

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган • www.uzssgtz.uz, uzss@med.uz • 2009 йил, 15 май • № 19 (638)

15 май – Халқаро оила кун

ОИЛА МУСТАҲКАМЛИГИ ЖАМИЯТ ТАРАҚҚИЁТИНИНГ ПОЙДЕВОРИ



Оила – муқаддас даргоҳ экан, хонадонимиз тинч-тотув, фаровон бўлса, демак жамиятимиз тараққиёти ҳам шунчалик юксакланиб бораверади. Зеро, Ватан остонадан бошланганидек, мамлакатимиздаги соғлом муҳит, маънавий баркамоллик ҳар бир оила пойдевори қанчалик мустаҳкам ва барқарор эканлигидан далолат беради. Хабарингиз бор, ҳар йили республикамизда 15 май – Халқаро оила кун сифатида кенг нишонланади. Бу жараёнда барча ташкилотлар қатори Республика Оила илмий-амалий марказининг ҳам алоҳида ўрни борлигини таъкидлаш жоиз. Мазкур сана олдида марказ директори Васи́ла Каримова билан суҳбатда бўлдик.

(Давоми 2-бетда).

Анжуман

ЭЪТИБОР ВА ЭЪТИРОФГА МУНОСИБ

12 май – Халқаро ҳамширалар кун муносабати билан республикамизнинг барча тиббиёт муассасаларида мазкур санага бағишланган байрам тадбирлари бўлиб ўтди.

Жумладан, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Ўзбекистон ҳамширалар Ассоциацияси ва Тошкент тиббиёт академияси ҳамкорлигида «Олий ҳамширалик иши йўналишининг келажаги» мавзuida илмий-амалий конференция бўлиб ўтди. Бу йилги Халқаро ҳамширалар кун республикамизда «Жамиятга сифатли ёрдам кўрсатиш – ҳамширалик ишининг асоси» шиори остида ўтказилди. Мазкур анжуманда Тошкент шаҳри ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармалари ходимлари, тиббиёт институтларининг «Олий ҳамширалик иши йўналиши» факультети деканлари, тиббиёт коллежларининг амалиёт бўйича директор ўринбосарлари, республика даволаш-профилактика муассасаларида фаолият кўрсатаётган олий маълумотли ҳамшира ва

ўрта тиббиёт ходимлари иштирок этдилар.

Анжумани Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Фан ва ўқув юртлири Бош бошқармаси бошлиғи Шухрат Атаханов кириш сўзи билан очиб, иштирокчиларни касб байрамлари билан самимий қутлаб, ҳамширалик иши бўйича ислохотлар асосида олиб борилаётган фаолиятларга тўхталиб ўтди.

Соғлиқни сақлаш тизимида меҳнат қилаётган ўрта тиббиёт ходимларининг бугунги фаолиятига назар ташлайдиган бўлсак, аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатишда уларнинг ўрни борлигини ҳам эътироф этиш жоиздир.

Тадбирнинг мавзусидан кўриниб турибдики, ушбу анжуман олий ҳамширалик иши йўналишининг келажаги хусусида борар

(Давоми 2-бетда).

Эътироф

ФАҲРИЙЛАР МЕҲНАТИ ДОИМ ЭЪЗОЗДА

Ҳар йили республикамизда 9 май – Хотира ва қадрлаш кун сифатида кенг нишонланади. Шу муносабат билан мамлакатимизнинг барча ҳудудларида Иккинчи жаҳон урушида ҳалок бўлган ватандошларимиз ёди хотирланиб, тириклари бугун ҳар қанча эътироф эътимайлик, эсламайлик озлик қилади. Чунки, ана шундай қахрамонлик ортида юртдошларимизнинг орзу умидлари, тинчлик нашидасини суришдек олий саодат ётганлигини тейранроқ англаб, уларга ҳурмат-эътироз кўрсатишни инсонийлик бурчи, деб биламиз.

Барча тиббиёт муассасаларида бўлгани каби Республика Онкология илмий марказида ҳам 9 май – Хотира ва қадрлаш кун муносабати билан байрам тадбири бўлиб ўтди. Мехру саховатга тўла мазкур тадбир мана бир неча йилдирики, марказ ҳаётида доимий анъана тусини олиб келмоқда.

Шу вақтга қадар бу даргоҳда қанчадан-қанча тиббиётимиз дарғалари, олим уюнуяр инсонлар меҳнат қилганини эътироф этиш жоиз. Кўп йиллар ушбу марказда самарали фаолият олиб бориб, эндиликда қарилк гаштини сураётган фаҳрийларнинг ҳамкасблари дийдори томон ошқишлари, уларга кўрсатилган ғамхўрлик ва эътибор йиллар давомида ўзининг қадр-қимматини йўқотмайди.

– Ўтган аждодлар руҳини шод этиш, тириклари қадрлаш, ёшларни ана шундай эзгу фазилатларга содиқ ҳолда тарбиялаш халқимизга хос бўлган азалий анъанадир. Чунки, уруш йилларида ўз жасорати, мислсиз курашлари билан Ватан озодлиги учун жанг олиб борган юртдошларимиз, қолаверса, тиббиёт ходимларининг ёрқин хотираси бизга бугун унутилмас тарих, бой маънавий мерос саҳифаларини эслатади. Марказимиз тарихида ҳам инсонлар саломатлигига малҳам бўлишдек олий мақсадни бошлаб берган устозларимизнинг борлиги ҳар биримиз учун мактаб, ўрнак олса арзигулик ибрат бўлиб келмоқда, – дейди марказ директори Саримбек Наврўзов.

Дарҳақиқат, йилларнинг поёни бўлмаганидек, эзгу ишларнинг ҳам бардавомлиги яқун топмайди. Қисқа вақт ичида таниб бўлмас қиёфа кашф этган мазкур даргоҳ эндиликда ўзининг моддий-техник базасини мустаҳкамлаб, мамлакатимизда онкология соҳасини ривожлантириш, аҳоли

(Давоми 2-бетда).

Дил изҳори

УЛАР МЕҲНАТИДАН МАМНУНМИЗ

Кейинги йилларда давлатимиз томонидан тиббиёт тизимидаги бирламчи бўйин фаолиятига эътибор кўчайтирилгани боис, аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифати кундан-кунга яхшиланаётганлигининг гувоҳи бўлиб келмоқдамиз. Бунинг исботи сифатида шуни айтмоқчиманки, Тошкент шаҳри, С. Раҳимов тумани ҳудудида жойлашган 16-сонли оилавий поликлиникада ҳам халқимиз саломатлиги йўлида самарали ишлар олиб боришмоқда.

Анча йиллардан буён мазкур оилавий поликлиникага соғлигим борасида муурожаат қилиб келаман. У ердаги шифокор ва ҳамшираларнинг илиқ муомаласи, кўрсатаётган тиббий хизматлари, шунингдек, яратилган шайорлар ҳар қандай бемор тезда тўзалиб кетишида муҳим роль ўйнамоқда. Ушбу тиббиёт муассасаси оилавий поликлиника мақомини олгандан сўнг, тиббиёт ходимларининг аҳоли билан ишлари янада яхшиланиб, биргина бемор эмас, балки соғлом оила аъзоларини ҳам доимий назоратга олдилар. Айниқса, оилага бириктирилган шифокор ва ҳамширанинг уйимизга тез-тез келиб, ҳолимиздан хабар олиши, касалликлар бўйича тушунтириш ишларини олиб боришлари тиббиётга бўлган ишончимизни оширмоқда. Юқоридаги фикрларимнинг исботи сифатида шуни айтмоқчиманки, мен ва оила аъзоларим соғлиғидан доимий хабардор бўлиб, ўз вақтида тиббий ёрдамларини амаётган оилавий шифокоримиз Н. Бегалиева ва меҳрибон ҳамшира Н. Тоировадан меҳнатидан мамнунман.

Ш. ТОҲИРОВ,
Тошкент шаҳри.

15 май – Халқаро оила куни

ОИЛА МУСТАҲКАМЛИГИ ЖАМИЯТ ТАРАҚҚИЁТИНИНГ ПОЙДЕВОРИ



– **Васила Маманасирова, сиз раҳбарлик қилаётган марказнинг мамлакат ижтимоий ҳаётидаги ўрни ва макеи, олдиға қўйилган вазифалари тўғрисида қандай фикрдасиз?**

– Республика оила илмий-амалий марказимиз муҳтарам Президентимизнинг 1998 йили «Оила йили» деб эълон қилишлари муносабати билан ташкил этилган. Марказ ўзига

вий спортни ривожлантириш учун мамлакатимизда барча имкониятлар мавжуд. Эътирофлиси шундаки, ушбу оммавий тадбирларда хотин-қизларнинг фаоллик билан иштирок этишлари, нафақат соғликлари учун, балки миллий генофондимизни ҳам асрашга хизмат қилади, деб ўйлайман.

– **Маълумки, марказ томонидан оилалар ўртасида кўплаб илмий-тадқиқот ишлари ўтказилади. Сизнингча, мазкур тадқиқот жараёнлари қандай самара бермоқда?**

– Утган давр мобайнида ўтказилган тадқиқотларимиз натижаси таҳлил қилинганда, ҳар бир оила учун саломатлик асосий омил эканлиги маълум бўлди. Бунинг ифодаси сифатида айтиш лозимки, оила аъзолари соғлом бўлгандагина, ўша жойда тинчлик-хотиржамлик ва ўзаро аҳиллик бўлиши мумкин экан. Очiq айтиш керак, бу борада муаммолар ҳам йўқ эмас. Масалан, қариндош-уруғлар ўртасидаги никоҳлар оилаларда нохушлик ҳолатларини келтириб чиқармоқда. Ана шундай кўнгилсизлик

кўриқдан ўтиш тўғрисидаги Ниҳом ишлаб чиқилди ва 365-қарор қабул қилинди. Айна кунда ушбу қарор бўйича фаолиятлар изчиллик билан олиб борилаётган.

