

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган • www.uzssgt.uz, uzss@med.uz • 2009 йил, 31 июль • № 30 (649)

Анжуман

ОИЛА САЛОМАТЛИГИНИ САҚЛАШ ЙЎЛИДАГИ ҲАМКОРЛИК



Жорий йилнинг 28 июль кўни Республика «Оила» илмий-амалий маркази ва Ўзбекистон «Миллий тикланиш» демократик партияси ҳамкорлигида мустақиллигимизнинг 18 йиллиги ва Тошкент шаҳрининг 2200 йиллигига бағишланган «Мустақиллик ва оила саломатлиги» мавзусида илмий-амалий анжуман бўлиб ўтди.



Анжуманда Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатаси депутatlари, тегишли вазирлик ва идоралар, сиёсий партиялар, тиббиёт мустақиллигининг вакиллари, жамоат ташкилотлари, олим ва мутахассислар ҳамда оммавий ахборот воситалари ходимлари иштирок этди.

Тадбирни Республика «Оила» илмий-амалий маркази директори Васила Каримова кириш сўзи билан очиб, мустақиллигимизнинг 18 йиллиги ҳамда Тошкент шаҳрининг 2200 йиллигини нишонлаш борасида олиб борилаётган бунёдкорлик ишлари ва бунинг замирида келажаги буюк давлатимизнинг янада раванг

топишида инсонлар саломатлиги катта аҳамиятга эга эканлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги «Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантиришнинг қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» қарори билан таъкидлаб ўтди.

Анжуманда асосий эътибор оила саломатлиги қаратилган бўлиб, мутахассислар «Оилада репродуктив саломатлик қарор топишида жамоатчиликнинг ўрни ва роли», «Соғлом авлоднинг дунёга келтириш ва камол топтиришга қаратилган давлат сиёсатининг ҳуқуқий асослари», «Ўзбекистонда «Соғлом она ва соғлом бола» ижтимоий ҳаракатини такомиллаштириш» ҳамда «Оила барқарорлигини шакллантиришда ижтимоий-демографик масалалар» мавзусида маъруза қилдилар.

Тадбирнинг ўтказилишидан асосий мақсад, оилада репродуктив саломатлик ривожланишида жамоатчиликнинг ўрни, соғлом оилани шакллантириш, мустаҳкамлаш, оилаларнинг барқарорлигини таъминлаш, оналик ва болаликни ижтимоий муҳофаза қилиш, оилавий муносабатларни ривожлантириш ҳамда соғлом она — соғлом бола тамойилларини қўллаб-қувватлаш вазифалари келажақ авлодларимизнинг соғлом ва баркамол бўлиб ўсишларида алоҳида ўрин тутганини таъминлашдан иборатдир.

Ибодат СОАТОВА.

Суратлар муаллифи Зиёдулла НОРМУРДОВ.

Независимость — 18 лет

ЧУВСТВО РОДИНЫ

Родина... Как много значит это слово для каждого из нас. Так же, как мать, Родина в жизни человека одна, единственная и неповторимая. Каждый из нас вкладывает свой смысл в это слово, но общим для всех является то, что Родина — это дом, то место, где нас всегда ждут и любят.

Мы радуемся победам, происходящим на территории родной страны, отмечаем достижения и великие события, одно из которых произошло 1 сентября 1991 года, когда Узбекистан обрел свою независимость. Мы обрели ее, после чего, став независимым государством, смогли осознать свою ценность — ценность узбекского народа — еще глубже. 18 лет — столь продолжительный и наполненный событиями отрезок времени. За этот период мы изменились, стали уверенными, и теперь с высоко поднятой головой несем звание народа независимого государства.

Как много дала нам она — независимость? Лишь стоит устремить свой взор на цветущие города страны, раскинувшиеся сады и сооружения современной архитектуры, ослепительные пейзажи гор и безупречную чистоту природы, замирает сердце каждого, именующего Узбекистан своей Родиной.

Этот год является особенным для всех нас, ибо Узбекистан отмечает двойной праздник.

Гордость Узбекистана, один из крупнейших и современнейших городов страны, столица — Ташкент также отмечает свой юбилей — 2200-летие. Поэтому мы вдвойне рады и с еще большим нетерпением ожидаем приближающийся сентябрь.

В пределах независимого Узбекистана главной ценностью является личность. И все реформы и преобразования осуществляются во благо тех людей, которые проживают в стране. В частности, здоровье — главное богатство человека и сфера, занимающаяся здоровьем, медицина, система здравоохранения — все это находится во внимании руководства страны. Мы, медицинские работники, гордимся вниманием, которое уделяется нашей профессии, и, в свою очередь, выполняем свой долг, следуя клятве Гиппократ, будем поддерживать здоровье всех наших сограждан на высшем уровне.

А. ЛЮБИЧ,
директор
Республиканского
перинатального центра.

Қарор ва ижро

СОҒЛОМ АЁЛ — СОҒЛОМ КЕЛАЖАК

Мамлакатимизда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, хотин-қизларнинг ҳуқуқ ва эркинликларини таъминлаш, оила фаровонлигини мустаҳкамлаш борасида кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда.

Айниқса, жорий йилнинг 13 апрелида Президентимиз томонидан «Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш ҳамда соғлом авлодни шакллантиришнинг қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»-ги ПҚ-1096-сонли Қарорининг қабул қилиниши барча тиббиёт соҳаси мутахассислари ва бошқа мутасадди ташкилотларнинг зиммасига янада катта масъулият юкледи. Таъкидлаш жоизки, ушбу Қарорнинг ижросини таъминлаш мақсадида аҳоли ва кенг жамоатчилик, айниқса ёшлар ўртасида тиббий маданиятни ошириш, репродуктив саломатлик, она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш мавзусида тегишли ташкилотлар томонидан тарғибот ва ташвиқот ишлари олиб борилиб, бу борада қўлаб-қўллаб жараёнлари амалга оширилмоқда. Жумладан, ана шундай тадбир Самарқанд вилояти, Каттақўрғон тумани «Оқ олтин» маҳалласида ҳам ўтказилиб, унда маҳаллий аҳоли, соҳа мутахассислари, матбуот ва маъмурий орган ходимлари фаол иштирок этишди. Йиғилишда она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш ва репродуктив саломатлик масалалари бўйича амалга оширилган ва келажақда режалаштирилаётган фаолиятлар қўриб чиқилиб, тизимдаги мажмуд муаммоларни бартараф этиш бўйича маҳалла, оила аъзолари, ёш келин-куёвлар ва фертил ёшдаги аёллар орасида ўтказилаётган тушунтириш ишларини фаоллаштириш ҳамда аҳолининг тиббий савиясини ошириш мақсадга мувофиқ эканлиги таъкидлаб ўтилди.

Ҳамза ШУКУРОВ.

Назорат ва таҳлил

ҚАЛБАКИЛАШТИРИЛГАН ВА СИФАТСИЗ ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ
ОЛДИНИ ОЛИШДА ҲУҚУҚИЙ АСОС ЯРАТИЛАДИ

Истиклолнинг илк кунларидан инсон ман-фаатлари ва унинг саломатлигини муҳофа-за қилиш давлат сиёсатининг устувор вази-фаларидан бири сифатида эътироф этилган ва бу борада муайян ишлар амалга ошириб келинмоқда. Республикада халқ саломат-лиги йўлида тиббиёт тизимининг барча со-ҳаларида ижобий фаолиятлар олиб борила-ётганлиги фикримизнинг ёрқин далилидир. Айтиш жоизки, аҳоли соғлигини муҳофа-за қилишда тизимнинг бирламчи тиббий сани-тария, шовилинч тиббий ёрдам, она ва бола саломатлигини мустаҳкамлаш ҳамда сани-тария-эпидемиология соҳаларида ижобий фаолиятлар амалга оширилиб, тиббиёт муассасалари замонавий тарзда қад кўтар-ди, янги технологиялар билан таъминланди. Халқнинг тиббиётга ишончи ва соғлиғига

бўлган эътибори ортиб бормоқда. Мазкур со-ҳалар каби фармацевтика соҳасида ҳам ўзига хос ўзгаришлар бўлиб, соғлом рақобат муҳи-ти шаклланди. Ушбу йўналиш, яъни фарма-цевтика соҳасини янада такомиллаштириш масаласи Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлис Қонунчилик палатасининг навбатда-ги йўналиши кун тартибига киритилди. Унда «Дори воситалари ва фармацевтика фаоли-яти тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Қонунига ўзгариш ва қўшимчалар кири-тиш тўғрисида»ги қонун лойиҳаси муҳокама қилиниб, биринчи ўқишда маъқулланди. Маз-кур қонун лойиҳаси юзасидан Олий Мажлис Қонунчилик палатаси депутати, Меҳнат ва иж-тимоий масалалар қўмитаси раисининг ўрин-босари Шоира Окбўтаевна Умарова билан суҳбатда бўлди.

— Шоира Окбўтаевна «Дори воситалари ва фарма-цевтика фаолияти тўғриси-да»ги Ўзбекистон Республи-каси қонунига ўзгариш ва қўшимчалар киритилиши-нинг асосий сабаби нимада?

— Фармацевтика соҳаси му-тахассислари ва ҳуқуқни му-ҳофаза қилиш органлари томони-дан сўнгги йилларда Ўзбекист-он Республикасига сифатсиз ва қалбакилаштирилган дори воситалари кўп-қўлаб кириб кела-ётганлиги, истеъмол бозориди-дан бундай дори воситаларининг мавжудлиги, «қора бозор»лар-да, ҳаттоки айрим дориҳона-ларда ҳам ўнрағатлиги қайта-қайта тақдорланмоқда. Жумла-дан, 2009 йилнинг олти ойи мобайнида дори воситалари ва тиббий техника сифати-ни назорат қилиш Бош бош-қармасига келиб тушган маълумотлар асосида стан-дарт талабларга жавоб бер-майдиган ва Ўзбекистон Республикасида сотилиши рухсат этилган 131 ном-даги 139-серияли дори во-ситалари аниқланган, булар-дан: 66 номдаги 89-серия дори воситалари — сифат-сиз, 24 номдаги 27-серия дори воситалари — қалбаки-лаштирилган, 41 номдаги 41-серия дори воситалари эса давлат рўйхатидан ўтказилмаган бўлиб, мазкур аниқланган ҳолатларни бар-тараф этиш чора-тадбири кўрилган.

Соҳа мутахассислари ва ҳуқуқни муҳофаза қилиш органлари ҳодимларининг фик-рига кўра, дори воситалари ва тиббий буюмлар муомаласи соҳасидаги қондабузарликлар-нинг асосий сабаблари амал-даги қонунда «қалбакилашти-рилган дори воситаси», «си-фатсиз дори воситаси», «дори воситаларининг айриқонуний нусхалари» каби тушунчалар-нинг аниқ таърифи берилган мезонларнинг йўқлиги ва улар-ни сотиш, ишлаб чиқариш ҳамда Ўзбекистон Республика-си ҳудудига импорт қилиниши-нинг ман қилинмаганлигидир.

