

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

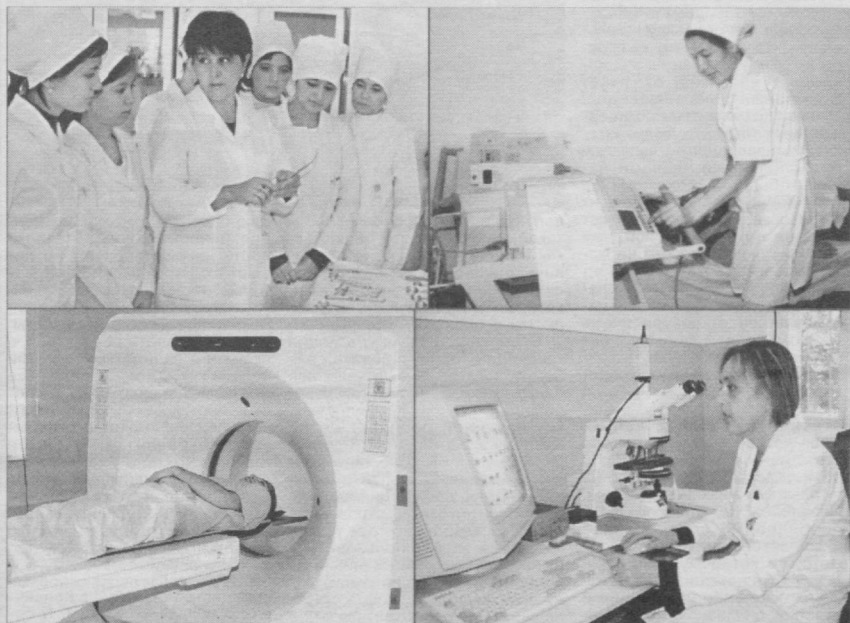
Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган www.uzssgt.uz 2008 йил 5-11 декабрь № 48 (616) Жума кунлари чиқади

«Хар қандай давлатнинг юзи, обрў-эътибори унинг Конституцияси ҳисобланади. Зотан, Конституция давлатни давлат, миллатни миллат сифатида дунёга танитадиган Қомусномадир».

Ислом КАРИМОВ.



«Хар бир инсон малакали тиббий хизматдан фойдаланиш ҳуқуқига эга».

Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 40-моддаси.

Хайъат йиғилиши

МУҲИМ МАСАЛАЛАРГА ЁНДАШУВ

Жорий йилнинг 28 ноябрь кuni Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг навбатдаги хайъат йиғилиши бўлиб ўтди.

Тадбирни Соғлиқни сақлаш вазирлиги Феруз Назиров кириш сўзи билан очиб, тизимда амалга оширилаётган ислохотлар, соҳани ривожлантиришга қаратилган фаолиятлар, мавжуд камчиликлар ҳусусида тўхталиб ўтди.

Йиғилишда Ўзбекистон Республикаси Бош прокуратурасининг 2008 йил 28 октябрдаги 10-12/22-08-сонли «Қонунбузилишлар, унинг келиб чиқиш сабаблари ва бунга имконият яратиб бераётган шарт-шароитларни бартараф этиш тўғрисида»ги тақдирномаси бўйича, Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимдаги даволаш-профилактика муассасалари ҳақида, шунингдек, тизимда автотранспорт паркиннинг аҳоли ва тиббий автотранспортлардан тўғри фойдаланиш, уларга техник хизмат кўрсатиш, сақлаш ҳамда ёқилгиларни тежаш тад-

бирлари ҳамда «Вазирликлар ва идораларда 2008 йилнинг тўққиз ойида фуқароларнинг мурожаатлари бўйича бажарилган ишлар тўғрисида»ги маълумотларга бағишланган масалалар кўриб чиқилди.

Юқоридаги муҳим мавзулар юзасидан сўзга чиққан мутасадди раҳбарлар ҳамда иштирокчилар тизимдаги фаолиятлар ҳусусида тўхталиб, амалга оширилган ишларни ишлар ҳамда бу борадаги камчилик ва муаммолар бўйича ўз фикрларини билдириб ўтдилар.

Йиғилиш сўнгиде кўриб чиқилган масалалар юзасидан тегишли қарорлар қабул қилинди.

Намоз ТОЛИПОВ.

Эътироф

ҲУҚУҚИЙ МАНФААТЛАРИМИЗ АСОСИ

Фуқароларнинг ҳуқуқ ва эркинликларини мустақкамловчи қонуний асосимиз Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 16 йиллиги муносабати билан юртимиздаги барча жамоат ташкилотлари, ўқув муассасалари ва тиббиёт масканларида байрам тадбирлари ўтказиб келинмоқда.

Чунки, ижтимоий-сиёсий ҳаётимизда муҳим ўрин тутган мазкур ҳужжатнинг инсон манфаатлари йўлида хизмат қилиши, фуқароларнинг бурч ва ҳуқуқларини таъминлаши, давлат бошқарувини яхлит тизимга йўналтирилганлиги билан алоҳида эътиборга молик. Мустақилликнинг илк йилларида олиб борилган туб ўзгариш ва ривожланишларда бевосита Бош Қомусимизнинг мустақкам пойдевор бўлганлигини эътироф этиш жоиз. Конституциянинг ҳар бир боби ва моддасини кўздан кечирадиган бўлсак, унда инсон ҳақ-ҳуқуқлари, эркинлиги олий қадрият даражасига кўтарилган. Шу боис, унда барча соҳани қамраб олишга йўналтирилган моддалар ўрин олган. Хусусан, соғлиқни сақлаш тизимини тубдан ислох қилиш, соҳада янги, замонавий илгор тажрибаларни татбиқ этиш, энг асосийси аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат самарадорлигини ошириш сингари устувор йўналишлар негизи Конституциямизнинг 40-моддасида белгилаб қўйилган. Мамлакатимизда дастлаб 1998 йил 10 ноябрда «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги Президент Фармони қабул қилинди. Тизимда соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлини ислох қилиш, замонавий кишлоқ врачлик пунктларининг қад кўтариши ва янги технологиялар билан жиҳозланиши, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг филиаллари ҳамда ихтисослаштирилган марказлар, кадрлар тайёрлаш самарадорлигини

ошириш, шунингдек, кўплаб тиббиёт муассасаларининг замон талаблари даражасида фаолият юритаётганлиги ислохотларнинг муайян мақсадларга қаратилганлигини кўрсатади. Давлатимиз раҳбарининг бевосита раҳнамолигида олиб борилаётган соҳадаги бундай туб ўзгаришлар, янги тақомиллашув ва тараққиёт дастурлари 2007 йил 19 сентябрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилишга янада чуқурлаштириш ва уни ривожлантириш Давлат дастурини амалга оширишнинг асосий йўналишлари тўғрисида»ги Фармон ҳамда 2007 йил 2 октябрдаги «Республика тиббиёт муассасалари фаолиятини ташкил этишни тақомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорда янада мустақкамлаб қўйилди. Эндilikда ушбу Фармон ва Қарор ижросини таъминлаш бўйича тизимда ижобий ишлар амалга оширилмоқда.

Республикаимиз миқёсида ўтказилаётган тадбирларда Бош Қомусимизнинг инсон ҳуқуқ ва эркинлигидаги аҳамияти, мазмун-моҳияти ҳамда кадр-қиммати қанчалик устувор эканлиги таъкидланиб келинмоқда. Бу албатта, ҳар бир ватандошимизнинг қонун олдидаги тенглиги, қолаверса, ҳуқуқий асосимизга бўлган ҳурмат-эътибордан нишондир.

Ибодат СОАТОВА.

Хурматли газетхонлар!

Хабарингиз борки, газетамизнинг расмий веб-сайти маълум муддат ўз фаолиятини янгилаш учун тўхталиб турилган эди. Техник ўзгаришлар тўғрисида сайтининг аввалги номи янгилаб, интернет тармоғида қайта рўйхатга олинди, архивнинг доимийлиги сақланди. Шу боис, веб-сайтимиз 1 декабрдан эътиборан www.uzssgt.uz номи билан ўз фаолиятини бошлади.

Азиз муштарийлар! Газетамизнинг сентябрь, октябрь ва ноябрь сонларида чоп этилган Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруқлари ва материалларини сайтининг архив бўлимидан топишингиз мумкин.

УШШУ СОҒДА:

МАЪНАВИЙ БАРКАМОЛЛИК
2-бет САРИ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ
3-бет ҲАҚИДА

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПРОСТОГО
УЗЛОВОГО ЗОБА
4-я стр.

ЭЛ НАЗАРИГА ТУШГАН
7-бет ШИФОКОР

Давра суҳбати

МАЪНАВИЙ
БАРКАМОЛЛИК САРИ

Жорий йилнинг 26 ноябрь кунин Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳамда Республика Маънавий тарғибот маркази ташаббуси билан «Миллий истиқлол гоёси: маънавий юксалик – жамият тараққиёти асослари» мавзuida семинар бўлиб ўтди. Таъдбир Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Юксалик маънавият – енгилмас куч» китобининг мазмун-моҳияти ва ўрганилишига бағишланди. Унда вазирликнинг мутаассадди раҳбарлари, жамоат ташкилотини вакиллари, вилоятлардаги «Ҳамширалик иши» мутахассислари ва ҳамширалар иштирок этди.

Семинарда Республика Маънавият тарғибот маркази раҳбари ўринбосари Султонмурод Олим кириш сўзи билан очиб, маънавият инсоннинг улғайиш ва куч-қудрат манбаи эканлигини таъкидлаб, Юртбошимизнинг мазкур китобиди қайд этилган маънавий мерос, маданий бойлик ва кўҳна тарихий ёдгорликларни ўрганишда ёшлар маънавиятини юксалтириш, тиббиёт ходимлари, қолаверса, ҳамшираларнинг бу борадаги билимларини ошириш муҳимлигига эътибор қаратди.

Шунингдек, таъдбир доирасида сўзга чиққан Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Маънавият ва маърифат маркази раҳбари Урол Абилов, Республика Маънавий тарғибот марказининг Маънавий-маърифий тарғибот бўлими мудири Зиёда Фафорова ҳамда Ўзбекистон Ҳамширалар Ассоциациясининг раиси Рихси Салихўжаева Президентимизнинг ушбу китоби нечоғли мазмун-моҳиятга эга эканлиги ҳамда бунинг бораборида халқнинг тиббий саводхонлигини ошириш ва маънавиятини юксалтиришда тиббиёт ходимларининг тарғибот ва ташвиқот ишлари, муассасаларда маънавият бурчакларини ташкил этиш, ҳамширалар маънавиятини бойитишдан зарурий ўқув қўлланмаларида унумли фойдаланиш каби вазифалар ҳусусида тўхталиб ўтди.

Эътироз этиш жоизки, Юртбошимизнинг мазкур китобиди Ватанимиз тарихий мероси, унинг маърифат ва мада-

нияти, инсон борлигини донолик ва қомилликка етакловчи адабиёт, фалсафа, санъат каби соҳаларнинг ривожланишига улкан ҳисса қўшган буюк аждодлар мероси, миллий истиқлол гоёси, ёшлар маънавияти, маънавий таҳдид – ўзгиримиз ва келажакимиз таҳдиди сингари тушунчалар тилга олинди, ҳаётини таҳлил қилган мисоллар билан очиб берилган.

Семинарда тиббиётдаги деонтология, яъни тиббий маданият ва этика тушунчаларининг мавжудлиги ҳамда унинг шифокор ва ҳамширалар фаолиятидаги ўрнига эътибор қаратилди. Маълумки, бемор ҳамда тиббиёт ходими орасидаги муносабат самимий, дўстона ҳамда ишонч руҳида бўлиши керак. Чунки, шифокор ва ҳамшира томонидан беморга кўрсатилган ширин муомала ва эътибор унинг дардига малҳам бўлиши мумкин. Демак, тиббиёт деонтологиясига риоя қилиш шифокор ва ҳамширанинг маънавий даражасини белгилаб берувчи мезон ҳисобланади, – дейди Республика Маънавият тарғибот марказининг Маънавий-маърифий тарғибот бўлими мудири Зиёда Фафорова.