Яна бир муҳим масалани эътироз билан айтишим керакки, келин-куёвларни тиббий кўриқдан ўтиш борасида бир-бирдан касалликни яшириш, қалбаки маълумотномалар тайёрлаш каби ноқонуний ҳолатлари аниқланди. Бунинг оқибатида эса ОИТС касаллигига чалинган ёш оилалар никоҳи қайд этилганлиги ҳам маълум бўлди. Бундай салбий ҳолатларга барҳам бериш мақсадида Олий Мажлис Сенати томонидан Оила кодексининг 49-моддасига ўзгартишлар киритилди. Яъни, никоҳдан ўтганларнинг бирортаси ОИТСга чалинган бўлса, унда бу никоҳ ҳақиқий деб ҳисобланмайди.

– **Оилада тиббий маданият ва саводхонликни оширишда таъсирчанлик доирасини кенгайтириш учун нималарга эътибор қаратиш лозим?**

– Соғлом турмуш тарзи кўникмаси, аввало оилада шаклланиши муҳим, деб биламан. Демокриманки, ўтган давр мобайнида аҳолининг тиббий маданияти, саводхонлик даражаси анча ўсди. Бу албатта, маҳаллалар, Республика Саломатлик, Скрининг марказлари ва уларнинг вилоят филиаллари ҳамда бирламчи тиббий санитария бўғини билан ҳамкорликда олиб бораётган ишларимизнинг самарасидир. Қўлга киритаётган ютуқларимиз маълум даражада ўз ифодасини топаётган бўлсада, қилиниши керак бўлган вазифаларимиз ҳали кўп. Режага мувофиқ республикадаги барча тиббиёт коллежларида соғлом турмуш тарзига бағишлаб давра суҳбатлари ва учрашувлар ўтказишни белгилаб олдик. Чунки, у ерда таҳсил олаётган қизлар коллежни битиргач, патронаж ҳамшира сифатида оилаларга кириб борадилар ва аҳолининг энг яқин кўмакчисиға айланадилар. Улар олдиға қўйилган ягона мақсад – аҳолининг тиббиётга бўлган ишончини янада орттириш ва улар саломатлигига нисбатан эътиборни бўлишни кучайтиришдир. Шундай экан, ёш кадрлар салоҳияти ва тажрибаси оилалардаги соғлом муҳитнинг янада шаклланишиға хизмат қилиши шубҳасиздир. Дарҳақиқат, ҳар бир инсон ўз саломатлигига маъсул эканлигини англашиш даражасида таърибот-ташвиқот ишлари таъсирчанлигини ошириш муҳим ҳисобланади. Мазкур йўналишда марказимизнинг худудий бўлиmlлари ҳам бевосита ҳамкор ташкилотлар билан фаолият олиб боришади. Мақсадимиз – оилаларнинг ижтимоий-маънавий ҳуқуқларини ҳимоя қилиш, улар билан ҳамжиҳатликда обод ва фаровон оила мустаҳкамлигини таъминлашдир.

Зеро, республикамизда олиб борилаётган кенг қамровли ишлар замирида оилалар тинчлиги, фаровонлиги ва юртимизнинг мустаҳкам пойдевори устувор эканлигига гувоҳ бўлиш мумкин. Бу борада ҳар бир оилаға илмий салоҳият билан кириб бораётган Республика Оила илмий-амалий марказининг ижтимоийликка асосланган фаолияти эса яқин келажақда юқори натижалар беришиға ишончимиз комил.

1-2-саҳифа материалларини Намоз ТОЛИПОВ тайёрлади.
Суратлар муаллифи Собир МАЖИДОВ.



хос ижтимоий институт ҳисобланиб, олдимизға қўйилган асосий вазифа – Ўзбекистондаги оилаларға тааллуқли бўлган бой маънавий меросни ўрганиш, оилаларни мустаҳкамлашнинг барча шарт-шароит, омилларини илмий жиҳатдан тадқиқ қилиш ва Республика Хотин-қизлар кўмитаси ҳамда бошқа қатор ташкилотлар билан ҳамкорликда унинг амалдаги ижросини таъминлашдан иборатдир. Марказда оила демографияси, оиланинг тиббий-биологик асослари, оила ҳуқуқи, психология ва маънавият бўлиmlлари фаолият юритади. Ҳар йили Вазиrлар Маҳкамаси ҳузуридаги фан ва технологияларни ривожлантиришни мувофиқлаштириш кўмитаси томонидан эълон қилинган тендер ва лойиҳаларда иштирок этиб, оилаларға тегишли бўлган долзарб мавзудаги илмий лойиҳалар соҳиби бўлиб, мазкур йўналиш бўйича аҳоли орасида тарбибот-ташвиқот ишларини амалға оширамиз. Шунингдек, ўтказиладиган кўплаб тадбирларда аҳолининг кенг қатлами учун оммабоп бўлган рисола ва буклетлар тайёрлаб, тарқатамиз. Маълумки, 15 май – Халқаро оила куни сифатида кенг нишонланади. Мазкур санаға бағишлаб оилалар ўртасида турли спорт мусобақаларини ўтказиш яхши анъанаға айланган. Чунки, оила-

Эътироф

ФАҲРИЙЛАР МЕҲНАТИ ДОИМ ЭЪЗОДА



(Давоми. Боши 1-бетда).

саломатлигини муҳофазалаш йўлида илғор тажрибаларини кўрсатиб келмоқда. Давлатимиз раҳбарининг тиббиёт ходимлари меҳнатиға бўлган эътибори, ишончи ва қолаверса умиди, биргина инсон манфаатларининг устувор мақсадлари ифодасини айнан марказ ҳаёти мисолида кузатиш мумкин.

Тадбирда Иккинчи жаҳон уруши қатнашчилари, меҳнат фахрийлари ва нафақадаги шифокор ҳамшираларға муассаса раҳбарияти томонидан ҳурмат-эътиром кўрсатилиб, уларға эсдалик совғалари топширилди. Устозлар меҳнати эътироф этилди.

– **Кутилмаган табриқдан бошим осмонға етди. Кўларимға ёш олиб, марказда ишлаган дамларимни эсладим. Муассаса раҳбариятининг ҳолимиздан хабар олиб, байрам билан табриқлагани эса қайғиятимизға кўтарин-**

қилик рўқини олиб кирди. Ҳозир нафақадаман. Фарзандларим, невараларим ардоғида қариллик гаштини суриш бахти насиб этди. Инсон қаерда бўлмасин, касбини севиши, ардоқлаб, ҳурмат қилиши керак, шунда ҳаёт унга ана шундай бахтиёрликни тухфа этади. Кўрсатилган бундай гамхўрлик ва алоҳида эътибор учун муассаса ходимларига ўз миннатдорчилигимини билдираман, – дейди нафақадаги шифокор Катлуба Ходжаева.

Ҳаста кўнглини кўтармоқ, Қабани обод қилишдек савобли ишдир. Халқимизнинг меҳру саховат кўрсатиш бобидаги хайрли меҳнатлари доим эъзозға лойиқ, Республика Онкология илмий марказида ўтказилган ана шундай мақсадларға қаратилган тадбир ҳам эл саломатлиги йўлида салерали фаолият юритган фахрий тиббиёт ходимлари қалбидан мангу сақланиб қолиши шубҳасиз.

Анжуман

ЭЪТИБОР ВА ЭЪТИРОФГА МУНОСИБ

(Давоми. Боши 1-бетда).

тугатган 900 нафардан ортиқ бакалавр дипломиға эға бўлган мутахассис тиббиёт коллежларида ўқитувчи, даволаш-профилактика муассасаларининг реанимация, хирургия, анестезиология ва акушерлик бўлим-

бий маҳоратини ошириш учун узлуқсиз таълим жараёнларини ташкил этиш мавзулари бўйича маъруза қилдилар.

Анжуман ўзига хос баҳс ва мунозарараға бой тарзда ўтди. Бунинг баробарида Ўзбекистон Ҳамширалар Ассоциациясининг навбатдаги йиғилиши бўлиб,



ларида етакчи, катта ва бош ҳамшира лавозимларида фаолият кўрсатмоқда.

Конференция давомида мутахассислар ҳамширалик иши йўналишининг келажаги, кадрлар масаласи, қишлоқ врачлик пунктларида оила ҳамшираси ишини жорий этиш, бирламчи тиббиёт санитария тизимида патронаж ҳамшираларнинг ўрни ва уларнинг билим савияси ҳамда кас-

унда ассоциациянинг олиб борган фаолияти бўйича ҳисобот тингланди. Ўзбекистон Республикаси Ҳамширалар Ассоциацияси раиси Р. Салиходжаевнинг олиб борган фаолиятлари хусусида тўхталиб ўтган кенгаш аъзолари ассоциация ишини ижобий баҳоладилар. Ва Ўзбекистон Республикаси Ҳамширалар Ассоциацияси раиси эътиб Р. Салиходжаева қайта тайинланди.