Шунинг учун ҳам соҳани тар-тибга солувчи асосий қонун бўлиши «Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғ-рисида»ги Ўзбекистон Рес-публикаси қонунига ўзгари-ш ва қўшимчалар киритиш

зарурати юзга келди. Ушбу зарурат қуйидагича асослан-ди: амалдаги «Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида»ги қонуннинг 13-мод-даси 5-қисмида «Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказил-ган дори воситаларининг қалба-киси ёки айриқонуний нусха-си бўлган дори воситаларини ре-ализация қилиш тақиқланади», деб белгиланган. Бироқ, мазкур нормада инсон ҳаёти ва сало-матлигига реал хавф туғдиради-ган «сифатсиз дори воситаси»-ни реализация қилиш тақиқла-ниши белгиланмаган. Ваҳоланки, дори воситаларининг «қалбаки-си», «айриқонуний нусхалари» ва «сифатсиз» дори воситаси бир-биридан фарқ қилувчи тушунча-лардир. Шунингдек ушбу модда-нинг 5-қисмида «рўйхатдан ўтказил-ган дори воситаларининг қалба-киси ёки айриқонуний нусха-си бўлган дори воситаларини ре-ализация қилиш тақиқланади», деб белгиланган. Шу ўринда «рўйхатдан ўтказилмаган» дори воситаларини реализация қилиш тақиқланмаган. Қонуннинг 13-моддаси 6-қисмида эса «мудда-ти ўтган дори воситаларини соти-ш ва улардан фойдаланиш тақиқ-лангани» белгиланган. Дори воситаларининг ўзига хос жиҳа-ти шундаки, улар яроқлилик муд-дати ўтмасдан ҳам (тегишли ҳарорат ва шaroитда сақланма-са ёки бошқа сабабларга кўра) истеъмолга яроқсиз — сифатсиз бўлиши мумкин. Ана шундай си-фатсиз дори воситасини сотиш тақиқланиши қонунда белгилан-маган. Ундан ташқари, 13-мод-данинг номланиши ўзбек тили-даги матнда «Дори воситалари-ни сотиш» деб номланса, мод-данинг рус тилидаги матнида «реализация қилиш» сўзи ишлатил-ган. Бу ҳам қонунда ишлатил-ган сўзларни бириктириш заруратини қўяди. Шунингдек, қонуннинг 7-моддаси 2-қисмида «Ўзбекистон Республикасида давлат рўйхатидан ўтказилмаган дори воситаларини ишлаб чиқариш тақиқланади», деб белги-ланган. Бироқ қалбакилаштирил-ган дори воситаларини ёки улар-нинг айриқонуний нусхаларини ишлаб чиқариш тақиқланмаган. 13-моддага асосан қалбакилаш-тирилган дори воситалари ва дори воситаларининг айриқонун-ий нусхаларини реализация қилиш тақиқланган бўлсада, иш-лаб чиқаришга эса бундай та-

лаб қўйилмаган. Ана шу мақсад-ларда қонуннинг 7-моддаси 2-қисми ва 13-моддаси 5-қисми янги тахрирда берилиши лозим деб топиламоқда. Худди шунинг-дек, қонуннинг 14-моддаси 2-қисмининг қалбакилаштирилган ва рўйхатдан ўтказилган дори во-ситаларининг айриқонуний нусха-лари бўлган дори воситалари-ни Ўзбекистон Республикаси ҳудудига импорт қилишни тақиқ-ланиши бериш тақлиф этил-моқда.

Шунингдек, қонуннинг 2-мод-дасида бир-биридан тубдан фарқ қилувчи «қалбакилаштирил-ган дори воситаси», «сифатсиз дори воситаси» ва «дори во-ситаларининг айриқонуний нусха-лари» тушунчалари билан тўлди-риш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланмоқда.

Бундан ташқари, мазкур қонуннинг «Асосий тушунчалари» деб номланган 2-моддасидаги «дори воситаси» тушунчасига «дори воситаларини ишлаб чиқариш ва тайёрлаш учун мўлжал-ланган дори моддалари (суб-станциялар)» тушунчаси киритил-моқда. Қонуннинг амалдаги тах-ририда дори моддалари (суб-станциялар) дори воситалари қаторига киритилмаган. Шунга қарамай, давлат назорат орган-лари томонидан дори моддала-ри (субстанциялар) ҳам дори воситалари каби мажбурий қайд этиш ва сертифицилаштириш талаблари қўйилади. Бироқ, дори воситалари ва дори моддалари (субстанциялар) тушунчалари базис меъёрий ҳужжатларда тур-лича таърифланган. Мавжуд бўлган турли талқинларнинг ол-дини олиш ва дори моддалари (субстанциялар) сифатига бўлган талабларни ошириш мақсадида, уларни дори воситалари қатори-га киритиш мақсадга мувофиқ-дир. Ушбу қўшимча дори во-ситалари келиб чиқишини аниқ-лаштириш мақсадида киритил-моқда. Дори моддалари (суб-станциялар) фармакологик фаол моддалар ҳисобланади, улар дори воситаларини ишлаб чиқариш ва тайёрлаш учун мўлжал-ланган, бир қатор ҳолларда улар мушакил равишда дори во-ситалари сифатида ишлатилади. Шу муносабат билан «дори во-ситалари» тушунчаси дори моддала-ри билан тўлдирилмоқда.

Қонуннинг 2-моддаси ўн ет-тинчи хатбошида тиббиётда қўллаш учун мўлжалланган буюм-

лар, яъни боғлаш ва тикиш ма-териаллари, шприцлар, қон ва инфузион эритмаларни қўйишга мўлжалланган системалар, бе-морларни парваришлашга мўлжалланган буюмлар келтирилган. Ушбу рўйхат фақат олти номда-ги тиббий буюмлар рўйхатини ўз ичига олган. Бироқ, халқаро, давлатлараро стандартлар, ди-рективаларга асосан қабул қил-линг классификацияга муво-фиқ тиббий буюмлар кенг ва тур-ли-туман буюмлар асортимен-тини ўз ичига олади. Бугунги кун-да республикамизда 150 дан ортиқ турдаги тиббий буюмлар рўйхати тасдиқланган. Амалиёт-да тиббий буюмлар рўйхати Со-ғлиқни сақлаш вазирлиги томо-нидан тасдиқланади, шунингдек, 3-модданинг 3-қисмида «Тибби-ёт амалиётида қўллашга рухсат этилган дори воситалари, тиб-бий буюмларнинг рўйхати Ўзбе-кистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан белгиланади» деб кўрсатилган. Шу муносабат билан, санаб ўтилган тиббий буюмларнинг номлари чиқариб ташланмоқда.

Қонунга кўрсатилган ўзгари-шларни киритиш қонунни қўллаш амалиётини энгиллашти-ради, бугунги кунда қўлланила-ётган атамаларга юридик таъриф беради. Ички бозорни қалбаки-лаштирилган ва сифатсиз дори воситалари оқимида самарали-роқ химоя қилиш, тайёрловчи қорхоналарнинг ҳуқуқлари ва қонуний манфаатларини респуб-лика ҳудудида дори воситалари-нинг айриқонуний нусхалари муомалада бўлишидан химоя қилиш учун шарт-шaroитлар яра-тади. Шунингдек, қонун лойиҳа-си давлат даромадлари қисқар-тирилиши ёки давлат харажат-лари кўпайтирилиши, шунингдек, давлат бюджетининг моддалари ўзгаририлишини талаб қилмай-ди.

— Демак, таъкидлаганингиз-дек, қонунга таъкидловчи нор-малар ҳамда қонунчиликка ана тегишли ўзгаришлар киритилиши, ана шу тақиқлан-ган ҳаракатларни содир эт-ганлик учун жавобгарликни назарда тутувчи қонун нор-малари киритилиши заруратини ҳам келтириб чиқарган, шун-дай эмасми?

— Ҳа албатта, шунинг учун ҳам Ўзбекистон Республикаси Бош прокурори томонидан тегишли тартибда «Ўзбекистон Респуб-ликасининг айрим қонун ҳужжатла-рига ўзгариш ва қўшимчалар киритиш тўғрисида»ги қонун лой-иҳаси Қонунчилик Палатасига ки-ритилган.

Юқорида таъкидлаганимиздек прокуратура, божхона, миллий хавфсизлик ва ички ишлар органларининг ҳодимларидан иборат таркибдаги ишчи гуруҳ-

лар томонидан ҳам дори во-ситаларига оид қонунчилик иж-роси юзасидан текширишлар ўтказилиб, бунда асосий эъти-бор қалбакилаштирилган, си-фатсиз, истеъмолга яроқсиз дори воситалари ва тиббий буюмларнинг ноқонуний йўллар билан кириб келиши ҳамда ре-ализация қилинишининг олди-ни олишга қаратилган.

Улар томонидан аниқланган қонунбузилишларнинг шаро-итлари ўрганилганда, сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситалари ёхуд тиббий буюм-ларни ўтказиш мақсадида иш-лаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки уларни ўтказиш ҳаракатлари учун жи-ноий ёки маъмурий жавобгар-ликнинг мавжуд эмаслиги ушбу ҳолатлар кенг равишда тарқалишига сабаб бўлаётганлиги маълум бўлган. Юқоридагилар-га асосан ҳамда дори во-ситалари ва тиббий буюмлар билан муомала қилиш соҳасида-ги қонунбузилишлар, уларнинг келиб чиқиш сабаб ҳамда шарт-шaroитларини бартараф этиш мақсадида амалдаги Жи-ноят кодексини сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори во-ситалари ёхуд тиббий буюм-ларни ўтказиш мақсадида иш-лаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки уларни ўтказиш ҳаракатлари учун жа-вобгарликни назарда тутувчи норма билан тўлдириш мақсад-га мувофиқ деб топиламоқда. Махсус норманинг мавжудлиги, айниқса жиноий жавобгарлик хавфи дори воситаларини но-қонуний муомалага киритиш билан боғлиқ барча ҳаракат-ларга тўсқинлик қилади. Бун-дан ташқари, ушбу янгилик мазкур ҳаракатлар учун жиноий жавобгарликни тортишини яро-на амалиётини ўрнатади. Хо-зири кунда мазкур жиноятлар Жиноят кодексининг ҳар хил моддалари билан таснифланиб, бир тоифадаги жиноятларни турлича малакаш ва шахсни турли моддалар билан жа-вобгарликка тортишга замин ярат-моқда.

Жиноят кодексига киритили-ши тақлиф қилинаётган жа-вобгарлик худди шундай ҳаракат-лар учун маъмурий жавобгар-ликка тортилгандан сўнг юзага келади. Шу муносабат билан Маъмурий жавобгарлик тўғри-сидаги кодексга мазкур ҳара-катлар учун маъмурий жа-вобгарлик масаласини белгил-лаш мақсадида киритилиши тақлиф этилмоқда.

Меҳнат ва ижтимоий маса-лалар қўмитаси томонидан мазкур қонун лойиҳалари усти-да иш олиб боришда ва уни иккинчи ўқишга тайёрлаш иш-лари давом эттирилмоқда.

Суҳбатдош: Ибодат СОАТОВА.

Обуна — 2009

Ҳурматли муштарийлар!

«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш — Здравоохранение Узбекистана» газетасига 2009 йилнинг иккинчи ярим йиллиги учун обуна мавсуми давом этмоқда.

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



Мутахассис оғоҳлантиради

ХАВОТИРГА ЎРИН ЙЎҚ, АГАРДА ҲУШЁР ВА ҲАМИША ОҒОҲ БЎЛСАК

дейди Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Санитария-эпидемиология назорати Бош бошқармаси бошлиги ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор Боқижон МАТКАРИМОВ

Жаҳоннинг қатор мамлакатларини ташвишга солаётган янги вирус А/Н1Н1 гриппи бўйича бугун мамлакатимизда барқарор эпидемиологик вазият таъминланмоқда. Аҳолини бундай юқумли касалликдан оғоҳ этиш, профилактик чора-тадбирларни кўчатириш, санитария-эпидемиология ҳолатини яхшилаш сингари устувор вазифалар аниқ мақсадларга йўналтирилган фаолиятлар доирасида олиб борилмоқда. Оммавий ахборот воситалари ва босма матбуот нашрларида мазкур касалликнинг олдини олиш, аҳолининг тиббий билимларини ошириш бўйича қатор лойиҳалар, кўргазмалар куруллар, бук-

летлар ва видеороликлар тайёрланиб, аҳоли орасида тарғибот-ташвиқот ишлари кўчатирилди. Ҳамкор ташкилотлар ва кенг жамоатчилик билан ишлаш мўайян самара бериб, ҳозиргача юртимизда А/Н1Н1 гриппи қайд этилмаганлигини алоҳида таъкидлаш жоиз. Лекин шунга қарамай, доимий равишда ҳушёрлик, оғоҳлик ва эътиборни кўчатириш муҳим вазифа ҳисобланади. Мазкур касалликнинг олдини олиш ва ундан сақланиш йўллари тўғрисида Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Санитария-эпидемиология назорати Бош бошқармаси бошлиги ўринбосари, профессор Боқижон МАТКАРИМОВ билан суҳбатда бўлдик.

– Дунё ҳамжамиятини ташвишга солаётган янги вирус пандемияси, табиийки, ҳеч бир давлат эътиборидан четда қолмайди. Ушбу ҳолат республикамиз ҳудуди аҳолисига қандай таъсир кўрсатади?