Давра суҳбатида сўзга чиққан бошқа мутахассис ва ҳамширалар 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.

Обуна – 2009

«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» газетасига 2009 йил учун обуна бўлиш мавсуми давом этмоқда.

Азиз тиббиёт ходимлари ва муштариолар! Республика тиббиёт тизимида амалга оширилаётган ижобий ишлар, фаолиятлар ҳамда янгиликлардан хабардор бўлишни истасангиз севимли газетангизга обуна бўлишни унутманг! Нашр индекси: 128.

3 декабрь - Международный день инвалидов

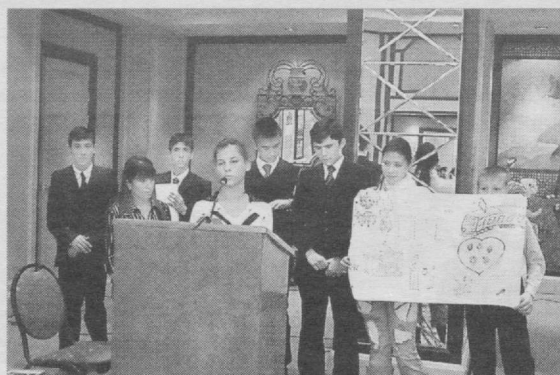
ДЕЙСТВИЯ ДЛ
ДОСТИЖЕНИЯ ПЕРЕМЕН

3 декабрь нынешнего года в конференц-зале гостиницы Intercontinental, расположенной в столице Узбекистана, проходила встреча, посвященная поддержке прав людей с инвалидностью, интеграции этих людей в общество, а также обсуждению Конвенции о защите их прав. Мероприятие было приурочено к Всемирному дню инвалидов, отмечаемому в этот день ежегодно во всех странах мира. Встреча была проведена при поддержке таких организаций, как детский фонд UNICEF, UNESCO, UNFPA, а также Кабинета Министров и Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Помимо этого, активное участие в подготовке данного события принимали дети с особыми потребностями, ученики специальных школ и школ-интернатов нашей страны.

Незадолго до начала описываемого нами события в конференц-зале стали собираться дети, взволнованные, не находившие себе места и то и дело ходившие взад-вперед по залу. Некоторые из них изъяснялись друг с другом при помощи жестов, некоторые имели сложности в передвижении, но всех их объединяло одно – этот день был посвящен только им. Известно, что ежегодно в третий день зимы – 3 декабря – весь мир отмечает Всемирный день инвалидов. Это является важным подтверждением того, что люди, имеющие инвалидность, являются полноправными членами нашего общества. Возможно, в силу определенных причин, их физическая активность может быть не такой свободной, чем у других людей, но тем не менее они, имея богатый внутренний мир, перспективы и планы на будущее, способны внести в наше общество очень много, гораздо больше, чем нам может показаться.

Инвалидность – это не приговор, рушащий все мечты и надежды на счастливое существование; это не клеймо, имея которое человек должен стать изгоем в обществе; это не несчастье, ставящее точку в только начинающейся жизни. Инвалидность – это всего лишь особенность, своеобразное физическое состояние, параметр, по которому некоторые люди отличаются от других. Возможно, в определенной степени она накладывает некоторые ограничения на свободную физическую активность, но ни в коем случае не ограничивает права, возможности и стремления того или иного человека, не ставит крест на реализации его творческого потенциала и не является препятствием на пути превращения в жизнь всех целей, поставленных с детства.

К сожалению, в обществе порой могут наблюдаться случаи недружелюбного отношения к людям, имеющим инвалидность. В обществе детей это может проявляться в желании принимать ребенка в инвалидной коляске в свою компанию, в обществе взрослых – в отказе от принятия на работу, в житейских ситуациях – и вовсе в нежелании общаться с этими людьми. В результате – одиночество, уход в себя, нежелание жить и другие неблагоприятные последствия. Качество психологической и социальной жизни людей с инвалидностью напрямую зависит от отношения общества к ним. Каждый элемент общества, то есть каждый человек, должен осознать тот факт, что наличие физического недостатка не является признаком отсутствия способностей. Дети с инвалидностью могут прекрасно рисовать и петь, играть на музыкальном инструменте и писать стихи. Взрослые люди способны быть трудолюбивыми и обладать любовью к выполнению работы раз-



ного рода, они способны внести такой же вклад в это общество, как и люди здоровые, не имеющие инвалидности. Каждый из них имеет идеи, опыт и навыки, которые могут служить другим людям и обществу в целом.

Всем известно существование Конвенции прав человека, ребенка, в которые включены все права и возможности, которыми обладает тот или иной человек, тот или иной ребенок. Но не каждому известно, что 13 декабря 2006 года была принята Конвенция о правах людей с инвалидностью, ратифицированная представителями 20 стран мира и содержащая в себе все права, которыми может пользоваться любой человек, имеющий инвалидность. Конвенция охватывает всех людей, имеющих инвалидность, но ознакомиться с ней следует абсолютно всем лицам. Зная права людей с инвалидностью, нам будет легче бороться с несправедливостью по отношению к ним. Другими словами, мы сможем содействовать тому, чтобы все члены общества соблюдали права этих людей, препятствовали и предотвращали любые проявления несправедливости и жестокого обращения по отношению к ним. Необходимо искоренить дискриминацию по отношению к инвалидам, тем самым вовлекая и включая их в наше общество. Все мы граждане одной планеты, своего рода семья, и должны помочь нашим «согражданам» чувствовать себя среди нас как в своей семье. Да, люди с инвалидностью отличны от нас, и их различия могут быть заметны или незаметны с первого взгляда. Несмотря на характер признаков, отличающих нас друг от друга, каждый человек должен уважительно относиться к этим различиям, принимая их лишь как часть человеческого разнообразия, как особенность

природы, как нечто естественное и нормальное. Инвалидность никоим образом не лишает людей возможностей, которые общество предоставляет людям без инвалидности. Возможность работать, учиться, путешествовать, общаться с людьми и заниматься разными видами искусства и спорта – все это является видом деятельности, доступным любому человеку независимо от его физического развития. И самое главное, что есть у каждого человека – это индивидуальность. Сохранение и уважительное отношение к индивидуальности человека с инвалидностью является главной задачей людей, относящихся к этому обществу. Так выглядят основные принципы, указанные в Конвенции о правах инвалидов. В состав делегации специального комитета Организации Объединенных Наций, которая принимала участие в составлении данного документа, входило определенное количество людей с инвалидностью, и можно утверждать, что они вложили в постулаты этого документа все свои пожелания и мысли, то, что они хотели бы видеть в нашем обществе.

Вновь возвращаясь к описанию встречи, посвященной Всемирному дню инвалидов, следует отметить выступления некоторых ребят. Ученики школ-интернатов и колледжей продемонстрировали зрителям свои творческие способности, в частности рисунки, на которых ребята изобразили свой досуг. И в завершении события каждый человек, готовый поддерживать людей с инвалидностью, имеющий желание помочь им стать полноправными членами нашего общества, поставил свою подпись на импровизированном документе, тем самым подтверждая свою заинтересованность и свое стремление оказывать им помощь.

Все мы любим жизнь – любим свою школу, университет, рабочее место, любим кафе, театры и музеи, где мы так часто проводим свои выходные. Имея здоровье, мы наслаждаемся каждой минутой нашей жизни, пользуемся всеми благами, которые становятся возможными при наличии крепкого физического состояния. Попробовав вкус интересной жизни, наполненной яркими событиями, мы знаем ей цену и дорожим ею. Люди с ограниченными возможностями также мечтают об этом и стремятся к пользованию всеми вышеперечисленными благами. Они имеют на это право и у них есть желание к этому. Единственное, что можем дать им непосредственно мы – это свое теплое и уважительное отношение, почувствовав которое, они избавятся от комплексов и ограничений, смогут жить той же полной жизнью, к которой так привыкли мы.

Юлдуз НАЛИБАЕВА.

Долзарб мавзу

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ ҲАҚИДА

Қандли диабет касаллиги кенг тарқалган бўлиб, бутундунё соғлиқни сақлаш тизимининг долзарб муаммоларидан биридир. Бу дард билан оғриганлар сони йилдан-йилга ер юзининг барча жойларида ортиб бормоқда. Бугунги мавзумиз мазкур касаллиқнинг келиб чиқиш сабаблари ҳамда уни аниқлаш тўғрисидадир.

Қандли диабет касаллиги келиб чиқиш сабаблари, ривожланиш йўллари ва клиник аломатлариغا кўра турлича бўлган касалликлар гуруҳини бирлаштиради. Бу касалликларнинг барчаси учун хос жиҳат – қон таркибидаги глюкозанинг сурункали ортишидир. Ҳозирги кунда баъзи ўрганилмаган сабабларга кўра инсулин етишмаслиги юзасига келганда касаллик ривожланади. Қандли диабет касаллиги бир неча турга бўлинади. Биринчи тури кўпинча ўсимирлик, ўспиринлик ёшида, семиз бўлмаган беморларда учрайди. Бундай одамлар организмда ошқозон ости беэти бета-ҳужайралари инсулин чиқара олмайди ва уларнинг даволашида глюкозани пассивлаштириш мақсадида инсулин препаратлари қўлланилади. Беморларнинг 80-90 фоизда диабет касаллигининг иккинчи тури учрайди. Бу даргда ёши 35-40 дан ошган, жуда семирб кетган кишилар қатнашади. Уларда ошқозон ости бета-ҳужайралари инсулинни меъёрида ишлаб чиқара олмайди. Шунинг учун глюкоза микдори пассивлаштириш мақсадида парҳез, жисмоний ҳаракатлар, ҳаб дорилар (бигуанидлар, сульфаниламидлар ва бошқалар) қўлланилади. Бу икки асосий турдан ташқари гестацион диабет ҳам учраб туради. Гестацион диабет, яъни ҳомиладорлар диабет, бу ҳомиладорлик даврида биринчи марта аниқланган ҳар хил (глюкозага турғунлиқнинг бузилишидан, клиник намоён бўлган диабетга) углеводларга турғунлиқнинг бузилишидан келиб чиқади. Касаллиқнинг ушбу тури аёл туққанидан сўнг йўқолиб кетади. Лекин бу ҳолат келгусида аёлларда қайта вужудга келиши мумкин. Бундан ташқари, қандли диабетнинг бошқа махсус турлари ҳам учрайди.

Соғлом кишиларда наҳорда қон таркибидаги глюкоза – 5,5 ммоль/л (100 мг %)дан, овқатлангандан кейин 2 соат ўтгач эса – 7,5 ммоль/л (140 мг %)дан ортмайди, бир суткалик сийдикда одатда қанд бўлмайди. Қандли диабетнинг қайси тури бўлишидан қатъи назар, унда клиник намоён бўлган ҳолати ташҳисини қўйиш учун бармоқдан олинган капилляр қондаги глюкозанинг микдори наҳорда ёки куннинг исталган вақтида аниқланади. Агарда наҳорда олинган глюкоза микдори икки марта 6,1 ммоль/л га тенг ёки ундан юқори бўлса ёки куннинг исталган вақтида олин-

ган қонда глюкоза микдори 11,1 ммоль/л га тенг ёки юқори бўлса қандли диабет ташҳиси қўйилади.

Глюкозага турғунлиқ синамаси наҳорда қонда глюкоза микдори 6,1 ммоль/л паст бўлса ўтказилади. Бунинг учун текширилаётган шахс уч кун одатий овқатланиш тартибини сақлаб, синамадан бир кун олдин кеч соат 19.00 дан сўнг овқатланади. Эрталаб наҳорда қонда глюкоза микдори текширилади ва 75 г 200-300 мл сувда эритилган глюкозани 5 дақиқа оралиғда ичиш таъкиф этилади. Икки соат ўтгач, қонда глюкоза микдори яна қайтадан аниқланади. Олинган натижаларга кўра қуйидаги ташҳис қўйилади: аниқланган глюкоза микдори 7,8 ммоль/л дан юқори, 11,1 ммоль/л паст бўлса глюкозага турғунлиқ бузилиши, агар 11,1 ммоль/л дан юқори бўлса қандли диабет ташҳиси қўйилади.