Спартакиада

ТИББИЁТЧИЛАРНИНГ МАҲОРАТЛИ БЕЛЛАШУВЛАРИ

Фахр билан айтиш мумкинки, республика тиббиёт тизимида фаолият юритаётган шифокор ва ҳамширалар спортнинг турли йўналишларида фаол иштирок этиб келмоқдалар. Жумладан, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш ходимлари касаба уюшма Кенгаши ҳам ҳар йили шаҳар миқёсидаги тиббиёт муассасаларида меҳнат қилаётган мутахассис ходимларни ижтимоий-сиёсий, ҳуқуқий, маънавий-маърифий қўллаб-қувватлаган ҳолда мунтазам равишда спартакиада мусобақаларини ўтказиб келмоқда. Жорий йилнинг 13-14 май кунлари Кенгаш томонидан пойтахтимиздаги тиббиёт муассасаларида фаолият юритаётган (Тошкент шаҳри туманларидаги тиббиёт муассаса ходимлари ва илмий-текшириш институтлари, марказ ва олий ўқув юртлири жамоалари) хотин-қизлар ўртасида спортнинг беш тури бўйича спартакиада бўлиб ўтди.

тирок этишларини эътироф этди. Спартакиадага старт берилар экан, спорт кийимлари ўзларига ярашган тиббиёт ходимларининг кайфиятлари кўтаринки руҳда бўлиб, ўзаро беллашувлар бошланишини сабрсизлик билан кутишарди. Мусобақанинг биринчи кунини Тошкент шаҳри туманларидаги тиббиёт муассасаларининг жамоалари ўзаро беллашган бўлсалар, иккинчи кунини пойтахтимиздаги илмий-текшириш институтлари, марказ ва тиббиёт олий ўқув юртлири иштирокчилари спортнинг дартс, шашка, югуриш, стол тенниси ва арқон тортиш турлари бўйича куч синашдилар.

Туманлараро ўтказилган спорт ўйинларида фаол иштирок этган мутахассисларнинг ҳар бир турни эпчиллик ва ушқоқлик билан бажарганликлари уларнинг спортга бўлган иштиёқи баландлигини кўрсата олди, десак муболага қилмаган бўламиз. Шу ўринда айтиш жоизки, мазкур спорт турларида хотин-қизларнинг ўзига хос чаққонлик билан иштирок этганликларини ҳам алоҳида айтиб ўтиш ўринлидир.

Мусобақанинг биринчи ва иккинчи кунинида мохирона беллашувлар олиб борган жамоаларнинг дартс, арқон тортиш, шашка, стол тенниси ва югуриш бўйича иштироки уларнинг спорт билан мунтазам шуғулланиб келаятганликларини ифода этди, десак муболага қилмаган бўламиз. Гарчанд иштирокчилар тиббиёт соҳасининг мутахассислари бўлсада, спортга бўлган иштиёқ ва қизиқишларини кўриб, уларнинг иккинчи истеъдодига қараб ҳавас қиласан киши.

Икки кун давом этган мазкур спартакиада нихоятда қизиқарли ва кўтаринки руҳда ўтди. Айниқса, бош ҳакам ҳамда ҳайъат аъзолари томонидан иштирокчиларнинг ўзаро беллашувларини одилона баҳоланганлиги мусобақанинг ўзига хос тарзда ўтганлигини кўрсата олди.

Чаққонлик ва эпчиллик билан иштирок этган ҳаваскор спортчилар мусобақа натижаларини интиқлик билан кутишарди. Унга кўра, мусобақанинг биринчи кунини фаол иштирок этган Тош-

кент шаҳар туманларидаги тиббиёт муассасаларидан спортнинг дартс турида I ўрин Юнусобод, II ўрин Шайхонтоҳур, III ўрин М. Улугбек, югуриш бўйича I ўрин Ҳамза, II ўрин Сергели, III ўрин Чилонзор, стол тенниси бўйича I ўрин Миробод, II ўрин С. Раҳимов, III ўрин Ҳамза, арқон тортиш бўйича I ўрин Учтепа, II ўрин Ҳамза, III ўрин М. Улугбек, шашка бўйича эса I ўрин Ҳамза, II ўрин Яккасарой, III ўрин Миробод тумани жамоаларига берилди. Шунингдек, спартакиаданинг ик-

кинчи кунини мurosасиз беллашган спортчилар умумий жамоа ҳисобида фахрли биринчи ўрин соҳиби Тошкент тиббиёт академияси жамоаси бўлган бўлса, иккинчи ўрин Гематология ва қон қуйиш илмий-текшириш институти ва учинчи ўрин Республика Онкология илмий марказига насиб этди. Голибларга Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш ходимлари касаба уюшма Кенгаши томонидан диплом ва қимматбаҳо совғалар тақдим этилди.



Спартакиадани Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш ходимлари касаба уюшма Кенгаши раиси Г. Исламова кириш сўзи билан очиб, жамоада анъанага айланган спартакиаданинг инсонлар саломатлигида нечоғлик

зарур эканлигини айтиб, тизимда меҳнат қилаётган тиббиёт ходимларининг ишлари қанчалик масъулиятли бўлсада, уларнинг спорт билан шуғулланишга вақт топишлари, шунингдек, унинг ҳар бир турида фаоллик билан иш-



Мазкур спартакиадани кўтаринкилик руҳи ҳамда ушқоқлик билан ўтказишда ўз меҳнатларини аямаган Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш касаба уюшма Кенгаши раиси Г. Исламова ҳамда жамоа ходимлари Г. Тўлаганова, К. Файзуллаева, К. Орипқонова ва бошқаларга иштирокчилар ўз миннатдорчиликларини билдириб қоладилар.



Аёл ва жамият

ҲУҚУҚ ВА МАНФААТЛАР ҲИМОЯСИ ЙЎЛИДА



Аёл ва жамият. Бу худди эгизак мисол бир-бирига уйғун тушунчадир. Чунки, аёл қайси соҳада фаолият юритмасин, у жамиятнинг узвий бирлиги сифатида бош мезон ҳисобланади. Жамият ривожланиши, унинг истикболи ва фаровонлигини таъминлаш аёлларнинг руҳиятида кечадиган ўзгаришлар билан боғлиқ. Мамлакатимизда хотин-қизларнинг ҳақ-ҳуқуқлари ва манфаатларини ҳимоя қилиш, уларнинг жамиятдаги ролини ошириш, кенг имконият ва шарт-шароитларни яратиб бериш давлатимиз эътиборида бўлиб келган ва келмоқда.

Жорий йилнинг апрель ойида Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш ходимлари касаба уюшмаси Кенгаши томонидан Тошкент Педиатрия тиббиёт институтининг мажлислар залида «Аёлнинг оила ва жамиятдаги ўрни» мавзусида давра суҳбати бўлиб ўтди. Унда Олий Мажлис Қонунчилик палатаси депутатлари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ходимлари, Тошкент шаҳар тиббиёт муассасалари Касаба уюшма раислари, аъзолари ва маҳалла хотин-қизлар қўмитаси раислари иштирок этди.

Тадбирни Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш ходимлари касаба уюшмаси Кенгаши раиси Гавҳар Исламова кириш сўзи билан очиб, юртимиздаги ислохотлар жараёнида олиб борилаётган ҳар бир фаолиятда хотин-қизларнинг алоҳида ўрни борлигини таъкид-

лаб, касаба уюшмалари томонидан ҳам аёлларни ижтимоий, иқтисодий ва маънавий қўллаб-қувватлаш борасида муайян ишлар олиб борилаётганлигини айтиб ўтди.

Шундан сўнг, Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлис Қонунчилик палатасининг депутаты Анора Бобомуродова ва Республика соғлиқни сақлаш ходимлари касаба уюшмаси Марказий кенгашининг ташкилий бўлим мудири, раис ўринбосари Лола Жалолова аёлларни ижтимоий, иқтисодий, ҳуқуқий манфаатларини қонуний ҳимоялаш, уларга давлат томонидан берилган имтиёзлар нечоғлик муҳим эканлигини, уларни қўллаб-қувватлаш ва керакли шароитларни яратиб бериш ҳамда уларга давлатимиз томонидан кўрсатилаётган ғам-хўрликлар ҳусусида тўхтадилар.

Дарҳақиқат, тиббиёт тизимида кўп йиллардан буён меҳнат қилиб келаётган хотин-қизлар меҳнати ҳам эътирофга лойиқ эканлигини таъкидлаш жоиздир.

Йиғилиш давомида иштирокчилар касаба уюшма Кенгаши томонидан кўрсатилаётган амалий ёрдам, шунингдек, моддий ва маънавий қўллаб-қувватлаш ҳамда оммавий тарзда олиб борилаётган спорт мусобақаларининг ўтказилиши улар фаолиятида муҳим роль ўйнаётганлигини гапириб ўтдилар.

Тадбир сўнгиде Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш ходимлари касаба уюшмаси Кенгаши томонидан пойтахтимиз тиббиёт муассасаларида фаолият юритаётган бир гуруҳ ходимларга эсдалик совғалари топширилди.

Саҳифа материалларини Ибодат СОАТОВА тайёрлади.

18 май – *Международный день музеев***ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ**

Время стремительно летит вперед, оставляя позади дни, месяцы, годы. Переступая очередную временную эпоху, человечество продолжает строить свою настоящую жизнь и будущее. Но фрагменты и отголоски прошлого никогда не стираются из человеческой памяти, ибо их сохранность в сознании людей занимается музей. На территории современного Узбекистана насчитывается большое количество музеев, каждый из которых по-своему уникален. Музеи как общественные институты, будучи невероятно разнооб-

разными по своей специфике, затрагивают все сферы нашей жизнедеятельности: этапы эволюции животного и растительного мира можно пронаблюдать в залах музея природы; развитие человеческого общества, события, через которые мы пришли к настоящему общественно-историческому положению, запечатлены в экспонатах музея истории, а в музее искусства человек может получить эстетическое удовольствие от созерцания шедевров изобразительного и прикладного видов искусства.



