлы щитовидной железы с/без нарушения функции 5. Нарушение толерантности 6. Сахарный диабет 7. Гиперкальциемия с уриктиазом 8. Холелитиаз	III. Эндокринная система и метаболические нарушения
1. Сужение полей зрения 2. Парез черепно-мозговых нервов 3. Синдром карпального канала 4. Проксимальная миопатия 5. Радикулопатия 6. Дисциркуляторная энцефалопатия	IV. Нервная система
1. Артериальная гипертензия 2. Кардиомиопатия (гипертрофия левого желудочка, нарушения сердечного ритма: А-В блокада, блокада ветвей и др.) 3. ИБС 4. Нарушения мозгового кровообращения	V. Сердечно-сосудистая система
1. Ночные апноэ 2. Рестриктивные заболевания	VI. Система органов дыхания
1. Аденоматозные полипы толстой кишки 2. Рак толстой кишки	VII. Онкологические заболевания

Наиболее частым осложнением, а также частой причиной смертности при акромегалии являются сердечно-сосудистые осложнения. Довольно распространенными при этом являются кардиомиопатия и гипертензия. Кроме этого, у больных развиваются преждевременный атеросклероз и ишемическая болезнь сердца, рефрактерная застойная сердечная недостаточность, аритмии. Осложнения со стороны дыхательных путей также представляют серьезную проблему. Смертность от нарушения дыхания у больных акромегалией выше в три раза по сравнению с общей популяцией. Развитие респираторных осложнений связано с обструкцией дыхательных путей, которая встречается у 30% больных и локализуется в основном на фарингиальном, ларингиальном и трахеальном уровнях или их сочетании.

Поражения со стороны желудочно-кишечного тракта связаны с нарушениями углеводного, липидного, минерального обмена, а также с повышенной частотой новообразований у больных акромегалией. Характерной для данного заболевания является органомегалия, в результате которой развивается увеличение печени, селезенки. Кроме того, у больных акромегалией учащаются случаи гастрита. Среди осложнений желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречающимися являются рак и полипы толстой кишки. При акромегалии преобладают интестинальные полипы – в 3 раза, колоректальный рак – в 4 раза по сравнению с общей популяцией, независимо от возраста, длительности акромегалии, клинического состояния больных.

Частота нарушений углеводного обмена при акромегалии достигает 54%. ГР вызывает периферическую инсулинорезистентность у 80% больных акромегалией, нарушение толерантности к глюкозе наблюдается у половины, а явный сахарный диабет – у 10-25% больных. Сахарный диабет чаще развивается у людей более старшего возраста с более высокими уровнями и большей продолжительностью гиперсоматотропинемии.

Помимо клинического обследования, необходимо проведение полного лабораторного и инструментального обследований, позволяющих установить точный диагноз и определить оптимальный метод лечения в каждом конкретном случае. В диагностический алгоритм входит рентгенографическое обследование, позволяющее выявить явные или косвенные признаки аденомы гипофиза - (табл.3)

(Продолжение на 5-й стр.)

АКРОМЕГАЛИЯ: вопросы диагностики и лечения

Таблица 3.
Рентгенографические признаки аденомы гипофиза

1. Аденома гипофиза:
 - явные (увеличение размеров турецкого седла; двухконтурность дна турецкого седла)
 - косвенные (остеопороз спинки или стенок турецкого седла; локальное истончение стенки седла, а также передних и задних клиновидных отростков; неровность участка внутреннего контура костной стенки седла) признаки.
2. Утолщение костей черепа.
3. Эндокраниоз.
4. Выраженная пневматизация костей лицевого черепа и пирамид височных костей.
5. Гипертрофический остеопороз костей черепа, позвоночника, кистей и стоп.
6. Толщина мягких тканей стопы >22 мм.

Однако этот метод не позволяет определить размер, характер распространения аденомы, степень вовлечения в процесс пара- и супраселлярных структур, в связи с чем всем больным необходимо проведение компьютерной томографии либо магнитно-резонансной томографии области турецкого седла.

По результатам КТ/МРТ гипоталамо-гипофизарной области, при обследовании 200 больных акромегалией, нами была обнаружена в 3% случаев микроаденома, в 12,7% – аденома с эндоселлярным ростом, в 74% – макроаденома с экстраселлярным ростом, в том числе с супраселлярным ростом – в 34%, в 8,3% – была гигантская аденома гипофиза. Кроме того, у 10,3% больных на КТ/МРТ была картина частично пустого турецкого седла с гипоплазией гипофиза.

Согласно данным Европейского консенсуса по биохимической оценке и длительному отслеживанию больных акромегалией (2004 г.) биохимическая оценка состояния больного с возможным статусом акромегалии включает определение сывороточных концентраций ИФР-1 и ГР и исследование нейросекреторной регуляции секреции ГР посредством динамического тестирования.

Базальные уровни гормона роста (т.е. уровни, измеренные в 9.00 натощак) у больных акромегалией обычно повышены. Однако повышение уровня ГР наблюдается при стрессе, хронической почечной и печеночной недостаточности, сахарном диабете, недоедании и длительном голодании. Таким образом, сам по себе базальный уровень ГР не является ни чувствительным, ни специфическим показателем акромегалии. В связи с этим для постановки диагноза и определения стадии заболевания показано исследование суточного ритма ГР.

При исследовании суточного ритма забор крови проводится каждые 30 мин. либо 60 мин. в течение 24 часов с помощью в/в катетера. Среднесуточные показатели ГР используются для изучения состояния больных акромегалией как в клинике, так и в научных исследованиях, но эта процедура занимает очень много времени. В настоящее время этот параметр используется для научных целей или для оценки состояния больных с результатами теста на толерантность к глюкозе или процедуры определения уровня ИФР-

1, внушающими подозрение. В этих ситуациях схема секреции гормона в течение всего дня может быть полезной. Отбор 4-5 образцов в течение 12 часов является наиболее общим методом оценки секреции ГР в клинической практике.

В диагностике акромегалии может использоваться определение уровня ГР в моче. Однако это трудоемкая процедура в связи с небольшими количествами этого гормона, обнаруживаемого в моче.

При оценке состояния больных акромегалией также могут быть использованы стимуляционные тесты с соматотриберином, однако при установлении диагноза они бесполезны. Реакции ГР у больных акромегалией не дифференцируют их от здоровых людей, и, как оказалось, некоторые соматотрофные аденомы теряют свою чувствительность к соматотриберину.

Для диагностики акромегалии можно использовать тест с тиролиберином, который вводит в натощак в дозе 500мкг в/в однократно. До введения препарата, а также в течение последующих 2-х часов с интервалом 30 минут производится забор крови для определения уровня ГР. У больных акромегалией, как правило, имеется прирост ГР от 50% до 100% от базального уровня. В норме реакция на тиролиберин отсутствует. Однако реакция ГР на тиролиберин не специфична для акромегалии и может иметь место у больных с почечной и печеночной недостаточностью, с анорексией на нервной почве и депрессией.