Қандли диабет ўз асоратлари билан жуда хавфлидир. Бу асоратлар ҳар хил кўринишда бўлиши кузатилади. Ўз вақтида касаллик аниқланмаган бўлса, қонда қанд микдори кескин ошиб, диабет комаси – ўткир асоратига олиб келиши мумкин. Ўзлуксиз доимий равишда қонда қанд микдори соғлом кишиларникига нисбатан юқори юрган беморларда эса, қон-томир асоратлари ривожланиши мумкин. Бу асоратлар майда томирларда – кўзда ретинопатия, буйракларда – нефропатия, йирик томирларда – юрак ишемия касаллиги, мия томирларида – қон айланишини бузилиши, оёқда – диабет тўпиги шаклида намоён бўлади. Шундай қилиб, қандли диабет касаллигининг олдини олиш имкони мавжуд. Бунга эришиш учун қандли диабет касаллигини эрта аниқлаш усуллари ва мунтазам равишда қонда глюкоза микдори кузатиш самарали ҳисобланади. Одатда шундай текширувлар барча аҳоли ёки бирор хавфли гуруҳ орасида олиб борилади.

Қандли диабет билан касалланиш хавфи авваломбор МЕТАБОЛИК СИНДРОМИ аниқланган шахсларда юқори бўлади. Бу синдром қуйидагилардан иккитаси мавжуд бўлганда кузатилади:

1. Семирлишнинг қорин шаклида: бел айланаси
- Эркакларда: > 94 см
- Аёлларда: > 80 см
2. Қон босими 130/80 мм с.у. дан юқори бўлганда.

3. Наҳорги глюкоза микдори-нинг бузилиши.

4. Қонда ёғ алмашинуви бузилиши бўлганда.

Хавфли гуруҳларга:

1. Яқин қариндош-уруғида қандли диабет бор бўлганлар.
2. 4000 граммдан ортиқ бола туққан аёлларда.

3. Ёши 45 дан ошган шахслар.

4. Қам ҳаракат ҳаёт тарзида.

5. Диабет аломатлари бўлганда.

6. Юрак ишемик хасталиги (миокард инфаркти, инсульт)ни ўтказганлар қиради.

Диабет аломатларидан аҳолининг бохабар бўлиши фойдадан ҳоли эмас. Буларга ташналик, оғиз қуриши, тез-тез пешоб ажратиш, сержаҳллик, озиш, чарчаш қиради. Яққол намоён бўлган қандли диабет ташҳиси олинган натижаларга кўра, яъни оч қоринга глюкоза микдори икки марта 6,1 ммоль/л га тенг ёки юқори, исталган пайтда олинган глюкоза микдори 11,1 ммоль/л га тенг ёки юқори бўлганда бу шахсга қандли диабет ташҳиси қўйилади. Касаллиқнинг яширин даврини аниқлаш мақсадида махсус синама, яъни – глюкозага турғунлиқ синамаси ва шифокор тавсиясига кўра бошқа текширувлар ўтказилади.

Қандли диабет касаллиги ривожланиш эҳтимоли бўлганлар қаторига қуйидаги ҳомиладор аёллар қиради:

- ўтмишда ҳомиладорлар диабет касаллиги ёки глюкоза турғунлиқнинг бузилиши бўлган аёллар;
- вазни 4000 граммдан ортиқ бола туққанлар;

- яқин авлодида қандли диабет касаллиги бўлган аёллар;
- аввалги ҳомиладорликларда жиддий асоратлар билан туққан аёллар;

- ривожланишида туғма нуқсонлари бор бола туққан аёллар.

Қандли диабет касаллигининг олдини олиш касаллик турига қараб ўзгача бўлиши мумкин. Қандли диабет касаллиги биринчи турининг олдини олиш имунитетга таъсир этувчи воситалар (азотиоприн, циклоспорин) касаллик яққол намоён бўлмаган босқичда, яъни диабет касаллиги олди ҳолатида қўллаш самараси юқори ҳисобланади. Бунда меъда ости безининг инсулин чиқарувчи ҳужайралари емирилиши секинлашади. Диабет касаллигининг олди ҳолатида қонда инсулин ишлаб чиқарувчи ҳужайраларга қарши аутоантителолар аниқланади, наслий мойиллиқни аниқлаш учун эса қонда баъзи бир антигенлар текширилади. Бундай шахсларда юқорида келтирилган дорилардан ташқари баъзи бир бошқа чораларни қўллаш ҳам тавсия қилинади (инсулин ишлаб чиқарадиган ҳужайраларнинг антигенга чидамлилигини ошириш, Т ҳужайрали вакцина қўлланилиши, инсулин билан

даволаш, гўдакни она сўти билан эмизиш ва ҳоказолар). Энг муҳими, қандли диабет касаллиги биринчи турининг олдини олиш илк навбатда унга эрта ташҳис қўйиш имкони билан боғлиқ. Ҳозирги кунда касаллиқнинг биринчи турини олдини олиш чора-тадбирлари топилмаган, шунга қарамадан айтиш мумкинки, касалликдан келгусида халос бўлиш умиди йўқ эмас. Қандли диабет касаллиги иккинчи турининг олдини олиш. Бунда касаллик қанча эрта тарқалган, унга даво қилиш шунчалик осон кечади. Чунки, бу касаллик жуда кўп тарқалган бўлиб, кўпинча 40 ёшдан кейин учрайди. Қандли диабет касаллигининг иккинчи турида касаллик белгилари одатда аста-секин ривожланади. Ўзоқ вақт давомида беморнинг тинкаси қуриб, тез-тез пешоб ажратиб туради. Аммо бу секин ривожланган борганида кўпчилик унча эътибор бермайди. Шу сабабли кўпинча хасталик авж олганда, яъни клиник кўриниши юзасига чиққанда касаллик аниқланади. Касаллиқни барвақт аниқлашда аҳолининг диабет касаллиги соҳасидаги билимлари ва тиббий ходимларининг фаол иштироки ёрдам беради.

Кенг тарқалган – 90 % иккинчи тур қандли диабет касаллигининг олдини олиш чоралари – соғлом ҳаёт тарзига амал қилишни талаб этади.

Буларга қуйидагилар қиради:

1. Жисмоний ҳаракатда бўлиш;

2. Тўғри овқатланиш тартибига риоя қилиш;

3. Рухий ва жисмоний зўриқтидан қорғиб бўлиш;

4. Тана вазнини меъёрида сақлаш;

5. Тамаки ва алкогольли маҳсулотларни иложи борица истемвол қилмаслик;

6. Касаллиқнинг биринчи белгиларидан огоҳ бўлиш.

Шу ўринда болалиқдан бошлаб меъёрида овқатланишни ўрганиш керак. Соғлом ҳаёт тарзига амал қилиш қандли диабет касаллиги иккинчи тури олдини олишда муҳим роль ўйнайди. Ҳомиладорларда диабет ташҳисини хавф гуруҳида текширувлар ўтказиб эрта қўйиш жуда муҳимдир. Ўз вақтида аниқланмаган углевод алмашинуви бузилиши унинг бартараф этиш чора-тадбирлари ўтказилмаган ҳолда она соғлиғига ва бола ривожланишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Шундай қилиб ҳозирги кунда қандли диабет касаллигининг олдини олиш имкони бор. Ушбу жараёнда нафақат соғлиқни сақлаш муассасалари ходимлари, балки кенг аҳолининг иштироки ҳам мақсадга мувофиқдир. Шундагина касаллиқнинг олдини олишга эришган бўламиз.

М. РАХИМЖОНОВА,
тиббий фанлари номзоди,
ЎзССВ Эндокринология илмий-текшириш институти диабет бўлими катта илмий ходими,
К. АСАМУТДИНОВА,
ТошПТИ "Эндокринология" йўналиши 3-курс магистратура резиденти.

Семинар КАСБҲИЙ ФАОЛИЯТ ЙЎЛИДА

Жорий йилнинг 21 ноябрь кунини пойтахтимиздаги «Гранд Мир» меҳмонхонасида Ўзбекистон Врачлар Ассоциациясининг 2007-2008 йиллар давомидаги фаолиятларига бағишланган йиғилиши бўлиб ўтди.

Тадбирни Ўзбекистон Врачлар Ассоциацияси раиси А. Худайбергенов кириш сўзи билан очиб, соғлиқни сақлаш тизимида ислотларнинг кенг тарғиб қилиниши ва амалга оширилишида тиббиёт ходимларининг ўрни, мавқеи тўғрисида гапириб, уларни ижтимоий-иқтисодий, ҳуқуқий ва маънавий қўллаб-қувватлаш йўлида Ассоциация томонидан амалга оширилаётган ишларга алоҳида эътибор қаратди.

Шунингдек, семинарда тафтиш комиссия раиси М. Юнусов Ассоциациянинг 2007-2008 йиллардаги молиявий аҳоли ҳақида ҳисобот берад экан, жумладан, йил бошидан уюшма аъзолари тажрибасини ва касб малакасини бойитиш мақсадида ташкил этилган семинар-тренинглари, ижтимоий қўллаб-қувватлашга қаратилган тадбирлар, ҳудудий бўлимлар ривож учун ажратилган молиявий қўмак ва махсус бюллетень нашрлариға йўналтирилган сарф-харажатлар тўғрисида маълумот берди.

Таъкидлаш жоизки, ташкилот аъзолари 1998 йилдан бери Европа тиббиёт Ассоциациялари Форуми ва Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти билан узвий ҳамкорликда ишлаб, ҳар йили ўтказиладиган йиллик форумлар (Копенгаген, Вена, Берлин, Варшава, Осло, Лиссабон, Тель-Авив)да қатнашиб келмоқдалар.

– Ҳозирги вақтда республикада ассоциациянинг 14 та ҳудудий бўлимининг мавжуд бўлиб, жумладан, унинг жамоа шаклидаги аъзолари ҳам уюшманинг таркибий қисмига киритилган. Ассоциацияга аъзо врачларимизни касбий, ҳуқуқий, ижтимоий ҳимоя қилишда етакчи жамоа ташкилотлардан ҳисобланади, – дейди Ассоциация раиси, профессор Абдулла Худайбергенов.

Семинар давомида сўзга чиққанлар ҳудудий бўлим фаолиятини ривожлантириш доирасида олиб борилаётган ишлар, мавжуд муаммолар ва уларнинг ечими тўғрисида ўзаро фикрлашдилар. Айрим вилоятларда амалга оширилган самарали ишлар таҳлил қилиниб, ҳисоботлар тингланди. Семинар сўнггида тақдим этилган ҳисоботлар юзасидан тегишли қарорлар қабул қилинди.

Намоз ТОЛИПОВ.

Конспект врача

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТОГО УЗЛОВОГО ЗОБА

В Дании пальпируемый зоб обнаружен у 9,8% в популяции с легкой недостаточностью потребления йода и у 14,6% в популяции с умеренной недостаточностью. Эта частота возрастает до 15,0% и 22,6% соответственно, когда в дело включаются методы эхографического определения объема щитовидной железы. Существуют огромное число исследований, недооценивающих такую неточность, и большая вариация в определении размера зоба и щитовидной железы клиническими методами.

В обследовании в графстве Уиккем одиночные узелки на щитовидной железе обнаружены у 5,3% женщин и 0,8% мужчин (соотношение 6,6:1). Информация о размерах узелков, функции или их связи с зобом не приводилась. Во Фрамингеме частота составила 4,6% в общем (6,4% у женщин и 1,6% у мужчин). Однако эти цифры изменяются при использовании эхографии. Тогда распространенность тиреоидных узелков, даже если их размер превышает 10 мм в диаметре, обычно составляет 20-30% в популяциях и даже выше – в группах старшего возраста и регионах с недостаточным потреблением йода. Эти результаты подтверждены данными аутопсии, показывающими, что у половины этой популяции имеются либо одиночные, либо множественные тиреоидные узелки.