Мы обратились к исполняющему обязанности директора Музея здравоохранения Республики Узбекистан имени К. Заирова Фариде Кадыровне МАКСУМОВОЙ для того, чтобы познакомить читателей с единственной в своем роде объектом истории, отобразившей в своих залах многовековую путь становления медицинской науки нашей страны.

– Фарида Кадыровна, Музей здравоохранения пользуется большой популярностью среди населения, особенно среди учеников и студентов. Как вы думаете, чем обусловлен такой интерес?

– Для начала хочу внести историческую справку, сказав, что Музей здравоохранения имени К. Заирова был основан 15 мая 1973 года по решению правительства Республики Узбекистан, а само здание является настоящим памятником архитектуры, так как было построено в 1936 году. Первый на территории Туркестана родильный дом был размещен в здании нынешнего музея. В годы войны в этом здании располагалась госпиталь. Во второй половине XX века в здании размещался аппарат Министерства здравоохранения. Почти вся история нашей медицины приходила в этот зданию. Вот уже 37 лет музей несет в народ знания из области медицины. Наш девиз: «Здоровье человека – в его руках». Другими словами, чем больше человек бу-

дет заниматься самосохранением и чем выше будет уровень подготовленности медицинских работников, тем больше у него шансов на сохранение своего здоровья. Другой аспект – это пропаганда медицины среди населения. Чем больше знаний люди получают о медицине, тем дольше они будут жить и тем выше будет качество их жизни. Музей хранит в себе много необходимых знаний, и все наши посетители выходят отсюда, став более защищенными, так как экскурсоводы проводят своеобразную профилактическую работу, рассказывая об основных постулатах медицинской науки. Именно в этом заключается значимость данного института для общества, и в частности для молодого поколения, которое очень любознательно и стремится к новым знаниям.

– Какова структурная организация музея?

– В музее существует 2 зала – истории медицины Узбекистана и гигиены человека. У нас работают профессиональные экскурсоводы, которые имеют глубокие познания в области медицины и многолетний опыт работы. В музее имеется более 12 000 экспонатов, и в день нас посещает в среднем 80 человек, в год насчитывается около 22 000 посетителей – ребята из детсадов, школ, колледжей и всех вузов города Ташкента.

– Какие основы теоретической медицины послужили фундаментом для оформления залов?

– Давайте для начала обратимся к прошлому. История медицины Узбекистана богата учеными-медиками, по трудам которых обучались врачи во всех странах мира. Чего стоит один только Авиценна со своим «Каноном медицины», а ведь помимо него были и выпускники Хорезмской академии Маъмуна, такие, как Беруни, Масихи, Ал-Хоразми, и многие другие. В залах истории отобразена медицина, которая преобладала в те годы, и, рассматривая фотографии и картины на стенах, полностью погружаешься в тот период. Отделение гигиены, в свою очередь, содержит много практической информации и ориентировано на настоящее, с учетом актуальных на сегодняшний день проблем. Все мы знаем, что чистота – залог здоровья, и тот, кто умеет руководствоваться знаниями гигиены, болеет меньше. Первое место по распространенности занимает заболевание желудочно-кишечного тракта. Другое заболевание, непосредственно связанное с соблюдением преимущественно интимной гигиены, – СПИД, а также венерические заболевания, главная опасность которых в том, что они оставляют людей без потомства. Мы рассказываем посетителям о путях заражения и передачи подобных заболеваний. Следующее, о чем следует упомянуть, – это заболевания сердца, связанные с так называемой гигиеной сердечной деятельности. Прогулка по этим залам познакомит посетителя с вредными привыч-

ками, наносящими урон сердцу: курением, злоупотреблением алкоголем, нервным перенапряжением. Ну, и в заключение, вопрос спорта, или гигиена подросткового возраста. Чтобы улучшить свою деятельность, каждый человек должен заниматься спортом, так как физические упражнения способствуют правильному росту костей, помогают бороться с неправильной осанкой.

– Фарида Кадыровна, поделитесь с нами планами на будущее, которые стоят перед музеем.

– Планы на будущее, безусловно, есть. Мы бы очень хотели организовать выездные семинары по областям. Некоторое время назад мы посетили Музей медицины в Бухаре, встретились с областными работниками, обменялись опытом. Новый визит нам хотелось бы провести с включением материалов в программу, то есть с показом региональным коллегам некоторых из

имеющихся у нас экспонатов. Сотрудничество с другими музеями нам просто необходимо, так как каждый из них имеет свою неповторимую специфику и своеобразие. Помимо этого, мы планируем регулярно пополнять кладовицу нашего музея все новыми и новыми экспонатами, так как наука не стоит на месте и создает новые темы и объекты, занимающие впоследствии свое место в наших залах. Также мы активно сотрудничаем с Министерством здравоохранения, которое всячески поддерживает наши идеи. Все совместные действия производятся, согласно Указу Президента Республики Узбекистан от 12 января 1998 года, который предусматривает полное благоустройство музеев. Именно поэтому наш музей является таким, каким вы видите его сейчас – чистым, светлым и готовым делиться с посетителями информацией о медицине нашей страны.

Таким образом, музеи, являющиеся мостом, связывающим прошлое с настоящим, 18 мая отмечают свой праздник, с чем мы и поздравляем всех людей, ведущих свою деятельность в их стенах.

Беседовала
Юлдуз НАЛИБАЕВА.

Ислохот одимлари**ФАОЛИЯТДАГИ ИМКОНИАТЛАР САМАРАСИ**

Ўзбекистон Республикаси Вазири Маҳкамасининг 2006 йил 17 майдаги 89-сонли қарорига мувофиқ «Ногиронларни тиббий, ижтимоий ва касб бўйича соғломлаштириш миллий маркази ҳамда Таянч-харакат тизими бузилган ногиронларни реабилитация қилиш ва протезлаш» миллий маркази ташкил этилган эди.



Мураккаб операция жараёни давом этмоқда.

Унинг асосий вазифаси ногиронларни тиббий-ижтимоий реабилитация қилиш, протез-

лаш ва уларнинг меҳнат қобилиятини тиббий-мехнат экспертизаси бўйича чора-тадбирларни

амалга ошириш ҳамда илмий-тадқиқот ишларини олиб боришдан иборатдир. Марказ 250 ўринга мўлжалланган бўлиб, терапия, неврология, протезлаш, умуртқа поғонаси касалликлари, жароҳатлар асорати ва болалар ортопедияси бўлимлари мавжуд. Муассасада ҳар йили 6 мингга яқин ногирон даволаниб, улардан минг нафариди турли хирургик амалиётлар ўтказилади. Жумладан, умуртқа поғонасидаги жароҳатдан кейинги турли асоратлар ва диск чурралари, сколиоз, қўл-оёқ сунглирининг битмаган синиқлари, калталиклар, туғма маймоқ, шол касаллиги каби бир қатор ортопедик хасталикларни хирургик йўли билан даволаш ишлари олиб борилади. Шунингдек, қўл-оёқларидан айрилган ёки турли хил шикаст олган ногиронларга эса беғул протез-ортопедия буюмлари (протез, корсет, тургор, аппарат, мураккаб ортопедик пойабзал) тайёрлаб берилади ва улардан самарали фойдаланишга ўргатилади. Марказда ногиронларга 50 нафарга яқин тиббий ходими хизмат кўрсатади. Кейинги пайтларда умуртқалар

остеохондрози билан хасталанган беморлар сони ортиб бормоқда. Ана шундай остеохондроз касаллиги туфайли айрим беморларнинг оёқлари ўзларига бўйсунмай, қийшайиб кетиш даражасига етиб бораёпти. Бундай ҳолатларда беморни хирургик усул билан даволашга тўғри келади. Бу борада ҳам самарали ишлар амалга оширилмоқда.

Таъкидлаш жоизки, марказимиз 2007 йилдан буён Япония ҳукуматининг «Ривожлантиришга расмий ёрдам» дастури доирасидаги беғараз ёрдамнинг жалби қилиш бўйича «Реабилитация сифатини ошириш» грант лойиҳаси устида иш олиб бормоқда. Бугунги кунда, Япония ҳукумати экспертлари томонидан ўрганиш ишлари ижобий яқунланиб, режа бўйича тиббий ускуна-жихозларни 2009 йилнинг декабрь ойидан бошлаб Марказга ўрнатиш мўлжалланган. Ушбу грант лойиҳаси асосида марказга 59 турдаги (яъни, компьютер томографияси, рентген, доплер, УТТ аппаратлари, кардиомонитор, умуртқа поғонаси диск чуррасини ёпиқ усулда кесмасдан олинадиган эн-

доскоп, артроскоп ва ҳ.к.) тиббий асбоб-ускуналарини келтириш қўзда тутилган. Ушбу жараёнга тайёргарлик қўриш мақсадида, Марказда бюджет ва ҳолий маблағлари ҳисобидан капитал-реконструктив таъмирлаш ишлари олиб борилади. Шунингдек, қўриқдаги келтирилиш мўлжалланган замонавий аппаратларда ишлаш учун 15 нафар шифокоримиз Буюк Британия, Корея Республикаси, МДХ мамлакатларининг Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Харьков шаҳарларидаги ҳамда 20 нафар тиббиёт ходимимиз Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида ўз тажрибаларини бойитиб қайтди-лар, дейди биз билан бўлган суҳбатда марказ раҳбари Асқар Мўминов ва бош шифокор ўринбосари Баҳоидир Каримов.