Классической и первой процедурой в диагностике акромегалии является тест на толерантность к орально вводимой глюкозе (ОГТТ). По данным Европейского консенсуса по биохимической оценке и длительному отслеживанию больных акромегалией (2004 г.), при биохимической оценке состояния больного акромегалией для исследования нейросекреторной регуляции секреции ГР рекомендуется применять ОГТТ. Это безопасная и недорогая процедура, не имеющая противопоказаний (кроме наличия у больного сахарного диабета) и не требующая особой предосторожности. У здоровых людей по меньшей мере по одному образцу можно увидеть подавление секреции ГР менее 2,0 мкг/л и обычно не обнаруживаемые уровни (менее 0,5 мкг/л). У пациентов с активной формой акромегалии может обнаруживаться либо подавление концентрации ГР, но не до обнаруживаемых уровней, либо парадоксальное повышение уровня ГР. С помощью это-

го теста можно обнаружить нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет.

Для установления диагноза нами проводился ОГТТ с определением уровня ГР у 20 больных акромегалией. Ввиду наличия половых различий в секреции ГР, результат ОГТТ оценивали отдельно у мужчин и женщин. Результаты исследования обнаружили недостаточное подавление уровня ГР у мужчин и парадоксальное его увеличение у женщин в течение 2-х часов после теста.

Возможность определения уровня ИФР-1 значительно улучшила диагностику и лечение акромегалии. Сывороточный уровень ИФР-1 является надежным индикатором статуса ГР при акромегалии и лучшим биохимическим маркером клинической активности заболевания. Такое утверждение основывается на ряде факторов:

• ИФР-1 в конечном итоге ответственен за большинство клинических проявлений акромегалии;

• уровень ИФР-1 отражает средний уровень ГР за предшествующий день;

• ИФР-1, в отличие от ГР не подвержен колебаниям в течение короткого периода времени благодаря длительному периоду полужизни;

• даже незначительное повышение уровня ГР сопровождается высоким уровнем ИФР-1.

Относительно недавно было предложено использовать в качестве нового "интегратора" секреции ГР значение содержания в крови ИФР - связывающего белка-3 (ИФРСБ-3), выработка которого индуцируется одновременно гормоном роста и ИФР-1. Уровни ИФР-1 и ИФРСБ-3 имеют прямую корреляцию с активной акромегалией. До сих пор не обнаружено, чтобы повышенные уровни ИФРСБ-3, характерные для акромегалии, попадали в диапазон нормальных уровней этого белка у здоровых людей. Измерение уровней ИФРСБ-3 может быть полезным при оценке состояния больных с клинической акромегалией, ненормальными или вызывающими подозрение уровнями КФР-1 и результатами ОПТ.

Наиболее высокие базальные уровни ГР установлены у больных с вновь выявленной акромегалией и группы медикаментозного лечения агонистами дофамина, относительно низкие уровни у больных после лучевой терапии. А у больных после аденомэктомии гипофиза установлены нормальные показатели.

Другие важные методы исследования при акромегалии. Важна оценка состояния зрения с измерением полей зрения при помощи таблицы Гольдмана и определением остроты зрения при помощи таблицы Сивцева.

Известно, что к сердечно-сосудистым и метаболическим факторам риска относятся гипертония, нарушение толерантности к глюкозе, гипотиреоз и апноэ во сне. Поэтому, согласно данным Европейского консенсуса, по биохимической оценке и длительному отслеживанию больных акромегалией, необходимо регулярно прово-

дить оценку наличия этих факторов риска при диагностике и во время отслеживания состояния больного. Необходимым являются электрокардиография и рентгенография грудной клетки, проведение теста толерантности к глюкозе, определение уровня гликированного гемоглобина, а также оценивать остаточную функцию гипофиза и степень тяжести апноэ. Следует определять уровни электролитов, сыворотки и состояние функции печени. Необходимо проведение эхоостеометрии/рентгенденситометрии костей. Могут быть показаны эхокардиография, тестирование функции системы дыхания и колоноскопия, если есть какие-то симптомы, причем последняя важна в особенности у пожилых людей, среди которых высок риск развития новообразований толстой кишки. Необходимо также помнить о таких дополнительных рисках фак-

торах, как дислипидемия, курение и ожирение, и проводить активное лечение с их учетом.

Лечение
По оценкам, оптимальным методом лечения акромегалии должно стать удаление опухоли при разрешении ее эффектов, сохранении нормальной остаточной функции гипофиза, предотвращении рецидивов, восстановлении нормальной секреции ГР и ИФР-1, снятии симптомов, вызванных непосредственно избытком ГР и возможным предотвращении таких прогрессирующих явлений, как искажение лица, увеличение объема костей, остеоартрит, кардиомиопатия, гипертония, инсулинорезистентность, сахарный диабет и нарушения липидного обмена, необходимые для обратимости неблагоприятных исходов заболевания (табл.5).

Таблица 5.
Цели лечения акромегалии

Ликвидация источника избыточной секреции ГР
Нормализация секреции ГР и ИФР-1
Устранение клинических симптомов заболевания

Согласно данным Европейского консенсуса по биохимической оценке и длительному отслеживанию больных акромегалией (2004 г.), критериями излечения для оценки эффективности всех подходов являются среднесуточные уровни ГР ниже 2,5 мкг/л (5 мIU/L) или не более 1 мкг/л (2 мIU/L) после введения глюкозы вместе с нормализацией циркулирующих уровней ИФР-1 для данного возраста и пола.

Методами, с помощью которых данные цели можно достичь, являются:

• хирургический (трансфеноидальная и транскраниальная аденомэктомия)

• лучевой (дистанционная гамма-терапия, протонотерапия, гамма-нож)

• медикаментозный (аналоги соматостатина, агонистами дофамина, антагонистами рецепторов ГР).

Выбор способа лечения зависит от размера и характера роста аденомы, состояния зрения, уровня ГР, возраста больного, наличия сопутствующих тяжелых соматических нарушений и желания больного.

Лечением первого выбора при акромегалии является *оперативное вмешательство*. Современным принципом хирургического лечения опухолей гипофиза является выбор наиболее рационального метода оперативного вмешательства, который определяется размерами аденомы и особенностями ее распространения. Абсолютным показанием для экстренной хирургической операции, независимо от возраста больного, уровня ГР и сопутствующих заболеваний является состояние зрения, и степень ее восстановления в последующем зависит от длительности предшествующей компрессии зрительных нервов удаленной аденомой и степени выраженности атрофии дисков. Способ оперативного вмешательства определяется размерами аденомы и особенностями ее распространения. Трансфеноидальная аденомэктомия (ТФА) остается основным методом лечения ГР-секретирующих опухолей, но должна производиться только в центрах, имеющих опыт таких операций. Исход бывает успешным в большинстве случаев микроаденом и замкнутых макроаденом, ра-

зочарывающим – при операции крупных аденом и почти никаким – при инвазивных опухолях. Из 224 больных эндокринная ремиссия имела место к 72% микроаденом, 50% макроаденом и только в 17% крупных аденом. Нормализованные уровни ИФР-1 при уровнях ГР ниже 3 мкг/л или 2,5 мкг/л достигались у 59% и 42% больных соответственно. При распространении опухоли выше турецкого седла используют субфронтальный подход.