Мало известно о функциональности этих одиночных узелков. Хотя они систематически не изучались, имеющиеся данные наводят на мысль, что приблизительно 5% из них токсичны, 10% – «теплые» и 85% – «холодные».

IV. ЕСТЕСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ

Часто можно слышать заявления, что естественный анамнез узлового зоба – это анамнез постепенного увеличения в размере с развитием множества узелков, локальными симптомами компрессии и/или жалобами больного на ухудшение внешнего вида. Однако естественный анамнез в отношении роста и функции бывает разным и трудно прогнозируемым у данного больного, потому что специфических параметров роста не существует. Поэтому при маленьких узлах трудно решить, следует ли больного подвергнуть мониторингу без лечения или начать лечение прежде, чем зоб вырастет еще и, возможно, окажет неблагоприятный эффект на лечение.

В течение 20-летнего отслеживания молодых людей в возрасте от 11 до 18 лет в Юго-Западных штатах США у 60% участников, у которых первоначально был обнаружен зоб, наблюдалась спонтанная регрессия к 30 годам. В одном крупном эпидемиологическом исследовании авторы Knudsen и др. обнаружили повышение объема щитовидной железы до 40 лет. На основании результатов исследований и ультразвукового сканирования выведено, что средняя интенсивность годового роста многоузлового зоба составляет 4,5%. По оценкам, у больных, обращающихся за медицинской помощью в связи с ПУЗ и на-

правляемых на лечение, эта интенсивность составляет 20% в год в нейододефицитном регионе, но обычно она намного ниже. Снижение частоты развития зоба с возрастом может объясняться снижением массы тела, свободной от жира, которая, как известно, связана с объемом щитовидной железы. Снижение с возрастом уровня ИФР-1 и ГР, которое у пожилых людей, больных анорексией, и у пигмеев может быть связано со снижением частоты развития зоба и важное значение может иметь потеря эстрадиол-опосредованного повышения пролиферации гена СИН.

Естественный анамнез тиреоидных узелков плохо поддается пониманию. В исследовании во Фрамингеме новые узелки появлялись с частотой 1 на 1 000 в год, при этом риск развития узелка составлял от 5 до 10%. В одном из исследований в Японии с участием 140 больных, которых не лечили, а потом подвергли повторному обследованию через 15 лет, у 13% наблюдалось увеличение размера узелков, у 24% все осталось без изменений, у 23% размеры узелков уменьшились и у 30% узелки больше не пальпировались. Те узелки, которые увеличились в размере, были твердыми изначально, тогда как те, которые исчезли, в большинстве своем были кистозными. Больным с резким усилением симптомов и клинически подозреваемой злокачественностью предлагалось лечение, размеры узелков у других с течением времени значительным образом не изменялись.

У больных с нетоксическим узловым зобом может развиваться гипертириоз или, реже, гипотериоз. Однако дисфункция щитовидной железы обычно развивается только после многолетнего существования нетоксического зоба. В отличие от болезни Грейвса, гипертириоз часто развивается незаметно. Зачастую все начинается с затяжного периода субклинического гипертириоза, для которого характерны низкий сывороточный уровень ТТГ и нормальные сывороточные уровни

свободного T_4 и свободного T_3 . Повышенное число и размер узелков связаны со снижением сывороточного уровня ТТГ. Истинная интенсивность прогрессирования от нормально функционирующей щитовидной железы до субклинического, а затем явного гипертириоза в литературе описана плохо. Однако результаты двух исследований наводят на мысль о 9-10%-й частоте развития явного гипертириоза в течение 7-12-летнего периода отслеживания. Частично это прогрессирование зависит от генетической предрасположенности, соматических мутаций в отдельных узелках и такого внешнего фактора, как уровень потребления йода. Последнее может быть алиментарным явлением или явлением, связанным с приемом таких йодосодержащих препаратов, как дезинфектанты и амидодор или радиографических контрастных препаратов, прием которых в зобе с его повышающим автономным метаболизмом йода ведет к продуцированию избытка тиреоидных гормонов. По оценкам, годовая интенсивность перехода автономно функционирующих одиночных узелков («горячих») в токсические составляет 0-6%. В одном из исследований у 67 из 375 участников гипертириоз развивался в среднем в течение 53 месяцев, что составляет 4,1% в год. Размер узелка имеет важное значение – так Hamburger в течение 6-летнего периода отслеживания показал, что узелки размером больше 3 см при установлении диагноза несут 20%-й риск развития гипертириоза, тогда как узелки размером менее 2,5 см только 2-5%-й риск развития гипертириоза за тот же период.

V. ДИАГНОСТИКА

А. Клиническая оценка

1. Проявления.

Четко прослеживаемая связь между размером щитовидной железы, ее морфологией и функцией с одной стороны и жалобами больных с другой стороны отсутствует. У большинства больных с ПУЗ симптомов бывает немного или не бывает вовсе (Таблица 1).

Таблица 1. Клинические объективные и субъективные признаки, а также виды анализов при диагностике ПУЗ

Объективные и субъективные признаки
Наличие в семейном анамнезе доброкачественного заболевания щитовидной железы
Медленно растущая масса в переднем отделе шеи
Обнаружение одиночного или множества узелков при обследовании
Увеличение щитовидной железы при беременности
Жалобы пациента на внешний вид
Асимметрия, трахеальная девиация и/или компрессия
Периодическая обструкция верхних дыхательных путей, одышка, кашель и дисфагия
Внезапная переходящая боль или увеличение щитовидной железы
Постепенно развивающийся гипертириоз
Синдром Хорнера (редко)
Отсутствие аденопатии
Виды и результаты анализов
Нормальный или сниженный уровень ТТГ, нормальный уровень свободного T_4 и свободного T_3
Уровень ТГ обычно повышен
Нормальный уровень калицитонина
Результат анализа на наличие тиреоидных аутоантител (тиреопероксидаза и ТГ) отрицателен приблизительно в 90%
Сцинтиграфия, выявляющая наличие одиночных или множественных «горячих» и/или «холодных» областей
КТ или МРС, демонстрирующие наличие одиночных или множественных узелков различной степени экзогенности (неоднородности)
Тестирование функции легких может показать наличие нарушения емкости входа
Тонкоигольная аспирационная биопсия одиночных или доминантных узелков - доброкачественная цитология

Поэтому при зутиреоидном состоянии и отсутствии злокачественности многим из них лечение не требуется.

При подозрении злокачественности операция рекомендуется независимо от результатов ТАБ. В случае недиагностического результата – повторить ТАБ, которая дает достаточно надежный аспират в 50%. ТАБ введением иглы под УЗИ позволяет сделать отбор материала с периферии твердого узелка или твердой части смешанного твердо-кистозного узелка, что повышает уровень достаточности материала. Варианты в случае диагностического результата ТАБ относятся как к твердому, так и кистозному узелкам. При рецидивах кистозных узелков возможными являются респирация, операция или инъекция этанола. ТЧИЭ – терапия чрескожными инъекциями этанола или ИЛК – интерстициальная лазерная коагуляция.

Наиболее значительные объективные и субъективные признаки ПУЗ, если таковые имеются, вызывают компрессией важных структур шеи или верхней полости грудной клетки. Имеющиеся симптомы связаны с компрессией трахеи или пищевода. Эти симптомы компрессии часто можно видеть при интраторакальном развитии зоба. Такой зоб часто коварно развивается у пожилых людей с длительным зобным анамнезом. При значительном интраторакальном развитии, обычно в верхнем средостении, может происходить окклюзия верхнего отверстия грудной клетки. Это состояние известно под названием «тиреоидной пробки».

Свидетельство обструкции венозного оттока, т.е. компрессии или тромбоза яремной или подключичной вены, может быть признаком Пембертона. Если поднять руки над головой (Маневр Пембертона), зоб поднимается к верхнему отверстию грудной клетки, вызывая одышку, стридор, расширение вен шеи или плевроту лица.

К симптомам трахеальной компрессии относятся одышка, стридор, кашель и ощущения, что больной задыхается. При интраторакальной локализации угнетенное дыхание присутствует у 30-85% больных, которым назначена операция. Однако такие виды зоба бывают очень большими, и остается непонятным, связана ли трахеальная компрессия с размером зоба или его загрудной локализацией. Неблагоприятное влияние зоба на дыхание усиливается в положении лежа. Сопутствующие трахеальному сужению одышка и стридор развиваются сначала только при напряжении, а затем и в состоянии покоя. Резкое обострение обструкции верхних дыхательных путей может иметь доброкачественную основу в виде кровотечения в узелке или кисте, или инфекции верхних дыхательных путей, вызывающие эндотрахеальное опухание. У больных с сильной или резкой дыхательной недостаточностью, часто требующей интубации, 20-50% может вызываться злокачественностью процессов щитовидной железы. Даже у лиц без симптомов трахеи должно уделяться особое внимание. Так, авторы Gittoes и др. обнаружили, что у больных с умеренно увеличенным зобом обнаруживается обструкция верхних дыхательных путей, плохо коррелирующая с симптомами. Жалобы на состояние в связи с компрессией пищевода менее часты и поступают в основном от больных с большими и частично интра-

ракальными зобами. Еще реже встречается паралич голосовых связок, который может быть временным или постоянным, вызываемый растяжением или компрессией одного или обоих возвратных гортанных нервов. Паралич грудобрюшного нерва и синдром Хорнера в связи с компрессией симпатической шейной цепи также описаны, но бывают крайне редко. Подозрение злокачественности должно быть в любом случае.

Токсический узловой зоб в данной работе не описан, поэтому объективные и субъективные признаки тиреотоксикоза сюда не включаются. Однако у определенного числа больных, около 15-17%, с ПУЗ биохимически определяется наличие субклинического гипертириоза, а у некоторых больных наблюдаются симптомы гиперфункции щитовидной железы.

2. Клиническое обследование.

Оценка состояния больного с ПУЗ состоит из тщательного изучения анамнеза и физического обследования с уделением особого внимания обследованию шеи (включая регионарные лимфоузлы) и верхнего грудного отдела, а также пальпации зоба для определения его размера и количества узелков. Эта клиническая оценка, которую предпочтительно проводить, попросив больного проглотить несколько глотков воды, наклонив при этом немного назад голову.

На практике щитовидная железа может также пальпироваться в нормальном состоянии, но у большинства людей она не пальпируема до тех пор, пока не удвоится в размере. Видимый диффузный увеличение щитовидной железы достигает объема в 30-40 мл. В общем, размер меньших зобов часто преувеличивается, а размер больших – преуменьшается. Обнаружение узелков зависит от их размера, морфологии, расположения в пределах тиреоидной паренхимы, анатомических особенностей шеи больного, а более всего – от умения врача. Больной обычно не знает о существовании узелка размером менее 1,5-2 см в диаметре. Однако это знание может зависеть от расположения, скорости роста и возможных болевых ощущений или ощущений дискомфорта, связанных, например, с кровотечением в узелке. Большинство зобов остаются стабильными или увеличиваются в размерах медленно. При исключении возможности злокачественности процесса стремительное увеличение также может быть следствием изменений в менструальном цикле или выбросе норэпинефрина феохромоцитомой.

3. Оценка степени риска злокачественности

ПУЗ и рак щитовидной железы – это разные вещи, но одной из основных целей клинического обследования является исключить или по крайней мере свести к минимуму риск того, что рак щитовидной железы можно просто проглядеть. В таблице 2 приведены наиболее значительные факторы, наводящие на мысль о тиреоидной злокачественности.

Наличие в семейном анамнезе данных о доброкачественном зобе обычно наводит на мысль о доброкачественности

(Продолжение на 5-й стр.)

(Продолжение. Начало в предыдущем номере).

Конспект врача

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТОГО УЗЛОВОГО ЗОБА

данного процесса, но доказательством последнего не служит. Наличие МРЩЖ в семейном анамнезе при множественной эндокринной неоплазии или без нее должно приводить к исключению этой возможности. Важным в оценке степени риска является наличие независимых папиллярных опухолей щитовидной железы или заболевания Каудена, синдрома Гарднера или врожденного семей-

ного полипоза кишечника.