– Албатта, инсоният тарихида ҳали тўла ўрганилмаган, бундай хасталикнинг қайд этилиши тиббиёт олимларини хавотирга солмоқда. Ҳақиқатда ХХI асрни – вирусология асри, дейиш мумкин. Чунки, аксарият касалликлар номаълум вируснинг тасодифан юзга келиши билан характерланмоқда. Илк мартаба Мексикада рўйхатга олинган янги А/Н1Н1 гриппи дунёнинг юздан зиёд мамлакатларида кузатилмоқда. Шу боис, бу касалликнинг эпидемик тарқалиш хавфи тобора ортомқда. Юртимизда юқорида қайд этилган ва бошқа юқумли касалликлар пайдо бўлишининг олдини олишга қаратилган доимий ва изчил ишлар олиб борилмоқда. Шунингдек, мамлакатимизда амалга оширила-

ётган эпидемияга қарши махсус тадбирлар, четдан республика ҳудудига ўта хавфли бўлган юқумли касалликларнинг кириб келишига йўл қўймаслик ва аҳоли ўртасида кенг қўламли тушунтириш ишлари олиб борилаётгани туфайли республика-мизда эпидемиологик вазиятнинг барқарорлиги сақланиб турибди. Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар, Тошкент шаҳри давлат санитария-эпидемиология назорати марказлари қўшидаги эпидемияга қарши штаблар ташкил этилиб, унга етук мутахассислар жалб этилди. Вирусология илмий-текшириш институти ва давлат санитария-эпидемиология назорати марказларининг вирусология лабораториялари А/Н1Н1 гриппини тез аниқлай оладиган диагностика ва реактивлар билан таъминланди. Ҳозирги кунда барча аҳоли тураржойларида тозалаш ва ободонлаштириш бўйича зарур чора-тадбирлар амалга оширилмоқда.

– Мазкур А/Н1Н1 гриппи мавсумий грипп хасталигидан

қандай фаркланади. Бундай касалликка чалиниб қолмаслик учун нима қилиш керак?

– А/Н1Н1 гриппини кўзгатувчи вирус ўзига хос иммун-биологик хусусиятга эга бўлиб, одам организмнинг ҳимоя тизимини осон енгиб ўтади. Янги грипп қисқа вақт ичида бутун ер юзига тарқалмоқда. Мазкур хасталикнинг асосий белгилари оддий гриппдан деярли фарқ қилмайди. Бу асосан хаво томчи йўли орқали, яъни йўталганда, аксирганда, умумий идиш ҳамда гигиена воситаларидан фойдаланганда ва бевосита мулоқот йўли билан юқди. Яширин давр бир неча соатдан 7 кунгача, ўртача 2-3 кун давом этиши мумкин. Касаллик аломатлари оддий гриппга ўхшаш белгиларда намоён бўлади:

- тана ҳарорати кўтарилиши (38,5-40°С);
- ҳолсизлик;
- йўтал ва аксирш;
- бурун оқиси ёки битиши;
- томоқ, бош, мушаклардаги оғриқ.

Баъзида қайт қилиш ва ич кетиш ҳолатлари ҳам кузатила-

ди. Агар юқоридаги белгиларнинг бирортаси кузатилса, дарҳол тиббиёт ходимларига мурожаат қилиш зарур. Касаллик асоратларининг олдини олиш ва тезда соғайиш учун биринчи кундан бошлаб беморга уй шароитида ётиш тавсия этилади. Бемор билан мулоқотда бўлган ҳар бир одам гриппни юктириши мумкин. Тиббий доқа никоб тақиб юриш касаллик тарқалишини чегаралайди. Бироқ, доқа никобдан тўғри фойдаланиш (вакцина алмаштириш ёки совунлаб ювиш) керак.

Касаллик белгилари намоён бўлган бемор шифокор келгунча уй шароитида қуйидаги профилактик чора-тадбирларга риоя этиши зарур:

- шахсий гигиена қоидаларига;
- қўлларининг тез-тез ва совун билан ювини;
- кўпроқ суяқлик истеъмол қилиш (малинали, лимон ва асал-ли чой, иссиқ сут ҳамда наъматак дамламаси);
- тана ҳарорати юқори бўлганда шифокор тавсиясига кўра, иситма туширадиган дори ичиш мумкин (18 ёшга тўлмaganларга аспирин бериш мумкин эмас);

Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш йўлида қўрилатган ана шундай профилактик чора-тадбирлар самараси боис, мамлакатимизда барқарор эпидемиологик вазият шаклланимоқда. Дунё олимларини хавотирга солган, фанда номи маълум бўлган А/Н1Н1 гриппига қарши зарурий чора-тадбирлар кўриш эса халқимизни ўз вақтида хавфли ва юқумли касалликлардан эҳтиёт қилишининг ишончли кафолати ҳисобланади. Шундай экан, барчамиз ўз соғлигимизга масъул бўлиб, турли касалликларга чалиниб қолишдан ҳушёр бўлайлик.

Суҳбатдош:
Намоё Толипов.

Соғлом она –
соғлом бола

Дунёда она бўлишдек буюк неъмат бормикан? Демак, соғлом фарзандни дунёга келтиргунча илк бор оналик бахтини ҳис этган аёл ҳомиладорлик, яъни ана шундай унутилмас кунларни бир умр ёйда сақлайди. Сизга ҳавола этмоқчи бўлган мақоламиз ҳам эндигина она бўлиш арафасида турган аёлларимиз учун муҳим қўлланма бўлиб хизмат қилади, деган умиддамиз.

Ҳомиладорликнинг биринчи белгиси – ҳайзининг тўхташи. Ҳайз тўхташи билан қишлоқ врачлик пунктига ёки оилавий поликлиникага мурожаат қилиш лозим. У ерда малакали шифокор сизни назорат остига олиб, ҳомиладорликка доир текширувга йўллайди. Агар ҳомиладорлик тасдиқланса, шифокор томонидан тавсия этилган жадвалга мувофиқ, унинг қабулига мунтазам равишда қатнаб туринг.

Ҳомиладорликнинг асосий даврлари

Одатда ҳомиладорлик 40 ҳафта (9 ой атрофида) давом этади. Буни ҳисоблаш эса охири ҳайзининг биринчи кундан бошланади. Аёлнинг ҳомиладорлик даври уч фаслга тўғри келади, яъни ҳомиладорликнинг 9 ойини учта уч ойликка бўлиш қабул қилинган.

Биринчи уч ойлик фасл

Уруғланган тухум ҳужайра ўса бошлайди ва етилади, 5-8 ҳафтадан ҳомиланинг баъзи аъзолари – бош миyesi, юраги ва орқа миyesi шаклланиб, 12 ҳафта ичида ҳомиланинг барча аъзолари одам қиёфасига кира

бошлайди. Ҳомила бачадоннинг пуфакцидаги суяқликда ўсади. У кислород ва озиқ моддаларни она томирларидан киндик орқали олади.

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

Иккинчи уч ойлик фасл

Ҳомила ўсиш ва етилишда давом этади, одам тусига кира бошлайди. 17-20 ҳафта ўтган, қорнингизда охиста елпиниши пайкайис – бу ҳомилангиз қимирлай бошлаганидан дарақдир. Шу биринчи қимирлаш кунини ёзиб қўйинг (ҳомиладорлик қайси паллага келганини аниқлашда асослади). Бу пайтда ҳомиладорлик аёнлашади, чунки қорнингиз дўппайган, кўнгли айнашлар тўхтади, оғирроқ аёл ўзини тузук сезади.

Учинчи уч ойлик фасл

Қорин катталашади давом этади, ҳомила етила бошлайди, қимирлаши жаддалашади. Ўқтин-ўқтин белингиз оғриши мумкин –

БҲ СИЗ УЧУН
БАҲТЛИ ОНЛАР

бу табиий ҳол, бола вази ва ҳомила суяқлик оғирлигининг оқишси. Ўттинчи ҳафтадан сўнг ўлкангиз сиқилиши оқибатида хансираш аломати пайдо бўлади. Ҳамда қовуқ эзилиши натижасида ҳолатхонага тез-тез боришга эҳтиёж туғилади. Охириги икки ой давомиди юриш оғирлашади, тез чарчасиз, бироқ яқин орада кўзингиз ёриши, интизор бўлиб қутган зурриётингиз дунёга келиши дилингизни ҳушнуд этади.

Тўғруқдан олдинги шифокор назорати

Ҳомиладорликнинг биринчи аломатларидан шифокорга мурожаат этинг. Шифокор ва доя ҳомиладорлигингиз меъёрида ўтиши ҳамда болангиз яхши ривожланиши ва соғлом туғилиши учун сизни кузатиб боради. Ҳар қабулда вазингизни ўлчайдилар, томир уриши ва қон босимингизни аниқлайдилар – сизни кўриқдан ўтказадилар, шунингдек, таҳлилларни илгидилар. Қонни текшириш, шу билан бирга ҳомиланинг ўлчами ва бачадондаги ҳолатини кузатиб бориш мақсадида қорин қуруви ҳам бита тусулажага киради. Сўнгра шифокор махсус эшиткич ёрдамидида ҳомиланинг юрак уришини эшитиб қуради.

Биринчи қабулда биокимёвий таҳлил ҳамда қон гуруҳи ва резус омили, камқонлик, ОИВ/ОИТС (орттирилган иммунитет танқислиги синдроми), гепатит В ва С, сўзакни аниқлаш учун то-

мирингиздан қон оладилар. Бу таҳлил ерталаб, наҳорда амалга оширилади. Кейинги қабулларда умумий қон таҳлили учун бармоқдан қон топширилади. Энг кўп олинадиган таҳлил – сидик текшируви бўлиб, уни қандаг ва оқсилга аниқлайдилар – оқсил микдорининг оқишси юқумли касалликлар борлиги ёки қон босими юқорилигини билдиради.

Шифокор баъзан ультратовуш текшируви (УЗИ)га йўллайди. Бу тадбир ҳомирани ўлчаши, унинг бачадондаги ҳолатини аниқлашга, ривожланиш нуқсонларини топишга ва бошқа аниқлашларга имкон беради. Ультратовуш текшируви сизга ёки ҳомилангизга зарар етказмайди. Бундан ташқари, ҳомиладор аёл терапевт, офтальмолог, отоларинголог, стоматолог каби мутахассислар кўригидан ўтиши ҳамда электрокардиограмма (ЭКГ) қилдириши зарур.

Шифокор ёки дояга ўзингизни қизиқтирадиган саволларни беришдан тортинманг, улар сизга бажонидил жавоб беришади. Ўттиз



ҳафталик ҳомиладорликдан сўнг сизнинг кўнглингизга таҳлил натижалари қайд қилинган «Алмасуваракиси» берилади. Бу варақани доим ўзингиз билан олиб юришингиз лозим, чунки тўлғоқ қўқисдан бошланиши мумкин, бу ҳужжат эса туғруқхонага кириш учун йўлланма вазифасини бажаради.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Бухоро вилояти «Авиценна» болалар шифокорлари уюшмаси билан Буюк Британия «HealthProm» нодавлат ташкилоти мутахассислари ҳамкорлигида тайёрланди.



Мазкур мақола Ўзбекистон Республикаси мустақил босма оммавий ахборот воситалари ва ахборот агентликлари қўллаб-қувватлаш ва ривожлантириш жамоат фонднинг «Соғлом оила-жамият мустақамлиги ва мамлакат барқарорлиги омили» лойиҳаси асосида тайёрланди.

Теория и практика

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА,
КЛИНИКИ, ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Атопический дерматит (АтД) – **аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности, морфологию очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям. Данная патология составляет от 5 до 30% в структуре общей заболеваемости больных дерматозами.**

В соответствии с Международной классификацией болезней-10 (МКБ-10) принят единый термин – «атопический дерматит», который имеет свои критерии диагностики и является собственно нозологической формой. В последние годы участились случаи сочетанных форм респираторных аллергических заболеваний и АтД: у детей такое сочетание в литературе описывается как «дерматит-респираторный синдром», у взрослых – «атопическая триада» или «тяжелый атопический синдром», и отличаются наиболее тяжелым течением.