Посредством операции снимается компрессия на такие смежные структуры, как хиазма и желудочки мозга, при этом осложнения бывают редко. Аденомэктомия способствует снижению массы левого желудочка и улучшает диастолическую функцию у больных, вычеленных от акромегалии. Фактически в одном из исследований методом опроса 3 171 нейрохирурга по поводу 14 специфических осложнений трансфеноидальной операции отмечалось, что средний коэффициент смертности в связи с операцией низок (0,9%), недостаточность аденогипофиза и сахарный диабет являются наиболее общими осложнениями (19,4% и 17,8% соответственно), тогда как ликворные свищи обнаруживались в малом проценте случаев (3,9%), а другие осложнения, такие, как поражение сонной артерии, гипоталамические поражения, потеря зрения и менингит встречались в 1-2% случаев. Применение короткого дооперационного медикаментозного курса улучшает исход операции. Авторы Colao A., Ferone D. имели возможность наблюдать, как 6-месячное дооперационное лечение октреотидом улучшало метаболические и гемодинамические параметры и сокращало продолжительность госпитализации больных акромегалией. (9).

С. ИСМАИЛОВ,
директор НИИ
Эндокринологии,
доктор медицинских
наук, профессор.

(Продолжение в
следующем номере).

(Продолжение. Начало
на 4-й стр.)

Юртимиз шифохоналарида

КИМЁВИЙ ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ ТАТБИҚИ

Аҳоли саломатлигини яхшилаш йўлида олиб борилаётган ислохотлар қаторида тиббиёт ходимларининг янги давр талабига кўра фаолият юритишлари, босқичма-босқич амалга оширилаётган туб ислохотларни амалиётга татбиқ этишлари бугунги кун тиббиёти ривожининг асосий вазифаларидан бирига айланиб бормоқда. Айниқса, ижтимоий касалликларнинг олдини олиш ва даволаш борасида кўпгина замонавий технологияларнинг қўлланилиши ҳамда тезкор, тахлили лаборатория текширувларининг йўлга қўйилиши ҳар қандай хавфли касалликларнинг эрта олди олиниши ва бартараф этилишига асос бўлмоқда. Шу маънода Республика онкология илмий марказининг кимёвий даволаш бўлими раҳбари Дониёр Пулатов билан хавфли лимфома ва ўсма-ларнинг бошқа турлари бўйича олиб борилаётган химиотерапия муолажалари ҳақида суҳбатлашдик.

— Аҳолининг лимфома касаллигига чалиниш даражаси ва бош сабаби нимада, деб ўйлайсиз?

— Охирги пайтларда республикамизда хавфли ўсма-ларнинг бир тури ҳисобланган — лимфома касаллиги кўпайганлиги қайд қилинмоқда. Бунинг асосий сабаби иммунодефицит ҳолатлар билан боғлиқ бўлиб, яъни иммун тизимининг заиф-

ўзгаришларни шамоллаш билан боғлаб, турли дори воситаларидан фойдаланадилар. Лекин бу кўп ҳолларда нотўғри даво-лашга сабаб бўлади. Ҳатто ай-рим беморлар «онкология» сўзи-дан қўрқиб, табиблар, хусусий шифохона ва ихтисослашмаган касалхоналарга бориб қолиша-ди. Уларнинг даволаридан наф кузатилмагач, касаллик эърайиб, тарқалган ҳолатида беморлар

ногистохимия), аниқланиб юбо-рилади.

Бутун дунё онкологлар таж-рибаси шуни кўрсатадики, бу-гунги кунда лимфомалар химио-терапия ва нур терапия восита-лари ёрдамида даволанса, жуда яхши натижалар беради. Химио-терапия дегадда айрим бемор-лар ва уларнинг яқинларида нотўғри тушулча ва салбий му-носабат шаклланади. Бу омил ҳам беморларни ўз вақтида да-волаш имкониятини чеклаб қўяди.

Шуни қайд этиш керакки, дав-латимиз томонидан Республика онкология илмий маркази ва он-кологик диспансерлар керакли замонавий кимёвий дори-лар билан етарли даражада таъминлан-ган. Химиотерапия вақтида уч-раши мумкин бўлган баъзи сал-бий таъсирларнинг олдини олиш мақсадида қўлланадиган дори-лар ҳам беморларга ет-казиб берилмоқда. Ҳозирги кунда ўсма-ларни дори воситалари билан даволашда энг илғор ва замонавий усуллардан — мо-ноклонал антителодан иборат пре-паратлар, яъни «Мабтера» кенг қўлланилмоқда. Бу дори бемор-нинг ўсмага қарши иммунитетни кучайтириб, касалликнинг батамом тугатилишига олиб ке-лади. Бу препаратнинг салбий таъсирлари деярли йўқ ва да-волашни амбулатор шароитида ҳам ўтказса бўлади.

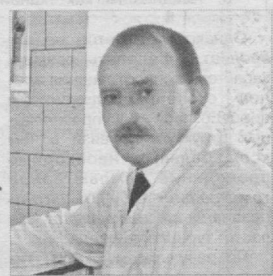
— Беморларни ўз соғлиғи-га нисбатан ишончини уйғо-тиш ва яшашга бўлган иш-тиёқни оширишда кимёвий даволаш билан бирга руҳий даволашнинг ҳам ўз таъсири бор. Бу тўғрида қандай фикрдасиз?

— Сукротнинг «Руҳий давола-масдан туриб, танани даволаб бўлмайди» деган мантикли ибор-саси бор. Яъни танани руҳдан, руҳни танадан ажратиб бўлмай-ди. Ўсма касалликларини даво-лашга келганда ҳар бир онко-лог-шифокор биринчи навбат-да психолог, психотерапевт бўлиши керак. Шундагина у бе-морнинг аҳолига индивидуал услубда ёндошиб, унинг саво-ди, дунёқараши ва интеллекту-ал қобилиятига қараб, асосий мақсад — самарали даволаниш эканлиги ва бу борада махсус терапия ягона восита ҳисобла-нишини беморга тушунтира олади. Кўпгина онкологик дис-пансерларда, шу жумладан мар-казимизда ҳам руҳий даволаш хонаси мавжуд бўлиб, унда юқори малакали мутахассис психотерапевтлар фаолият ю-ритишади. Бу албатта, оғир аҳволдаги бемор хавотирлари-ни йўқотиб, уларни яшашга ва узок умр кечиришига умид уй-ғотади.

Республиканский онкологический научный центр является главным местом в республике, где идет ожесточенная борьба против одного из самых сложных заболеваний нынешнего времени. Много отделений, каждое из которых имеет свою специализацию и свои функции, под руководством опытных врачей ведут активную научную и практическую деятельность. С 2002 года в РОНЦ существует отделение аутогемотрансфузии и иммунотерапии, руководит которой кандидат медицинских наук С. В. Камышов, который и рассказал нам обо всех методах, используемых на сегодняшний день в этом отделении.

ПРОСТОТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

— Наше отделение осуществ-ляет свою деятельность вот уже 6 лет. В отделении используются современные методики иммуно-коррекции, направленные на улучшение качества жизни пациен-тов, получающих противоопу-холевое лечение в РОНЦ МЗ РУ. Всем известно, что даже совре-менные программы химио- и лучевой терапии обладают опре-деленными побочными эффекта-ми, выражающимися в снижении показателей лейкоцитов и лим-фоцитов, а также гемоглобина, что приводит к ухудшению са-мочувствия больного и, что не-маловажно, к снижению эффек-тивности проводимого лечения. Из-за сниженных показателей гемограммы порой невозможно провести запланированное лече-ние в должном объеме, что в конечном итоге приводит к сни-жению эффективности терапии. В нашем отделении проводятся процедуры экстракорпоральной иммунофармакотерапии, заклю-чающиеся в обработке собствен-ной крови пациента специальны-ми иммунокорректорами. Техно-логия процедуры разработана и защищена патентами РУ и РФ. В СНГ накоплен огромный опыт ис-пользования экстракорпоральных методик иммунокоррекции в лечении заболеваний аутоиммун-ного характера. Не исключение



и онкология, где процессы кор-рекции иммунитета имеют важ-ное практическое значение. От-личительными особенностями процедуры являются простота и эффективность, а также полная биологическая безопасность для пациента наряду с высокой эф-фективностью в отношении вы-равнивания показателей гемогра-ммы и снижения токсичности химиотерапии. Благодаря при-менению данной технологии в течение 3-4 дней удается до-биться нормализации гемогра-ммы, улучшить самочувствие больного. За время работы от-деления с 2002 года данная процедура проведена более чем 3 000 больным, проведена оценка эффективности терапии, частота положительного эффек-та достигает 80-85%.

Каждый новый метод, внедряющийся в практику РОНЦ, является еще одним шагом, приближающим нас к цели — нахождению эффективного лечения онкологических забо-леваний. Мы желаем работникам РОНЦ сил и упорства для преодоления всех препятствий, встречающихся на пути до-стижения цели.

ТЕЗКОР ТАҲЛИЛ КАСАЛЛИК ТАШҲИСИНИНГ АСОСИ



Беморнинг умумий касаллик аҳолини лаборатор текширу-дан ўтказиб, тўғри ташхисга эга бўлиш ҳар қандай хавф-хатарнинг эрта олди олиниши-га асос бўлади. Таъкидлаш жоизки, Республика онкология илмий марказининг саратон молекуляр кимёси, ўсма-лар экспериментал терапия, анти-мисотик препаратлар, саратон генетикаси, иммунология син-гари лаборатория бўлими

тажрибали мутахассислар билан бирга, энг сўнгги тезкор текширув аппаратларидан фойдаланиш таъминланган. Суҳбатимизни касалликнинг умумий тахлиллари бўйича катта лаборанти Нодира Дилмухаммедова билан давом эттирдик.

— Ҳар қандай касалликни эрта аниқлашда биринчи бўлиб, лаборатория текшируви талаб этилади. Мана 32 йилдики, ушбу марказда фаолият юритиб келаман. Асосий меҳнат жараё-ним ўсма касаллиги билан му-рожаат қилган беморларнинг умумий қон, пешоб, биохимик тахлилларини текширишдан иборат. Кўпчилик беморлар қон топиришдан чўчиб турядилар. Баъзи ҳолларда эса улар ўйла-ган касаллик аломатлари тамо-на нотўғри бўлиб чиқади. Чун-ки, лаборатория тахлилини ўтқа-

зиш мутахассисдан кучли би-лим ва етарли тажрибани та-лаб қилади. Шу боис, доимий равишда ўз малакамини оши-риб келаман. Олиб келинаёт-ган янги тиббий жиҳозлар билан сирлашиб, улардан умумий фойдаланиш қўндалик вазифамизга айланиб қолган. Ҳозирги вақтда бўлишимиз қайтадан янгиланиб, зарурий лаборатория жиҳозлари билан таъминланди. Амалдаги мас-камимиз барча шарт-шароитлар-дан самарали фойдаланиб, тахлил хизмати аъло дара-жада олиб боришга эришиш-дир.



Шифокор эслатмиси:

Сизда лимфа тугунлари шиши билан боғлиқ ҳолат кузати-дими, вақтни бой бермай, онколог кўригидан ўтинг. Чунки, эрта аниқланган лимфомаларни даволаш бемор соғлиғи бата-мом тикланишига асос бўлади.

лиги оқибатида келиб чиқади. Аввало, шуни айтиш керакки, бу касаллик кўпичина 20 ёшдан 30 ёшгача бўлган аҳоли ора-сида учрайди. Лимфомалар хавфли ўсма-ларнинг бир тури бўлгани билан, бошланғич бос-қичларда аниқланса, бемор бу-тунлай даволаниб кетиши мум-кин. Шундай экан, шифокор-лар ва кенг жамоатчилик ора-сида лимфомалар тўғрисида етарли маълумот бўлиши ке-рак. Бу хасталик тиббиётда лимфа тугунларининг хавфли ўсма касаллиги, деб юритила-ди. Лимфа тугунлар одам ор-ганизмнинг ташқи ва ички со-ҳаларида жойлашиб, иммуни-тет тизимининг асосий аъзо-лари ҳисобланади. Касаллик бошланишида кўпроқ бўйин лимфа тугунлари, баъзида эса қўлтиқ ости, чов, қорин парда орти лимфа тугунлари ва талоқ аъзолари ҳам зарарланиши мумкин. Ушбу зарарланиш лимфа тугуни катталаниши билан намоён бўлади. Касал-лик тана ҳароратининг кўтари-лиши, дармонсизлик, озиш белгилари билан давом этади, лекин баъзида ҳеч қандай ало-матлар кузатилмаслиги мум-кин. Кўпчилик беморлар бу

онкологларга муурожаат қилиш-га мажбур бўладилар.

— Эндилкида ушбу касал-лиқни самарали даволаш учун республикамизнинг бар-ча онкологик диспансерлари-да шариотлар етарлими?

— Лимфома ташхисини қўйиш имкониятлари барча онкологик диспансерларда мавжуд. Ҳус-сан, Республика онкология ил-мий марказида лимфома таш-хисини қўйиш ва турини аниқ-лаб бериш усуллари бўйича им-кониятлари жуда юқори. Замо-навий ультратовуш, рентгеноло-гик, КТ, лапаро-, торакоскопик ва бир неча эндоскопик усул-лар қаторида, беморларда лим-фа тугунлар биопсияси ўткази-либ, гистологик ва иммуногис-тохимик текширишлар ҳам олиб борилади. Хавфли лимфомалар иккита катта гуруҳга бўлингани билан улар ўз ичига бир неча мустаҳкам нозологик лимфома турларини киритади. Лимфома касаллигини аниқлаш жараёни-да иммуногистохимик ташхис-лаш усули катта аҳамиятга эга. Лимфома турига қараб, бемор-га керакли ва самараси энг юқори бўладиган дори, худди қулфга (лимфома) қалит (даво-лаш усули) топилгандай (иму-

Маъмур мақолалар Ўзбекистон Республикаси мустақил босма оммавий ахборот воситалари ва ахборот агент-ликларини қўллаб-қувватлаш ва ривожлантириш жамоат фонднинг «Соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилаёт-ган ислохотлар мониторинги» лойиҳаси асосида тайёрланди.