Риск затаенности рака ЩЖ наиболее высок у молодых и пожилых людей, поэтому диагностический подход должен быть более агрессивным в этих возрастных группах. Узелковая болезнь щитовидной железы в 5-10 раз чаще встречается у женщин, тогда как риск развития карциномы ЩЖ почти равный. Поэтому узелковый зоб у мужчины более вероятен, чем карцинома.

от отрицательных результатов цитологического анализа, потому что вероятность злокачественности очень высока. Когда присутствуют два фактора, определяющих высокую степень подозрения, вероятность злокачественности процесса в щитовидной железе достигает 100%.

Б. Лабораторные анализы.

Определение сывороточных уровней ТТГ до сих пор остается наиболее часто используемым тестом в первоначальной оценке ПУЗ. Применение этого подхода действительно оправдано, потому что сегодняшний ТТГ отличается высокой чувствительностью в выявлении дисфункции щитовидной железы. Хотя эту процедуру предпочитают более половины клиницистов, следует задаться вопросом, добавляет ли первоначальное определение уровней тиреоидных гормонов информации, если сывороточные уровни ТТГ находятся в пределах нормы. Кроме того, также используются следующие биохимические тесты (таблица 3).

Антитела к тиреопероксидазе измеряются более чем половиной клиницистов. Это имеет смысл, потому что тиреоидные антитела обнаруживаются приблизительно у 10% населения, а следовательно, аутоиммунное заболевание может сопутствовать и зобу. С другой стороны, диффузные или фокальные лимфоцитарные инфильтраты в увеличенной железе могут быть признаком аутоиммунного тиреоидита, а не ПУЗ. Это может подтверждаться тонкоигольной аспирационной биопсией, а затем можно рассмотреть возможность применения терапии левотироксином в этих случаях, если сывороточный уровень ТТГ в верхнем нормальном диапазоне. Кроме того, информация о статусе антител к тиреопероксидазе полезна при проведении терапии радиоидом, потому что эти антитела являются фактором риска развития тиреоидита, гипотиреоза и перехода в болезнь Грейвса.

Таблица 3. Биохимические тесты, применяемые при диагностической оценке больного с нетоксическим одиночным узелком или нетоксическим многоузловым зобом при отсутствии подозрения злокачественности.

ТТГ
Общий Т4
Общий Т3
Свободный Т4/индекс
Свободный Т3/индекс
Антитела к тиреопероксидазе
Микросомальные антитела
Антитела к ТГ
Антитела к рецептору ТТГ
Кальцитонин
СОЭ

Хотя уровни сывороточного ТТГ коррелируют с йодным статусом и/или размером щитовидной железы, этот маркер характеризуется неточностью на индивидуальном уровне, чтобы иметь какую-то независимую ценность при диагностике зоба. Это отражается в том, что менее 10% клиницистов измеряют сывороточный уровень ТТГ.

Тест, о котором много говорят в последнее время, это тест уровня кальцитонина. Этот гормон является маркером МРЩЖ, а его сывороточные уровни коррелируют со степенью опухоли. МРЩЖ составляет менее 10% от всех видов рака щитовидной железы, и принято считать, что 0,5% — от всех узелковых заболеваний щитовидной железы. Особый интерес представляет его применение в ранней диагностике МРЩЖ. Должен использоваться двухсайтовый иммунометрический анализ уровня кальцитонина, но наличие гетерофильных антител может стать причиной ложно повышенных уровней. При современном уровне анализов концентрация сывороточного кальцитонина составляет 10 пг/мл у 99% здоровых людей и немного выше у мужчин, чем у женщин. Повышенные уровни кальцитонина, несвязанные с заболеваниями щитовидной железы, можно наблюдать при дисфункции почек, псевдогиперпаратиреозе. Определенные стимулированные пентагастрином уровни кальцитонина широко используются в последнее время для тестирования членов семей по поводу наличия МРЩЖ в связи с синдромом МЭН 2, но то же самое можно проделать посредством генетического теста на наличие мутаций в RET протоонкогене. В США, где пентагастрин больше не используется, применяется кальций-кальцитонин тест. Нормальный верхний предел сывороточного уровня кальцитонина после стимуляции пентагастрином составляет приблизительно 40 пг/мл. Если уровень превышает 100 пг/мл, это является показателем наличия МРЩЖ или гиперплазии С-клеток. При семейной предрасположенности гиперплазия С-клеток рассматривается как карцинома. В других случаях важность гиперплазии С-клеток остается неясной, потому что очень часто она выявляется у пожилых людей и в 20% — при аутопсии. Распространенность МРЩЖ составляла до 1,4% в одном из французских крупных исследований, в котором у 41% из 34 больных с повышенным базальным кальцитонином была обнаружена МРЩЖ, но было и два ложноотрицательных случая. В исследованиях авторов Nahm и

др. у 56 из 1 448 больных (3,9%) с узловым заболеванием ЩЖ уровень кальцитонина был выше 100 пг/мл. У 10 больных (0,7%) диагноз МРЩЖ был подтвержден. У половины из этих людей базальный уровень кальцитонина был выше 100 пг/мл. Авторы Vierhapper и др. обнаружили у 3 из 1 062 больных уровень кальцитонина, превышающий 100 пг/мл. Что важнее, у 10 из 31 больного с уровнем базального кальцитонина от 10 до 100 пг/мл, уровень стимулированного пентагастрином кальцитонина был выше 100 пг/мл. МРЩЖ была выявлена у 3 больных, у остальных 6 была гиперплазия С-клеток. Уровни базального или стимулированного кальцитонина были более чувствительным тестом при выявлении МРЩЖ, чем ТАБ, а рутинное использование сывороточных уровней кальцитонина рекомендовано многими авторами. Однако на основании существующих данных ясный вывод сделать пока непросто. Следует принимать во внимание такой показатель, как стоимость-эффективность, а высокий коэффициент (60-80%) ложно-положительных результатов может стать причиной многих ненужных тиреоидэктомий. На основе полученных результатов становится ясно также, что по данному вопросу согласие отсутствует. Так, более 30% европейских исследователей измеряют базальный уровень кальцитонина рутинно, что отражено в том факте, что 5 из 6 упомянутых исследований были проведены в Европе.

Таким образом, можно сделать вывод, что определение сывороточных уровней ТТГ и анти-тиреопероксидаза-антител является обязательным при оценке ПУЗ. Если уровень ТТГ оказывается вне пределов нормы, целесообразно провести определение уровней Т₄ и Т₃. В противоположность этому необходимость рутинного применения кальцитонина при оценке состояния всех больных с узловым заболеванием щитовидной железы является спорным вопросом, однако ясно, что если уровень базального кальцитонина в плазме крови выше 10 пг/мл, это требует дальнейшего исследования. Рутинная оценка сывороточного ТТГ и антител к ТГ является нецелесообразной.

С. ИСМАИЛОВ,
директор
Республиканского
специализированного
научно-практического
медицинского центра
эндокринологии.
(Продолжение
в следующем номере).

Таблица 2. Факторы, наводящие на мысль о карциноме щитовидной железы у больных с узловым заболеванием ЩЖ в соответствии со степенью подозрения

Высокая степень подозрения
Наличие МРЩЖ в семейном анамнезе или множественная эндокринная неоплазия
Быстрый рост опухоли (особенно при лечении левотироксином)
Высокая степень твердости узелков
Связь со смежными структурами
Паралич голосовых связок (ларингоскопия)
Регионарная лимфаденопатия
Отдаленные метастазы (в легких или костях)
Средняя степень подозрения
Возраст < 20 лет или > 60 лет
Принадлежность к мужскому полу
Наличие одиночного узелка
Получение курса облучения головы и шеи по данным анамнеза
Твердая текстура, возможная фиксация
Узелок 4 см в диаметре или частично кистозный
Симптомы компрессии: дисфагия, дисфония, хриплость голоса, одышка, кашель
Низкая степень подозрения
Все остальное

Облучение головы и шеи в младенчестве или детстве по поводу ряда доброкачественных заболеваний имеет сильную связь с последующим развитием карциномы. Возможность естественного развития многих карцином щитовидной железы в связи с облучением из различных источников радиации или естественным фоном подтверждается наблюдаемой эпидемией папиллярного рака щитовидной железы у детей в Беларуси и Украине после аварии на Чернобыльской АС.

Важное значение имеет скорость роста. Карциномы щитовидной железы обычно растут медленно в течение нескольких недель или, что бывает чаще, месяцев. Рост при гормонорезистентной терапии особенно настораживает. Внезапный рост, скорее всего, говорит о кистозном или раннее невыявленном узелке, в котором произошло кровоизлияние. Стремительное увеличение также встречается в случаях анапластической карциномы или при развитии лимфомы у больного, ранее перенесшего хронический аутоиммунный тиреоидит.

Ощущение дискомфорта в области шеи, челюсти или уха, а также дисфагия, хриплость голоса или одышка могут на-

блюдаться у больных с доброкачественными узелками на щитовидной железе, особенно в случае больших многоузловых зобов, а также могут указывать на наличие карциномы щитовидной железы. Твердый и фиксированный узелок наводит на мысль о карциноме щитовидной железы, равно как и паралич голосовых связок и ипсилатеральная лимфаденопатия. Хотя все больные с карциномой щитовидной железы эутиреоидны (как и большинство больных с доброкачественными узелками на щитовидной железе), подавленные сывороточные уровни ТТГ наводят на мысль о субклиническом гипертиреозе. Обычно это исключает клинически значительную злокачественность процесса, но следует отметить, что сопутствующий гипертиреоз не исключает злокачественности в многоузловом зобе. Так, в одной большой серии оперированных больных с гипертиреозом рак щитовидной железы был обнаружен у 1,6% больных с токсическим многоузловым зобом в отличие от больных болезнью Грейвса.

Следует помнить, что железы с затаенными злокачественными опухолями во многих случаях неотличимы от тех, у которых таковых нет. В случае очень высокой степени подозрения злокачественности (таблица 2) на проведение тиреоидэктомии следует настаивать независимо

(Продолжение.
Начало на 4-й стр.)

26 ноября в актовом зале средней школы №5 города Чирчика была проведена лекция "СПИД и молодежь", лектором которой стала патронажная акушерка С. Мустафаева.

Учащимся школы была представлена полная информация о СПИДе и его последствиях. В ходе собрания лектору поступило большое количество вопросов, на которые были представлены ответы.

Подобного рода лекции были прочтаны фельдшерами Р. Касымбаевым и В. Сулеймановым в махаллах №№ 39, 40, 43, 44 города Чирчика.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА ДНЯ

В махалле "Байналмилал" Мирабаского района города Ташкента активно ведется работа среди населения. Семейный врач поликлиники №1 Г. Эшматова, старший советник махалы Л. Победимова и представитель женского совета Э. Караваяева ежедневно проводят встречи с населением в виде лекций, вечеров вопросов и ответов по медицинской тематике. 27 ноября 2008 года проводилась лекция, посвященная Всемирному Дню борьбы со СПИДом.

1 декабря 2008 года в городе Чирчике Ташкентской области прошла акция медицинских работников под девизом "Принимайте силы объединенно", посвященная Всемирному Дню борьбы со СПИДом, которая была организована заведующим городским медицинским объединением Н. Абдуллаевым. Целью проведения данного мероприятия явилась пропаганда здорового образа жизни среди населения. В ходе акции каждая поликлиника представила свой стенд и имела возможность прокомментировать, то есть рассказать об ас-

пектах работ, отраженных на стенде, и о том, как ведется работа на территории данной поликлиники. Участники, занявшие призовые места, были награждены почетными грамотами. Такая акция медицинских работников в городе Чирчике впервые. Очень хочется отметить активную работу в этом направлении многопрофильного поликлинического отделения поликлиники №3. Весь персонал данного учреждения чувствует особую ответственность за санитарно-просветительскую работу. Ими проводится еженедельный контроль за проведением лекций и вечеров вопросов и ответов в махаллах среди жителей.

Т. ЗАХАРОВА.

Мутахассис оғоҳлантиради

ГРИПП АСОРАТЛАРИ БИЛАН ХАВФЛИ!