С момента появления термина «атопический дерматит» прошло 70 лет, однако до сих пор по этому вопросу не утихают споры. Только в 1994 г. учеными Британской группы были сформулированы минимальные диагностические критерии атопического дерматита. Среди них основными являются:

- * зуд;
- * типичная морфология и распространенность;
- * «сигбательная» лихенификация;
- * классическое расположение кожно-патологического процесса (лицо, верхняя и нижняя конечности, шея, туловище);
- * хроническое рецидивирующее течение;
- * семейный анамнез по атопии (астма, аллергический ринит, конъюнктивит, атопический дерматит).

Выделяют дополнительные критерии диагностики:

- кероз (сухая кожа);
- икhtiоз;
- реакция немедленной кожной гиперчувствительности;
- высокий уровень Ig E, периферическая эозинофилия крови;
- частое инфицирование кожных покровов (стафилококковой, герпетической этиологии);
- хейлиты, экзема сосков, рецидивирующие конъюнктивиты, складка Денне-Моргана, кератоконус, передняя подкапсулярная катаракта, блебность или покраснение лица, перифолликулярная локализация высыпаний, складки на передней поверхности шеи;
- белый дермографизм;
- зуд при потоотделении;
- повышенная сенсibilизация к шерсти и липидным растворителям, пищевым компонентам;
- влияние эмоциональных, внешнесредовых воздействий на течение болезни.

Для постановки диагноза АтД необходимо иметь три обязательных и три дополнительных диагностических критерия. Однако, для ранней диагностики АтД особое внимание уделяется клинической картине заболевания.

Кожно-патологический процесс может иметь полиморфный характер. При остром периоде заболевания процесс характеризуется эритематозно-папулезными или эритематозно-везикулезными высыпаниями, множественными экскориациями, местами эрозиями с серозным экссудатом. Подострый процесс обусловлен эритематозными высыпаниями, экскориациями и шелушением, а хронический – лихенификацией

(утолщением кожи в очагах поражения) и папулезными высыпаниями. Однако, у больных с хроническим течением можно наблюдать одновременно все три вида кожных реакций.

Клиническое течение атопического дерматита на современном этапе характеризуется ранним дебютом заболевания, увеличением числа распространенных форм с высокой частотой обострений кожного процесса, сочетанным поражением внутренних органов и систем, увеличением числа больных с торпидным течением и формированием инвалидизирующих форм болезни.

Для оценки степени тяжести кожного процесса и динамики течения атопического дерматита Европейским обществом дерматовенерологов в 1993 году в Женеве был разработан и утвержден индекс SCORAD, объединяющий площадь поражения кожи и степень выраженности объективных и субъективных симптомов, широко используется отечественными и зарубежными практикующими врачами.

В патогенезе развития атопического дерматита играют роль несколько факторов. Одним из них является генетическая предрасположенность к аллергии с полигенными формами наследования. Следует отметить, что по наследству передается не болезнь, а совокупность патогенетических звеньев аллергической патологии. В работах многочисленных зарубежных и отечественных ученых доказано, что если в семье оба родителя страдают атопическим дерматитом, то вероятность заболевания ребенка составляет 65-71%. Когда же заболеванием страдает только один из родителей, то риск развития заболевания остается, однако снижается в два раза.

В формировании атопического дерматита важная роль принадлежит механизмам неадекватной иммунной реактивности, обусловленной развитием гиперчувствительности замедленного и немедленного типа. Одним из важных маркеров АтД является генетически детерминированный высокий уровень IgE, патогенная роль которого у многих авторов не вызывает сомнения. Гиперпродукция IgE приводит к развитию аутоиммунного процесса, чаще в активной, острой фазе болезни.

Однако, IgE-опосредованный иммунный механизм при АтД не всегда играет важную роль в патогенезе заболевания. По литературным данным, у 25% больных уровень IgE не превышает нормальных показателей. В этом случае важную роль играют нейропептиды и лейкотриены, тучные клетки, эозинофилы, кератиноциты, нарушение барьерной функции эпидермиса. Тучные клетки, выделяющие при дегрануляции серотонин, ПГЕ2, гистамин, располагаются вблизи нервных окончаний кожи, которые стимулируются также ИЛ-4, нейропептидами, что определяет возможность психического влияния на манифестацию АтД. Перечисленные механизмы рассматриваются как особо важные неспецифические (неиммунные) механизмы в патогенезе

АтД. Из других неспецифических механизмов в развитии АтД важную роль играют также нарушения вегетативной иннервации систем организма, которые проявляются в виде повышения холинореактивности, снижения в-реактивности, повышения а-реактивности; повышенной способности тучных клеток и базофилов освобождать медиаторы на такие стимулы, на которые клетки неапоптоиков не проявляют реакции; усиления активации калликреин-кининовой системы с увеличением содержания кининов в сыроворотке крови.

Важное значение в развитии АтД имеют хронические болезни желудочно-кишечного тракта, которые обуславливают повышенную сенсibilизацию и определяют темпы формирования дерматологического симптома. По данным отечественных ученых, факторами, способствующими развитию АтД, являются:

- частые острые респираторные заболевания, особенно у детей до трехлетнего возраста;
- наличие у больных очагов хронической инфекции в носоглотке и полости рта.

При этом частое и необоснованное применение антибактериальных препаратов или их комбинация приводят к формированию другого фактора – ятрогении, которая способствует нарушению нормального микробиотоза кишечника, определяет темпы формирования дисбактериоза кишечника, развивает дисбиоз, связанный с высокой колонизацией грибами рода *Candida*, что в свою очередь утяжеляет течение атопического дерматита.

Правильное понимание путей патогенеза АтД позволяет определить план адекватного, дифференцированного подхода к терапии, а также разработку реабилитационных мероприятий при АтД.

Необходимо сказать, что клиническое выздоровление заболевания определяется своевременным обращением больного к врачу – специалисту, комплексным обследованием (клиническим и лабораторным), правильностью выполнения тех рекомендаций, которые предлагает лечащий врач. **Сюда относятся:**

- первичная профилактика сенсibilизации организма (элиминационные режимы);
- купирование обострений заболевания;
- контроль за состоянием аллергического воспаления (базисная терапия);
- коррекция сопутствующих патологий;
- коррекция иммунологических нарушений.

Терапия

В комплексном лечении АтД ведущее место занимают антигистаминные препараты всех поколений, но необходимо отметить, что в последние годы предпочтение отдается антигистаминным препаратам второго поколения, применение которых возможно на протяжении длительного времени.

Мембраностабилизаторы, которые обладают способностью предупреждать развитие ранней фазы аллергического ответа посредством

блокировки выброса биологически активных веществ из тучных клеток и базофилов. Использование мембраностабилизаторов в сочетании с антигистаминными препаратами последнего поколения позволяет увеличить эффективность терапии.

Системная энзимотерапия, применяющаяся с целью улучшения расщепления аллергенных субстанций пищи, коррекции функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта и дисбактериоза кишечника.

Иммуномодулирующая терапия.

Аллергенспецифическая иммунотерапия отличается воздействием на множество патогенетических звеньев аллергического процесса и обеспечивает длительный эффект от терапии.

Витаминотерапия. При АтД целесообразно назначение витаминов группы В, а также провитаминов (В-каротин), которые способствуют улучшению функций надпочечников, уменьшению воспалительных изменений в коже.

Антиоксиданты. Местная терапия направлена на купирование кожных проявлений в острой (гиперемия, отек, экссудация), хронической (лихенификация, кероз) стадиях заболевания, уменьшение и устранение субъективных ощущений (боль, зуд, жжение). Местные препараты включают в себя топические ГКС, эпителизирующие, увлажняющие, смягчающие, антибактериальные, мажорлактаные средства. При назначении наружного лечения учитываются возраст пациента, клиническая форма, стадия, распространенность, тяжесть кожного процесса, эффективность предшествующих препаратов. Рациональное, своевременное применение топических ГКС должно соответствовать принципу «лечить быстро, эффективно и комфортно».

Из физиотерапевтических процедур применяются УФО, PUVA-терапия, интервальная гипоксическая терапия, ультрафонофорез, КВЧ-терапия, лазеротерапия, переменное магнитное поле, в стадии ремиссии показано санаторно-курортное лечение («Чаткал», «Чимган», «Чартак» и др.).

Большое значение придается проведению профилактических мероприятий. Первоочередной задачей является первичная профилактика атопического дерматита, которая предусматривает выявление детей группы риска, проведение мер, предупреждающих развитие аллергических поражений кожи. Снижению риска развития атопического дерматита также способствует уменьшение концентрации аэроаллергенов в помещениях (аллергенов домашней пыли, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae* и др.), прекращение курения, контакта с химическими веществами в домашних условиях. Особое внимание уделяется здоровому образу жизни, оздоровительным физическим нагрузкам, соблюдению режима питания и др.

Таким образом, своевременное обращение больного с кожными проявлениями к дерматологу будет способствовать ранней диагностике заболевания, определению тактики правильного введения, что позволит значительно повысить эффективность проводимого лечения, добиться длительной клинической ремиссии и осуществить профилактику обострения заболевания.

Ш. МАВЛЯНОВА,

доктор медицинских наук,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
Дерматологии и венерологии.

Презентация

Сохраняя
национальные
ценности

24 июля нынешнего года в Национальном пресс-центре Узбекистана состоялась пресс-конференция, посвященная презентации обществу «Полонлар миллий энциклопедияси». Представителям средств массовой информации рассказали о ее целях и задачах, а также о тех причинах, которые побуждали организаторов приступить к созданию столь уникального экземпляра.

С момента обретения Узбекистаном независимости спорт стал считаться приоритетным направлением нашей страны. Большое количество спортивных комплексов украшает столицу и другие города республики, по стране функционируют кружки и спортивные секции по любому направлению спорта. Заслуженные тренеры, достижения больших высот в сфере спорта, с гордостью передают свое умение ученикам, которые в будущем будут защищать имя нашей страны на международных состязаниях.

Основная цель энциклопедии заключается в том, чтобы запечатлеть в памяти людей имена выдающихся спортсменов страны. Приоритетными направлениями деятельности общества определены сбор и издание при сотрудничестве с центрами и федерациями единоборств информации о достижениях мастеров спорта и тренеров на республиканских и международных соревнованиях, содействие федерациям, ассоциациям и клубам единоборств в повышении духовно-просветительских качеств, организации национальных и международных конференций по вопросам развития этих видов спорта и других мероприятий, направленных на повышение спорта на качественно новый уровень.

Конференция стала местом сбора членов Сената, депутатов законодательной палаты Олий Мажлиса Республики Узбекистан, представителей министерств, Центра восточных единоборств и развития боевых искусств Узбекистана. Помимо этого, в числе приглашенных были также именитые спортсмены страны, заслуженные тренеры.

Первый выпуск «Полонлар миллий энциклопедияси» планируется в следующем году.

Много людей посвящая свою жизнь спорту, развитию данной отрасли жизнедеятельности в масштабах страны и всего мира, а затем передаче накопленного в течение жизни опыта ученикам. Страна должна помнить имена своих героев, память о них должна всегда жить в сердцах поколений. Мы очень надеемся на то, что общество «Полонлар миллий энциклопедияси» поможет сохранить в памяти людей имена тех, кто посвятил свою жизнь развитию национального вида спорта – кураша – в нашей республике.

Юлдуз НАЛИБАЕВА

Карор ва ижро

МАСЪУЛЛИК ВА УЮШҚОҚЛИК ЗАРУР

Инсон саломатлиги ва унинг манфаатларига хизмат қилиш давлат сиёсатининг устувор вазифаларидан бири экан, бу борада давлатимиз томонидан зарурий чора-тадбирлар режаси амалга оширилмоқда. Хусусан, Президентининг "Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилишни янада чуқурлаштириш ва уни ривожлантириш Давлат дастурини амалга оширишнинг асосий йўналишлари тўғрисида"ги 2007 йил 19 сентябрдаги ПФ-3923-сонли Фармони ва "Республика

тиббиёт муассасалари фаолиятини ташкил этишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги 700-сонли Карори мазкур йўналишда ислохот жараёнларини янада такомиллаштирди. Соҳадаги ривожланиш ва аҳоли саломатлигини муҳофазада ҳар бир тиббиёт муассасасининг масъулияти ва фаоллигини оширди. Шу маънода Хоразм вилояти, Шовот туман тиббиёт бирлашмаси бошлиғи Жуманазар Махмудов билан суҳбатда бўлдик.