Саҳифани Намоз ТОЛИПОВ тайёрлади.

Ўтмишга бир назар

ДАВР ОРТИДАГИ МЕҲНАТЛАР САМАРАСИ

Жорий йилнинг 17 сентябрида Тошкент вакцина ва зардоблар илмий-текишириш институтининг фаолияти бошланганлиги ва ташкил топганлигига 90 йил тўлади. Шу муносабат билан Ўзбекистон Республикаси илмий-техникавий ва тиббиёт ҳужжатлари марказий давлат архиви (ЎЗР ИТТИ МДА) фондида сақланаётган "Таш-НИИВС" (Тошкент вакцина ва зардоблар илмий-текишириш институти) ҳужжатлари асосидаги тарихий маълумотларни эътиборингизга ҳавола этмоқчимиз.

Даставвал, Илмий-техникавий ва тиббиёт ҳужжатлари марказий давлат архиви тарихи ва фаолияти ҳақида тўхталсак. Архив 1962 йилда ташкил топган бўлиб, унда илм, фан, оғир ва енгил саноат, техника, конструкторлик, транспорт, йўл қурилиши, рационализаторлик, сув ва ўрмон ҳўжалиги, лойиҳа институтлари ҳужжатлари ҳамда тиббиёт соҳасига оид бўлган ҳужжатлар сақланади. Бугунги кунда бу ҳужжатларнинг сони 250000 га яқин. Бундан ташқари архивда шу йўналишлардаги соҳаларнинг ривожланиши тарихига ҳисса қўшган фан арбоблари олим ва профессорларнинг шахсий жамғарма ҳужжатлари ҳам сақланади. Шахсий жамғарма ҳужжатлари доимий тарзда давлат сақловига қабул қилинади. ЎЗР ИТТХ МД архивиде сақланаётган Миллий архив фонди ҳужжатлари орасида нодир илмий ва тарихий аҳамиятга эга бўлган ҳужжатлар ҳам мавжуд бўлиб, улар республиканинг ижтимоий-иқтисодий ва маданий ҳаётида муҳим ўрин эгаллаган ҳолда қимматли маълумотларни бера олади. Шулардан бири Тош-

кент вакцина ва зардоблар илмий-текишириш институти фонди ҳисобланади. Институтнинг ташкил топши тарихи ва фаолияти, ундаги олиб борилган муҳим ишлар ҳақида архив материалларидан қуйидагиларни маълум қилишни лозим топдик: XX аср бошларига келиб, Туркистон ўлкасида аҳоли саломатлигини тиклаш ишида оғир вазият юзага келган, айниқса, юқумли ва ўткир инфекцияли касалликлар билан оғирган беморлар сони кўпайиб борган. Ўлкада шу каби касалликларнинг олдини олиш учун махсус тиббий муассаса зарурияти юзага келиб, натижада 1918 йил 17 сентябрда профессор А. Д. Греков томонидан микробиология лабораторияси ташкил қилинган. Асосий вазифаси ўлка аҳолиси ва собиқ совет ҳарбийларининг эҳтиёжи учун зарур бактериологик препаратларни ишлаб чиқиш бўлган ушбу лабораторияда доимий тарзда илмий ходимларнинг тажриба ҳамда теширувлари натижасида илмий ишлар сони ортиб борган. Архив ҳужжатларидан маълум бўлишича, 1929 йилда институт санитар-бактериологик институтга, 1930 йилда эса эпидемиология, мик-

робиология ва санитария институтига айлантирилган. Институтда бу даврда эпидемиология сектори, санитар-гигиена сектори, ишлаб чиқариш биофабрикаси ва маъмурий-ҳўжалик бўлими фаолият кўрсатган. 1935 йилдан санитария-гигиена сектори институт таркибидан ажралиб чиқиб, шу йилнинг ўзига эпидемиология секториде бруцеллез лабораторияси ташкил этилган ва 1940 йилга келиб, бу лаборатория мустақил ҳолда Республика бруцеллез станциясига айлантирилган. Иккинчи жаҳон уруши даврига (1941 й.) келиб эса институт таркиби яна ўзгариб, унга кўра институтда 6 та бўлимини ўз ичига олган эпидемиология сектори ва 9 та бўлимдан иборат бўлган ишлаб чиқариш сектори иш олиб борган. 1942 йилда 8 та бўлимли илмий сектор ва 12 бўлимли ишлаб чиқариш сектори фаолият қўриган. Бундай фаолият натижасида зарур бактериологик препаратлар яратилиши самарали таъминлаб берилди.

Нихоят, собиқ иттифоқ министрлар советининг 1950 йил 11 декабрга 914-сонли қарорига кўра Тошкент эпидемиология ва микробиология институти Тошкент вакцина ва зардоблар институтига айлантирилган. Бу эса институт фаолиятини янада ривожлантирган. 1950 йилда институт таркиби 10 та бўлимдан иборат илмий сектор ва 12 та бўлимдан иборат ишлаб чиқариш секторидан таркиб топди. 1969 йилдан бошлаб инсти-

тут таркибиде раҳбарият, илмий сектор, ташкилий-услубий бўлим, экспериментал иммунология ва микробиология бўлими (заҳарга қарши зардоблар, генетика вакцина штаммлари, экспериментал иммунология, бактериологик препаратлар самарадорлигини ўрганувчи лабораториялари билан), экспериментал-технологик бўлим (кўйўтал вакцинаси, ичак вакцинаси, вирус-риккетсиоз ва биохимия лабораторияси)лардан иборат бўлган. Институт фаолиятини ўрганиш давомида бир қанча янги препаратлар яратилишининг йилдан-йилга кўпайганлигини кузатиш мумкин. Масалан, 1919-1921 йилларда 4 хил препарат яратилган ҳамда ишлаб чиқарилган бўлса, 1953 йилга келиб, бу кўрсаткич 47 тага етганлиги архив ҳужжатларидан маълум.

Ҳозирги кунда институтда бир неча илмий-тадқиқот ишлари олиб борилмоқда. Институт ўз илмий фаолияти давомида Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент фармацевтика институти, Педиатрия илмий-текишириш институти, Микробиология ва эпидемиология

ИТТ, Иммунология ИТТ, Вирусология ИТТ, Биохимия ИТТ ва ЎЗР ССВ Фармокмитети, Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон миллий университети ва «Biomed Lublin» компанияси билан ҳамкорликда иш олиб бормоқда. 1999 йилдан буйн институтда Олий аттестация комиссияси томонидан маъқулланган "Инфекция, иммунитет ва фармакология" номли илмий журнал нашр этилмоқда. ЎЗР ИТТХ МД архивиде ушбу институтнинг Миллий архив фондида қиритилган 800 га яқин ҳужжатлари сақланади. Булар 1921 йилдан 1976 йилгача бўлган ҳужжатлардир. Шундан 651 таси бошқарув ҳужжатлари бўлса, қолган қисми эса илмий фаолиятга оид бўлган ҳужжатларга бўлинади. Архив фондидаги ҳужжатлар орасиде институтнинг ишлаб чиқариш буйруқлари, илмий ишлар ва диссертациялар, автореферат, илмий-мавзули режалар, илмий-амалий ва илмий-тадқиқот фаолиятлар учун маълумотномалар, маърузалар ҳамда бошқа ҳужжатлар мавжуд.