Муассасадан қайтар қанминиз, марказ раҳбари Асқар Мўминов ва унинг аҳли жамоаси фаолиятга омад тилаб қолдик.

Муҳаррам БОЗОРОВА,
М. Турсунқўжаева номли тиббиёт коллежи талабаси.

Конспект врача

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ

Пневмония – это инфекционное заболевание легочной паренхимы, вызываемое различными бактериями, в том числе микоплазмами, хламидиями, риккетсиями, а также вирусами, грибами и паразитами. Следовательно, пневмония – это не одно заболевание, а группа специфических инфекций с различными эпидемиологией, патогенезом и течением. Исход заболевания зависит от правильно подобранной антимикробной терапии, то есть от идентификации возбудителя. Однако выделение возбудителя требует времени, а пневмония – тяжелое заболевание, и лечение должно быть начато немедленно.

К тому же у трети больных, у которых нет ни мокроты, ни плеврального выпота, а результаты посева крови отрицательны, выделить возбудителя не удается вообще. Тогда установить этиологию пневмонии можно лишь серологическими методами спустя несколько недель, когда появляются специфические антитела. Пока возбудитель не установлен, антимикробные средства назначают эмпирически, с учетом источника инфекции, клинической и рентгенологической картин, результатов микроскопии мазка мокроты и других биологических жидкостей, а также характерной для данной местности или лечебного учреждения чувствительности возбудителей к антибиотикам. Как только возбудитель установлен, начинают специфическую антимикробную терапию.

Патогенез. Защитные механизмы. Несмотря на то, что во вдыхаемом воздухе и ротоглотке содержится большое количество бактерий, нижние дыхательные пути остаются практически стерильными. Это обеспечивается фильтрацией воздуха в полости носа защитными рефлексами, восходящим током слизи, а также фагоцитозом и гуморальными защитными факторами в альвеолах. Микроорганизмы, осевшие в преддверии полости носа на многослойном плоском эпителии, удаляются при чихании. Микроорганизмы, осевшие за порогом полости носа на многоядерном мерцательном эпителии, уносятся с током слизи в носоглотку и далее либо заглатываются, либо откашливаются. Рефлекторное закрытие входа в гортань во время глотания и кашлевой рефлекс защищают нижние дыхательные пути. Слизистая трахеи и бронхов очищается посредством восходящего тока слизи. Трахеи и крупные бронхи выстланы многоядерным мерцательным эпителием, на 80% состоящим из реснитчатых клеток. По мере ветвления бронхов плотность этих клеток уменьшается. На свободной поверхности каждой реснитчатой клетки расположено около 200 ресничек, совершающих 1 000 биений в минуту. Эти биения включают быстрое движение по направлению к носоглотке вверх и медленное – в обратном направлении. Реснички покрыты пленкой слизи толщиной 5–10 мкм, в которой различимы наружный, более плотный слой – гель и внутренний, более жидкий – золь. В геле оседают взвешенные в воздухе частицы, а в золе движутся реснички. Двигаясь вперед, реснички упираются верхушками в гель и толкают его в сторону ротоглотки, обратно же они движутся только в пределах золя. Биение ресничек каждой реснитчатой клетки и прилегающих друг к другу клеток координировано таким образом, что пленка слизи перемещается в одном направлении – к ротоглотке. В трахее и бронхах (но не в бронхиолах), помимо реснитчатых

клеток, имеются также бокаловидные клетки, секретирующие слизь. Микроорганизмы, которые, минуя эти защитные механизмы, попали в альвеолы, уничтожаются фагоцитами или гуморальными факторами. Барьер между альвеолярным воздухом и кровью образован эндотелиальными клетками и базальной мембраной капилляров, прослойками интерстициальной ткани, базальной мембраной альвеолярного эпителия, альвеолоцитами (1-го типа – плоскими, выстилающими 95% поверхности альвеол, и 2-го типа – крупными округлыми клетками с зернистой цитоплазмой, продуцирующими сурфактант), а также альвеолярной жидкостью, содержащей сурфактант, фибронектин и Ig G. Последние способны опсонизировать, а в присутствии комплемента – разрушать бактериальные клетки. На поверхности альвеолярного эпителия и в просвете альвеол находятся альвеолярные макрофаги, лимфоциты и единичные нейтрофилы. Фагоцитоз осуществляют в основном альвеолярные макрофаги. Захваченные микроорганизмы разрушаются в них под действием активных форм кислорода, лизосомных ферментов и катионных белков. Правда, эти вещества токсичны не для всех микроорганизмов. Например, *Mycobacterium tuberculosis* сохраняется непосредственно в лизосомах макрофагов, а легионеллы – в виде отдельных от лизосом цитоплазматических включений. Макрофаги уносят заключенных в себе возбудителей в дыхательные пути и оттуда с током слизи в ротоглотку либо по лимфатическим сосудам в регионарные лимфоузлы. Альвеолярные макрофаги расщепляют антигены микроорганизмов и представляют их лимфоцитам, а также выделяют цитокины, в частности ФНО и ИЛ-1, регулирующие иммунный ответ. Кроме того, цитокины запускают воспалительную реакцию, обеспечивая активацию альвеолярных макрофагов, хемотаксис нейтрофилов, синтез и секрецию других медиаторов воспаления. С появлением воспалительного экссудата возникает местные (уплотнения легочной ткани) и общие (лихорадка, озноб, миалгия, недомогание) проявления пневмонии.

Заражение. Возбудители попадают в легкие одним из следующих путей:

- **аспирация содержимого ротоглотки.** Большинство возбудителей пневмонии попадает в легкие из полости носа, рта и глотки путем аспирации. Носительство в носоглотке основных возбудителей пневмонии – *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* – периодически наблюдается у каждого здорового человека. Источником анаэробных бактерий – *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella melaninigenica*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinomyces* spp., *Peptococcus* spp. и спирохет – служат десневые бразды и зубной налет, в каждом грамме которого со-

держится более 10^{11} бактерий. Обсеменение ротоглотки грамотрицательными аэробными палочками у здоровых людей встречается редко (менее чем у 2%). Частота его резко возрастает при сахарном диабете и других тяжелых заболеваниях, алкоголизме, у истощенных, пожилых и госпитализированных больных. Причина – разрушение фибронектина, обусловленное, по-видимому, повышением протеолитической активности слюны. Фибронектин – это гликопротеид клеточных мембран, который обеспечивает адгезию грамположительной микрофлоры ротоглотки на эпителиальных клетках. По мере его разрушения на поверхности эпителия обнажаются рецепторы к грамотрицательным аэробным палочкам. Источником же этих микроорганизмов обычно служат желудок (где их количество особенно велико при пониженной кислотности, например, атрофическом гастрите, приеме H₂ – блокаторов и антацидных средств), оборудование для поддержки дыхания, руки медицинского персонала, вода и продукты питания. Риск обсеменения ротоглотки микрофлорой желудка резко увеличивается при установке назогастрального зонда;

- **аэрозольный механизм.** Глубина проникновения в легкие вдыхаемых частиц зависит прежде всего от их размера. Частицы диаметром более 10 мкм почти полностью задерживаются в носу и верхних дыхательных путях. Частицы диаметром 3–5 мкм и менее беспрепятственно проходят в верхние дыхательные пути и бронхи, проникая в бронхиолы и альвеолы.

Гематогенное распространение инфекции из внелегочного очага. Гематогенное инфицирование легочной паренхимы наблюдается при инфекционном эндокардите и катетерных инфекциях, при этом возбудителем чаще всего служит *Staphylococcus aureus*.

Патологическая анатомия. Воспалительный процесс может начинаться с альвеол или с интерстициальной ткани. Если воспаление охватывает целую долю легкого, то это долевая или бронхопневмония; если поражена преимущественно интерстициальная ткань – интерстициальная пневмония.

Этиология и эпидемиология. Полезную информацию относительно этиологии пневмонии дают сведения об условиях жизни больного, его профессии, поездках, наличии домашних животных и птиц. К основным возбудителям внебольничной пневмонии относятся *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae* и *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, вызывающие атипичную, не требующую госпитализации пневмонию. Энтеробактерии и *Pseudomonas aeruginosa*, напротив, относятся к редким возбудителям внебольничной пневмонии. Другие факторы, позволяющие рассуждать об этиологии пневмонии, – время года и место жительства. В зимние месяцы резко возрастает частота гриппозной пневмонии, как больничной, так и внебольничной. Из-за высокой контагиозности и короткого инкубационного периода гриппа его вспышки быстро достигают размеров эпидемии. Кроме того, грипп значительно повышает вероятность бактериальной пневмонии, особенно вызванной *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*. Болезнь легионеров

(пневмония, вызванная *Legionella pneumophila*) также может давать эпидемические вспышки, если с источником инфекции контактировало сразу большое количество людей, однако заболевание не передается от человека к человеку. Вспышки микоплазменной пневмонии обычно возникают в замкнутых коллективах, например, гарнизонах, студенческих городках, на фермах. Однако из-за длительного инкубационного периода (2–3 недели) и низкой контагиозности микоплазменная инфекция распространяется очень медленно: очередные заболевшие появляются тогда, когда заразивший их больной уже выздоравливает. Там, где проживает много инфицированных ВИЧ, высока вероятность пневмонии обычно возникает и туберкулеза. Пневмония, вызванная *Chlamydia psittaci*, наблюдается у людей, постоянно контактирующих с птицами.