Амалдаги тиббиёт ислохотларини янада мувофиқлаштириш жараёни туман тиббиёт бирлашмаси фаолиятида қандай самара бермоқда?

Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармон ва Қарорлари ҳамда Соғлиқни сақлаш вазирлиги буйруқлари, меъёрий ҳужжатлари асосида туманда бир қатор муҳим ва долзарб ишлар амалга оширилмоқда. Шунингдек, давлатимизнинг соҳа ривожини юксалтиришга қаратилган барча қарорлари тиббиёт ходимлари фаолияти учун дастуриламал бўлиб хизмат қилмоқда.

Бугунги кунда тиббиёт бир-

лашмасининг 262 нафар малакали врачлари, 1357 нафар ўрта тиббиёт ходими туманнинг 136 минг 400 аҳолисига сифатли тиббий хизмат кўрсатиб келмоқда. Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастурига асосан қишлоқлардаги фельдшер-акушерлик пунктлари ва қишлоқ врачлик амбулаториялари ўрнига бугун замонавий типда бунёд этилган, зарурий жиҳозлар билан таъминланган, малакали тиббиёт ходимларига эга 17 та қишлоқ врачлик пункти фойдаланишга топширилди. Бирлашмада 460 шифо ўрнига мўлжалланган 9 та бўлим мавжуд. Хусусан, шошилинч тез ёрдам бўлими мудири Бекбўисин Аллаберганов, режа-

ли хирургия бўлими мудири Нуриддин Боқиев, туғруқхона комплекси мудираси Гулора Якубова, гинекология бўлими мудираси Зевар Тожиева ва бош қилиб тоифали шифокорларнинг сайёҳаратлари билан бирлашмада кенг камровли ўзгаришларга эришилди.

Соғлиқни сақлаш соҳасидаги ислохотларни янада чуқурлаштириш, малакали тиббиёт ходимларининг касбига бўлган маҳоратини ошириш мақсадида бирлашмада маънавият ва маърифат хонаси ташкил этилиб, ойда бир марта турли мавзуларда ўқув машғулоти ўтказиб турилади. Бирлашмага қарашли 24 та муассаса ходимларининг касбий

билим даражаси оширилиб, уларга амалий ёрдамлар кўрсатилмоқда. Бугунги тезкор давр барча соҳа вакиллари қатори, тиббиёт ходимлари зиммасига ҳам катта масъулият юклатилмоқда. Шу боисдан ҳам иш жараёнидаги врач ва ҳамшира ҳар уч йилда малакасини ошириб, тажриба қўламини бойитиб боради.

Бирлашма томонидан оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантириш каби ишлар тарғиботи қандай йўлга қўйилган?

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги "Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантиришнинг қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида"ги ПҚ-1096-сонли Қарори ижросини таъминлаш мақсадида жойларда репродуктив сало-

матликка бағишлаб ўтказилган тарғибот-ташвиқот ишлари режаси белгиланган олинган. Мазкур Қарор бўйича бирлашма таркибда махсус ишчи гуруҳи тузилган бўлиб, улар доимий равишда аҳоли ҳамда тиббиёт ходимлари билан ҳамкорликда ишлашга ҳаракат қилдирилди. Айниқса, аёллар маслаҳатхонаси томонидан туғиш ёшдаги аёлларга керакли маслаҳатлар бериб боришмоқда, шунингдек, ҳомиладор аёллар ҳисобга олиниб, ҳомиладорликдан сақланиши керак бўлган аёлларга контрацептив воситалардан фойдаланиш, исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш бўйича тарғибот қўйиб турилиб, ишлар фаоллиги оширилмоқда. Энг муҳими, халқнинг тиббиётга бўлган ишончи тобора ортмоқда.

Хоразм вилояти, Шовот туман тиббиёт бирлашмаси томонидан амалга оширилаётган ислохот жараёнлари босқичма-босқич амалиётда ўз ифодасини топиб келмоқда. Муваффақиятлар билан бир қаторда соҳадаги мавжуд камчиликлар бирлашма ходимларини янада мукаммал ва уюшқоқлик билан ишлашга ундаётган бўлса, ажаб эмас.

Суҳбатдош:
Воси НОСИРОВ.

2009 йил — Қишлоқ тараққиёти ва фаровонлиги йили

КАСБГА САДОҚАТ ВА МЕҲР БИЛАН

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини босқичма-босқич амалга оширишда тиббиёт ходимларининг астойдил меҳнати борлигини эътироф этиш жоиз. Чунки, аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш, замонавий тиббиёт технологияларини амалиётда татбиқ этиш, малакали кадрларга бўлган талаб ва эҳтиёжни қучайтириш сингари ислохот жараёнлари йилдан-йилга такомиллашиб бормоқда. Хусусан, "Қишлоқ тараққиёти ва фаровонлиги йили Давлат дастури" доирасида ҳам республикамизнинг барча ҳудудларида кенг камровли фаолиятлар олиб боришмоқда.

Ватан остонадан бошланади деганларидек, беморларнинг илк муносабатлари ҳам тиббиёт муассасаларининг қабулхона бўлимидан бошланади. Дарҳақиқат, кўплаб шифо масканларининг қабул бўлимида фаолият юритаётган врач ва ҳамшираларнинг фаолиятига назар ташласанг улардаги ҳушмуомалалик, меҳрибонлик ва касбига бўлган меҳри ҳар бир ин-

сонни бефарқ қолдирмайди. Ана шундай тажрибали врач Рустамжон Йўлдошев 25 йилдан буён Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг қабулхона бўлими мудири лавозимига самарали меҳнат қилиб келмоқда.

Клиникамизга мурожаат қилаётган беморларни дастав-ла қабул бўлимида тиббий қўриқдан ўтказиб, уларни касаллик тарихи бўйича керакли

бўлимларга жойлаштирамиз, — дейди суҳбатимиз аввалида шифокор Рустамжон Йўлдошев. — Фуқаролар билан илқ муомалада бўлиш, уларнинг ижтимоий ва тиббий аҳолини ўрганиш ҳамда зарурий шошилинч ёрдамларни кўрсатиш эса доимий иш режаларимизга киритилган.

Ўз касбининг жонқуяр фидойисини, самимий, камтарин инсон кўлаб шогирдларнинг сеvimли устозига айланган. Яна шунини фахр билан айтиш керакки, Р. Йўлдошевлар оиласини тиббиётчилар сулоласи, дейиш мумкин. Унинг уч фарзанди ота касбини ардоқлаб келмоқда.

Суҳбатимиз сўнгига унинг халқ саломатлиги йўлида олиб бораётган машаққатли, аммо шарафли ишларига омад тилаб қоламиз.

БЕМОРЛАР ҚАЛБИГА ЙЎЛ ТОПИБ

Орамизда шундай тиббиёт ходимлари борки, уларнинг муолажаларидан ҳам кўра, бир оғиз ширин сўзи, меҳрибонлиги бемор дардида малҳам бўлади. Шу ўринда Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида фаолият кўрсатаётган ана шундай самимий, камтарин, ўз касбининг моҳир устаси бўлган тиббиёт ходимлари меҳнатини қанчалик эътироф этмайлик, озлик қилади.

Марказ ревматология бўлими мудири, олий тоифали врач Қозимжон Ҳамидов ана шундай аҳоли саломатлиги йўлида самарали фаолият кўрсатиб келаётган тиббиёт ходимларидан биридир. У ўз фаолияти давомида ҳар бир беморнинг аҳолини алоҳида назорат қилиб, уларга нафақат шифо бахш этиб, балки руҳий томондан ҳам кўлаб-қувватлашга ҳаракат қилади.

Тажрибали шифокор жамоасида фаолият кўрсатаётган тиббиёт ходимларига касб сирларини ўргатиб, уларга керакли шароит ва имкониятларни яра-

тиб берган ҳолда кадрлар малакасини оширишда ҳамда ёшларнинг илмий салоҳиятини бойитишда ўз хизматларини аямаяди.

Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ишларида фаол иштирок этаётган тиббиёт ходими беморлар тезда соғайиб кетишлари ва керакли имкониятлардан унумли фойдаланишлари учун

Қозимжон Ҳамидов тиббиёт муассасаси ходимлари ва даволанувчилар орасида меҳнатсеварлиги, самимийлиги ва ўз касбининг моҳир устаси сифатида обрў-эътиборга сазовор бўлиб келмоқда.

Жалолиддин ТУРДИЕВ,
жамоатчи мухбир.

Такриз

МУҲИМ ҚЎЛЛАНМА

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2007 йил 5 ноябрдаги ПҚ-724-сонли "Тез ҳамда шошилинч тиббий ёрдам хизматларини санитар автотранспорти билан таъминлаш учун Қорей Республикаси ҳукумати грантидан самарали фойдаланишни таъминлаш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Қарорини бажариш бўйича Қорей Республикасининг халқаро ҳамкорлик бўйича Агентлиги (KOICA), Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Тошкент автомобиль йўллари институти томонидан тасдиқланган ўқув дастурига мос маърузалар асосида ўқув қўлланма chop этилди.

Унда биринчи марта "Hyundai Starex ambulance" автомобилларининг тузилиши, бошқарилиши, ишлатилиши ва сервис хизмат кўрсатиши ҳамда ҳаракат хавфсизлиги бўйича маълумотлар берилган.

Ушбу ўқув қўлланмаси куйидаги бўлимлардан иборат бўлиб:

1. Автомобиль транспорти фаолиятининг ҳуқуқий асослари, раҳбарий ва меъёрий маълумотлари.

2. Двигатель тузилишининг ўзига хослиги. Совутиш, мойлаш ва таъминот тизимлари. Майда носозликларни бартараф этиш.

3. Электр жиҳозлари тузилишининг ўзига хослиги (электр таъминоти ва истеъмолчилари). Ўт олдириш тизими. Двигательнинг электрон бошқариш тизими.

4. Автомобиль юриш қисмларининг ўзига хос хусусиятлари.

5. Тормоз ва руль бошқармалари тузилишининг ўзига хос хусусиятлари.

6. Автомобиль эксплуатацияси бўйича йўриқнома. Автомобилларга сервис хизмати кўрсатишининг ўзига хос хусусиятлари. "Hyundai Starex ambulance" автомобилга сервис хизмат кўрсатиш регламенти.

7. Қўндалик хизмат кўрсатиш (бажариладиган ишлар рўйхати) ва технологияси, автомобилларнинг техник ҳолатини ишга чи-



ТЕЗ ҲАМДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ ХИЗМАТИНИНГ "Hyundai Starex ambulance" РУСУМЛИ АВТОТРАНСПОРТИНИ БОШҚАРИШ ВА СЕРВИС ХИЗМАТИ

қиш олдидан ҳамда иш жараёнида назорат қилиш).

8. Автомобилларни бошқариш асослари. Йўл ҳаракатини ташкил этишда "Автомобиль-Хайдовчи-Йўл-Пийда-Мухит" тизимининг ўзаро боғлиқлиги. Хайдовчилик касбининг психологик хусусиятлари. Мураккаб йўл шaroитларида автомобилни бошқариш. Йўл транспорт ҳодисаси асослари. Тез ва шошилинч тиббий ёрдам ҳайдовчиларининг жавобгарлиги.

9. Шикастланганларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича маълумотларга батафсил тўхталиб ўтилган.

Мазкур қўлланма "Hyundai Starex ambulance" автомобилларига ҳайдовчиларига мўлжалланган бўлиб, унда ушбу автомобилларнинг техник эксплуатацияси билан шуғулланувчи муҳандис-техник ходимлар, касб-хунар коллежи ўқувчилари, бакалаврият ва магистратура талабалари ҳам фойдаланишлари мумкин.

К. ИБРОХИМОВ,
тиббиёт фанлари номзоди,
ХХК касбий таълим бўйича директор ўринбосари.

Конспект врача

АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ –
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Важным фактором, определяющим тяжесть, течение и исход тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ), является поражение стволовых отделов головного мозга. Оно обуславливает развитие витальных нарушений, приводящих к высокой летальности, составляющей, по данным различных авторов, 56-80%. Травматические стволовые повреждения, по-видимому, имеют важнейшее значение для возникновения еще одного вида неблагоприятных исходов тяжелых черепно-мозговых травм – длительных посткоматозных нарушений сознания – апаллического синдрома.

В связи с увеличением частоты черепно-мозгового травматизма, успехами реаниматологии в последние годы отмечается рост числа этих больных. При этом все пострадавшие данной категории подвержены стойкой и глубокой инвалидизации. Посттравматический апаллический синдром относится к малозученной области неврологии и нейрохирургии. В частности, неясными являются вопросы о частоте возникновения апаллического синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы, влияние на его формирование степени выраженности и характера травматического повреждения стволовых структур головного мозга в остром периоде травмы. Ф. Плам и Дж. Познер высказали мнение, согласно которому основную роль в развитии апаллического синдрома играет угнетение функций восходящей активизирующей ретикулярной формации в поврежденных стволовых отделах головного мозга.

С увеличением числа больных с апаллическим синдромом проблема их лечения становится

в остром и отдаленном периоде ЧМТ по шкале исходов Глазго.

Результаты.

По тяжести состояния больные распределены следующим образом: тяжелое состояние – 36 (29,1%) больных, крайне тяжелое у 81 (65,3%), терминальное у 7 (5,6%).

Первичная травма ствола головного мозга (ПТСГМ) диагностирована у 51 (41,2%) обследованного, дислокационная травма с вторичными повреждениями ствола головного мозга – 73 (58,8%). Признаки супратенториального гипертензионно-дислокационного синдрома ГДС были выявлены у 70 (56,4%) больных. При КТ и МРТ исследованиях головного мозга у больных с ГДС II-III степеней дислокации выявлялись смещение срединных структур головного мозга на 5-10 мм, сдавление боковых желудочков, базальных цистерн мозга, а также контузионные очаги кровоизлияния в стволовые и парастволовые отделы мозга.

Посттравматический апаллический синдром развился у 16 (12,9%) больных – в 9 (17,6%)

состоянии, выраженными стволовыми симптомами (парез зрачка вверх, разностояние глаз по вертикальной оси, двустороннее угнетение или выпадение световой реакции зрачков, нарушение или отсутствие окулоцефалического рефлекса и др.). У 7 (77,7%) из этих больных наблюдалось нарушение частоты ритма дыхания.

Грубые неврологические симптомы выявлены во всех наблюдениях и проявлялись нарушениями функции черепно-мозговых нервов, двигательными нарушениями и расстройством мышечного тонуса, оральным автоматизмом. Еще одним наблюдавшимся во всех случаях проявлением этой патологии было наличие вегетативных нарушений, которые проявлялись нестабильностью артериального давления, лабильностью пульса, потливостью, спонтогенным. У 7 (9,4%) больных вегетативные нарушения носили резко выраженный характер с периодическими вегетативными кризами, у 9 (17,6%) – относительно стабильный характер. Нарушения мышечного тонуса проявлялись характерными поздно-тоническими реакциями – декортикационной или децеребрационной ригидностью, поворотами головы, туловища. Выделение декортикационного или децеребрационного вариантов тонических расстройств было затруднительным вследствие наблюдавшегося их сочетания и сопутствующих пирамидных нарушений. Однако отмечены некоторые различия в группе больных с дислокационной травмой с вторичным повреждением ствола головного мозга у 7 (9,4%) больных и с первичной травмой ствола – у 9 (17,6%). Так, у 6 больных с дислокационной травмой наблюдались изменения мышечного тонуса по децеребрационному типу. В группе больных с первичной травмой ствола наблюдались явные декортикационные реакции, сочетавшиеся с невыраженными децеребрационными проявлениями.

При длительном течении апаллического синдрома, наряду с активизацией спинальных автоматизмов, проявляются и признаки полиневропатии спинномозгового и корешкового генеза (фибрилляция мышц конечностей и туловища, гипотрофии мышц кисти, распространенные нейротрофические расстройства).

Среди методов диагностики особую ценность представляла МРТ головного мозга, которая позволяла с высокой степенью разрешающей способности диагностировать посттравматические изменения тканей головного мозга и liquorosодержащих пространств, как правило, сопутствующих длительным нарушениям сознания травматической этиологии. При КТ и МРТ исследованиях в промежуточном периоде на 4-6 неделе у 6 (37,5%) больных выявлены незначительные атрофические изменения коры головного мозга с симметричным расширением желудочков и субархноидального пространства. Помимо этого, определялись очаги ушиба и внутримозгового кровоизлияния в стадии рассасывания.

У 10 (62,5%) больных наблюдались диффузные атрофические изменения коры головного мозга с симметричным расширением желудочков и субархноидального пространства, а также локальные изменения в виде порэнцефалических кист и очагов пониженной плотности, которые являются результатом дегенеративных и репаративных изменений очаговых повреждений мозга и внутримозговых гематом, возникших в остром периоде черепно-мозговой травмы. Во всех случаях выявлены грубые посттравматические изменения, которые локализовались не только в стволе головного мозга, но и в коре, подкорковых структурах, базальных ганглиях и мозолистом теле.

При электроэнцефалографическом исследовании у 4 (44,4%) больных первой группы с первичными повреждениями ствола головного мозга регистрировались тета- и дельта-ритмы с признаками пароксизмальной и межполушарной активностей. У 2 (22,3%) больных наблюдались альфа-ритмы с низким индексом, а в 3 (33,3%) случаях регистрировалась низкоамплитудная ЭЭГ.

Во второй группе у 3 (42,8%) больных регистрировались тета- и дельта- ритмы, у 2 (28,6%) больных – бета-ритм устойчивый к фотостимуляции, а в 2 (28,6%) случаях наблюдалась изоэлектрическая запись.

У 4 (44,4%) больных с апаллическим синдромом при первичном повреждении ствола головного мозга в первые недели на ЭЭГ отмечались выраженные генерализованные изменения, затем в течение нескольких месяцев преобладала тета-активность. Через 5-6 месяцев у 2 (22,3%) больных этой группы появилась альфа-активность с низким индексом.

У больных с апаллическим синдромом с первичным повреждением ствола головного мозга благоприятные результаты наблюдались в 4 (44,4%) случаях, тогда как при апаллическом синдроме мозга после дислокационного синдрома у 2 (28,6%) больных.

Обсуждение. В наших наблюдениях среди данной группы больных, как правило, сочетанные комплексные последствия ЧМТ как структурного, так и функционально-неврологического характера, основной особенностью которых было то, что они протекали на фоне длительного нарушения уровня сознания. Важным обстоятельством является тот факт, что среди больных с развившимся апаллическим синдромом преобладали больные с первичным повреждением ствола головного мозга, что может быть следствием двух причин:

1. При первичной травме ствола головного мозга летальность несколько ниже, чем при дислокационных поражениях (ГДС III-IV степеней). Следовательно, среди пострадавших с такой формой повреждения стволовых структур выживших больных больше, и у части из них наблюдались длительные нарушения сознания;

2. ПТСГМ более избирательно приводит к нарушению функции, активирующей ретикулярную формацию ствола головного мозга, основным проявлением которой является нарушение сознания.

Данные исследования свидетельствуют о том, что травматическое повреждение стволовых структур головного мозга имеет кардинальное значение для исхода тяжелых ЧМТ. При формировании апаллического синдрома имеют большое значение такие факторы, как диффузное обширное поражение головного мозга, двустороннее поражение таламических областей, диффузное аксональное повреждение ствола. В наших наблюдениях во всех случаях грубые посттравматические изменения визуализировались (КТ и МРТ) не только в стволе головного мозга, но и в коре, подкорковых структурах, базальных ганглиях, мозолистом теле. В связи с этим именно травматический апаллический синдром, вероятно, является неудачной моделью для установления роли тех или иных структур головного мозга в генезе его развития. Проведенное исследование свидетельствует о том, что травматическое повреждение ствола головного мозга, его характер и выраженность служат одними из основных факторов, определяющих формирование апаллического синдрома.

Выводы:

1. Развитие посттравматического апаллического синдрома наблюдается у 12,9 % больных с повреждениями ствола головного мозга. При этом в его формировании определяющее значение имеют характер и выраженность травматического повреждения стволовых структур головного мозга.

2. При первичном повреждении ствола головного мозга посттравматический апаллический синдром возникает чаще, чем при дислокационном синдроме, причем в последней группе апаллический синдром развивается только у больных со II и III степенью ГДС.

3. Атрофические изменения в коре и стволовых отделах головного мозга, выявляемые при магнитно-резонансной и компьютерной томографии, являются специфическими признаками, присущими апаллическому синдрому травматической этиологии.

4. Очаговая полушарная симптоматика не является специфичной и соответствует первичному поражению мозга. У больных с апаллическим синдромом сохраняется стволовая симптоматика.

5. Степень изменений ЭЭГ обычно коррелирует с тяжестью клинического синдрома. Регресс патологических изменений на ЭЭГ является благоприятным прогностическим признаком.

М. МИРЗАБАЕВ,
доктор медицинских наук,
Ж. БОБОВ,
научный сотрудник,
Республиканский научный центр
нейрохирургии.

№	Клинические признаки	Оценка по шкале, балл
1	Жизнедеятельность по спонтанному дыханию	1
2	Отведение конечностей на боль	2
3	Спонтанное открывание и закрывание глаз	3
4	Спонтанные движения конечностей	4
5	Слежение	5
6	Эмоциональные реакции	6
7	Самостоятельное глотание при кормлении	7
8	Воспроизведение звуков	8
9	Выполнение команд	9
10	Вербальный ответ	10

ся все более социальной. Прогнозирование апаллического синдрома неизвестно, что объясняется отсутствием общепринятых диагностических критериев и отсутствием до недавнего времени такой нозологической формы в международной классификации болезней. Все изложенное обосновывает актуальность данной проблемы.

Цель исследования: изучение факторов развития апаллического синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы.

Материал и методы. Обследовано 124 больных, перенесших тяжелую ЧМТ, длительность комы у всех больных свыше 12 суток. Мужчин было 98 (79%) и женщин 26 (21%) в возрасте от 6 до 50 лет. Всем больным проведены комплексное клинико-неврологическое обследование, КТ и МРТ головного мозга, электроэнцефалография. Степень тяжести ЧМТ устанавливали в соответствии с положениями единой классификации ЧМТ. Результаты лечения оценивали на момент выписки

случаях при первичном повреждении ствола головного мозга и в 7 (9,4%) случаях при дислокационном синдроме II-III степеней с вторичными повреждениями ствола головного мозга. Таким образом, апаллический синдром развивался практически в 2 раза чаще при первичных стволовых повреждениях. При анализе частоты формирования апаллического синдрома в зависимости от степени дислокации установлено, что апаллический синдром развивался у 4 (57,2%) больных с ГДС II степени и у 3 (43,8%) больных – с ГДС III степени.

Для клинико-неврологической симптоматики обследованных с апаллическим синдромом были характерны отсутствие поведенческих реакций на голосовые стимулы, речь и активные движения, плавающие движения глазных яблок или их неподвижность, а также нарушение цикла сон-бодрствования.

Апаллический синдром у 9 (17,6%) больных с первичным повреждением ствола головного мозга характеризовался длительным (до 2-3 недель) коматозным

Аҳоли кенг қатлами учун

БОЛАЛАРДА КЎЗ СОҲАСИ ЎСМАЛАРИ

Инсоннинг кўриш органи, яъни кўз – танадаги энг мураккаб аъзолардан биридир. Кўз олмаси миядан чиқаётган бир неча асаб тоалари билан таъминланади. Унинг тузилиши мия тузилишини эслатади. Шунинг учун кўзни миянинг бир қисми, десак адашмаймиз. Инсон ташқи муҳитдан ахборотнинг 90 фоизини кўз орқали олади. Шундай экан, бугунги мавзумизни болаларда учрайдиган кўз касалликларининг келиб чиқиши ва унинг олдини олиш чораларига қаратмоқчимиз.

Боланинг ҳар томонлама тўлиқ ва соғлом ривожланишида кўзининг роли катта. Янги туғилган чақалоқларнинг кўриш ўткирлиги жуда ҳам паст бўлади, лекин бир ёшгача боланинг кўриши тез ўсади. 4-5 ёшларда кўриш ўткирлиги 100 фоизгача кўтарилади. Лекин ҳамма болаларда ҳам бундай бўлавермайди. Баъзан болалар туғма касаллик билан туғилиши мумкин, бошқалари эса касалликка кейинчалик дучор бўлади. Баъзи бир кўз касалликлари кўриш ўткирлигини қисман пасайтириши, бошқалари кўзи охирикка олиб келади. Афсуски, болалар кўзида ҳам онкологик касалликлар учраб туради. Агар улар ўз вақтида аниқланиб, керакли даво қилинмаса, боланинг ҳаётига ҳаф тугдириши мумкин.

Кўз касалликларининг олдини олиш ёки эрта аниқлаш учун бола туғилганидан бошлаб кўзини текшириб бориш керак. Биринчи текширувни туғуруқхонада педиатр ўтказиши лозим. Кўл фонарчасининг нури бола кўзини да туширилса, қорачиқ тораяди, хонанинг чироғи ёқилса, бола сесканиб кетиши ва юзини бошқа томонга буриши, кўриш қобилияти борлигидан далолат беради. Кейинги текширув бир ойликда болалар офтальмологи томонидан ўтказилиши шарт. Бу пайтда боланинг юзи олдида қафти қимирлаганда қисқа вақт тикилиши керак. Шу пайтдан бошлаб, кўзининг ривожланиши меъёрида бўлиши учун ҳар хил ранггаги ёрқин ва катта ўйинчоқлар ёки шарларни бола қаработи атрофига олиб, вақти-вақти билан қимирлатиб туриш лозим. Ота-оналар ва болалар билан мулоқотда бўладиган шахслар (энагалар, бочка опалар, педиатрлар) боланинг кўзида пайдо бўладиган ўзгаришларнинг олдини олиш учун унинг соғлиғига эътиборли бўлишлари шарт.

Кўйида болаларда учрайдиган айрим кўз касалликлари ва уларнинг белгиларини айтиб ўтамиз. Бу белгиларни билиш ота-оналарга болаларнинг кўз касалликларини эрта аниқлашга ёрдам беради. Кўз қовчоқлари ва юз терисидида қизил нуктача ёки ҳор досил бўлиб, тез катталашуши мумкин. Бу кон томирдан чиққан ўсма гемангиомадир. Халқимизда бунини нор деб аташади ва бола исмига нор қўшиб айтади, касаллик қантйиб кетади, деган нотўғри тушулча бор. Агар у ўз вақтида даволанмаса, катталашуви юзининг ярмисини эгаллаши ёки бўлмаса, бурун, оғиз бўшлиқлари ва милларигача ўсиб, нафас олишни қийинлаштириб қўйиши мумкин. Қовчоқларнинг четиди ва бурчагиди, киприкларда ёпишқоқ, шилмичик ажратма, йиринг пайдо бўлса, бу кўз милки (конъюнктив) ёки ёш қопчасининг шамоллашидир. Кўзнинг оқсил пардаси чақалоқларда оч хаво рангда бўлади ва секин-аста оқ рангга киради. Агар бола туғилганда кўз ол-

масининг ўлчами каттарок, оқсил парда тўқ хаво ранг бўлса, қорачиқ кенгайган бўлиб, чироқ ёнгандай тораймаса, дарҳол офтальмологга мурожаат қилиш керак. Бу белгилар туғма глаукомага хосдир. Қорачиқнинг ўлчами одатда 2-3 мм ва у қора рангда бўлади. Агар қорачиқ туғилганда оқш рангда бўлса, бу туғма катарактадир.

Чақалоқлар ва кичик ёшдаги болаларда кўп учрайдиган яна бир касаллик бу гилайликдир. Гилайликнинг сабабини аниқлаб, кўзойнақ тақиш ёки операция қилиш керак. Гилайликнинг яна бир сабаби, кўз ичидидаги онкологик касаллик бўлиши мумкин. Юқорида айтилган касалликлар ўз вақтида аниқланиб, даволанмаса, боланинг кўриш ўткирлиги пасайиши ёки йўқотишга олиб келади ва бунинг натижасида бола ёшликдан ногирон бўлиб қолади.

Яна шунини таъкидлаб ўтиш жоизки, янги туғилган чақалоқ ва кичик ёшдаги болалар кўзида ҳам онкологик касаллик учраб туради. Юқорида айтиб ўтилган баъзи кўз касалликларининг белгилари, болалар кўзида учрайдиган онкологик касалларда ҳам кузатилади. Бу касалликларни дифференциал диагностика қилиб, яъни бир-бирдан ажрата билиш учун албатта, мутахассис – онкоофтальмологга юбориш керак. Кўпчилик бундай касалликлар туғирисидида ҳеч қандай маълумотга эга эмас. Баъзан ота-оналар билан мулоқотда бўлганимизда, кичкинагина кўзда ҳам ўсма бўлади, деб хайрон бўлиб савол беришади. Кўз ичидида учрайдиган ёмон сифатли ўсма тўр пардадан ўсади. Бу – ретинобластома касаллиги бўлиб, уни биринчи бор VII асрда уч ёшли боланинг қорачиғи гайриоддий ёнб турганлигини онаси пайқаганилиги илмий адабиётларда қайд этилган. Ушбу касалликнинг асосий белгилари қорачиқнинг оқариб ялтираши ёки бўлмаса гилайликдир. Бу белгилар касалликнинг энг эрта намоён бўладиган симптомларидан биридир. Агар бола бундай белгилар пайдо бўлса, зудлик билан онкоофтальмологга мурожаат қилиб, муаммал текширувлардан ўтиш керак. Ўсма кўз ичидида катталашгани сари унинг белгилари ҳам ўзгаради ва у бошқа касалликларга ўхшаб кечади. Бунинг учун кўз касалликлари мутахассисига ўз вақтида мурожаат қилиш зарур. Баъзи ҳолларда ота-оналарнинг бепарволиги туфайли бола ҳолсизланиб, ўсма 3-4-босқичга ўтган-

Юқоридаги фикрлардан хулоса қиладиган бўлсак, аввало ҳомиладорликдан бошлаб, то чақалоқ дунёга келгунча она ва бола тиббий назоратда бўлиши керак. Фарзанд туғилгач, унинг соғлиғи учун биргина тиббий ҳодим эмас, балки ота-онанинг ҳам ҳиссаси катта бўлмоғи лозим. Шундай экан болаларда кечаётган ҳар қандай касалликларнинг олдини олишда барчамиз биргаликда фаолият олиб борсакки, кўзлаган мақсадимизга эришамиз.

З. ИСЛАМОВ,
Республика онкология илмий маркази кўз
касалликлари бўлими раҳбари,
Р. УСМАНОВ,
илмий ҳодим.

ҚОРИН ТИФИ ВА УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

Қорин тифи юқумли ичак касаллиги бўлиб, уни тиф таёқчаси қўзғатади. Бемор ва "соғлом" бактерия ташувчи касаллик манбаи ҳисобланади. Касалликнинг энгил шакли билан оғирган беморлар ва бактерия ташувчилар касаллик манбаи сифатида муҳим эпидемик аҳамиятга эга. Буларнинг орасида озик-овқат маҳсулотлари тайёрланадиган, сотиладиган, сут ва сут маҳсулотларини қайта ишлаб чиқарадиган, ичимлик суви таъминоти объектлари ходимлари эпидемик жиҳатдан энг ҳавфли ҳисобланади.

Тиф таёқчаси бемор ҳамда "соғлом" бактерия ташувчининг нажаси, пешоби, баъзида қусиғи, сўлағи билан ташқи муҳитга ажралиб чиқади. Бу микроб сув, ҳўл мева, сабзавотларда 20 кунгача, тупроқ, сут маҳсулотлари, гўшт ва нонда 3 ойгача сақланиб қолиш хусусиятига эга. Тиф таёқчаси озик-овқат, айниқса, сут ва сўтдан тайёрланган, шунингдек, гўшт маҳсулотларида сақланибгина қолмай, кўпайиши ҳам мумкин. Тиф таёқчаси қайнатилганда, қуёш нури, хлорли ва бошқа дезинфекция воситалари таъсирида тез нобуд бўлади. Совуқ ҳароратта чидамли, музда 60 кун ва ондан ортқ ҳам сақланиб қолиши кузатилади.

Мавсумийлиги

Қорин тифи касаллиги йилнинг 4 фаслида кузатилиши мумкин, айниқса, ёз ва куз ойларида кўп учрайди. Бунинг сабаби илқ ва иссиқ иқлим кириб келиши билан ташқи муҳит объектлари (сув, озик-овқат маҳсулотлари) сақланадиган жойларда ҳарорат кўтарилиши билан мазкур жойлардаги озик-овқатларнинг тиф таёқчалари ифлосланибгина қолмай, балки улар кўпайиши учун қулай шароит пайдо бўлгани билан характерланади. Ёзининг жазирамаларда иссиқ кунларида кўпчилик, айниқса болалар очик сув ҳавзаларида чўмилганда ифлосланган сувни ютиб юборади. Сувга бўлган эҳтиёжнинг ортиши натижасида ошқозон ширасининг суяюклилиги ҳамда қорин тифи таёқчалари билан ифлосланган сув ва озик-овқат маҳсулотлари орқали ташқи муҳитдан ошқозонга тушган микроблар сақланиши ва кўпайиши натижасида организмда шароит юзага келади. Иссиқ кунларда инсон организмидида юқумли касалликларга нисбатан қаршилик кучи (иммунитет) пасаяди. Қорин тифи таёқчалари билан ифлосланган сабзавот ва меваларни шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаган ҳолда иссиқ кунларда кўпчилик ҳасталикнинг авж олишига замин яратяди. Қорин тифи касаллигининг яширин даври 14-21 кун давом этади.

Мойиллиги

Қорин тифи касаллиғига мойиллик инсонларнинг ёши, насл-насаби ва миллатига боғлиқ бўлмайдиган, бу касаллик билан ҳамма оғриши мумкин. Касалликдан тўзалган беморларда унга қарши махсус иммунитет узоқ вақт сақланиб қолади.

Қорин тифи соғлом одамга қандай юқади:

- сув ва озик-овқат маҳсулотлари орқали.

Касаллик соғлом одамга оғиз орқали касаллик қўзғатувчи таёқчалар билан зарарланган озик-овқат маҳсулотлари ва қайнатилмаган сувни истеъмол қилиш натижасида юқади;

- маийш мулоқот йўли орқали.

Беморнинг идиш-товуқ, қўрғаёқ, кийим-кечаклари ва ўйинчоқларидан умийш фойдаланиш оқибатида ҳам юқиши мумкин. Оддий гигиена қоидаларига риоя қилмаслиқ, яъни ҳўлдан сўнг, овқатланишдан олдин қўлларни совуқлаб ювмаслиқ сабаб бўлади;

- механик йўл билан.

Қорин тифи таёқчаларининг тарқалишида пашшалар, сувараклар ҳам жуда катта ўрин тутяди. Ҳашаротлар очик қолган озик-овқат маҳсулотларига қўниб,

уларни зарарлайди. Пашша касаллик таёқчаларини 1,5 км масофага етказиши мумкин.

Касаллик юқмасин десангиз тозаланиб риоя қилинг ва фарзандларингизга болалик-данок шахсий гигиена қўниқ-маларини синдириб бориңг ва уларни:

- мева-сабзавотларни тозалаб юйиб, қайнатилган сувда чайиб истеъмол қилишга;

- фақат қайнатилган ва сифати кафолатланган сув ичишга;

- рухсат этилган очик ва махсус сув ҳавзаларида чўмилишга;

- чўмилганда сув ютмасликка одатлантиринг.

Касаллик белгилари

Беморда тана ҳарорати кўтарилиши (38-40°C), бифарқлик, ҳолсизлик, уйқу бўзилиши, бош оғриғи, интоксикация (кўнгил айниши, қусиш, ич кетиши), оғиз қуриши, чанқаш, иштаха пасайиши, қоринда дам бўлиши, ичакда қўлдираш ва оғрик, ичакдан қон кетиши сабабли "кофе қуй-қаси" кўрунишидаги ич келиши каби белгилар кузатилади.

Касаллик нимаси билан ҳавфли

Касаллик – ичакда яралар пайдо қилиб, унинг натижасида ичак тешилиб, қон кетиш каби асоратларни юзага келтириши билан ҳавфли. Унутмаслик керакки, ичакдаги яралар касаллигининг энг энгил турларида ҳам кузатилади. Шунинг учун ичакдан қон кетиши ва ичак деворлари тешилиши каби асоратларнинг юзага келиш ҳавфи доимо сақланиб қолади.

Нима қилиш зарур?

Агар беморнинг иситмаси кўтарилса, иштахаси бўлмаса, дармони қуриса, наҳасида қон бўлса, зудлик билан ўзи яшаб турган ҳудудда жойлашган тиббиёт муассасаси шифокорига мурожаат қилинг. Шифокор келгунча қадар беморни ётқизиб қўлинг, кўпроқ суяқлик ичиринг (оддий қайнатилган сув ёки регидрон эритмаси). Беморга ўз билганингизча ҳар хил дори воситаларини тавсия қилманг ва ичирманг. Шифокор тавсияларига қатъий амал қилинг. Бемор соғайгунча қадар шифохона тартиб-қоидаларига риоя қилиши зарур.

Иситма тушиши касалликдан соғайиш дегани эмас, чунки ичаклардаги яралар тўлиқ тўзалмаган бўлади. Шунинг учун бемор нафақат иситма даврида, балки иситма тушганидан кейин ҳам ўрнида ётиши зарур. Шифокор беморнинг соғайишига қараб, олдин ўтириш, кейин туриш ва қориша рухсат беради.

Беморнинг тузалишида овқатланиш катта аҳамиятга эга. Шунинг учун беморга юқори калорияли ва тўйимли таомлар керак. Фақат бемор иситмалаётган даврда ва ондан кейин камиди 3 ҳафта давомидаги таомлар қайнатилган ҳамда бир хил қўшқоқликка келтирилган бўлиши мақсадга мувофиқ.

Юқоридаги фикрлардан хулоса қиладиган бўлсак, ушбу касалликнинг олдини олиш ўзимизга боғлиқ эканлигини унутмаслигимиз керак.

Бокижон МАТКАРИМОВ,
профессор, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Санитария-эпидемиология назорати Бош бошқармаси бошлиғи ўринбосари.

Юртимизнинг пурвиқор тоғларидаги табиат манзараси ва зилол сувлари инсон кайфиятини кўтариб, қалбларга бегуборлик бахш этади



Собир МАЖИДОВ сурат-лавҳаси.

ИНТЕРНЕТ СООБЩАЕТ

ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ ПОМОГУТ СОХРАНИТЬ ЗРЕНИЕ

Исследования, проведенные американскими учеными в Национальном институте глаза (НИГ), показали, что диета с высоким содержанием жирных кислот класса омега-3 может помочь предотвратить одну из ведущих причин слепоты среди пожилых людей.

Возрастная макулярная дистрофия (разрушение желтого пятна сетчатки, приводящее к слепоте) встречается примерно у 10% людей в возрасте от 66 до 74 лет. Чтобы попытаться решить проблему, ученые из НИГ провели серию опытов на мышах. В питательный рацион грызунов с возрастной макулярной дегенерацией включили указанные выше кислоты и зафиксировали замедление прогресса разрушения: молекулу воспаления становилось меньше, а противовоспалительных молекул – больше, этим и объясняется защитный эффект.

Ученые заключили, что полученные ими результаты дают научную основу для применения жирных кислот омега-3 и биологически активных ее производных в профилактике и лечении макулярной дистрофии.

НАГРУЗКА НА СЕРДЦЕ ЗАЩИЩАЕТ ОТ РАКА

Мужчины, которые имеют регулярную интенсивную физическую нагрузку, менее подвержены возникновению рака. Такой вывод делается в исследовании, опубликованном в британском Журнале спортивной медицины, согласно которому, риск возникновения раковых метастаз снижается по мере уровня потребления кислорода.

Исследователи из Университетов Куопио и Оулу в Финляндии на протяжении года наблюдали 2560 мужчин в возрасте от 42 лет до 61 года и выясни-

ли, что те из них, кто уделял физическим нагрузкам по меньшей мере полчаса в день, в 1,5 раза сократили риск возникновения рака. В первую очередь это касалось рака желудка и рака легких.

Ученые говорят, что снижение смертности от раковых заболеваний может быть достигнуто за счет интенсивных физических тренировок, однако отмечают, что при расчете риска возникновения рака следует принимать во внимание множество факторов, таких, как потребление алкоголя, курение, избыточный вес, возраст и т.д.

МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ ПРОДЛЕВАЮТ ЖИЗНЬ

«Дети, которые употребляют много молочных продуктов, проживут дольше», – свидетельствует исследование, проведенное британскими и австралийскими учеными, которые разыскали людей, участвовавших в 1930-х годах в научном исследовании по изучению воздействия молочных продуктов на организм. В этом проекте участвовали около 4400 детей.

Ученые обнаружили, что люди, которые в детстве получали много молочных продуктов и кальция, были защищены от инсульта и других главных причин смертности, сообщается в научном журнале Heart. Несмотря на то, что в молочных продуктах содержится много холестерина и откладывающихся в артериях жиров, высокое потребление не увеличило риск сердечных заболеваний. Эти результаты подтверждают пользу школьной практики – давать учащимся ежедневно по стакану молока.

Нормализация давления. Ученые изучили привычки питания в разных семьях и обнаружили, что богатая кальцием ди-

та и высокое потребление молочных продуктов, в частности, молока, снижают риск смерти на 25%.

Ассоциация по борьбе с инсультом

Получение повышенной дневной дозы кальция (по меньшей мере 400 мг), которая присутствует в стакане молока, снижает риск смерти от инсульта на 60%.

В настоящее время эксперты рекомендуют ежедневно употреблять именно такое количество кальция. Для этого большинству людей нужно три раза в день есть молочные продукты, например, 200 г молока, баночку йогурта и кусочек сыра.

Сбалансированное питание

«При повышенном кровяном давлении увеличивается риск инсульта. Потребление молочных продуктов улучшает состояние сердечно-сосудистой системы при помощи гормона, так называемого инсулиноподобного фактора роста 1 (IGF-1)», – указывают ученые из Бристольского университета в Англии и Института медицинских исследований в австралийском штате Квинсленд. У взрослых высокий уровень гормона (IGF-1) снижает риск возникновения сердечной недостаточности и смерти от сердечных болезней.

Джун Давидсон из Британского института сердечных заболеваний отмечает важность получения с детства сбалансированного питания и включения в рацион молочных продуктов: «Но подростки и взрослые должны потреблять молочные продукты с низким содержанием жиров, в частности, обезжиренное молоко, что снизит потребление насыщенных жиров и поможет сохранить сердце здоровым».

Материалы основаны на данных Интернета.

Полезные советы

Атеросклероз

20 грамм измельченных листьев лесной земляники залейте 1 стаканом кипятка, кипятите 5-10 минут на слабом огне, дайте настояться 2 часа, процедите. Принимайте по 1 столовой ложке 3-4 раза в день. Отвар листьев земляники – хорошее мочегонное средство, которое вместе с солями выводит из организма избыток холестерина.

Травмы пальцев

Если палец распух в результате сильного ушиба, укуса пчелы или осы и с него невозможно снять кольцо, которое в этой ситуации усугубляет отек, то надо поступить так. В случае укуса насекомого удалите пинцетом жало. Затем возьмите катушку ниток потолще, обмотайте нитками палец, плотно, ряд за рядом, стягивая отек. В результате палец станет тоньше. Снимите кольцо и размотайте нитку с пальца.

Гипертония

Свежие ягоды жимолости голубой – весьма эффективное средство против гипертонии. Ягоды содержат аскорбиновую кислоту, антиоксиданты, органические кислоты, витамины Р, глюкозу, сахарозу, галактозу, дубильные и пектиновые вещества. Ягоды жимолости едят также при авитаминозе, атеросклерозе, они возбуждают аппетит, являются общеукрепляющим, слабительным и мочегонным средством.

Кровоточивость десен

Возьмите 2 части коры дуба и 1 часть липового цвета. 1 чайную ложку смеси заварите 1 стаканом кипятка, покипятите 10 минут на слабом огне, остудите и процедите. Полоскайте рот чуть теплым отваром, который содержит флавоноиды, дубильные и другие биологически активные вещества. Он укрепляет и оздоравливает десны, а также помогает при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта, зева, глотки.

Бессонница

3 столовые ложки измельченных листьев иван-чая залейте 0,5 л кипяченой воды, доведите до кипения, держите на слабом огне 7-10 минут. Дайте настояться 1-2 часа, процедите. Пейте за 20-30 минут до еды, 2-3 раза в день при повышенной нервной возбудимости, бессоннице и головных болях. Отвар иван-чая обладает успокаивающим, общеукрепляющим действием, а также повышает иммунитет.

Усталость и боли в ногах

Когда мы много ходим, наши ноги испытывают большую нагрузку, нередко это вызывает боли в ногах. Снять утомление мышц поможет контрастная ножная ванна. Налейте в один таз горячую воду (температура – 40-50 °C), а в другой – похолоднее. В первом тазу держите ноги 5 минут, во втором – 1 минуту. Повторите по 5 раз. Процедуру заканчивайте массажем, растирая ноги камфорным спиртом или любым кремом для ног.

Аллергия на пылевых клещей

15-20% от всех аллергиков составляют люди, реагирующие на пылевых клещей. Поэтому к общеизвестным средствам гигиены и борьбы с пылью (протирка мебели, пылесос, влажная уборка) специалисты-аллергологи советуют добавить специфические: летом вывешивать на солнце для просушки и выбивать матрасы, одеяла, подушки (пылевые клещи на солнце гибнут): обработать пылесосом и постельные принадлежности, протирать пол и плинтуса 10-процентным раствором соли.

Подготовила Л. ВОЛОШИНА.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика шойлиқни тиббий ёрдам илмий маркази Бош директори Ҳожибоев Абдуҳаким Мўминовичга падири бузруквори
Мўмин Ҳожибоевич ҲОЖИБОВнинг вафоти муносабати билан чуқур таъзия изҳор этади.

«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» газетаси жамоаси Республика шойлиқни тиббий ёрдам илмий маркази Бош директори Ҳожибоев Абдуҳаким Мўминовичга падири бузруквори

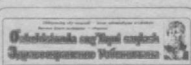
Мўмин Ҳожибоевич ҲОЖИБОВнинг вафоти муносабати билан ҳамдардлик билдиради.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Ўзбекистон ҳамширалар ассоциацияси Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимлар малака ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази Навоий вилояти филиали директори

Зайниддин Убайдуллаевич ШАРИПОВнинг вафоти муносабати билан марҳумнинг оила аъзолари ва яқинларига чуқур таъзия изҳор этади.

Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимлар малака ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази жамоаси Навоий вилояти филиали директори

Зайниддин Убайдуллаевич ШАРИПОВнинг вафоти муносабати билан марҳумнинг оила аъзолари ва яқинларига ҳамдардлик билдиради.



Газета муассиси:

Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир: Нодир ШАРАПОВ
Ижрочи муҳаррир: Ибодат СОАТОВА

Газета ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг жума кунлари чиқади. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash – Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб қўрсатилиши шарт. Фойдаланилмаган қўлёзмалар таҳлил қилинмайди, ёзма жавоб қайтарилмайди. Мақола, эълон ва билдирувлардаги факт ҳамда далилларнинг тўғрилиги учун муаллифлар масъулдир.

Интернет саҳифаларидан фойдаланилган суратларга
① шартли белгиси қўйилди.

Манзилими: 100060, Тошкент шаҳри,
Истиқбол кўчаси, 30-уй, 2-қават.

Тел/факс: 233-57-73, тел.: 233-13-22. Газета
Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот
агентлигида 2009 йилнинг 11 март кунин руйхатта
олинган, гувоҳнома рақами 0015.

Газета материаллари таҳририят
компьютер марказида терилди ва
саҳифаланди.

Алади 5293 нусха.
Буюртма Г-650.

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

Саҳифаловчи: Бахтиёр КЎШОҚОВ.
Босмаҳонага топшириш вақти – 20.00.