Бу каби нодир ҳужжатлардан тиббиёт соҳаси ривожиде аҳолининг саломатлигини тиклаш мақсадида олиб бориладиган илмий ишлар, монография ва мақолалари учун муҳим маълумотлар олиш мумкин. Бунда эса тадқиқотчи ва олимларнинг архив ҳужжатларини ўрганиб, илмий йўналишда фаолият юритишлари муҳим ўрин эгаллайди.

Сайёра МУҲАМЕДОВА,
Ўзбекистон Республикаси илмий-техникавий ва тиббиёт ҳужжатлари марказий давлат архиви катта илмий ходими.

Долзарб мавзу

ДАВОСИЗ ДАРДНИНГ ОЛДИНИ ОЛАЙЛИК!

Маълумки, ОИТС касаллиги дунё афқор оммаси эътибориде турган ва ўз ечимини топиши лозим бўлган долзарб муаммолардан бири саналади. Шунинг учун, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ВОЗ) томонидан ҳар йили 1 декабрь «Халқаро ОИТСга қарши кураш куни» деб қабул қилинган. Бу бежиз эмас, албатта. Чунки ушбу хасталик инсониятга кўлаб моддий ва маънавий зарар келтиради, энг ачинарлиси қисқа вақт ўтиши билан бу касаллик ўлим билан яқун топади.

Ҳозирги кунда кўпгина манбаларда ОИВ (ВИЧ) вируси одамнинг иммун тизимини зарарлаши ҳамда палапартиш жинсий алоқа қилиш, текирилмаган қон ва унинг маҳсулотларини қўйиш, етарли даражада стерилланмаган тиббий асбоблар, тозаланмаган маникюр, педикюр, татуировка ва соқол олиш ускуналаридан фойдаланилганда юқуши тўғрисида маълумотлар бериб берилмоқда. Кузатишлар натижаси шуни кўрсатадики, ОИТС касаллигига қалинган шахсларнинг кўпчилиги гиёҳванд моддаларни токир орқали қабул қилувчилардир. Бундан кўриниб турибдики, гиёҳванд моддалар ОИТС хасталиги тарқалишида асосий омиллардан бири бўлиб хизмат қилар экан. Шу ўринда гиёҳванд моддаларнинг тиббий, ижтимоий, маънавий ҳамда иқтисодий зарари тўғрисида қисқача тўхталиб ўтсак, Гиёҳвандликнинг жамиятга етказадиган зарари беҳад кўп. Бу дардга мубтало бўлган қимсада аввало ўзига, сўнгра оиласига, касбига ёки ўқишига нисбатан қизиқиш, аҳамият ва парво ҳислари йўқо-

лади. Айниқса, ишлаб чиқариш ва тараққиётнинг асосий қучи саналмиш ёш авлодни бу оғунинг биринчи навбатдаги қурбони бўлиши жуда ачинарли ҳол. Гиёҳвандликнинг салбий оқибатлари фақат шахс ёки жамиятигана эмас, балки, бориб-бориб бутун мамлакатнинг соғломлиги ва барқарорлигига путур етказиши, сиёсий тузум ва қонунчилик издан чиқилишига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Маълумки оила – жамиятнинг асосий ҳужайраси. У соғлом бўлса, жамият ҳам соғлом бўлади. Оила аъзоларининг бирортаси гиёҳвандликка ружу қўйса, бу унинг касб-корига салбий зарар етказиши. Даромад озлиги туфайли оилани таъминлаш қийинлашади. Мухтожлик эса, инсонни ғайриқонуний, қинғир йўллар билан бўлса ҳам пул топишга ундайди. Иродаси сусет гиёҳвандлар эса, ўзини идора қилолмай жиноятга қўл урадилар. Унинг касофатидан оиланинг барча аъзолари, қариндош-уруғлар азият чекадилар. Гиёҳванд одам ўз оила аъзоларига яхши ҳислатларда намуна бўлиш ўрнига ёмон сифатларда ибрат қўрсатади. Оила бошлиғи гиёҳванд бўлса, у бу одатни оила

аъзоларига ўтказиши. Чунки болалар олдида мунтазам гиёҳвандлик моддасини истеъмол қиларверган, уларда ҳам шу нарсаси иштиёк ва журъат ўйғонади. Гиёҳвандлик билан танилган оила манзили расмий ташкилотлар томонидан доимо назорат остида бўлади. Бундай нотинч ва нооқсоийшда оила аъзолари ўртасида доимий низо, жанжал бўлгани сабабли уларнинг турмушида ҳеч қандай ҳаловат қолмайди.

Кўриниб турибдики, гиёҳвандлик инсон жисминини қанчалик ҳароб қилса, худди шундай шахс ва жамият мол-мулки ҳамда бойлигига ҳам зарар етказиши. У тинч-тотув оилаларни бузади, болаларни етим қилади, қашшоқлик, муҳтожликда яшашга мажбур этади, охир-оқибатда касаллик, ОИТС, ўлим ёки қамоқхона билан яқун топади.

Кези келганда шуни айтиб ўтиш керакики, ОИТС ва гиёҳвандлик муаммоларининг олдини олишда соғлиқни сақлаш тизими томонидан амалга оширилаётган зарур барча чора-тадбирлар масаланинг бир томони. Иккинчи томондан эса, ОИТС касаллигининг нечоғлиқ даражада хавфли эканлиги, унинг оғир асоратлари, касаллиқнинг олдини олишда ҳаётдаги юриш-туриш, ахлоқ-одоб ва тарбиянинг роли тўғрисида аҳолининг, энг асосийси ёшларнинг тиббий билим саводхонлигини ошириш ётади. ОИТС ва гиёҳвандлик фақатгина тиббиёт соҳасининг муаммоси

бўлибгина қолмасдан, режали профилактик чора-тадбирлар тегишли вазирликлар, халқаро ва нодавлат ташкилотлар, оммавий ахборот воситалари ҳамда аҳоли гуруҳлари ҳамкорлигида олиб борилишини талаб этади. Ҳар бир тараққий этган ва таътиган мамлакатда инсонлар саломатлигини билан боғлиқ масалаларга давлат сиёсати даражасида қаралади. Сўнги йилларда ҳукуматимиз томонидан инсон саломатлигини янада мустаҳкамлаш, соғлом инсонлар сафини кенгайтириш, соғлом турмуш тарзини шакллантириш, бир сўз билан айтганда соғлом жамиятни ташкил этишга катта эътибор берилмоқда. Бу бежиз эмас албатта. Чунки киши носоғлом бўлса, у ҳаёт нашидасидан баҳраманд бўла олмайди. Шу билан бирга оиласига, айниқса ўз мамлакатига ташвиш келтиради. Агар инсон соғлом бўлса, у ақлий ва жисмоний фаолиятда

ижобий натижаларга эришади. Унинг эришган ютуқларидан биринчи навбатда ўзи, оиласи, маҳалла аҳли, қолаверса у яшаётган юрт манфаат қўради. Маълумки, яқин йиллардан бери республикамызда бу борада қатор ишлар амалга оширилиб, ижобий натижаларга эришилмоқда. Илмий изланишлар шуни кўрсатадики, инсон соғлиғи 50-55 фоиз ҳолатларда соғлом турмуш тарзига боғлиқ бўлар экан. Демак, олдимизда турган энг асосий вазифа кишиларнинг ўз саломатликларига бўлган тушунчаларини ўзгартириш, ўз соғлиғи учун масъулигини ошириб, уни боқимандлик қайфиятидан халос этиш, бу ишни унинг ўзидан бошқа ҳеч бир врач, ҳеч бир дори ва ҳеч қандай тиббий техника қила олмаслигини тушунтириш керак бўлади.