Маълумки, грипп тез тарқаладиган юқумли касалликлардан биридир. Грипп эпидемияси деярли ҳар йили қайд этилиб, умумий аҳолининг 20-25 фоизи (аҳоли зич яшайдиган шаҳарларда ундан ҳам кўп) грипп билан хасталанади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан келтирилган маълумотларга кўра, фақат 2007 йилда 2 миллиарддан ортиқ йўловчи "хаво йўллари" хизматидан фойдаланган. Авиайўловчилар ўртасида гриппга чалинган минг-минглаб кишилар касаллиқни дунё микёсига тарқалишига олиб келади. Бундан ташқари бугунги кунда аҳоли йиғиладиган жуда кўп тадбирлар (маданий, спорт ва ҳоказо) ҳам аҳоли ўртасида грипп касаллигининг кенг тарқалишига сабаб бўлмоқда. Гриппнинг энг катта пандемияси 1918-1919 йилларда кузатирилган бўлиб, тахминан 500 миллионга яқин киши касалланиб, шулардан 40 миллиондан ортиғи вафот этган. Гриппнинг ушбу пандемияси "Испанка" номи билан тарихда қолган. 1957 йилда асосан Хитой ва Японияда бўлиб ўтган гриппнинг "Осиё пандемияси" ва 1968-1969 йилларда бўлган "Гонгконг пандемияси"дан 4 миллионга яқин киши грипп асоратларидан вафот этган. Грипп юқори нафас йўлларидаги ўткир юқумли касалликларнинг 50 фоизидан кўпрогини ташкил қилади. Бу касаллик мавсумийлик хусусиятига эга бўлиб, асосан йилнинг куз ва қиш ойларидан қайд этилади.

Грипп юқори нафас йўллари яллиғланиши, тана ҳарорати кўтарилиши ва организмнинг умумий заҳарланиши билан кечади, жуда тез тарқалиш хусусиятига эга бўлган юқумли касалликдир. Грипп касаллигини вирус кўзғатади. Вирус инфлюэнцавирус авлодига мансуб бўлиб, уларнинг 3 та тури (сезиротилари) мавжуд – "А", "В", "С". Грипп вирусининг "А" тури 1933 йилда У. Смит, К. Эндрикс, П. Лейдлоу, "В" тури 1940 йилда Т. Френсис, Т. Меджилл ва "С" тури 1947 йилда Р. Тэйлер томонидан кашф этилган. Собиқ иттифоқда эса грипп вируслари Л. А. Смороденцев (1936) ва Л. А. Зильбер (1937) томонидан ажратилган ҳамда грипп эпидемияларининг барчаси вирус табиатида эканлиги исботлаб берилган. Грипп вируси сферик шаклда бўлиб, ўлчами 80-120 нанометрни ташкил этади. Вируснинг ўртасида бир қатор заҳирдан иборат рибонуклеин кислотаси (РНК) жойлашган. "А" турдаги грипп вируси "В" ва "С" турдаги грипп вирусларидан фарқи ўлароқ, асосан гриппнинг оғир турларини келтириб чиқаради. "А" турдаги грипп вируси одамда, паррандаларда ва баъзи бир сут эмизувчи ҳайвонларда касаллик кўзғатади. Ўтмишда одамлар ўртасида қайд этилган барча эпидемия ва пандемияларни айнан "А" турдаги грипп вируси кўзғатади. "А" турдаги грипп вируси ўта ўзгариувчанлиги билан "В" ва "С" турдаги грипп вирусларидан фарқ қилади. "В" турдаги грипп вируси касаллиги фақат одамларда кўзғатади, бу турдаги вирус унча катта бўлмаган грипп эпидемиялари сифатида намоён бўлиши мумкин. "С" турдаги вирус кўзғатадиган касаллик жуда энгил ўтади, касаллик аломатлари яққол ривожлан-

маган бўлади ёки умуман белгиларсиз кечиши мумкин. Шу боис, гриппнинг "С" вируси кўзғатган касаллик фақат лаборатория текшируви ўтказилиши натижасида аниқланади.

Грипп вируслари ташқи муҳитга чидамсиз. Қиздирилганда ва қайнатилганда, хона шароитида, қуёш нури таъсирида тез nobуд бўлади. Дезинфекцияловчи воситалар (хлорли оҳак, хлорамин, гипохлорид кальций ва бошқалар) таъсирида бир зумда ҳалок бўлади. Паст ҳароратда (ҳарорат 0°Сдан паст бўлганда) вируслар узоқ вақт давомида тирик сақланади (касаликнинг совуқ мавсумда кўп учрашининг боиси ҳам шунда). Грипп вирусларини тарқатувчи манба – грипп билан касалланган беморлардир. Грипп касаллигида вирус ташувчанлик шаклланимайди. Шу сабабли ҳам юқорида таъкидланганидек, гриппга чалинган бемор касаллиқнинг ягона манбаи ҳисобланади. Мавсумий грипп фақат одамдан одамга юқади, касаллик одамдан ҳайвонга юқмайди. Парранда гриппи эса мавсумий гриппдан фарқи равишда, паррандалардан одамларга юқади, лекин бу касаллиқнинг одамдан одамга, одамдан паррандага юқиши ис-

ва беморда тумов аломатлари қайд этилади. Грипп касаллигида яширин давр 12 соатдан 3 кунгача, ўртача 1-2 кун давом этади. Касаллик тўсатдан бошланади. Соппа-соғ юрган одам бирданига мазаси қочиб, аъзои бадани увишиб, тана ҳарорати кўтарила бошлайди. Орадан 1-2 соат чамаси вақт ўтгач, касаллиқнинг бошқа аломатлари юзага чиқади. Тана ҳарорати 39-40 даражага кўтарилиб, бемор совуққотди, қалтиради. Боши ва кўл-оёқларида оғриқ пайдо бўлади. Мушаклар зиркираб оғрийди. Бемор ўзини жуда ёмон ҳис қилади. Организмининг заҳарланиши борган сари кучайиб боради. Бошнинг пе-



мувофикдир. Бемор парварishi билан шугулланган киши 4 қаватли докали ниқоб (ниқоб ҳар 3-4 соатда ювилиб, дазмолланиб, қайтадан фойдаланиш мумкин) тақиши керак. Хона иссиқ (+20-22°С) бўлиши, унинг ҳавоси бир кунда камида 3-4 марта алмаштириб (шамоллатиш) турилиши керак. Бемор шахсий гигиена қоидаларига пухта амал қилиши лозим. Унга кўп миқдорда турли хил суюқликлар (лимон чой, мева шарбатлари, наъматак дамамаси, қатиқ) ва энгил ҳазм бўладиган овқатлар керак. Бемор иштаҳаси ва хоҳишига қараб, суюқликлар ва овқатлар бериш лозим. Унинг олдиға, айниқса, ёш болалар, қариялар ва ҳомиладор аёлларни киритмаслик керак. Бемор фойдаланган сочиқ, дастурмолдан бошқалар фойдаланмаслиги зарур, уларни қайнатиб ювиш, кейин дазмоллаш лозим. Идиш-товуқлар, қошиқ-санчиқ ва пиёла ҳам бемор томонидан фойдаланилгач, дарҳол қайнатилиши керак. Агар уй шароитида даволанаётган беморнинг аҳоли яшиланавермасе, унда уйға шифокорни яна тақлиф қилиб, унинг тавсиялари асосида даволаниш талаб этилади. Бемор ҳар қандай маслаҳатларга қулоқ солмасдан, қатъийан врач тавсиялари асосида даволаниши керак. Шундагина у гриппдан тез ва асоратсиз тўзалиб кетади.

шаклларида кечади. Касаллиқнинг ўта оғир шакли баъзи ҳолатларда ўлим билан аяқланади. Грипп ўзининг асоратлари билан ёмон. Гриппдан кейин беморда менингит (мия пардаси яллиғланиши), отит (ўрта қулоқ яллиғланиши), бронхит (бронх йўллари яллиғланиши), зотилжам (ўпка тўқимаси яллиғланиши) ва бошқа бир қатор асоратлар қолдиради. Баъзилар бу касалликка етарли эътибор бермасдан, уни "оёқда" ўтказиш, ўзбошимчилик қилиб даволанади, бу эса юқорида кўрсатилган асоратларга ва кўнгилсиз оқибатларга олиб келиши мумкин. Агар оила аъзоларидан бирида грипп касаллиги аломатлари пайдо бўла бошласа, уни боғчага, мактабга, ўқув юртига ва ишга юбормаслик керак. Беморни уйда алоҳидадаш, яъни изоляция қилиш касаллиқнинг тез ва асоратсиз даволашда, шунингек, уни тарқалиб кетишининг олдини олишда энг муҳим чора-тадбирлардан бири ҳисобланади. Беморни алоҳида хонага ётқизиш, зудлик билан уйға худудий поликлиника ёки бошқа хизмат кўрсатадиган даволаш-профилактика муассасаларидан шифокор чакриши керак. Шифокор тавсиясига кўра, бемор уй шароитида ётоқ тартибда даволаниши лозим. Беморни шифоконга ётқизиш даволаш масаласини уйға чакиртирилган шифокор ҳал қилади. Бемор ётган хонага имкон борица бошқалар киритилмаслиги ва унинг парварishiда бир киши иштирок этгани мақсадга

ботланмаган. Грипп касаллигида вируслар соғлом одамларга бевосита кўрпа-тўшакдан, сочиқ, идиш-товуқ, пиёла, қошиқ-санчиқ, камдан-кам ҳолларда ўйинчоқлардан юқиши мумкин. Грипп касаллиги соғлом одамларга ҳаво-томчи йўли билан юқади. Бемор йўталганда, аксирганда, ҳаттоки нафас чиқарганда ва галлашганда, атроф-муҳитга кўп миқдордаги вирусларни тарқатади. Грипп вируслари билан зарарланган ҳаводан нафас олган соғлом кишилар, бу вирусларни юқтириб оладилар. Бемор касаллиқнинг яширин даврида (касалик аломатлари рўёбга ҳали чиқмаган пайтда) ва касаллик бошлангандан кейин, бир неча кун (ўртача 4-5 кун) мобайнида юқумли бўлади. Касаллик беморнинг фақат юқори нафас йўллари орқали юқади. Вируслар соғлом кишининг юқори нафас йўллари шиллиқ пардаси хужайралари ичига кириб кўнади ва хужайралари емиради. Вируслар таъсирида юқори нафас йўллари шиллиқ пардасининг хужайралари nobуд бўла бошлайди. Шиллиқ пардалар яллиғланиб, шишади

шона ва чакка соҳасида оғриқ кучли бўлади. Кўз соққасида оғриқ пайдо бўлади, кўз ёшлади. Бурун битиб, нафас олиш қийинлашади, бурундан ажралма чиқади, иштаҳа ёмонлашади. Баъзан бурундан қон кетади. Бемор кўп терлайди, умумий ҳолсизлик кузатилади, уйку бузилади. Грипп касаллиги, айниқса, болалар ва қарияларда оғир кечади. Гриппга чалинган бемор болаларда ҳам юқорида таъкидланган касаллик аломатларининг барчаси кузатилади. Бола инжиқ, йиғлоқи бўлиб қолади. Касаллик авжига чиққан даврида бола алаҳсирайди, талвасга тушади, қусади. Бурун-лаб соҳаси бўзарди ва кўкимтир тус олади, юзи қизаради. Боланинг иштаҳаси бузилиб, ҳеч нарсга емай қўяди. Касалликда асорат қайд этилмасе, касаллиқнинг 2-3-куни тана ҳарорати меъёрига тушади. Юқорида қайд этилган касаллик аломатлари 5-6-кунга бориб аста-секин йўқола бошлайди. Акарият ҳолларда касаллиқнинг айрим белгилари 7-10 кунгача ҳам сақланиб туриши мумкин. Грипп касаллиги энгил, ўрта оғир, оғир ва ўта оғир

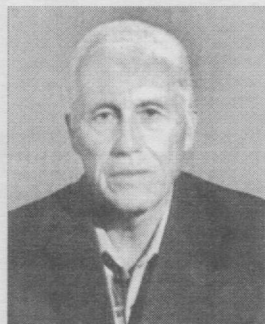
Гриппга қарши эмлатиш, шифокорлар тавсиясига кўра амалга оширилгани маъқул. Бу касалликка чалиниб, даволанишдан кўра, унинг олдини олиш минг бор афзал. Хавфли ва жиддий асоратлар қолдирадиган гриппдан сақланиш, биринчи навбатда ҳар бир кишининг ўзига боғлиқлигини унутмаслигимиз керак.

Хусан САПАРОВ,
Ўзбекистон Республикаси ССВ Республика ДСЭНМ
бўлим мудири, тиббиёт фанлари номзоди.

Меҳнати таҳсинга лойиқ

ЭЛ НАЗАРИГА ТУШГАН ШИФОКОР

Буюк табиб Абу Али ибн Сино: "Беморларни ширин сўз, муомала даволайди", деган эди. Шундай экан республика тиббиёт тизимида фаолият юритаётган кўплаб шифокорларимиз ўзларининг ҳушмуомалалиги ва самимийлиги билан беморлар дардига малҳам бўлиб, касбларини ардоқлаб келмоқдалар. Жумладан, Андижон вилояти, Андижон туман вилоят тиббий реабилитация шифохонасида кўп йиллардан буён фаолият юртиб келаётган Тожиддин Бадалбоев ҳам эл орасида қўли енгил, жонқуяр инсон деб ном олган. У минглаб беморлар дардига малҳам, уларнинг ҳурмат-эътиборига эга бўлиб келмоқда.



— Халқимиз соғлиги йўлида астойдил хизмат қилиш бизнинг бурчимиз, қолаверса, касбимизга бўлган масъулиятимиз юқори эканлигини кўрсата олади, — дейди суҳбат чоғида Тожиддин Бадалбоев.

Шу ўринда айтиб ўтиш керакки, Бадалбоевлар оиласи Андижондаги энг ибратли, намунали оила ҳисобланади. 8 нафар фарзандни тарбиялаб, комил инсон этиб воёга етказган отанинг 4 нафар фарзанди соғлиғини сақлаш соҳасида меҳнат қилиб келаётган олий маълумотли шифокорлардир.

Бутун умрини фарзандлари ҳамда шифокорлик касбига бағишлаган Тожиддин Бадалбоев бугунги кунда кўплаб шогирдлар тайёрлаб, улар билан бир сафда меҳнат қилаётганлигидан ўзини бахтиёр деб билади.

Андижон вилоятининг барча шаҳар ва туманларида истиқомат қилаётган уруш ва меҳнат фахрийлари, ногиронлар саломатликларини қайта тиклаш учун вилоят тиббий реабилитация шифохонасига келишади. У ердаги шарт-шароит, жамоада ишлаётган тиббиёт ходимларининг меҳнатсеварлиги ҳамда ҳушмуомалалиги беморлар тезда соғлиқларини тиклашда муҳим аҳамиятга эга бўлмоқда.

Мазкур шифохонанинг биринчи бўлимида 45 йилдан буён фаолият юритаётган Тожиддин Бадалбоев ҳам ўз касбини ардоқлаб келаётган жонқуяр шифокорлардан биридир. Мен ушбу масканда бўлганимда шифохона бош шифокори Ш. Қозоқов тажрибали шифокор Тожиддин Бадалбоев фаолияти тўғрисида эътирофли фикрларни айтиб ўтди.

Шунингдек, тиббиёт муассасасида даволанаётган бемор Тешабой ота Сойназаров ҳам бўлимидаги кенг имкониятлар ҳамда ходимларнинг ишчанлиги тўғрисида мамнун бўлиб гапирди. Бунинг баробарида фидойи шифокор Т. Бадалбоев, С. Жалолева, катта ҳамшира М. Паттаева, бири-биридан чаққон ҳамширалар Д. Қодирова, Г. Бекматова, Неля, Люда, Тўся, массажчи Р. Султонов ҳамда Ўғилоний беминнат хизматларидан кўнглиларни тўлганлигини айтиб ўтди.

Ҳа, инсон меҳнатиға қарата айтилган бу сўзларни тинглаб, Тожиддин Бадалбоевнинг ҳақиқатдан ўз касбининг фидойиси эканлигини англаш қийин эмас.

Бутун умрини фарзандлари ҳамда шифокорлик касбига бағишлаган Тожиддин Бадалбоев бугунги кунда кўплаб шогирдлар тайёрлаб, улар билан бир сафда меҳнат қилаётганлигидан ўзини бахтиёр деб билади.

«ЖЕВАЧИ» ҚИШЛОҚ ВРАЧЛИК ПУНКТИНИНГ БИР КУНИ



маҳалладаги тадбиркорлар ёрдамида жиҳозланиб, жамоа ходимлари ва аҳоли учун керакли шароит ҳамда имкониятлар яратилди.

Ўз касбининг моҳир устаси бўлган тажрибали шифокор Олимахон Усмонова қишлоқ врачлик пунктнинг мудури ва-зифасида ишлар экан, талабчанлиги, ҳушмуомалалиги, камтарлиги туфайли жамоа ва эл ҳурматиға сазовор бўлмоқда. «Жевачи», Ю. Мамажонов номи ва «Хартум» маҳаллаларида яшовчи аҳолиға қишлоқ врачлик пунктнинг 16 нафар ходими тиббий хизмат кўрсатиб келмоқда. Айниқса, тажрибали шифокорлардан Фарҳодбек Усмонов, Соҳиббахон Сатторова, бири-биридан чаққон ҳамширалардан Зайнабхон Низомова, Эркиной Йўлдашева, Нафисахон Исакова, Гулчиroy Собирова меҳнатидан мамнун бўлаётган аҳолининг эътирофли фикрлари кишини бефарқ қолдирмайди. Олимахон Усмонова билан суҳбатда бўлганимизда, ташаббускор раҳбарнинг фикрлари жамоада олиб бораётган фаолиятлар ислохот жараёнига янги уйғулашиб кетаётганлиги фахр билан таъкидлади. Жумладан, она ва бола саломатлигига бўлаётган эътибор бундан мустасно эмас. Врач-гинеколог Соҳиббахон Сатторова туғиш ёшидаги аёллар, шунингдек, ёш оналарға керакли мас-

лаҳат ва тавсияларни бериб, даволашға муҳтож бўлган беморларни шифохонада ётиб, муолажа олишлари учун керакли муассасаларға йўллайди. Шунингдек, чақалоқларни она сuti билан боқиш муҳимлиги ҳамда бола парварishiға эътиборни кучайтириш зарур эканлигини ёш оналарға тушунтириб, келажақда фарзандининг соғлом ўсишиға замин яратилишини доимий таъкидлаб келади.

Шунингдек, жамоада фаолият юритаётган бошқа йўналишдаги тиббиёт ходимлари меҳнатини ҳам айтиб ўтиш жоиз. Талабчан, қаттиққўл, шижоаткор раҳбар Олимахон Усмоновнинг ўз касбига садоқат билан ёндошганлиги туфайли ходимлар орасида соғлом муҳит барқарор бўлиб, уларнинг фаолияти учун кенг имкониятлар яратилган. Аҳоли ва жамоат ташкилотлари билан ҳамкорликда олиб борилаётган ишлар ҳам бундан мустасно эмас. Бунинг натижасида аҳоли орасида касалликларнинг олдини олиш, шу билан бирга халқнинг тиббий саводхонлигини ошириш борасида ижобий натижаларға эришилмоқда. Эл ардоқлаган аёл Олимахон Усмонова жамоада ибратли раҳбар, оилада эса фарзандларға меҳрибон она, турмуш ўртоғиға эса таянч.

Халқимиз саломатлиги йўлида меҳнат қилаётган «Жевачи» қишлоқ врачлик пунктнинг бир кунлик фаолиятиға назар ташлайдиган бўлсак, жадаллик билан олиб борилаётган ишлар замирида тиббиёт ходимларининг масъулиятли вазифалари уйғун ётганлигининг гувоҳи бўлдиқ.

Ж. ТУРДИЕВ,
уруш ва меҳнат фахрийси,
«Ўзбекистонда хизмат кўрсатган маданият ходими», олий тоифали химбиолог, кекса журналист.

Учрашув

ЭЪТИРОФ ВА ЭЪТИРОМ...

Тиббиёт илмидек шарафли ва масъулиятли касбда меҳнат қилиб келаётган Самарқанд Давлат тиббиёт институти битирувчилари ўзларининг 25 йиллик юбилейлари нишонлаш мақсадида институтнинг мажлислар залида йиғилдилар.

1977 йили кириш имтиҳонларини муваффақиятли топширган 800 та абитуриентға республикамиздаги энг нуфузли тиббиёт олийгоҳларидан бири — Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг талабаси бўлишдек бахт насиб этди. 1983 йили эса ушбу талабалар институтининг элгинчи битирувчилари бўлишди. Шуниси қувонарли эдики, институт тарихида биринчи бор ушбу талабалардан 92 нафари имтиёзли диплом олишға мушарраф бўлган. Ҳозирда собиқ битирувчилардан 5 нафари тиббиёт фанлари доктори, 20 нафардан ортиғи фан номзодлари бўлиб етишиб, тиббиёт фанининг ривожига ўзининг муносиб ҳиссасини қўшаётган бўлсалар, қолган битирувчилар халқ соғлиғини сақлашда тиббиёт соҳасининг турли йўналишларида самарали фаолият юритиб келмоқдалар.

Юбилей қатнашчиларға бағишланган тантанали кечани Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг илмий ишлар бўйича проректори, профессор Ш. Юсупов очиб, уларни ушбу учрашув онлари билан табриқлаб, ишларига омадлар билдирди. Сўнгра битирувчилар ҳозирги кунда ҳаёт бўлмаган курсдошлари хотирасини ёдға олишди.

Тадбир давомида битирувчиларға сабоқ берган СамДавТИ собиқ ректори, профессор Ўктам Ваҳובה, профессор М. Аҳмедова иштирокчиларни табриқлаб, масъулиятли касбларини давом



эттиришни, шунингдек, меҳр-оқибатли бўлишларини айтиб ўтишди.

Битирувчилар ҳам сўзға чиқиб, республика тиббиёт тизимида амалға оширилаётган ислохотлар ва бунинг баробарида мутахассислар учун давлатимиз томонидан яратилаётган имконият ва ғамхўрликлар тўғрисида фахрланиб гапирдилар.

Сўнгра собиқ курсдошлар институтининг илмий ишлар бўйича проректори, профессор Ш. Юсупов ҳамкорлигида олий ўқув юртининг бугунги фаолияти билан танишишди. Институт битирувчилари ўзлари таҳсил олган олий ўқув юртида жаҳон андозаларига мос равишда ўқитиш ишлари олиб борилаётганлигиға амин бўлишди.

Ушбу йиғилиш курсдош-дўстлар ўртасидаги меҳр-оқибатнинг мустаҳкамлигини, хотира «уйғоқлиги»ни яна бир қарра намоиш этди.

Шоира ҚОДИРОВА,
Тошкент Тиббиёт академияси катта ўқитувчиси.

Интернет сообщает

Белорусские хирурги избавили новорожденную от близнеца-паразита и порока сердца

Белорусские врачи успешно провели сложнейшую операцию новорожденной девочке, в ходе которой от нее был отделен недоразвившийся близнец-паразит, а также ликвидирован врожденный порок сердца, сообщает «Комсомольская правда в Белоруссии».

Инесса появилась на свет 25 октября в роддоме небольшого белорусского города путем естественных родов. Ее мать, 21-летняя Екатерина, о проблеме с плодом ничего не знала — при ультразвуковых исследованиях паразитический близнец замечен не был. Однако принашившие роды акушеры обнаружили, что к животу и грудной клетке новорожденной прирос недоразвившийся близнец без верхней части тела. Кроме того, выяснилось, что у Инессы врожденный порок сердца.

Для хирургического лечения девочку доставили в Республиканский детский хирургический центр в Минске. Было принято решение оперировать ребенка на десятом дне жизни, поскольку из-за порока сердца отложить удаление паразитического близнеца не представлялось возможным.