Каждому возрасту свойственны определенные возбудители пневмонии. Так, *Chlamydia trachomatis* и респираторный синцитиальный вирус – основные возбудители у детей младше 6 месяцев; *Haemophilus influenzae* – у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет; *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* – у молодых людей; *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila* и *Moraxella catarrhalis* – у пожилых с хроническими заболеваниями легких. У лиц, склонных к аспирации, возбудителями внебольничной пневмонии часто становятся анаэробная микрофлора полости рта, нередко в сочетании с аэробными бактериями (например, зелеными стрептококками). У беззубых людей во рту обитает гораздо меньше анаэробных бактерий, поэтому пневмония такой этиологии у них менее вероятна. При бактериологических исследованиях мокроты, полученных инвазивными методами анаэробных бактерий, обнаруживают 20–30% случаев внебольничной пневмонии. К пневмонии определенной этиологии predisponируют некоторые иммунные нарушения. Тяжелая гипогаммаглобулинемия (< 2,0 г/л) повышает риск развития пневмонии, вызванной инкапсулированными бактериями, в частности, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*.

Классификация:

- внебольничная пневмония;
- нозокомиальная пневмония;
- пневмония у больных с иммунодефицитами;
- аспирационная пневмония.

Клиническая картина. Традиционно считается, что внебольничная пневмония имеет 2 варианта течения – типичная и атипичная. Хотя клиническая картина далеко не всегда полностью укладывается в один из этих вариантов, течение заболевания все же имеет диагностическое значение. Типичная пневмония проявляется внезапной лихорадкой, кашлем с гнойной мокротой, иногда болью в груди, усиливающейся при дыхании. При физикальном исследовании обнаруживают влажные хрипы и признаки уплотнения легочной ткани (притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания и бронхофонии, бронхиальное дыхание), которые по локализации совпадают с рентгенологическими изменениями. Типичная пневмония обычно бывает вызвана *Streptococcus pneumoniae*, реже *Haemophilus influenzae*

и смешанной (анаэробной и аэробной) микрофлорой полости рта. Атипичная пневмония характеризуется постепенным началом, сухим кашлем, нарушением общего состояния – головная боль, миалгия, утомляемость, боль в горле, тошнота, рвота, понос и рентгенологическими изменениями, несмотря на скудные физикальные признаки. Классический пример атипичной пневмонии – микоплазменная пневмония. Атипично могут протекать также пневмонии, вызванные *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*, анаэробной микрофлорой полости рта, *Pneumocystis carinii*, *Streptococcus pneumoniae*.

Главная особенность атипичных пневмоний – различные внелегочные поражения. Микоплазменная пневмония нередко осложняется полиморфной экссудативной эритемой, гемолитической анемией, буллезно-геморрагическим менингоэнцефалитом и поперечным миелитом; болезнь легионеров – нарушениями сознания, функций почек и печени, а также выраженной гипонатриемией. Для пневмонии, вызванной *Chlamydia pneumoniae*, характерны боль в горле, охриплость и свистящее дыхание. У ВИЧ-инфицированных атипичная пневмония, как правило, бывает обусловлена *Pneumocystis carinii* и нередко сочетается с туберкулезом легких, внелегочным туберкулезом, кандидозным стоматитом и обширными герпетическими язвами промежности. Вирусные пневмонии тоже, как правило, протекают атипично – с ознобом, лихорадкой, сухим кашлем, нарушением общего состояния и скудными физикальными признаками. Самые частые возбудители – вирус гриппа (обычно во время эпидемии гриппа в зимние месяцы), респираторный синцитиальный вирус (у больных с ослабленным иммунитетом и у детей), вирус кори и вирус *varicella-zoster* (пневмония сочетается с характерной сыпью), цитомегаловирус (у ВИЧ-инфицированных и реципиентов костного мозга и внутренних органов). Грипп, корь и ветряная оспа повышают риск бактериальной пневмонии вследствие нарушения восходящего тока слизи. При этом бактериальная пневмония либо становится непосредственным продолжением вирусной инфекции, либо начинается спустя несколько дней после ее окончания. Клинические проявления включают внезапное ухудшение состояния на фоне продолжающейся или возобновившейся лихорадки, озноба, кашля с гнойной мокротой, иногда болью в груди, усиливающейся при дыхании. Септическая пневмония, вызванная *Staphylococcus aureus*, сначала проявляется лишь лихорадкой и одышкой. Поскольку возбудитель попадает в легкие гематогенным путем, воспалительный процесс начинается в интерстициальной ткани. По мере распространения инфекции на альвеолы и бронхи появляются кашель с мокротой и признаки уплотнения легочной ткани. Заболевание протекает крайне тяжело, поскольку ему часто сопутствует инфекционный эндокардит и сепсис.

(Продолжение на 6-й стр.).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ

(Окончание.
Начало на 5-й стр.)

Диагностика

1) Рентгенография грудной клетки позволяет обнаружить затемнение в легких, установить его локализацию, оценить степень поражения, выявить полость, плеврит, увеличение прикорневых лимфоузлов, оценить эффективность лечения. Рентгенологические изменения могут отсутствовать при несостоятельности воспалительной реакции (например, при агранулоцитозе), а также на ранней стадии заболевания (в частности, при септической пневмонии, вызванной *Staphylococcus aureus*, и при пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированных). В ряде случаев диагностическое значение имеет характер рентгенологических изменений. Для большинства пневмоний характерно ограниченное затемнение легочного поля. Множественные очаговые тени указывают на септическую пневмонию. При неосложненной пневмонии повторная рентгенография грудной клетки не требуется. Затемнение в легких может сохраниться до 6 недель от начала заболевания. Показаниями к повторной рентгенографии служат неэффективность лечения, наличие плеврального выпота в момент госпитализации, подозрение на обструктивную пневмонию, а также определенная этиология заболевания (азробные грамотрицательные палочки, анаэробная микрофлора полости рта). В трудных случаях показана КТ: например, для дифференциальной диагностики между плевральным выпотом и изменением лег.ной ткани, увеличенными прикорневыми лимфоузлами и объемным образованием, абсцессом легкого и осумкованным межлобевым плевритом.

2) Исследование мокроты по-прежнему остается основным методом диагностики острой бактериальной пневмонии, хотя и имеет ряд недостатков. Мокрота, полученная при откашливании, обычно загрязнена микрофлорой ротоглотки (иногда и микрофлорой трахеи и бронхов), что значительно снижает специфичность и диагностическую ценность исследования. При пневмококковой пневмонии выделить возбудителя обычными лабораторными методами из мокроты, полученной путем откашливания, удается менее чем в половине случаев. Для многих возбудителей пневмонии – аэробных бактерий, микоплазм, хламидий, пневмоцист, микобактерий, грибов и легионелл – необходим посев на специальные среды. В большинстве случаев, не требующих госпитализации, бактериологическое исследование не обязательно. Обычно назначают эмпирическую антибактериальную терапию, в зависимости от клинических и эпидемиологических данных. Такая тактика возможна и у госпитализированных больных, когда пневмония протекает легко, а естественным путем мокроту получить невозможно. Правда, материал для бактериологического исследования всегда можно получить с помощью инвазивных методов, но по своей необходимости к ним лучше не прибегать. Поэтому решение о начале

эмпирического лечения принимается индивидуально, после тщательного обдумывания последствий неэффективной антибактериальной терапии и риска осложнения после инвазивных вмешательств. У госпитализированных больных перед началом эмпирической терапии берут как минимум две пробы крови на посев. При подозрении на эмпиему плевры проводят плевральную пункцию и посев плевральной жидкости. Положительные результаты позволяют достаточно точно определить возбудителя, но бактериемия и эмпиема плевры бывают всего у 10-30% больных с пневмонией. Серологические методы позволяют установить этиологию пневмонии лишь ретроспективно, поскольку диагностическое повышение титра антител наблюдается только к концу болезни.

Лечение. Показания к госпитализации при лечении пневмонии:

1. Возраст старше 50 лет.
2. Тяжелое сопутствующее заболевание (болезни почек, сердца и легких, сахарный диабет, онкологическое заболевание, нарушения иммунитета).
3. Лейкопения (< 5000 мкл⁻¹) неизвестной этиологии.
4. Подозрение на пневмонию, вызванную *Staphylococcus aureus*, грамотрицательными палочками или анаэробной микрофлорой полости рта.
5. Осложнения: эмпиема плевры, артрит, менингит, инфекционный эндокардит.
6. Неэффективность амбулаторного лечения.
7. Невозможность приема препаратов внутрь.
8. Тахипноэ, тахикардия, артериальная гипотония, гипоксемия, нарушения сознания.

Амбулаторное лечение. Внебольничная пневмония у взрослых, не страдающих хроническими заболеваниями, обычно не требует госпитализации. Эмпирически назначают антибиотики внутрь, поскольку бактериологическое исследование амбулаторным больным обычно не проводят.

Стационарное лечение. У госпитализированных сразу берут материал для бактериологического исследования. Эмпирическую антибактериальную терапию назначают на основании микроскопных мазков мокроты, окрашенных по Граму, и чувствительности возбудителей пневмонии, распространенных в данной местности. Антибиотики обычно вводят парентерально. Эмпирическое лечение, несмотря на раннее начало и применение антибиотиков широкого спектра действия, не может охватить всех возможных возбудителей пневмонии, особенно у больных с ослабленным иммунитетом (в частности, при нейтропении и ВИЧ-инфекции). Промедление с началом специфической антибактериальной терапии в таких случаях может привести к гибели больного, поэтому необходимо как можно быстрее установить возбудителя.

Салима РАХИМОВА,
ассистент кафедры
госпитальной терапии и
пропедевтики внутренних
болезней Ташкентского
педиатрического
медицинского института.

Мутахассис маслаҳати

ОНА СУТИ МОҲИЯТИ

Фарзанд ота-онанинг қувончи, баҳти ҳисобланади. Ҳар бир она боласининг соғлом, бахтли-саодатли бўлиб ўсиб-ўлғайиши учун ҳаракат қилади. Маълумки, она билан бола ўртасидаги ўзаро алоқа ҳомила-дорликнинг дастлабки кунларидан бошланади. Бу тиббиётда «Она – йўлдош – ҳомила» мулоқот системаси шаклида тушунтирилади.

Фарзанд дунёга келгач, бу мулоқотлик «Она – кўкрак сути – бола» тарикасида давом этади. Шунингдек, туғруқдан кейин она ва боланинг яқин мулоқотда бўлиши ўзаро муносабатларни шакллантиради. Бола учун она сутдан фойдали ва яхшироқ озуқа йўқ. Унинг соғлом, яхши ўсиши ҳамда ривожланиши учун болани кўкрак сути билан боқиш муҳим аҳамията эга. Она сути ўз таркибидаги бой озуқалар билан болага берилмаган бошқа маҳсулотларга қараганда фойдалидир. Айтиш жоизки, она сути бола учун зарур бўлган витаминларга бой бўлиб, ҳар қандай инфекцияга қарши курашиш хусусиятига эга.

Юқоридагиларга ҳулоса қиладиган бўлсак, она сутининг таркибий қисми куйидагича:

огиз сути – бу туғруқдан кейинги бир неча кун давомида аёлнинг кўкракларидан ишлаб чиқариладиган суюқлик бўлиб, бола учун ўта фойдалидир. У қуюқ сарғиш рангда бўлиб, боланинг ичакларини тазалайди, инфекциядан сақлайди, иммуноглобулинга бой ҳисобланиб, иммунитетни мустаҳкамлаб, биринчи эмлаш деб ҳам аталади.

Етилган сут – бир неча кундан кейин келиб, унинг миқдори ошади, кўкрак тўлади, шишади ва оғирлашади.

Олдинги сут – бу эмизгининг бошида ажраладиган сут. Олдинги сут кечки сутга нисбатан кўкмирт, у кўп миқдорда ажралиб чиқади ва болани етарли миқдорда оқсил, лактоза ҳамда бошқа компонентлар билан таъминлайди.

Орқа сут – бу эмизмиш жараёнининг охирида ҳосил бўладиган сут. Кечки сутлар ранги бўйича эртанги сутга нисбатан оқшироқ, чунки унинг таркибида ёғ кўп бўлади. Бу ёғ кўкрак билан эмизмишда асосий қувват манбаи ҳисобланади. Шу сабабли бола эмайтганда уни кўкрақдан тез ажратмаган керак. Она сутидан 100 дан ортқ керакли озиқ моддалар бўлиб, фақат миқдор жиҳатидан бола эртиёжани қопламий, сифат жиҳатидан ҳам боланинг ёшига, соғлиғига мос келади. Яна шуни алоҳида таъкидлаш кераки, унинг таркибида оқсиллар, минерал моддалар ва витаминлар ўсаётган бола эҳтиёжга мос келади.

Она сутининг асосий афзалликларидан яна бири – бола олти ой давомида кўкрак сути билан боқилганда, унга қўшимча инимлик керак бўлмайди. Бола чанқоғини она сути билан қондириши мумкин, чунки унинг таркибида 89 фойздан ортқ сув мавжуд бўлиб, кўкрак билан эмизмиш бола ақлий ривожланишига ҳам ижобий таъсир қилади.

Эмизгининг муҳим жиҳатлари: болани тез-тез кундузи ва кечаси эмизмиш керак, бир кўкрак бўшамасдан бошқа кўкрақдан эмизманг, болани эмиш вақтини чеklang қўйманг. Ёнг муҳими

оилада эмизлик онага яхши муносабатда бўлиб, уни рағбатлантириб бориш зарур. Она шунда кўкрақдаги сут миқдори меърида бўлади. Бола нотўғри эмизликда ёки она фарзандини нуқулай ушласа, уни юпатиш учун сўргич ҳамда суюқликлар берса, боланинг эмиши бузилади ва безовталаниб эмайди.

Аёл ҳар кун санитария-гигиена қоидаларига риоя қилган ҳолда ювиниб, тоза, қулай кийим кийиши керак. Ҳар бир она эмизмишдан олдин кўлини совиқ сувда ювиб, озгина сутини совиқ кўкрак учларига суртса, мақсадга мувофиқ бўлади. Агар бола нотўғри эмизилса, яъни кўкрак қорачигининг кўпроқ қисмини олмай, оғзини кичкина очиб фақат кўкрак сутини эмса, бола



га қараганда барвақт бошланади.

Статистик маълумотларга кўра, диарея (ичкеташ) касаллигига чалиниш кўкрак сути билан боқилган гўдақларда сунъий боқилган болаларга нисбатан 4, бронхотит ҳамда 3 баробар кам экан. Бундан ташқари, кўкрак сути билан боқилган болаларда аллергия, қандли диабет, кариез касалликла-



ри нисбатан камроқ учрайди. Она сутидидаги гармонлар фақатгина сутини кўпайтирмасдан, онанинг физиологик жараёнида нормал бўлишига, жисмонан ва руҳан яхши ривожланишига ижобий таъсир кўрсатади. Шу билан бирга туғруқдан сўнг баъчадон қисқариши онани кўкрак саратони, кейинчалик остеопопороз, яъни суюқлик мўртлиғидан асрайди.

Эмизлик оналарни ҳар томонлама қўллаб-қувватлашда оила аъзоларининг ўрни муҳимдир. Шунинг учун улар эмизлик онага қуйидагича шароит ва имкониятларни яратиб беришлари зарур:
* она иложи борича кўп вақт боласини ўзи парвариш қилиши керак;
* она болани эмизган вақтдагина эмас, балки доимий қўлида олиб юриши ва унинг соғлиғига эътиборли бўлиши зарур;
* оилада эмизлик она ва боланинг доимий мулоқотда бўлиши учун кенг имконият яратиб, уларни руҳий қўллаб-қувватлаш ҳам муҳимдир.

Ҳулоса қилиб айтиладиган бўлсак, жамият тараққиётининг ривожланишида келажақ авлодларимиз соғлом ва бақувват бўлиши учун ҳар биримиз оналик ва болаликни муҳофаза қилиш борасида астойдил меҳнат қилишимиз зарур, деб ўйлайман.

Қамола СОЛИҲОВА,
Педиатрия илмий-текшириш
институтининг директорининг илмий ишлар бўйича
ўринбосари,
Соғлиқни сақлаш вазирлиғи неонатолог.

Врачебная теория и практика

ЧТО ТАКОЕ ЛИМФОУЗЛЫ?

Лимфоузлы – это маленькие, величиной не больше фасоли, органы иммунной системы, которые находятся в подкожных впадинах, паху, на шее, груди и животе. Они в большом количестве присутствуют по всему телу, являясь частью лимфатической системы. Лимфа – это жидкость, которая «собирает» чужеродные вещества по всему организму и относит их к лимфоузлам. Сами лимфоузлы – это естественные фильтры организма, в которых сосредоточено огромное количество клеток иммунной системы – лимфоцитов, цель которых – избавиться от чужеродных веществ и микроорганизмов (вирусов, бактерий), которые переносятся в лимфоузлы вместе с лимфой. У очень многих людей наблюдается лимфаденопатия, то есть опухание лимфоузлов.

Что вызывает увеличение лимфоузлов?

В норме лимфа свободно протекает сквозь лимфоузлы, но иногда она начинает накапливаться в них вместе с растущим числом клеток иммунной системы. В результате лимфоузлы опухают, иногда увеличиваясь во много раз. Для опухания лимфоузлов есть несколько возможных причин:

1) Локальная инфекция.

Чаще всего расположение опухших лимфоузлов указывает на местонахождение безболезненной инфекции. Например, все инфекции горла могут вызвать опухание лимфоузлов на шее. Многие инфекции, передаваемые половым путем, например, сифилис, часто вызывают сильное опухание лимфоузлов в паху. Некоторые инфекции вызывают генерализованную лимфаденопатию, то есть опухание лимфоузлов в различных участках тела. К таким инфекциям относится и ВИЧ, так как он воздействует на клетки иммунной системы, которые присутствуют во всех лимфоузлах. В подобных случаях лимфоузлы – это следствие «мобилизации» иммунной системы на борьбу с безболезненной инфекцией. Например, в случае с ВИЧ это показывает, что иммунная система активно борется с вирусом.

2) Инфекция самих лимфоузлов. Иногда причина – в воспалении и инфицировании самих лимфоузлов, которые могут воспаляться, как и другие органы организма. Такое заболевание называется лимфаденит. Отличие лимфаденита от лимфаденопатии, вызванной борьбой с инфекцией, в том, что лимфоузлы при этом обычно очень болезненны.

Каковы симптомы лимфаденопатии?

Очевидно, что увеличенные лимфоузлы – это симптом лимфаденопатии. Но также у этого состояния есть и другие симптомы. К ним относятся:

- опухшие, крупные шишки на шее, затылке и в других местах, где расположены лимфоузлы;
- небольшая болезненность лимфоузлов, хотя очень часто они не вызывают никакой боли;
- повышенная температура или покраснение кожи на участке вокруг лимфоузла;
- лихорадочное состояние;
- наличие инфекционного заболевания или недавно перенесенное инфекционное заболевание в истории болезни.