Хулоса ўрнида шуни айтиш керакики, табиатнинг энг олий маҳсули бўлиши инсоннинг узоқ яшаши, ҳаёт завқини суриши, яратувчанлик ва бунёдкорлик ишларида фаол қатнашиши учун барча имкониятлар мавжуд. Табиат бизга узоқ умр ато этган, лекин бефарқлигимиз туфайли уни ўзимиз қисқартирамиз. Умрининг гавҳари, шамчироғи ҳам саломатликдир. Бу нодир бойлиқни асраб-авайлаш биринчи навбатда ўзимизга боғлиқ.

Нуриддин ТОШБОЕВ,
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Республика Давлат санитария-эпидемиология
маркази мутахассиси.

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

УЙ БЕКАЛАРИ, ЎДИНГИЗДА БЎЛСИН!

Куйишли ўлкамиз табиати-нинг неъматлари беҳисоб. Айниқса, ҳозирги кунда мевасабзавотларнинг фарқ пишган вақти бўлиб, улардан уй бекалари консервалар тайёрлашни бошлаб юборганлар. Таъкидлаш жоизки, бу жараён жуда ноқийм ва мураккаб. Бу ишда албатта шошмасдан санитария-гигиена талабларига риоя қилиш зарур. Агар керакли қоидаларга эътибор берилмаса унинг оқибатида турли кўнгилсизликлар келиб чиқиши мумкин.

Консервалар усуллари хилма-хил, аммо санитария-гигиена талаблари битта. Мазкур жараёнда қўллангандан мевасабзавотлар, идиш, қопқоқ ва шу каби зарурий нарсалар тоза бўлиши ҳамда консерваландиган мева ёки сабзавотлар сараланиб, ярқисларли олиб ташланиши, яхшилаб ювилиши муҳим. Шунингдек, стерилизация қоидаларига қатъий риоя қилиб, бакаларга қуйиладиган суюқлик ва тайёр бўлган консервалар қайнатилган ҳолда ёпилсагина мақсадга мувофиқ бўлади. Акс ҳолда ёпилган консерва бакалари узок вақт сақланмасдан қопқоқлари отилиб, маҳсулотлар истеъмол учун ярқисиз ҳолга келади. Афсуски, айримлар бундай ҳолатга жиддий аҳамият бермасдан, бузилган маҳсулотни истеъмол қиладилар. Натижада захарланиш рўй бериб, бу ҳатто ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Ширин консерваларда қанд моддаси, сирканганларда эса аччиқнинг меъёрида бўлишига аҳамият бериш керак. Чунки бу талаб бузилса ҳам захарланишга олиб келади. Шу ўринда айтиш жоизки, консерваларнинг айниқаллигини банка қопқоқининг шишганидан, ичидига суюқликнинг лойқаланиб қолганидан ёки сабзавот, мева доналарининг титилганидан билиш мумкин.

Агарда консерваланган маҳсулот истеъмол қилингандан кейин кўнгил айниса, қайт қилиш, кўз тиниб, бош айланиши (бузилган консерва истеъмол қилинган вақтдан бошлаб, 2 соатдан ўн кунгача содир бўлиши мумкин), ич кетса дарҳол врачга мурожаат қилинг. Ана шуни таъкидламоқчимизки, барча уй бекалари ҳонадон шароитида консервалаш технологияларига қатъий риоя қилинг. Ана шундангина ўзингиз ва оила аъзоларининг соғлиғига ҳаф солмаган бўласиз.

Рустам ИКРОМОВ,
Анджон вилоят давлат санитария-эпидемиология назорати маркази бош врачининг ўринбосари.

Жительница Туниса родила шестерых близнецов

Жительница Туниса родила шестерых близнецов, сообщает Le Figaro. Новорожденные – три мальчика и три девочки – появились на свет в воскресенье в клинике Рабта в столице страны.

По словам доктора Башира Зуауи, проводившего многодетной матери операцию кесарева сечения, пять младенцев признаны абсолютно здоровыми, у шестого отмечена дыхательная недостаточность. Состояние женщины также не вызывает опасений.

Напомним, что некоторое время назад семерых младенцев – все они были признаны здоровыми – родила жительница Египта. Египтянка, уже имевшая троих дочерей, использовала стимулирующие овуляцию препараты в надежде родить наследника мужского пола. Об использовании каких-либо медикаментов жительницей Туниса в сообщении Figaro не упоминается.

Женское курение сильнее мужского влияет на риск развития инфаркта

Норвежские ученые обнаружили, что курящие женщины подвержены риску инфаркта миокарда в том же возрасте, что и курящие мужчины. В отличие от них, некурящие женщины страдают инфарктом в значительно более позднем возрасте, чем курящие мужчины.

Исследователи из Лилле-хаммера проанализировали данные 1 784 человек, поступивших в больницу по поводу первого инфаркта миокарда. Средний возраст развития инфаркта у некурящих мужчин составил 72 года, у курящих – 64. У женщин эта разница оказалась более значительной – 81 и 66 лет соответственно. После введения поправок на другие факторы риска, такие, как гипертония, диабет и повышенный уровень холестерина в крови, исследователи оценили среднюю разницу в возрасте наступления инфаркта между курящими и некурящими в 6 лет для мужчин и 14 – для женщин.

Причина такой разницы во влиянии курения на риск развития инфаркта предположительно связана с уровнем женских половых гормонов эстрогенов. Они, как известно, положительно влияют на липидный состав крови, предохраняя женщин до менопаузы от атеросклероза, а следовательно, от ишемической болезни сердца и ее осложнений. По словам руководителя исследования Мортена Грудтви́га (Morten Grundtvig), курение может способствовать раннему наступлению менопаузы, тем самым снижая возраст развития инфаркта у предрасположенных к нему женщин.

**Во Франции впервые
удалили опухоли мозга
под местной анестезией**
Французские ученые разработали технологию, впервые

ИНТЕРНЕТ-СООБЩАЕТ

позволившую удалить опухоли мозга под местной анестезией. Это стало возможным благодаря использованию оптоволоконного лазера под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ) в реальном времени.

Нейрохирурги из парижской больницы Петье-Сальпетриер испытали новую технологию на восьми пациентах с неоперабельными метастазами рака в головной мозг, не поддающимися обычной терапии. По прогнозам специалистов, каждому из больных оставалось в среднем три месяца жизни.