Материалы основаны на данных Интернета.

Биринчи ёрдам

ЕЛКА ВА БИЛАК СУЯКЛАРИ ЖАРОХАТЛАНГАНДА

Куйидаги тадбирлар елка, тирсак ва билак суяклари жароҳатланганда қўлланилади:

1. Болани стулга ўтқизинг. Ундан соғлом қўли билан жароҳатланган қўлини ушлаб туришини сўранг.

Синган қўлни кўкрак устига қўйинг. Соғлом қўли билан синган қўлни ушлаб туришини сўранг.



2. Синган қўлни боғлашдан олдин боланинг синган қўли ва кўкраги орасига юмшоқ нарсас қўйинг.



3. Маҳкам тутадиган боғлов билан синган қўлни боғланг.

Маҳкам тутадиган боғлов

Бунинг учун учбурчак рўмол ёки шунга ўхшаш мато ишлатилади.

1. Рўмолнинг бир учини соғ елка орқали бўйин орқасидан ўтқизинг ва бошқа елкага ташланг.



Синган қўлни ушлаб туринг. Учбурчак рўмолнинг узун учини соғ елкага ташланг.

Рўмолнинг пастки қисми билан тирсак ва билакни ўранг. Елка устида туғун қилиб боғланг.

2. Рўмолнинг пастки қисми билан тирсак ва билакни ўранг, унинг учини елкага олиб бординг ва иккинчи уч билан туғун қилиб боғланг.

3. Тирсак атрофида осилиб қолган учбурчак рўмолнинг қисқа учини йиғиб, боғловга кистириг.



Тирсак бўғими жароҳати

Бу жароҳат мутахассис томонидан шовилинч ёрдам кўрсатишни талаб қилади.

Белгилари: тирсак бўғимида оғриқ, хусусан, уни ҳаракатлантирганда бўғимда ҳаракатнинг кийинлашиб, шив ва қонталашдан иборат бўлади.



Болани текис жойга ётқизинг. Жароҳатланган қўлни қорин устига қўйинг.

Жароҳатланган қўл остига юмшоқ нарсас қўйинг.



Елкасини кўкрак қафасига боғланг. Билак ва қафти қоринга боғланг.

Ўмров суягининг синиши

Белгилари: оғриқ ва оғриқнинг қўл ҳаракатида қулайиши, бош жароҳатланган томонга бурилган ва эгилган бўлади.

1. Болани ўтқизинг ва эҳтиётлик билан жароҳатланган томондаги қўлни кўкрак устига қўндаланг қўйинг.

2. Қўлни маҳкам тутадиган боғлов билан боғланг.

Маҳкам тутадиган боғлов

1. Жароҳатланган қўлни кўкрак устига қўйинг. Уни тирсакдан ушлаб туришини сўранг.

Жароҳатланган қўл бармоқларини соғ елкага қўйинг.



2. Жароҳатланган қўлни боғлов билан ёпинг ва унинг бир учини соғ елкада ушлаб туринг.



Боғловнинг бир учини елкада ушлаб туринг.

3. Боғлов билан билак ва тирсак бўғимини ўранг.

4. Боғловнинг иккинчи учини жароҳатланган қўл тирсагини қотириб қўйиш учун орқадан соғ



елкага олиб келинг ва боғловнинг биринчи уч билан туғун қилиб боғланг.

5. Тирсак атрофида матонинг осилиб қолган учини йиғиб, боғловга кистириб қўйинг.



Юқоридаги қўтилмаган ҳолатлар юз берганда зудлик билан биринчи ёрдам кўрсатишга шовилинг! Сўнгра, тезда шифокорга муурожаат қилинг.

Мазкур мақола Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Республика Саломатлик ва тиббий статистика институти, «Саломатлик» лойиҳаси мутахассислари томонидан тайёрланди.

Табиат шифохонаси

ҚОН КАМАЙИБ КЕТГАНДА

Бу касаллик қонда эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдорининг камайиши билан характерланади. Камқонлиқнинг келиб чиқишига қон яратилиш жараёнининг бузилиши, ўсатдан ёки сурункасига қон йўқотиш, қизил қон таначалари (эритроцитлар)нинг меъридан ортиқ даражада парчаланиши сабаб бўлиши мумкин. Камқонлиқнинг белгилари жуда кўп бўлиб, аввало камқонликка чалинган бемор тез-тез чарчайдиган, юраги уришдан безовталанадиган ва боши айланадиган бўлиб қолади. Айни вақтда унинг иштаҳаси ҳам пасаяди.

Камқонлиқни даволаш учун куйидаги воситалардан фойдаланиш мумкин:

Олхўрини кўп истеъмол қилиш қон таркибиде қизил қон таначаларининг кўпайишига

ёрдам беради. Шу билан бирга, қон босимини пасайтиради, ундан буйрак хасталигини даволашда ҳам фойдаланиш мумкин.

Ибн Сино исмалоқни камқонлик касаллигини даволашда ишлатган. Ундан қайнатма тайёрлаб, қони камайиб кетган беморга ичирган. Қайнатма тайёрлаш учун 1 ош қошиқ микдорда мурғак исмалоқ ўти ёки барг қукуни 200 грамм сувда 10 минут қайнатилади, 1 соат тиндириб қўйилади. Кейин докдан сузиб олиниб, қунига ярим пиёладан 3 маҳал истеъмол қилинади.

Тут меваси ўзининг шифобахши хусусиятлари билан инсон организмидеги турли хасталиқларга даво бўла олади. Ундан тайёрланган майиз ҳам гўягиде тўйимли ва фойдали неъмат ҳисобланади.

Беҳнинг барги ва пўстлоқдан тенг миқдорда олиб, озгина сувда қайнатилади, 1 соат тиндириб қўйил-

гач, докдан ўтқизилади. Бу даламдан истеъмол қилиб туриш ҳам камқонликка фойдалидир.

Ўрик меваси камқонлиқни даволашда муҳим ўрин тутди. Бу неъмат юрак, қон-томир фаолиятини яхшилайдиган. Қизил сабази ҳам камқонликда даво бўладиган неъматлардан бири ҳисобланади.

Халқ табибатида лимонўт баргидан тайёрланган далама камқонликда, овқат ҳазм бўлиши бузилишида, юрак касаллиқларида ва бошқа қатор касаллиқларда фойдаланилади. Ўсимликдан далама тайёрлаш учун чойнакка икки стакан қайнаб турган сув қўйилиб, ўсимлиқнинг ер устки қисмидан ёки майдаланган баргидан 8 чой қошиқ солиб, 4 соат далам қўйилади. Сўнгра докдан сузиб, қунига 4 маҳал овқатдан олдин ярим стакандан ичилади.



Интернет соошпаёт

Британский хирург
провел сложнейшую
операцию с помощью
SMS-сообщений

Британский сосудистый хирург, работавший волонтером в Конго, спас жизнь 16-летнему мальчику с помощью SMS-сообщений. Благодаря подробным инструкциям по сотовому телефону, полученным от коллеги-хирурга, врач смог впервые в жизни осуществить сложнейшую операцию по ампутации плеча с обширной резекцией плечевого пояса, сообщает газета Mail Online.

В октябре 2008 года 52-летний сосудистый хирург из Великобритании Дэвид Нотт работал в Конго в качестве волонтера в Международной медицинской гуманитарной организации "Врачи без границ". Однажды Нотт столкнулся с пациентом, который был укушен гипопотамом. На месте укуса возникла инфекция, приведшая к гангрене верхней конечности. Для спасения жизни 16-летнего мальчика требовалось незамедлительное проведение сложной операции – ампутации плеча вместе с лопаткой и ключицей.

Нотт, никогда не делавший такую операцию, посредством SMS-сообщения обратился за помощью к коллеге – хирургу Майриону Томасу. Врач, который в это время отдыхал на Азорских островах, согласился помочь. В двух ответных SMS он изложил подробные инструкции по проведению операции вместе с пожеланием удачи.

Несмотря на отсутствие опыта и тяжелые условия работы – в распоряжении врача имелось лишь пол-литра крови, один скальпель и один зажим, – Дэвид Нотт решился на проведение операции.

По словам врача, хирургическое вмешательство прошло успешно. В настоящее время жизни подростка ничто не угрожает.

Китайские врачи помогу
мальчику с сердцем
на животе

Китайские врачи разрабатывают план хирургического лечения четырехлетнего мальчика, который родился с сердцем, находящимся под кожей живота.

Сердце Чжана из деревни Хетай в провинции Ляонин из-за аномалии внутриутробного развития покрыто лишь кожей брюшной стенки, сквозь которую хорошо видны его сокращения. Сейчас мальчик доставлен в больницу Шэнцзина – клиническую базу Китайского

медицинского университета. По словам врачей, маловероятно, что удастся вернуть сердце на место, но они собираются сделать все возможное для лечения Чжана.

Родители мальчика, работающие мусорщиками, ранее не могли обратиться за медицинской помощью для сына из-за финансовых затруднений. Все, что они могли сделать – это надевать на мальчика больше одежды для предохранения сердца от повреждений и не разрешать ему играть в подвижные игры.

В Великобритании один
из siamoских близнецов
умер после операции
по разделению

Один из siamoских близнецов, перенесший операцию по разделению в лондонской детской больнице на Грейт Ормонд Стрит, скончался вследствие дыхательной недостаточности. Состояние второго близнеца, Фейт Уильямс, остается стабильно тяжелым, сообщает BBC.

Siamoские близнецы Фейт и Хоуп (в переводе – вера и надежда) родились 26 ноября. Будущей матери – 18-летней Лауре Уильямс – предлагали сделать аборт, однако молодая женщина решила на рождение близнецов. Сестры Уильямс появились на свет в результате кесарева сечения на 35 неделе беременности. Siamoские близнецы родились соединенными в районе груди и живота. У девочек имелась общая печень и кишечник, а также некоторые важные кровеносные сосуды.

Первоначально врачи планировали подождать с разделением близнецов до тех пор, пока они не окрепнут. Однако на шестой день после их рождения потребовалась экстренная операция – у детей была диагностирована кишечная непроходимость.

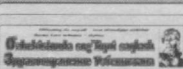
Операция по разделению прошла успешно. Тем не менее, вечером того же дня состояние одной из сестер, Хоуп, ухудшилось и девочка скончалась. По словам врачей, причиной смерти ребенка стала дыхательная недостаточность.

Состояние ее сестры в настоящее время оценивается как стабильное. Девочка по-прежнему находится в реанимации и подключена к аппарату искусственной вентиляции легких.

Siamoские близнецы появляются на свет крайне редко. Одна пара таких малышей приходится примерно на 200 тысяч здоровых детей.

Материалы основаны на данных Интернета.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН УРОЛОГИЯ Маркази директори ўринбосари Мухтаров Шухрат Турсуновичга падади бузуқворни **Турсун МУХТАРОВ**нинг вафоти муносабати билан чуқур таъзия изҳор этади.



Газета муассиси:

Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Тахрир хайъати раиси:
Феруз НАЗИРОВ

Тахрир хайъати аъзолари:

Бобур Алимов, Озода Мухитдинова, Бахтиёр Ниёматов, Нурмат Отабеков, Рихси Салихўжаева, Абдулла Убайдуллаев, Фарҳод Фузайлов, Миралшер Исламов, Намоз Толипов (маскул қотиб).

Газета материаллари тахририят компьютер марказида терилди ва саҳифаланди.

Манзилми: 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 чиқади. Мақола-лар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash – Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт. Фойдаланилмаган қўлемалар таҳлил қилинмайди, ёзма жавоб қайтарилмайди. Ўзлон ва билдирувлардаги факт ҳамда далилларнинг тўригилиги учун реклама ва эълон берувчилар масъулдир.

Интернет саҳифаларидан фойдаланилган суратларга шартли белгиси қўйилган.

Адади 4935 нусха. Буюртма Г-1150.

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

Саҳифаловчи: Бахтиёр КЎШОКОВ.

Босмахонага топшириш вақти – 20.00.