Можно ли лечить лимфаденопатию?

Если есть подозрение на увеличение лимфоузлов, нужно в первую очередь обратиться к

врачу. Только врач может с точностью сказать, действительно ли это увеличение лимфоузлов или нет. Если врач подтвердил, что это лимфаденопатия, можно ли вылечить это состояние? В первую очередь очень важно определить причину увеличения лимфоузлов. Есть ли у пациента лимфома (состояние, при котором раковые клетки поражают лимфатическую систему)?

Лечение зависит от причины и обычно эффективно решает эту проблему. Варианты могут быть следующими:

- при обнаружении лимфомы лечение проводится в онкологических учреждениях;
- назначение антибиотиков для лечения бактериальной инфекции;
- противовирусные препараты, если причина в вирусе;

Если возвращаться к лимфоме, то успехи современной онкологии зависят прежде всего от уровня знаний населения о первых сигналах ее опасности и предрасполагающих факторах ее возникновения. В настоящее время накоплен достаточный информационный массив по этим проблемам, который обязательно должен знать каждый человек, желающий уберечь себя от злокачественных заболеваний или излечиться от них в случае их появления. **Напомним, что ранняя диагностика рака гарантирует полное выздоровление у подавляющего числа больных.**

Лимфомы – это заболевания, возникающие из лимфотеткулярных клеток, преимущественно в лимфатических узлах, и сопровождающиеся их увеличением. Поэтому «опорным симптомом номер один» на всех фазах развития заболевания, позволяющим его верифицировать, является факт наличия увеличенных лимфатических узлов. Так как лимфотеткулярные клетки широко присутствуют во всех частях тела, то в процесс могут вовлекаться внутренние органы: легкие, органы пищеварения, а также кости, яички и другие ткани.

Существует много общих проявлений разных видов лимфом. Вместе с тем, по эпидемиологии, гистологической картине, а также в плане лечения и прогноза выделяют два основных вида: лимфома Ходжкина и неходжкинская лимфома. В свою очередь, среди неходжкинских лимфом выделяют особую группу, названную лимфомой Беркита. Имеются большие функциональные различия нормальных клеток иммунной системы от тех, которые находятся на разных стадиях дифференцировки и созревания при злокачественных лимфомах. 75% больных с лимфомой могут быть излечены. Прогноз для пациентов с некоторыми подтипами

лимфом в последнее время значительно улучшился.

Если обратить внимание на эпидемиологию, то наиболее высокая заболеваемость констатируется в США. Однако во всех странах и для всех групп лимфом характерна более высокая частота заболеваний у лиц мужского пола.

Откуда берется этот недуг?

Долгое время вирус Эпштейна-Барра был единственной предполагаемой причиной возникновения злокачественных лимфом. Вирус Эпштейна-Барра входит в группу герпесвирусов, образующих обширное (около 80 представителей) семейство Herpesviridae. Они поражают большой круг хозяев (рыбы, земноводные, пресмыкающиеся, птицы, млекопитающие). Основными возбудителями герпесвирусов инфекций человека до недавнего времени считались пять представителей этого семейства: вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типов (ВПГ-1 и ВПГ-2), вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая (вирус варицелла-зоостер или вирус герпеса человека 3-го типа – ВГЧ), вирус Эпштейна-Барра (ВЭБ, или вирус герпеса человека 4-го типа – ВГЧ-4) и цитомегаловирус (ЦМВ, или вирус герпеса человека 5-го типа).

Эта гипотеза основывается на следующих наблюдениях:

1. В мировой практике описаны групповые заболевания лимфомой в школах, а также медицинского персонала, имевшего близкий контакт с больными вирусом Эпштейна-Барра.

2. В развитых странах лимфома встречается чаще в семьях высокого социально-экономического уровня, в которых дети заболели общими инфекциями в более позднем возрасте. Доказано, что лимфома редко возникает вместе с общими инфекциями.

3. Пациенты с иммунодефицитом имеют более высокий риск заболевания злокачественными лимфомами. Примером могут служить пациенты, перенесшие трансплантацию почек или сердца и подвергшиеся терапевтической иммуносупрессии, или пациенты с другими нарушениями иммунной системы, включая носителей СПИДа.

4. Лимфома Беркита чаще всего встречается в зонах холеро-эндемической малярии (тропическая Африка и Новая Гвинея), хотя спорадические случаи описываются и в других странах.

5. У пациентов, перенесших инфекционный мононуклеоз, имеется более высокий риск развития лимфом.

Таким образом, инфекционная гипотеза развития злокачественных лимфом является ведущей. Как распознать и какие проявления болезни должны настораживать?

Ведущим опорным симптомом или проявлением лимфом является появление безболезненных увеличенных лимфатических узлов. При Ходжкинских лимфомах обычно поражаются надключичные и шейные лимфатические узлы. При неходжкинских лимфомах, кроме того, поражаются лимфатические узлы выше и ниже диафрагмы, другие ткани

лимфатической системы могут быть обнаружены при тщательном клиническом обследовании таких зон, как кубитальная или подколенная, кольца Вальдейера, т.е. зона небных миндалин. Экстранодулярные (вне лимфатических узлов) проявления как первичная локализация (кожа, желудочно-кишечный тракт, кости, мозг, яички, легкие) могут быть у 20-30% пациентов с неходжкинскими лимфомами и очень редко – при Ходжкинских лимфомах. У 1/3 больных с Ходжкинскими лимфомами отмечают увеличение поверхностных лимфатических узлов. Только у 10% пациентов с неходжкинскими лимфомами наблюдаются общие симптомы интоксикации, такие, как ночной пот, повышение температуры и потеря веса. Зуд более характерен для болезни Ходжкина, и он не исчезает при применении противоаллергических препаратов. Другое немаловажное проявление болезни – увеличение селезенки. У этих же больных имеет место и увеличение печени, обусловленное ее диффузным или узловым поражением. При вовлечении в процесс загрудных лимфатических узлов развивается картина сдавления верхней полой вены (одутловатость лица, выраженные и пульсирующие шейные сосуды). Боль в костях может свидетельствовать об их поражении лимфомой, а боли в спине – о вовлечении в процесс забрюшинных лимфатических узлов. Такие симптомы, как онемение, снижение двигательной активности, нарушение функции мочевого пузыря и одновременно боль в спине, подтверждают компрессию, т.е. сдавление спинного мозга опухолью. При поражении костного мозга наблюдаются анемия (малокровие), лейкопения (уменьшение количества лейкоцитов) и тромбоцитопения (уменьшение количества тромбоцитов).

Если обратить внимание на принципы лечения, то методами выбора являются три основных вида: хирургический, радио- и химиотерапия. Экцизия лимфатического узла не является достаточной мерой лечения. Хирургическое удаление может быть эффективно при ограниченной опухоли или на ранних стадиях неходжкинских лимфом. Многие думают, что лечение рака осуществляется в основном химическим методом; при этом мало кому известно, в каких именно случаях необходимо его применение.

Итак, суть решения этой проблемы заключается в том, что злокачественные лимфомы, как правило, излечимы, если достаточно рано поставлен правильный диагноз и вовремя начато соответствующее лечение. Если вам кажется, что вы обнаружили опухание лимфоузлов подмышками, в паху или на шее – немедленно обратитесь к врачу, чтобы он мог определить причину и назначить лечение, если необходимо.

Д. ПУЛАТОВ,
доктор медицинских наук,
С. АБДИГАНИЕВА,
кандидат медицинских наук,
Республиканский онкологический научный центр.

Что такое химиотерапия?

Этим термином обозначают лечение с помощью лекарств, препятствующих росту клеток, в первую очередь, клеток опухоли. В медицине такие вещества называются цитостатиками; их количество составляет свыше 60, причем они в каком-то отношении сильно отличаются по своему действию, а потому могут оказывать очень разные побочные влияния. Большая часть цитостатиков применяется в виде питья, вводится внутривенно или интратриартериально. Для проведения химиотерапии почти всегда используется комбинация из двух-трех цитостатиков, обеспечивающих наилучшую эффективность и переносимость. Однако цитостатики воздействуют и на остальные клетки организма. Наибольшее действие они оказывают на ткани, клетки которых имеют способность быстро делиться и размножаться. К таким тканям как раз и относятся злокачественные опухоли. Сюда же относятся кроветворные клетки и клетки слизистой оболочки кишечника, поэтому от действия лекарств на нормальные здоровые ткани и возникают побочные эффекты химиотерапии. Таким образом, помимо строгого соблюдения допустимых доз приема лекарств, есть и другие возможности облегчения последствий применения химиотерапии, например:

1. Можно почти полностью избавиться от тошноты и рвоты, применяя лекарства – антиэметики, действующие очень эффективно.

2. Созданы лекарства, стимулирующие работу костного мозга, что препятствует ослаблению иммунной защиты организма.

3. Также имеются лекарства, стимулирующие кроветворную функцию.

4. На случай инфекционных заболеваний имеются высокоэффективные лекарства против бактерий, грибов и наиболее распространенных вирусов. Все эти возможности существенно уменьшают страх перед применением химиотерапии.

После открытия явления радиоактивного излучения и связанных с ним диагностических и терапевтических возможностей стали применять облучение для лечения раковых заболеваний. Благодаря новейшим технологиям, компьютерному регулированию процесса и применению современных источников излучения успехи лечения бываю довольно впечатляющими.