Под контролем МРТ через трехмиллиметровое отверстие в черепе пациентам в район опухоли вводили оптоволоконный лазерный катетер. Затем опухолевые клетки выжигали лазерным излучением. Компьютерный датчик температуры не допускал опасного перегрева окружающих тканей. Все операции проходили под местным обезболиванием. По словам нейрохирурга Александра Карпентье (Alexandre Carpentier), находящегося в сознании пациенты о неприятных ощущениях не сообщали и были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии в среднем через 14 часов после операции.

Для полного удаления опухоли требовалось два и более вмешательства. Осложнений в виде кровоизлияния или судорожных припадков не наблюдалось. Полный цикл лечения прошли шестеро из восьми пациентов. При контрольном обследовании через девять месяцев у пяти из них не было признаков рецидива опухоли – наступило полное излечение.

Испытания новой методики проходили под наблюдением Французского агентства безопасности медицинской продукции (AFSSAPS). Для новаторских операций использовалось оборудование компании BioTex Inc. и Центра рака Андерсона, расположенных в штате Техас.

Лекарство от импотенции помогает при гиперплазии простаты

Препарат тадалафил (Сиалис), применяемый для лечения эректильной дисфункции, облегчает симптомы доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП). По мнению американских исследователей, это лекарство может стать новой, более безопасной альтернативой существующим на сегодняшний день препаратам, сообщает The Journal of Urology.

В исследованиях, проведенном учеными из Университета Техаса и Северо-западного университета, приняла участие 1 056 мужчин из десяти стран мира. Все они страдали ДГП и предъявляли жалобы на затруднение и задержку мочеиспускания, вялую струю мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, учащение ночного мочеиспускания, а также императивные (неотложные) позывы к мочеиспусканию. Пациентов разделили на пять групп: одна

группа ежедневно 1 раз в сутки получала плацебо, остальные – тадалафил в дозах 2,5, 5,0, 10,0 или 20,0 мг в сутки.

На 4, 8 и 12 недель лечения пациенты отвечали на вопросы опросника. Выяснилось, что прием тадалафила во всех назначенных дозировках привел к заметному облегчению симптомов ДГП у участников исследования. По мнению ученых, наиболее оптимальным оказалось ежедневное назначение тадалафила в суточной дозе 5 миллиграммов.

Доброкачественная гиперплазия простаты – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний у мужчин пожилого возраста. После 50 лет симптомы ДГП отмечаются примерно у 50% лиц мужского пола. Прием существующих на сегодняшний день препаратов для лечения ДГП может сопровождаться такими побочными эффектами, как головокружение, снижение артериального давления и сексуальная дисфункция.

Ученые определили запах наиболее распространенной формы рака кожи

Американские ученые определили запах базально-клеточной карциномы – наиболее распространенной формы рака кожи. В будущем это открытие поможет диагностировать различные виды злокачественных опухолей кожи с помощью "электронного носа", сообщили ученые в ходе ежегодной встречи Американского химического общества, прошедшей в Филадельфии.

Весь кожный покров человека вырабатывает летучие органические вещества, многие из которых имеют специфический запах. Ученые из Центра химических исследований Монелл в Филадельфии предположили, что запах опухолей кожи, отличающийся от запаха здоровой кожи.

Для подтверждения своей теории они провели исследование с участием 11 пациентов с базально-клеточной карциномой и 11 здоровых людей. Ученые собрали образцы воздуха над базально-клеточной карциномой (у пациентов) и над аналогичными участками нормальной кожи (у здоровых участников). С помощью метода газовой хроматографии – масс-спектрометрии они изучили химический состав образцов.

Выяснилось, что все образцы включали одни и те же ингредиенты, однако концентрации некоторых веществ у пациентов с раком имели значительные отличия, сообщила руководитель исследования Мишель Галлахер.

Ученые заявили, что намерены продолжить исследование образцов воздуха, характерных для всех разновидностей рака кожи, в том числе для меланомы. Создание такого "профиля запахов", а также разработка прибора, распознающего запахи, позволит врачам проводить скрининг для ранней диагностики.

ки рака кожи, отметила Галлахер.

По мнению специалистов, новая методика интересна и перспективна, однако исследователи могут столкнуться с рядом трудностей. В первую очередь это связано с тем, что у человека различные участки кожи пахнут по-разному. Определенную роль в формировании запахов может играть также возраст человека, полагают ученые.

Фруктовые соки нарушают всасывание лекарств

Канадские ученые обнаружили новый механизм взаимодействия лекарств с фруктовыми соками, свидетельствующий о недопустимости их совместного приема. Он заключается в нарушении всасывания некоторых лекарств под действием компонентов соков.

До сих пор было известно лишь влияние грейпфрутового сока на метаболизм некоторых препаратов. Оно заключается в том, что бергамоттин, содержащийся в грейпфрутах, подавляет активность фермента CYP3A4, который расщепляет около 50 существующих лекарств. Таким образом, повышается концентрация этих препаратов в плазме крови и замедляется их выведение.

Ученые из Университета Западного Онтарио исследовали взаимодействие грейпфрутового сока с антигистаминным препаратом фексофенадином, который не метаболизируется с участием CYP3A4. Для этого трем группам здоровых добровольцев предложили принять фексофенадин с грейпфрутовым соком, раствором нарингина (вещества, придающего грейпфруту горький привкус) и чистой водой.

Оказалось, что при приеме препарата с соком всасывается лишь половина того количества, которое всасывается при приеме с водой. Ученые также установили, что этот эффект обусловлен тем, что нарингин подавляет белок OATP1A2, переносчик лекарства из просвета кишечника в кровь. Аналогичные свойства обнаружены у апельсинового и яблочного соков.

На сегодняшний день выявлено нарушение всасывания под действием указанных соков следующих препаратов: бета-блокаторов атенолола, цетилпролола и талинолола; цитостатиков циклофосфата и этопозида; противомикробных и противогрибковых препаратов ципрофлоксацина, левофлоксацина и итраконазола. Руководитель исследования профессор Дэвид Бэйли считает, что этот список далеко не полон, и напоминает о том, что лекарства рекомендуется запивать чистой водой.

Материалы основаны на данных Интернета.

Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Тахрир хайъати раис:
Феруз НАЗИРОВ

Тахрир хайъати аъзолари:

Бобур Алимов, Озода Мухитдинова, Бахтиёр Ниёматов, Нурмат Отабеков, Рихси Салихўжаева, Абдулла Убайдуллаев, Фарход Фузайлов, Миралшариф Исламов, Намоз Толипов (масъул котиб).

Газета материаллари тахририят компьютер марказида терилди ва саҳифаланди.

Манзилмиш: 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 чиқди. Мақола-лар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash – Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт. Фойдаланилмаган кўлемлар таҳлил қилинмайди, ёзма жавоб қайтарибмайди. Эъло ва билдирувлардаги факт ҳамда далилларнинг тўғрилиги учун реклама ва эъло 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 ҳақи 4 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Саҳифаловчи: Бахтиёр КҲОКОВ.

Босмахонага топшириш вақти – 20.00.

Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги