

Tibbiyotning oliy maqsadi – inson salomatligiga erishishdir

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган • www.uzssgt.uz, uzss@med.uz • 2009 йил, 16 октябрь • № 40 (659)

Ўзбекистон Республикасининг ҚОНУНИ Ўзбекистон Республикасининг айрим қонун ҳужжатларига ўзгартиш ва қўшимчалар киритиш тўғрисида

Қонунчилик палатаси томонидан 2009 йил 12 августда
қабул қилинган
Сенат томонидан 2009 йил 28 августда
маъқулланган

1-модда. Ўзбекистон Республикасининг 1994 йил 22 сентябрда қабул қилинган 2012–XII-сонли Қонуни билан тасдиқланган **Ўзбекистон Республикасининг Жиноят кодекси** (Ўзбекистон Республикаси Олий Кенгашининг Ахборотномаси, 1995 йил, № 1, 3-модда; Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Ахборотномаси, 1996 йил, № 9, 144-модда; 1997 йил, № 2, 56-модда, № 9, 241-модда; 1998 йил, № 5-6, 102-модда, № 9, 181-модда; 1999 йил, № 1, 20-модда, № 5, 124-модда, № 9, 229-модда; 2000 йил, № 5-6, 153-модда; 2001 йил, № 1-2, 23-модда, № 9-10, 165-модда; 2002 йил, № 9, 165-модда; 2003 йил, № 1, 8-модда, № 9-10, 149-модда; 2004 йил, № 1-2, 18-модда, № 9, 171-модда; Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси палаталарининг Ахборотномаси, 2005 йил, № 9, 314-модда, № 12, 417, 418-моддалар; 2006 йил, № 6, 261-модда, № 12, 656-модда; 2007 йил, № 4, 158, 166-моддалар, № 6, 248-модда, № 9, 416, 422-моддалар, № 12, 607-модда; 2008 йил, № 4, 187, 188, 189-моддалар, № 7, 352-модда, № 9, 485, 487, 488-моддалар, № 12, 640, 641-моддалар; 2009 йил, № 1, 1-модда, № 4, 128-модда) қуйидаги мазмундаги **186*-модда** билан тўлдирилсин:

"186*-модда. Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини ёхуд тиббий буюмларни ўтказиш мақсадида ишлаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки ўтказиш

Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини ёхуд тиббий буюмларни ўтказиш мақсадида ишлаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки ўтказиш шундай ҳаракатлар учун маъмурий жазо қўлланилганидан кейин содир этилган бўлса, – энг кам ойлик иш ҳақининг ўч бараваридан уч оғ бараварига-ча миқдорда жарима ёки уч йилгача ахлоқ тузатиш ишлари ёхуд беш йилгача озодликдан маҳрум қилиш билан жазоланади.

(Давоми 2-бетда).

Ўзбекистон Республикасининг ҚОНУНИ

"Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Қонунига ўзгартиш ва қўшимчалар киритиш ҳақида

Қонунчилик палатаси томонидан 2009 йил 12 августда
қабул қилинган
Сенат томонидан 2009 йил 28 августда
маъқулланган

1-модда. Ўзбекистон Республикасининг 1997 йил 25 апрелда қабул қилинган **"Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида"**ги 415-I-сонли Қонунига (Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Ахборотномаси, 1997 йил, № 4-5, 120-модда; 1999 йил, № 5, 124-модда; Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси палаталарининг Ахборотномаси, 2006 йил, № 10, 536-модда) қуйидаги ўзгартиш ва қўшимчалар киритилсин:

1) 2-модда:

иккинчи хатбосини қуйидаги тархирда баён этилсин:

"Дори воситалари – келиб чиқиши табиий ва сунъий бўлган бир ёки бир нечта дори моддалари (субстанциялар) ҳамда ёрдамчи моддалар асосида ҳосил қилинган, касалликнинг олдини олиш, ташхис қўйиш ва даволаш учун қўллашга рухсат этилган воситалар. Улар жумласига иммунобиологик, радиофармацевтик ва парфармацевтик препаратлар, гомеопатик, ташхис қўйиш ва стерилизация воситалари, шунингдек, дори воситаларини ишлаб

(Давоми 2-бетда).

ТИЛ – МИЛЛАТ КЎЗГУСИ



Мустақиллик... Эркин фикрлилик... Миллий тил – миллий гуруҳ... Бу тушунчалар бир-бири билан шунчалик яқинки, унинг замирида бевосита ўзбек халқининг тақдири, ўтмиши ва эртанги келажаги мужассамлашганини кўрамиз. Демак, бу йил ўзбек тилига давлат тили мақоми берилганига 20 йил тўлади.

Тил – бу миллат қиёфаси, юртларнинг ўзаро тотувлик риштаси, келажакнинг узок муддатли истиқболдир. Тарихдан маълумки, она тилимизнинг келажагини сақлаб қолиш, тараққий эттириш учун неча жонларнинг қурбон бўлгани, буюк боболаримизнинг ўқир қаламидан битилган миллий тил сарчасамалари, озодлик ҳара-

катларию-ю, тинимсиз кўрсатган жасоратларини бир сўз билан ифода-лаш аслида осонмикин? Шоир айтганидек, ўз тилини йўқотган эл, бамисоли тўтининг ўзгинаси, чунки, миллий тилига эга бўлмаган халқ, миллий ўзлигини ҳам йўқотди. Бу аччиқ кинояли ўхшатмалардан ортиқ фожиа бормикан дунёда? Шунинг учун ҳам ўзбек халқи

бугун ҳар қанча фахрлиниб, гуруҳ-ланиб юрса арзийди.

Зеро, тил ва миллий тилни ўзлик, эркинлик, фахр-ифтихор ва келажак орзуларга етакловчи қудратли куч, дея эътироф этиш мумкин. Ўтаётган ҳар бир мазмунли дақиқамиз, фикру зикримиз биргина забон, она-тилимизнинг гўзал жозибаси билан мунаввар экан, бу фахр туйғусини фақатгина қалбдан ҳис этишимиз жоиздир.

Намоз ТОЛИПОВ.

Муаллиф олган сурат.

Олий Мажлис Қонунчилик палатасида

ҚОНУН УСТУВОРЛИГИ ВА НАЗОРАТ

Жорий йилнинг 6 октябрь кўни Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатасининг Қонунчилик ва суд-ҳуқуқ масалалари ҳамда Меҳнат ва ижтимоий масалалар кўмиталари томонидан "ОИВ инфекцияси тарқалишининг олдини олишга қаратилган қонун ҳужжатлари ва уларни такомиллаштириш масалалари" мавзусида давра суҳбати ўтказилди.

Йўғилишда таъкидланганидек, ОИВ касаллиги бугунги кунда барча мамлакатлар учун глобал муаммага айланган. Унинг салбий таъсири соғлиқни сақлаш тизимигагина эмас, балки мамлакатларнинг иқтисодий ва миллий хавфсизлигига ҳам жиддий хавф туғдиришмоқда.

Республикамизда мазкур касаллиқнинг олдини олиш борасида мунтазам иш олиб борилмоқда. Ушбу соҳага оид барча муносабатларни ҳуқуқий жиҳатдан

тартибга солиш масаласи ҳам босқичма-босқич такомиллаштирилмоқда. Соҳани тартибга солишга қаратилган "Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишнинг (ОИВ касаллигининг) олдини олиш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Қонуни 1999 йил 19 августда қабул қилинган.

Юртбошимизнинг "Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши кураш самарадорлигини оширишга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғриси-

да"ги Қарори ОИТСга қарши кураш борасида ягона тизимни шакллантириш, аҳолини ОИВ инфекциясидан ҳимоя қилиш ва унинг зарурий профилактикаси-ни таъминлаш бўйича амалга оширилаётган чораларнинг сифати ва самарадорлигини оширишга асос бўлди.

Давра суҳбатида мазкур касаллик тарқалишининг олдини олиш мақсадида уни юқтирганлик учун жавобгарлиқни такомиллаштириш, яъни айрим соҳа ходимларининг ўз касбий вазифаларини лозим даражада бажармаслиги натижасида ОИВ инфекциясини юқтирганлик учун алоҳида жиноий жавобгарлиқни белгилаш зарурлиги таъкидланди.

Ибодат СОАТОВА.

Ўзбекистон Республикасининг ҚОНУНИ Ўзбекистон Республикасининг айрим қонун ҳужжатларига ўзгартиш ва қўшимчалар киритиш тўғрисида

(Давоми. Боши 1-бетда).

Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини ёхуд тиббий буюмларни ўтказиш мақсадида ишлаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки ўтказиш:

- а) кўп миқдорда;
- б) бир гуруҳ шахслар томонидан олдиндан тил бириктириб;
- в) такроран ёки хавфли рецидивист томонидан;
- г) мансаб мавқеини суистеъмол қилиш йўли билан содир этилган бўлса;
- д) баданга ўртача оғир ёхуд оғир шикаст етказилишига сабаб бўлса;

е) дори воситалари ёки тиббий буюмларнинг сифати ва давлат рўйхатидан ўтганини тасдиқловчи ҳужжатларни қалбакилаштириш йўли билан содир этилган бўлса, — беш йилдан саккиз йилгача озодликдан маҳрум қилиш билан жазоланади.

Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини ёхуд тиббий буюмларни ўтказиш мақсадида ишлаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки ўтказиш:

- а) жуда кўп миқдорда;
- б) уюшган гуруҳ томонидан ёки унинг манфаатларини кўзлаб содир этилган бўлса;
- в) одам ўлишига сабаб бўлса, — саккиз йилдан ўн йилгача озодликдан маҳрум қилиш билан жазоланади.

Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини ёхуд тиббий буюмларни ўтказиш мақсадида ишлаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки ўтказиш:

- а) одамлар ўлимига сабаб бўлса;
- б) бошқача оқир оқибатларнинг келиб чиқишига сабаб бўлса, — ўн йилдан ўн беш йилгача озодликдан маҳрум қилиш билан жазоланади.

2-модда. Ўзбекистон Республикасининг 1994 йил 22 сентябрда қабул қилинган 2013-ХII-сонли Қонуни билан тасдиқланган **Ўзбекистон Республикасининг Жиноят-процессуал кодекси** (Ўзбекистон Республикаси Олий Қенгашининг Ахборотномаси, 1995 йил, № 2, 5-модда; Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Ахборотномаси, 1995 йил, № 12, 269-модда; 1997 йил, № 2, 56-модда, № 9, 241-модда; 1998 йил, № 5-6, 102-модда, № 9, 181-модда; 1999 йил, № 1, 20-модда, № 5, 124-модда, № 9, 229-модда; 2000 йил, № 5-6, 153-модда, № 7-8, 217-модда; 2001 йил, № 1-2, 11, 23-моддалар, № 9-10, 165, 182-моддалар; 2002 йил, № 9, 165-модда; 2003 йил, № 5, 67-модда; 2004 йил, № 1-2, 18-модда, № 9, 171-модда; Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси палаталарининг Ахборотномаси, 2005 йил, № 12, 418-модда; 2006 йил, № 6, 261-модда; 2007 йил, № 4, 166-модда, № 6, 248, 249-моддалар, № 9, 422-модда, № 12, 594, 595, 607-моддалар; 2008 йил, № 4, 177, 187-моддалар, № 9, 482, 484, 487-моддалар, № 12, 636, 641-моддалар; 2009 йил, № 1, 1-модда, № 4, 136-модда) **345-моддасининг олтинчи қисми** "185" рақамидан кейин "186" рақами билан тўлдирилсин.

3-модда. Ўзбекистон Республикасининг 1994 йил 22 сентябрда қабул қилинган 2015-ХII-сонли Қонуни билан тасдиқланган **Ўзбекистон Республикасининг Маъмурий жавобгарлик тўғрисидаги кодекси**га (Ўзбекистон Республикаси Олий Қенгашининг Ахборотномаси, 1995 йил, № 3, 6-модда; Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Ахборотномаси, 1995 йил, № 9, 193-модда, № 12, 269-модда; 1996 йил, № 5-6, 69-модда, № 9, 144-модда; 1997 йил, № 2, 56-модда, № 4-5, 126-модда, № 9, 241-модда; 1998 йил, № 3, 38-модда, № 5-6, 102-модда, № 9, 181-модда; 1999 йил, № 1, 20-модда, № 5, 124-модда, № 9, 229-модда; 2000 йил, № 5-6, 153-модда, № 7-8, 217-модда; 2001 йил, № 1-2, 23-модда, № 9-10, 165, 182-моддалар; 2002 йил, № 1, 20-модда, № 9, 165-модда; 2003 йил, № 1, 8-модда, № 5, 67-модда, № 9-10, 149-модда; 2004 йил, № 1-2, 18-модда, № 5, 90-модда, № 9, 171-модда; 2005 йил, № 1, 18-модда; Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси палаталарининг Ахборотномаси, 2005 йил, № 9, 312-модда, № 12, 413, 417, 418-моддалар; 2006 йил, № 6, 261-модда, № 9, 498-модда, № 10, 536-модда, № 12, 656, 659-моддалар; 2007 йил, № 4, 158, 159, 164, 165-моддалар, № 9, 416, 421-моддалар, № 12, 596, 604, 607-моддалар; 2008 йил, № 4, 181, 189, 192-моддалар, № 9, 486, 488-моддалар, № 12, 640, 641-моддалар; 2009 йил, № 1, 1-модда) қуйидаги қўшимчалар киритилсин:

- 1) қуйидаги мазмундаги **165¹-модда** билан тўлдирилсин:

"165¹-модда. Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини ёхуд тиббий буюмларни ўтказиш мақсадида ишлаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки ўтказиш

Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини ёхуд тиббий буюмларни ўтказиш мақсадида ишлаб чиқариш, тайёрлаш, олиш, сақлаш, ташиш ёки ўтказиш — шу ҳуқуқбузарликларни содир этиш қўроли ва ашёларини мусодара қилиб, энг кам иш ҳақининг эллик бараваридан юз бараваригача миқдорда жарима солинишига сабаб бўлади";

- 2) **245-модданинг биринчи қисми** "165" рақамидан кейин "165¹" рақами билан тўлдирилсин.

4-модда. Ушбу Қонун расмий эълон қилинган кундан эътиборан қуча киради.

Ўзбекистон Республикаси
Президенти

Тошкент шаҳри,
2009 йил 17 сентябрь,
№ ЎРҚ-221.

И. КАРИМОВ.

Ўзбекистон Республикасининг ҚОНУНИ “Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Қонунига ўзгартиш ва қўшимчалар киритиш ҳақида

(Давоми. Боши 1-бетда).

чиқариш ва тайёрлаш учун мўлжалланган дори моддалари (субстанциялар) киради";

ўн еттинчи хатбошиси қуйидаги тахрирда баён этилсин:

"тиббий буюмлар — касалликнинг олдини олиш, ташхис қўйиш ва даволаш учун тиббиётда қўлланиладиган буюмлар";

қуйидаги мазмундаги **ўн саккизинчи, ўн тўққизинчи ва йигирманчи хатбошилар** билан тўлдирилсин:

"қалбакилаштирилган дори воситаси — таркиби ва (ёки) ишлаб чиқарувчиси ҳақида ёлғон маълумот илова қилинган дори воситаси;

сифатсиз дори воситаси — яроқсиз ҳолга келган дори воситаси ва (ёки) яроқлилик муддати ўтган дори воситаси;

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилган дори воситаларининг **гайриқонуний нусхалари** — интеллектуал

мулк тўғрисидаги қонун ҳужжатлари бузилган ҳолда муомалага киритилган дори воситалари";

2) **7-модданинг иккинчи қисми** қуйидаги тахрирда баён этилсин:

"Ўзбекистон Республикасида давлат рўйхатидан ўтказилмаган дори воситаларини, қалбакилаштирилган дори воситаларини, шунингдек, Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилган дори воситаларининг гайриқонуний нусхаларини ишлаб чиқариш тақиқланади";

3) **13-модданинг бешинчи ва олтинчи қисмлари** қуйидаги тахрирда баён этилсин:

"Қалбакилаштирилган ва рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларини, шунингдек Ўзбекистон

Республикасида рўйхатдан ўтказилган дори воситаларининг гайриқонуний нусхаларини реализация қилиш тақиқланади.

Сифатсиз дори воситаларини реализация қилиш ва улардан фойдаланиш тақиқланади";

4) **14-модданинг иккинчи қисми** қуйидаги тахрирда баён этилсин:

"Сифатсиз ёки қалбакилаштирилган дори воситаларини, шунингдек Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилган дори воситаларининг гайриқонуний нусхаларини Ўзбекистон Республикаси ҳудудига импорт қилиш тақиқланади".

2-модда. Ушбу Қонун расмий эълон қилинган кундан эътиборан қуча киради.

Ўзбекистон Республикаси
Президенти

Тошкент шаҳри,
2009 йил 17 сентябрь,
ЎРҚ-222.

И. КАРИМОВ.

Инсон саломатлиги — Қонун муҳофазасида ҚАЛБАКИЛАШТИРИЛГАН ВА СИФАТСИЗ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ четдан кириб келиши ва истеъмол қилинишининг олдини олиш бўйича ҳуқуқий асос яратилди

Қалбакилаштирилган ва сифатсиз дори воситалари билан боғлиқ ҳолатлар бир давлатнинггина муаммоси бўлмай, балки бутун дунё халқларини ҳам ташвишга солаётган долзарб масалалардан биридир. Юртимизда ҳам ана шундай салбий оқибатларнинг олдини олиш мақсадида бир қатор қонун ҳужжатларга ўзгартиришлар киритилиб, жойларда ижро назорати янада кучайтирилди. Хусусан, "Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Қонунига ўзгартириш ва

қўшимчалар киритиш ҳақида"ги Ўзбекистон Республикаси Қонунининг Президентимиз томонидан имзолаганлиги ҳам фикримизнинг яққол далилидир. Ушбу Қонуннинг қучага кириши — ички бозорни қалбакилаштирилган ва сифатсиз дори воситалари оқимида ҳамда уларнинг гайриқонуний нусхалари муомалада бўлишидан ҳимоя қилади. Шу мақсадда Олий Мажлис Қонунчилик палатаси Меҳнат ва ижтимоий масалалар қўмитаси аъзоси, депутат Шарифа Эгамбердиевна Салимова билан суҳбатда бўлди.

— Шарифа Эгамбердиевна, келинг, аввало қалбакилаштирилган дори турларининг юзага келиш шарт-шароитлари ва келиб чиқиш тарихига эътибор қаратсак.

— Албатта, ҳар бир муаммонинг ўзига яраша оқибатлари бўлганидек, юзага келиш сабаблари ҳам узоқ бир тарихга бориб тақалади. Илк мартабада бу тушунчалар 80-йиллар ўрталарида ривожланган мамлакатлар ижтимоий ҳаётида пайдо бўла бошлади. Табиийки, жаҳон фармацевтика бозорига қалбакилаштирилган дори воситаларининг кириб келиши ва кенг қўламдаги савдоси минглаб беғуноҳ инсонларнинг ҳаётига хавф солиб келмоқда. Ушбу дорилар тўғрисидаги дастлабки маълумотлар 1982 йили ЖССТ ҳисоботида киритилган эди. Кейинчалик бу жараён билан боғлиқ ҳолатлар бошқа давлатларда ҳам тез-тез қайд этила бошлади. Хусусан, 1997 йили Россия Федерациясида биринчи марта реополитикнинг қалбакилаштирилган нусхаси аниқланиб, Россия фармацевтика бозорига маъзур ҳолатнинг кескин равишда ошганлиги кузатилган. Айниқса, «Биосинтез», «Ай-Си-Эн», «Томск химфармзаводи», «Биохимик», «Мосхимпрепараты»,

«Фармадон» каби ишлаб чиқарувчиларнинг махсулотлари қалбакилаштирилганлиги рўйхатга олинган. Улар ичида энг кўп қалбаки дори воситалари «Биосинтез» ишлаб чиқарган нистатин ва пенталгин таблеткалари, цефазолин, натрий тузи, ампициллин, мирамистин аралашмаси, сульф

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг таснифи бўйича «Қалбакилаштирилган дори тури — бида тури ёки алдов билан ҳақиқий ишлаб чиқарувчиси ёки таркиби атайлаб сохталаштириб ёрликланган махсулотдир»

фацил натрий (кўз томчилари) дори-дармонлари эди. Шунингдек, 1996 йили Гаитида 80дан ортиқ бола йўтал ва шамоллашга қарши ифлосланган сиропни қабул қилиши оқибатида ҳаётдан қўз юмган. 2000 йилнинг июлида эса Италия полицияси 240 минг ўрамдаги қалбаки дори воситалари билан боғлиқ жиноятчиликни ошқор этди. Ушбу хом ашё махсулотлари 1 миллион АҚШ доллари қийматида эга бўлиб, Хиндустон ва Хитойдан олиб келинганлиги маълум бўлди. Интернет маълумотларига қараганда, 1982 йилдан 1998 йилгача бўлган қалбакилаштирилган фармацевтика махсулотларининг 751 ҳолатидан

25 фоизи ривожланган мамлакатларда содир этилган. Актив моддалар мазмунига номувофиқ ҳолати 170 марта қайд қилинган. 16 ҳолатда бошқа актив моддалар таркиби эса қалбакилаштирилган. Энг қизиги, қалбаки дориларнинг ярми антибиотикларга тўғри келади.

— Шу ўринда бир савол туғилади: қалбакилаштирилган дори воситалари савдоси қайси ҳолатларда осон амалга оширилади?

— Аввало, дунё тажрибасидан келиб чиқадиган бўлса, мавжуд қонунлар ижроси назоратининг яхши йўлга қўйилмаслиги, зарур дори воситалари билан таъминланиш механизмининг етишмаслиги, дори воситалари тарқалишида бозор муносабатларидаги мураккаблиklar, нарх-наводига кескин фарқлар, дори воситаларини ўғирлаб, «қора бозор»га олиб чиқиш, интеллектуал мулк ҳимояси тизимининг талаб даражада эмаслиги ҳамда сифат назоратининг сустлиги ушбу ҳолатлар юзага келиши учун қулай шарт-шароитлар яратди. ЖССТнинг маълумотида кўра, бундай вазиятларда нафақат инсонлар, балки фармацевтика бозорининг деярли барча иштирокчилари ҳам бирдек зарар кўрадилар.

(Давоми 3-бетда).

ҚАЛБАКИЛАШТИРИЛГАН ВА СИФАТСИЗ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

четдан кириб келиши ва истеъмол қилинишининг олдини олиш бўйича ҳуқуқий асос яратилди

(Давоми. Боши 2-бетда).

– 1997 йили қабул қилинган «Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Қонунига ўзгартириш ва қўшимчалар киритилишининг асосий мазмун-моҳияти ва мақсадлари нимадан иборат, деб ўйлайсиз?

– Бугунги тезкор ахборот замонида ҳар бир соҳада қанчадан қанча ўзгариш ва янгиликлар жорий этилмоқда. Жумладан, қонунлар ҳам бир жойда тўхтаб қолмайди, аксинча доимий фаолиятда бўлиб, давр талабига мос ҳолда ўзгариб, янгиланиб бораверади. Мазкур Қонуннинг айрим бандлари ҳам бугунги кунда дори воситалари муомаласи соҳасидаги амалиётга тўғри келмайди. Бу эса, ўз навбатида қалбакилаштирилган ва сифатсиз дори воситалари,

шунингдек, дори воситаларининг ғайриқонуний нусхалари муомаласига қарши курашиш амалиётига салбий таъсир кўрсатади. Қонуннинг 13-моддаси 5-қисмида «Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилган дори воситаларининг қалбакиси ёки ғайриқонуний нусхаси бўлган дори воситаларини реализация қилиш тақиқланади», дейилган. Бироқ мазкур нормада инсон ҳаёти ва саломатлигига хавф туғдирадиган «сифатсиз дори воситаси»ни реализация қилиш тақиқланиши эса белгиланмаган. Аслида дори воситаларининг «қалбакиси», «ғайриқонуний нусхалари» ва «сифатсиз» дори воситаси бир-биридан фарқ қилувчи тушунчалар ҳисобланади.

Қонуннинг 13-моддасининг 6-қисмида эса «муддати ўтган дори воситаларини сотиш ва улардан фойдаланиш тақиқланиши» белгилаб қўйилган. Дори воситалари-

нинг ўзига хос бўлган жиҳати шундан иборатки, баъзан улар яроқлилик муддати ўтмасдан ҳам (тегишли ҳарорат ва шароитда сақланмаса ёки бошқа сабабларга кўра) истеъмолга яроқсиз – сифатсиз бўлиши мумкин. Масалага чуқурроқ ёндашадиган бўлсак, ана шундай сифатсиз дори воситасини сотиш тақиқланиши ҳам мавжуд қонунда белгиланмаган. Шунингдек, 7-модданинг 2-қисмида «Ўзбекистон Республикасида давлат рўйхатидан ўтказилмаган дори воситаларини ишлаб чиқариш тақиқланади», дейилган. Бироқ қалбакилаштирилган дори воситаларини ёки уларнинг ғайриқонуний нусхаларини ишлаб чиқариш тақиқланмаган бўлиб, амалиётда бу кўп муаммолар келиб чиқишига сабаб бўлаётган эди. Шу боис, қўлга кирган ҳуқуқий ҳужжатда 7-модданинг 2-қисми ва 13-модданинг 6-қисмини янги таҳрирда бериш лозим, деб топилиб,

мавжуд қонунга ўзгартиришлар киритилди ва янги таҳрирда баён қилинди.

Шундай экан, сифатсиз, қалбаки дори воситаларининг ноқонуний савдоси долзарб муаммолардан ҳисобланади. «Дори воситалари ва фармацевтика фаолияти тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Қонунининг ижроси бўйича қўмитамиз томонидан бир неча бор назорат-таҳлил фаолияти, семинарлар ва давра суҳбатлари ўтказилди. Ушбу назорат-таҳлил жараёнларида депутатларимиз айрим дорихоналарда кўплаб микдорда қалбакилаштирилган, яроқлилик муддати тузган, давлат рўйхатидан ўтмаган ҳужжатлари, қолаверса, давлат тилида қўллаш йўриқномалари мавжуд бўлмаган дори воситаларини аниқлади. Ачинарлиси шун-

Қонун бор жойда устуворлик бўлганидек, унинг ижро назоратини таъминлаш ва амал қилиш барчамизнинг фуқаролик бурчимиз эканлигини ҳеч қачон унутмаслигимиз лозим.

даки, айрим дорихоналар имтиёзга эга беморларга дори-дармонлар сотиш учун соғлиқни сақлаш бўлинмалари билан шартномалар тузмаган. Кўплаб дорихоналарнинг санитария талабларига зид ҳолда фаолият юритиб келаётгани ва лицензия шартномасида кўрсатилган мутахассислар ишламаётгани, белгиланган манзилда фаолият кўрсатмаётгани каби ҳолатлар ҳам маълум бўлди. Гап ҳамма нарсадан ҳам азийт инсон саломатлиги, унинг ҳаёти устида борар экан, қалбакилаштирилган ва яроқсиз, сифатсиз дорилар тарқалишининг олдини олиш нафақат тегишли соҳа ходимлари, балки кенг жамоатчилик зиммасига – ҳаммамизга ҳам катта масъулият юқлайди.

Қарор ва ижро

ҲУЖЖАТЛАРНИ ТЎҒРИ ЮРИТИШ – ИШ ФАОЛИЯТИНИНГ САМАРАДОРЛИК ГАРОВИДИР

Мамлакатимизда қонун устуворлигини таъминлаш ва меъёрий ҳужжатлар асосида ишлашни тақомиллаштириш ҳамда ҳар бир соҳада ижро интизоми билан боғлиқ ҳолатларни тўғри йўлга қўйиш масалаларига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Шундай экан, қачонки фаолиятлар ривожига ижро интизомига амал қилинса, ўша ерда, албатта, ишлар самарадорлиги ошиб, ислохотлар жараёни янада тақомиллашиб бораверади. Табиийки, аҳоли манфаатларини ҳимоя қилиш ва уларнинг ҳақ-ҳуқуқларини муҳофаза қилишда қонун устуворлиги ҳамда унинг амалдаги ижроси катта аҳамият касб этади. Демакки, мавжуд қонун ҳужжатларининг таъсир доирасини кенгайтиришда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 12 январдаги «Ижро интизоминини мустаҳкамлаш чоралари тўғрисида»ги қарори ҳам алоҳида ўринга эга. Мазкур қарор талаблари ҳар бир соҳада мукаммал даражада олиб

борилиб, унга амал қилиш тамойиллари янада ошиб бормоқда. Бу борада республика соғлиқни сақлаш тизимида ҳам муайян ишлар бажарилиб, жойларда қарор ижроси бўйича амалий фаолиятлар йўлга қўйилмоқда. Ижро интизомини тақомиллаштириш мақсадида Вазирлар Маҳкамасининг 2009 йил 28 августда «Вазирликлар, давлат қўмиталари, идоралар, ҳўжалик бирлашмалари, уларнинг таркибий ва ҳудудий бўлинмаларида ҳужжатлар билан ишлашни ташкил этиш ҳамда ижро интизомининг аҳоли мониторингини олиб бориш» тартиби ишлаб чиқилди. Ушбу тартиб асосида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2009 йил 7 сентябрда 270-сонли буйруғи қабул қилинди. Шу мақсад доирасида амалга оширилаётган ишлар юзасидан Соғлиқни сақлаш вазирлиги мутахассиси, канцелярия мудир Рихси Комиловна Салиходжаева билан суҳбатда бўлдик.

Қонунлаштириш мақсадида Вазирлар Маҳкамасининг 2009 йил 28 августдаги «Вазирликлар, давлат қўмиталари, идоралар, ҳўжалик бирлашмалари, уларнинг таркибий ва ҳудудий бўлинмаларида ҳужжатлар билан ишлашни ташкил этиш ҳамда ижро интизомининг аҳоли мониторингини олиб бориш» тартиби ишлаб чиқилди. Бунинг асосий моҳияти нимада?

– Қабул қилинган мазкур тартиб «Ижро интизомини мустаҳкамлаш чоралари тўғрисида»ги қарорнинг узвий давоми бўлиб, бу борада Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2009 йил 7 сентябрдаги 270-сонли буйруғи чиқарилди. Буйруқнинг 3-бандига асосан вазирликда ва унинг таркибий ва ҳудудий бўлинмаларида ҳужжатлар билан ишлашни ташкил этиш ҳамда ижро интизомининг аҳоли бўйича мониторингини олиб бориш ва улар устидан назоратни кучайтириш борасида ишчи гуруҳлар ташкил этилди.

Ушбу тартибнинг асосий мақсади – Ўзбекистон Республикаси Қонуни, Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармонлари, Қарорлари, Фармойишлари ҳамда Вазирлар Маҳкамасининг Қарор ва фармойишлари, шунингдек, ўз қарорлари бажарилиши

рилган За, 36 назорат қарточкаларида тўлдирилади. Бу эса муассасаларда тайёрланаётган ҳужжатларнинг ижросини таъминлаш, ижроича ўз вақтида етиб боришини назорат қилиш ҳамда раҳбар масъулиятини янада оширишга олиб келади.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббиёт муассасаларида ҳужжатлар билан ишлаш ҳамда ижро интизоминини янада кучайтириш бўйича маълум ишлар амалга оширилган бўлишига қарамай, раҳбар ходимларнинг, қолаверса, ҳужжатлар билан ишлайдиган масъул ходимларнинг малакасини ошириш ҳозирги куннинг долзарб масалаларидан биридир. Даволаш профилактика муассасаларида иш юритишда йўриқномалар ва ҳужжатларнинг сақланиш муддати кўрсатилган ҳужжатлар номенклатураси мавжуд бўлиши зарур. Муассасаларда иш юритувчи лавозимига билимли, тажрибали ва маълумотга эга бўлган етук мутахассисларни жалб этиш мақсадга мувофиқдир. Чунки, иш юритувчи ходимлар ҳар бир ҳужжатларни тўғри расмийлаштириш, уларни ҳисобга олиш, рўйхатдан ўтказиш, маълум бир муддатдан сўнг кейинги сақлов архивига топширишлари учун жавобгардирлар.

Таъкидлаш жоизки, ҳозирги кунга муассасаларда ҳужжатлар назорат қарточкаларида юритилиб келинган. Эндilikда мазкур тартиб бўйича ички қарорлар, ҳайъат қарорлари, буйруқлар, фармойишлар, назорат режалари, тадбирлар янгидан шаклланти-

Хулоса қилиб айтганда, ижро интизомини мустаҳкамлаш, ҳужжатларни тўғри ташкил этиш ва улар устидан назорат ўрнатилган ҳар бир ходим олдида катта масъулият юқлайди. Шундай экан, ҳужжатларни тўғри юритиш иш фаолиятининг самарадорлигини оширишда муҳим аҳамият касб этиб, унда ҳар бир ходим ўз устида мукаммал ишлаб, билим кўникмаларини ошириб, астойдил меҳнат қилиши кўзланган мақсадларимиз юзга келишида замин яратлади.

Саҳифа материалларидаги суҳбатларни Ибодат СОАТОВА тайёрлади.

21 октябрь — Ўзбек тилига давлат тили мақоми берилган кун

ТИЛ МИЛЛАТНИНГ БЕБАҲО МУЛКИ

Тил — миллатнинг руҳи, жамиятнинг маънавий ва бебаҳо бойлигидир. Олимларнинг эътирофича, дунёда уч мингдан ортиқ тил мавжуд экан. Демак, ер юзиде турли миллатлар бўлгани каби уларнинг ҳам ўз она тиллари, бой маданий, маънавий тарихи, буюк аجدларининг ўлмас мероси борлигини эътироф этиш жоиз.

Туркий тиллар оиласига кирувчи ўзбек тили ҳам дунёдаги энг қадимий ва бой тиллардан бири ҳисобланади. Чунки, бу тилда буюк аждоқларимиз қалам тебратилган, ўзбек тилини улуғлаб, келгуси авлодларга заҳматли ижод маҳсули бўлиши бебаҳо адабий мерос қолдиришган. Ана шундай буюк меросимиз асосини XI асрда бо-бокалонимиз Маҳмуд Қошғарийнинг "Девони лугатит-турк" номли тилшуносликка бағишлаган асари ташкил қилган бўлса, XII асрда яшаб ижод қилган Шамсиддин Муҳаммад бин Қайс Розий эса тилшунослик шева-ларига бағишланган туркча лугат китобини тузганди. Тилнинг ривожланиши жамият

билиш ва англаш мумкин. Мазкур қонунлар она тилимизнинг имкониятлари ҳамда куч-қудратини оширди, миллатимизни янада жипслаштирди. Ҳар бир фўқаро ўз она тилида эркин сўзлашадиган, мустақил фаолият юритадиган ҳуқуққа эга бўлди.

Мана, 20 йилдирки, ушбу сана мамлакатимизда байрам сифатида кенг нишонланади. Халқимизнинг ўз тилига, элига бўлган чексиз муҳаббат, ижодкорлик қудрати тил масалаларида миллийлик нуқтаи назардан қарашида намоён бўлди. Айни пайтда фақат она тилимизни улуғлаб, бошқа тилларни ўрганишни эътибордан четда қолдирадиган бўлсак, кўзлаган мақсадларга етишиш мушкул. Шу боис, хорижий тилларни пухта ўрганишга давлатимиз томонидан барча шароитлар яратилиб, ёшларимиз чет элларда таҳсил олиш, меҳнат қилиш ва юртимиз довуғини жаҳонга ёйишдек юксак имкониятларга эга бўлмоқдалар.



Зотан, шоир ёзганидек: Бир қарасам, ҳар шевангда минг жиллолар, Ҳар новдангда, ҳар мевангда минг жиллолар, Қодирийлар, Чўлпонлар-у, Абдуллолар, Сенинг қайтган кунинг мен туғилган йилим, Она тилим, эй муқаддас, Она тилим.

Шоира ҚОДИРОВА,
Тошкент тиббиёт академияси катта ўқитувчиси.
Сурат муаллифи Намоз ТОЛИПОВ.

Мурувват

ЭЗГУ МАҚСАДЛАРНИ КЎЗЛАБ

Таъкидлаш жоизки, Туркия давлати ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирликлари ҳамда Туркия Ҳамкорлик ва тараққиёт идораси ҳамкорлигида 2008 йилдан буюн республикамиздаги болаларни иммунизациялаш акциясини қўллаб-қувватлаш лойиҳалари амалга ошириб келинмоқда.



Унинг ифодаси сифатида айтиш мумкинки, мазкур лойиҳа доирасида 2008 йилнинг март ва сентябрь ойларида 500 000 доза АКДС ва 400 000 доза ММР вакцинаси бегараз ёрдам сифатида тақдим қилиниб, республикамизда 2 ёшгача бўлган болаларнинг 95 фоизи иммунизация қилинган эди. Ушбу фаолият бўйича жорий йилнинг январь ойида 300 000 доза БЦЖ ва 500 000 гепатит В вакцинасидан иборат бегараз ёрдам Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика давлат санитария-эпидемиология назорат марказига топширилди. Топширилган вакциналар март-июнь ойларида 2 ёшгача бўлган 420 000 болани гепатит В, янги туғилган чақалоқларнинг 210 000 нафарини БЦЖ вакцинаси билан иммунизация қилди. Бу албатта икки давлат ўртасидаги эзгу ишларнинг халқ саломатлиги йўлида олиб бораётган савобли ишларидан бири десак, янглишмаган бўламиз.

Шундай экан, кунни кеча Республика давлат санитария-эпидемиология назорат марказида Туркия давлати Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳамда Туркия ҳамкорлик ва тараққиёт идораси ҳамкорлигида келтирилган 600 000 доза БЦЖ вакцинаси Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигига топширилди.

Яна шуни эътироф этиш жоизки, 2009 йилнинг май ойида

Нукус шаҳрида 16 ёшгача лаб ва томоқ ёриқлари ҳамда туғма нуқсонлари бўлган 40 нафар болада пластик хирургия операциялари ўтказилди. Бундан ташқари, Тошкент педиатрия институтини қўшида Неонатология бўлимини ташкил қилиш лойиҳаси доирасида 5 нафар доктор ва ҳамшира Туркияда малака ошириб қайтидилар. 2010 йилда керакли жиҳозлар олиш неонатология бўлимини ташкил қилиш режалаштирилган. Шунингдек, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Гематология ва қон қўйиш илмий-тадқиқот институтини қўшидаги Ўрта Осиёда энг катта суяк илгини трансплантация қилиш марказини ташкил қилиш лойиҳаси бошланган ва бу марказда фаолият олиб борувчи 8 нафар доктор ва ҳамширалар 2 ой давомида ўз малакаларини ошириб қайтидилар. Суяк илгини трансплантация қилиш марказининг ташкил қилиниши учун керакли жиҳозлар сотиб олинди ва йил якунигача мазкур марказнинг очилиши кўзда тутилган.

Ана шундай икки давлат ўртасидаги ҳамкорликдаги лойиҳалар инсон саломатлиги йўлида олиб борилаётган экан, бундай эзгу ишларнинг янада бардавом бўлиши кўзланган мақсадларимиз амалга ошишида муҳим аҳамият касб этади.

Маҳраб ХОЛБОВЕВ,
Сурат муаллифи
Собир МАҲИДОВ.

Ёш оналарга маслаҳат

ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ЧЎМИЛТИРИШ ТАРТИБИ

Туғилган пайтида ноқ болаларнинг аксарияти чўмилишни ёқтиради — сув уларга тўққиз ой давомида она қорнидаги қулай ва ёқимли бўлган вазиятни эслатади.

Ҳамма нарсангиз шайми? Кичкина болалар ванначаси, тутқич (ёки унинг ўрнига ванна тузига сочиқ ёзиб қўйиш мумкин — бола бунда сирпаниб кетмайди), бир нечта қуруқ йўрғак ва юмшоқ гипроскопик сочиқ, бола-лар совуни (ёки махсус қўпик),

болалар шампуни (боланинг кўзини ачитмайдиган), лосьон, болалар ёғи, крем, присипка. Янги таглик, тоза кийим.

Бола баданини артиш, "чўмилишдан кейинги юмуш" ва кийинтириш учун қуруқ текис юза, усти-га солинган сув ўтказмайдиган ги-

ламча ва тоза материал. Ҳароратни текширинг. Хона ҳарорати 23-25 даража бўлиши керак. Сув учун — 37 даража атрофида (билигингизни сувга тушириб, унинг ҳароратини текшириш осон — сув ҳарорати бадан ҳароратидан бир оз иссиқ бўлса, етарли). Бола ванначасидаги сувнинг чуқурлиги 10-15 см дан ошмаслиги керак.

МАСЛАҲАТ:

1. Киндик яраси битмаган чақалоқларни ниҳоятда тоза сувда чўмилиштириш керак — шунинг учун сувни қайнатган маъқул.
2. Илк ёшдаги болалар ҳар кунги гигиеник ванна қабул қилиши керак — фақат шу тақдирда бола терисининг соғломлиги таъминланади.
3. Болани исталган вақтда чўмилиштириш мумкин, бироқ энг мақбули куннинг маълум бир пайтида ювинтиришдир — бунда тез орада болада ижобий тусга эга бўлган шартли рефлекс ҳосил бўлади, бу эса унинг биологик соатини "мослаштиради", ҳам вақтингизни режалаштиришга ёрдам беради.
4. Чўмилиш арафасида бола яхши кайфиятда бўлгани маъқул — инжиқлик қилмаётган, қорни тўқ ва уйқусирамаётгани яхши. Болани овқатланиши билан чўмилиштириш керак эмас — бу қушиш эҳтимолини кучайтиради.
5. Чўмилиштириш пайтида бола билан гаплашиш ёки ашула айтишни унутманг — унинг уйғоқ давридан ривожланиши учун максимал даражада фойдаланинг.

Босқичма-босқич чўмилиштириш

1. Чақалоқни чўмилитirmoқчи бўлган хонани иситинг.
2. Чақалоқни тоғорага солишдан олдин кўзларининг ташқи бурчагидан ички бурчагига томон илқ сувда намланган тампон билан артинг, аммо унчалик ички қисмига қариш-ликка ҳаракат қилманг. Ҳар бир қулоқни алоҳида тампон билан артиб яхшилаб қуритиш керак.
3. Тоғорага 37°C ҳароратли илқ сувни тўлдириг.
4. Сув ҳароратини тирсагингиз билан яна бир бор ўлчаб кўринг.
5. Тоғоранинг сатҳига чақалоқ сирпаниб кетмаслиги учун тоза сочиқ солиб қўйинг.
6. Чақалоқни тоғорага солинг, бо-шини қўлингизга қўйиб қафтингиз билан бўйини ушлаб туринг (А ва Б). Чақалоқ бошини бир ҳафтада

икки мартаба шампуни билан ювиш керак.

7. Чақалоқ баданини совунланган қўлқоп билан ювинг. Киндигини сувда узок ушлаб турмасликка ҳаракат қилинг. Чақалоқнинг бўйин қатлам-лари, қўлтиқ ва тизза орти чуқурлик-лари, думба қисмини синчиклаб ювинг (В).

8. Чўмилишнинг сўнггида унинг қафтарини секин очиб, бармоқ ора-лиқларини ювинг.

9. Чақалоқни тоғорадан бир қўлингиз билан олиб, иккинчи қўлингиз билан эса унинг бошини орқага кетиб қолмаслиқдан ушлаб туринг (Г). Уни дарҳол юмшоқ сочиққа ўраб қуритинг.

10. Киндик қисмини тиббий пах-та тампони билан қуритинг.

11. Бурун тешикларини буралган пахта тампонлари билан қуритинг.

12. Чақалоққа янги тагликни кий-диргач, тоза чойшаба ўранг (Д).



В помощь врачу общей практики

О ПРОБЛЕМЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия (АГ) – это синдром стойкого повышения артериального давления, когда систолическое давление равно или превышает 140 мм.рт.ст., а диастолическое давление равно или превышает 90 мм.рт.ст. Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) – это заболевание, ведущим признаком которого является артериальная гипертензия, не связанная с какой-либо известной причиной.

Известно, что проблема ранней диагностики, профилактики и лечения артериальной гипертензии (АГ), наиболее распространенного неинфекционного заболевания, становится угрожающей, сокращая продолжительность жизни, приводя к инвалидизации больных, нарушая качество их жизни. Серьезно изменились и взгляды на АГ. 95% больных, страдающих повышенным артериальным давлением (АД), относятся к большому с первичной (эссенциальной) АГ и лишь 5% страдают вторичной (симптоматической) АГ. Новое определение и классификация АГ (ВОЗ, МОГ) ориентируются не только на степень повышения АД, но также степень и качество вовлечения "органов-мишеней" в патологический процесс. Доказано, что АГ не постепенно развивающееся, стадийно протекающее заболевание, при котором уровень повышения АД является абсолютным ориентиром прогноза патологии. Шагом в познании АГ является введение понятия "стратификация" риска развития сердечно-сосудистых катастроф в течение 10 лет с учетом факторов риска. Признание и консенсус этих положений значительно расширили наши представления об АГ.

Второй крупный блок вопросов – это первичная, вторичная и третичная профилактика АГ и, безусловно, лекарственная терапия.

Особое место в проблеме АГ должно уделяться самим пациентам, небрежное отношение к своему здоровью которых драматически сказывается на распространенности АГ. Во многих странах АГ остается самым распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы, выявляющейся у 29% населения развитых стран в возрасте от 18 до 74 лет. В некоторых регионах частота выявления заболевания среди мужчин трудоспособного возраста достигает 44%. С возрастом число больных, страдающих данной патологией, растет. Так, среди лиц до 30 лет оно достигает 4-10%, 50-60 лет – 44%, 61-69 лет – 54%, старше 70 лет – 65%. На врачебном участке из 2000 обслуживаемых жителей АГ выявляется у 300-500. На долю ГБ приходится 95% всех случаев артериальной гипертензии.

В нашей стране актуальность проблемы артериальной гипертензии была подтверждена на данных проведенного в 2002 году исследования, где все пациенты, страдающие артериальной гипертензией, были разделены на категории в зависимости от качества диагностики, лечения и контроля артериальной гипертензии. Согласно результатам данного исследования, диагностика АГ среди мужского населения хуже, чем таковая среди женщин (38%). Относительно небольшая часть мужчин (12%), страдающих гипертензией, получают лечение, необходимое

для контроля АГ; другая категория (10%) получает лечение, но уровень АГ остается высоким. У 16% мужчин АГ диагностирована, но они не получают какого-либо лечения. Самым значимым показателем проведенного исследования является, пожалуй, факт отсутствия диагностики АГ у 62% мужчин. Высокий процент недиагностированных случаев АГ является одной из главных проблем здравоохранения в нашей стране.

Эпидемиология

Артериальной гипертензией в мире страдает около 1 миллиарда человек, и более 7,1 миллиона смертельных исходов в год связано с повышенным артериальным давлением. Огромная распространенность артериальной гипертензии определяет клиническую, социальную, экономическую значимость этого состояния для населения большинства стран мира.

Профилактика

Первичная профилактика включает мероприятия, воздействующие на факторы риска заболевания и препятствующие повышению артериального давления, что способствует снижению заболеваемости и распространности гипертонической болезни.

– Пациентам с избыточной массой тела (ИМТ > 25,0 кг/м²) необходимо рекомендовать снижение веса. ИМТ (индекс массы тела) определяется по формуле: Вес тела (кг) : Рост (метр)². Рекомендуется снижение веса до достижения ИМТ=20,0-24,9 кг/м².

– Употребление поваренной соли необходимо снизить до уровня менее 5-6 грамм в сутки. Количество соли в 5-6 грамм равно, приблизительно, объему одной чайной ложки. Рекомендуется прекратить добавление соли в пищу во время ее приготовления и после того, как она приготовлена.

– Необходимо повышать физическую активность при помощи регулярных упражнений. Например, ходьба на воздухе в течение 30-45 минут, 3-4 раза в неделю. Нагрузка во время выполнения упражнений должна быть умеренной и не должна требовать от пациента выносливости или большой физической силы. Необходимо избегать упражнений с подъемом тяжестей.

– Пациентам, употребляющим алкоголь, рекомендовано ограничить его прием до уровня не более 20-30 г этанола/сутки для мужчин и 10-20 г этанола/сутки для женщин. Это соответствует 60-90 мл водки или 240-360 мл столового вина для мужчин и 30-60 мл водки или 120-240 мл столового вина для женщин в сутки. Более предпочтительным является полный отказ от употребления алкоголя.

Употребление фруктов и овощей необходимо увеличить, а продуктов, содержащих насыщенные жирные кислоты, необходимо уменьшить.

Вторичная профилактика включает мероприятия, которые

направлены на обнаружение заболевания на ранних стадиях, то есть до появления основных симптомов, и лечение, которое способствует предупреждению развития осложнений. Для осуществления этих мероприятий необходимо проводить скрининг популяции на наличие повышенного АД.

Диагностика

Диагностика артериальной гипертензии (АД > 140/90 мм.рт.ст.) должна быть поставлена на основании, как минимум, двух измерений (осмотров), так как диагноз, поставленный после одного измерения (осмотра), не может считаться достоверным. Срок повторного осмотра зависит от степени АГ, зарегистрированного при первом осмотре, и может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев.

Несмотря на то, что вторичная гипертензия составляет примерно 5% всех случаев артериальной гипертензии, поиск вероятной причины АГ должен осуществляться всегда. Ниже приведен список вероятных причин вторичной гипертензии с описанием симптомов.

Эндокринные:

– синдром Кушинга (повышение АД, ожирение, "лунообразное" лицо, олигоменорея);
– феохромоцитома (повышение АД, тахикардия, "покраснение" лица, потливость);
– первичный гиперальдостеронизм (повышение АД, аритмия, мышечная слабость);
– гипертиреоз (повышение АД, тахикардия, экзофтальм, увеличение щитовидной железы);
– акромегалия (повышение АД, суставные боли, увеличение конечностей, макроглоссия).

Почечные:

– хронический гломерулонефрит (повышение АД, протеинурия, отеки);
– вазоренальная гипертензия (АД>180/110 мм.рт.ст. с отеком диска зрительного нерва, олигоанурия, отеки);
– поликистоз почек (по данным УЗИ).

Гемодинамические:

– коарктация аорты (АД на руках выше, чем на ногах, "похолодание" стоп, отсутствие пульса на бедренной артерии).

Для постановки точного диагноза вторичной АГ при этих состояниях требуется консультация специалиста и специальные методы обследования.

САГ – систолическая

артериальная гипертензия
Если уровни систолического и диастолического АД соответствуют разным категориям, то необходимо проводить оценку цифр, которые соответствуют более высокой категории. Например, АД=140/100 мм.рт.ст. оценивается как гипертензия 2 степени (умеренная).
Изолированная систолическая артериальная гипертензия диагностируется при уровне систолического АД, равном или превышающем 140 мм.рт.ст., и при уровне диастолического АД ниже 90 мм.рт.ст.

Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений включает следующие этапы:

А. Определение наличия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Б. Определение поражения органов-мишеней.

В. Определение (диагностика) сопутствующих заболеваний (ассоциированных клинических состояний).

Рекомендации по проведению повторного осмотра (измерения АД) для установления диагноза у пациентов с разными уровнями АД после первичного осмотра

Таблица 1.

Уровень АД при первом осмотре		Сроки проведения последующего измерения АД
САД	ДАД	
<130	<85	Повторное измерение АД в течение 2-5 лет (пациентам старше 75 лет ежегодно)
130-139	85-89	Повторное измерение АД через год
140-159	90-99	Повторное измерение АД в течение 2 месяцев
160-179	100-109	Повторное измерение АД в течение 1 месяца
>180	>110	Повторное измерение в тот же день или в течение недели в зависимости от клинической ситуации

Классификация уровня АД, (ВОЗ, 1999)

Таблица 2.

Категория	САД, мм.рт.ст.	ДАД, мм.рт.ст.
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120-129	80-84
Повышенное в пределах нормы	130-139	85-89
Гипертония		
1 степень (мягкая)	140-159	90-99
2 степень (умеренная)	160-179	100-109
3 степень (тяжелая)	≥180	≥110
Изолированная САГ	≥140	≤90

Таблица 3.

Факторы риска и заболевания	Степень АГ		
	Мягкая гипертензия САД 140-159 или ДАД 90-99	Умеренная гипертензия САД 160-179 или ДАД 100-109	Тяжелая гипертензия САД ≥180 или ДАД ≥110
Нет других факторов риска	НИЗКИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК
Один или два фактора риска	СРЕДНИЙ РИСК	СРЕДНИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
Три и более факторов риска или поражение органов-мишеней или сахарный диабет	ВЫСОКИЙ РИСК	ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК
Наличие сопутствующих заболеваний	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК

А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний:

– возраст: >55 лет (мужчины); >65 лет (женщины);
– курение;
– общий холестерин >6,5 ммоль/л (250 мг/л);
– сахарный диабет;
– сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе.

Б. Поражение органов-мишеней и их диагностика:

– гипертрофия левого желудочка сердца (по данным ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии);
– протеинурия и/или значительное повышение уровня креатинина крови (106-176,8 мкмоль/л или 1,2-2,0 мг/л);
– УЗИ или рентгенологические признаки наличия атеросклеротической бляшки (в сонной, подвздошной, бедренной артериях или аорте);
– генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки (при офтальмоскопии).

С. Сопутствующие заболевания (ассоциированные клинические состояния):

– **церебро-сосудистые заболевания:**
а) ишемический инсульт;
б) геморрагический инсульт;
в) транзиторные ишемические атаки.

– **сердечно-сосудистые заболевания:**
а) инфаркт миокарда;
б) стенокардия;
в) застойная сердечная недостаточность.

– **заболевания почек:**
а) диабетическая нефропатия;
б) почечная недостаточность с уровнем креатинина >176,8 мкмоль/л (>2,0 мг/л).

– заболевания периферических сосудов:

а) расслаивающая аневризма аорты;
б) клинически выраженное поражение периферических артерий.

– **гипертоническая ретинопатия (при офтальмоскопии):**

а) геморрагии или экссудаты;
б) отек соска зрительного нерва.

Комбинация факторов риска, данных о поражении органов-мишеней и наличии сопутствующих заболеваний позволяет дать оценку вероятности риска сердечно-сосудистых осложнений у пациента в течение ближайших 10 лет.

Анамнез

1. Пациентов следует расспрашивать о наличии в семейном анамнезе АГ и ее осложнений (ИБС, цереброваскулярных заболеваний, сердечной недостаточности, облитерирующего атеросклероза периферических артерий), а также таких состояний, как сахарный диабет, гиперлипидемия и заболевания почек.

2. У пациентов с уже установленным диагнозом АГ необходимо спрашивать о продолжительности и степени повышения АД, эффективности и переносимости ранее назначенной терапии, наличии других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений АГ.

(Окончание на 6-й стр.)

В помощь врачам общей практики

О ПРОБЛЕМЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

(Окончание.

Начало на 5-й стр.)

3. Следует расспрашивать о наличии клинических проявлений заболеваний, являющихся потенциальными причинами вторичной (симптоматической) АГ.

4. Необходимо уточнять у пациента, не принимает ли он лекарственные средства или вещества, потенциально способные вызывать стойкое повышение АД.

Физикальное обследование

– У всех пациентов следует измерить рост, определить массу тела и рассчитать индекс массы тела.

– При первом исследовании необходимо проводить измерения на обеих руках, а в дальнейшем – на той руке, где были получены более высокие показатели.

– У пациентов моложе 30 лет во время первого обследования необходимо измерить АД на ноге (для исключения коарктации аорты).

– У лиц старше 65 лет, а также пациентов с сахарным диабетом и принимающих антигипертензивные лекарственные средства, следует измерить АД в положении стоя (для исключения ортостатической гипертензии).

– Не следует забывать о возможности АГ "белого халата".

– У пациентов с выраженным атеросклерозом (кальцинозом) периферических артерий следует использовать прием Осера для исключения псевдогипертензии (при накачивании воздуха в манжету до уровня АД, на 20 мм.рт.ст. превышающего определяемое систолическое АД, у пациентов с псевдогипертензией пальпируется пульсация уплотненной склерозированной стенки лучевой артерии).

– Следует обратить внимание на наличие усиления и латерального смещения верхушечного толчка, сердечных шумов или нарушений сердечного ритма, усиление аортального компонента 2 тона сердца или наличие 4 тона сердца, сосудистых шумов или снижения пульсации на периферических артериях, признаков сердечной недостаточности; при исследовании легких нужно обратить внимание на наличие признаков бронхиальной обструкции или застойных явлений; при исследовании живота следует обратить внимание на наличие сосудистых шумов (стеноз почечных артерий), пальпируемых образований (поликистоз почек); при исследовании кожи и подкожной клетчатки необходимо обратить внимание на наличие стрий (синдром Кушинга), пятен цвета "кофе с молоком" (нейрофиброматоз), а также периферических отеков (сердечная недостаточность).

– Показаны неврологическое исследование и офтальмокопия: следует учитывать, что только наличие ретинопатии 3 и 4 класса свидетельствует о высоком риске сердечно-сосудистых осложнений.

Лабораторные исследования

Всем пациентам с АГ в качестве рутинного обследования необходимо определить:

- гемоглобин и гематокрит;
- глюкозу натощак;
- общий холестерин;
- холестерин ЛПВП;
- триглицериды (натощак);

- мочевую кислоту;
- креатинин;
- калий;
- ТТГ (у женщин в постменопаузе);
- общий анализ мочи.

В качестве дополнительных лабораторных тестов при необходимости определяют содержание СРБ, экскрецию альбумина с мочой, клиренс креатинина.

Специальные исследования
Всем пациентам с АГ следует провести ЭКГ в 12 стандартных отведениях:

1. Наличие признаков гипертрофии левого желудочка.
2. Наличие признаков ишемии миокарда, рубцовых изменений, нарушений ритма и проводимости.

Пациентам с высоким риском или осложненным течением АГ показано проведение ЭхоКГ:

1. ЭхоКГ не является рутинным методом исследования у больных с неосложненным течением АГ.

2. При проведении ЭхоКГ следует обратить внимание на наличие гипертрофии левого желудочка и ее тип (концентрическая или эксцентрическая), систолической или диастолической дисфункции левого желудочка, нарушений локальной сократимости стенки левого желудочка, а также признаков клапанной дисфункции.

Пациентам с высоким риском или осложненным течением АГ показано проведение УЗИ сонных артерий: следует обратить внимание на наличие и локализацию атеросклеротических бляшек. Тем же, кто имеет церебральные осложнения АГ, показано проведение КТ головного мозга для подтверждения диагноза и определения характера и локализации поражения.

– В следующих случаях пациентам показано проведение суточного амбулаторного мониторирования АД:

1. Значительная вариабельность показателей АД.

2. Высокое АД у больных с низким риском сердечно-сосудистых осложнений.

3. Значительные расхождения между показателями АД по данным измерений в кабинете врача и в домашних условиях.

4. Наличие клинических проявлений АГ.

5. Резистентная АГ.

– Больным с АГ и легочным синдромом в грудной клетке показанное проведение дипиридамоловой пробы для выявления ишемии миокарда или пробы с физической нагрузкой.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика направлена на выявление вторичных причин повышения АД (симптоматической АГ). Симптоматическую АГ можно заподозрить в следующих случаях:

– начало в возрасте до 20 лет и старше 65 лет;

– высокая систолическая АГ (более 180-110 мм.рт.ст.);

– признаки синдрома Кушинга;

– кожные стигмы нейрофиброматоза (феохромацитомы);

– гипертонические кризы в сочетании с тремором, повышенным потоотделением, пульсирующей головной болью и сердцебиением (феохромацитомы);

– пальпация увеличенных почек (поликистоз);

– шум над областью почечных артерий (стеноз почечных артерий);

– спонтанная гипокалиемия;

– шум в прекардиальной области (коарктация аорты);

– повышение уровня креатинина (более 133 мкмоль/л).

Дифференциальная диагностика при АГ приведена ниже:

– реноваскулярная АГ. Сцинтиграфия почек с капторпиловым тестом, дуплексное сканирование почечных сосудов, ангиография сосудов почек;

– заболевания щитовидной железы. ТТГ;

– феохромоцитомы. Определение суточной экскреции катехоламинов и их метаболитов, КТ надпочечников, КТ надпочечников;

– синдром Кушинга. Определение суточной экскреции с мочой свободного кортизола;

– гиперальдостеронизм. Сывороточный калий, КТ надпочечников, ангиография с селективным забором крови на ренин и альдостерон;

– гиперпаратиреоз. Сывороточный кальций. Паратгормон;

– заболевание паренхимы почек. Общий анализ мочи, определение клиренса креатинина, экскреция белка с мочой, рекомендуется направление к нефрологу.

Показания на консультацию специалиста

– Наличие сомнительных или малоинформативных результатов клинических обследований.

– Подозрение на симптоматическую АГ.

– Осложненное течение АГ.

– АГ у лиц молодого возраста (молочные 30 лет).

М. ЗАХИДОВА,

заведующая кафедрой

ВОП ТашиУВ,

доктор медицинских наук, профессор.

Ф. КДЫРБАЕВА,

ассистент кафедры

ВОП ТашиУВ.

Актуальная тема

ОСТЕРЕГАЙТЕСЬ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

На сегодня известно только одно вещество – холестерин, общепризнанный как возбудитель склероза (обезвешивания) артериальных сосудов, непосредственно снабжающих кровью органы, в основном сердце и головной мозг.

Холестерин содержится в продуктах питания, человек начинает его употреблять с годовалого возраста, в очень малом количестве и не во всех продуктах. Поэтому, развитие атеросклероза (ХА) очень медленный, незаметно для больного длительно протекающий процесс, приводящий его к гибели от инфаркта миокарда и инсульта (кровоизлияние в головной мозг), которые приходится в основном на старческий возраст. И поэтому эти болезни принято называть "болезни стариков".

Во многих печатных изданиях на сегодняшний день часто говорится о том, что "болезнь стариков" молодеет. Но никакого "омолаживания" этих болезней не произошло и не произойдет. Больных атеросклерозом, атеросклерозом, заболевших инфарктом и инсультом относительно в молодом возрасте (42-55 лет), ошибочно принимают за заболевших "болезнью стариков". В литературе не найдено сведений об алкоголе как возбудителе атеросклероза. Многолетние наблюдения (более 50 лет) за больными алкоголизмом и изучение

причин их смерти привело к убеждению, что эти больные умирают в относительно молодом возрасте (42-55) от "болезни стариков", то есть инфаркта миокарда и инсульта, а также от других болезней, возникших в результате склероза коронарных сосудов, питающих сердце (цирроз печени, ишемическая болезнь сердца - ИБС).

Заболевание этими болезнями больных алкоголизмом указывает на то, что именно алкоголь и является возбудителем атеросклероза, который мы называем "алкогольным атеросклерозом". Нет сомнений, что алкоголь является вторым веществом, вызывающим атеросклероз исключительно у людей, склонных к алкоголизму.

На организм человека алкоголь действует в двух формах:

1. Острая, открытая форма, которая ощущается человеком, принимающим алкоголь. Будучи сильным ядом, алкоголь действует на все органы, особенно на центральную нервную систему. Он вызывает эйфорию, трудно описуемое состояние радости, а у агрессивных настроенных людей провоцирует агрессивность. Человек, при-

нимающий алкоголь, не задумывается, что с употреблением алкоголя появляется чувство тяги и зависимости от него, в результате чего человек доходит до алкогольного психоза.

2. Скрытая, медленная, незаметная до поры до времени форма, обезвешивающая (склерозирующая) действие алкоголя на артериальные сосуды.

Алкоголь повреждает поверхность внутренних стенок артериальных сосудов, особенно мелких сосудов, питающих органы кровью. На эту поверхность из крови оседают соли кальция, подвергаясь обезвешиванию (склерозу) стенки артерий. Артерии, пораженные склерозом, по мере его развития теряют свою эластичность, способность расширяться, их просвет уменьшается, тем самым ухудшая снабжение кровью органов, сосуды становятся хрупкими, ломкими, созревшими – готовыми лопнуть, разрушиться, дать кровоизлияние, не выдержав давление крови.

Мелкие артерии органов, подвергнутые склерозу, созревают не одновременно, лопаются, дают кровоизлияние в разные сроки, с разными интервалами, в зависимости от продолжения приема алкоголя. Участки лопнувшей артерии лишаются питания, подвергаются некрозу – омертвлению, что приводит к гибели участков ткани, гибели органа, а дальше и больного.

При прекращении употребления алкоголя процесс склероза останавливается, но обратного развития не происходит. При возобновлении приема водки обезвешивание артерий вновь начинает развиваться. Длительность процесса обезвешивания артерий до созревания (готовых лопнуть), вызванного алкогольным атеросклерозом, следовательно длительность жизни больного алкоголизмом зависит от частоты и количества принимаемого алкоголя, считая с первого дня регулярного приема.

Холестерин и алкоголь обладают избирательным действием. Холестерин поражает склерозом только два органа человека: у кого-то артерии сердца (инфаркт), у другого артерии головного мозга (инсульт). Алкоголь же, кроме тех двух органов, поражает артерии относительно большого числа органов. У сердца вызывает три смертельных болезни, самостоятельно, раздельно протекающие – инфаркт, ИБС, миокардиодистрофию (поражение мышечных волокон, разрушающие, ослабляющие деятельность сердца), поражает печень (цирроз), желудок (язва, гастрит), поджелудочную железу (панкреатит), сосуды нижних конечностей (гангрена) и др.

У больных алкоголизмом часто поражается один орган. Ни у одного из них не встречалось одновременное поражение двух органов, например, печени и сердца. В одном случае у больного с гангреной одной нижней конечности был парализован центр речи. Следует отметить и то, что у больных алкоголизмом все болезни, вызванные алкогольным атеросклерозом, сопровождаются поражением функций половых органов.

К сожалению, употребление алкоголя в семье очень плохо действует как на здоровье детей, так и на их психику. На сегодняшний день все больше представителей молодежи употребляют алкоголь, не зная, что эта вредная привычка уносит жизни 85% пьющих.

Самым эффективным методом лечения алкоголизма является устранение причины болезни – отказ от приема алкоголя и других спиртных напитков.

Здоровье – ценнейший дар, которым владеет каждый человек. Ценить его, дорожить им и уделять особое внимание является нашей задачей. Так сохраним же его для нашего будущего и будущего наших детей.

А. АБДУЛЛАЕВ.

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Минздрава Республики Узбекистан.

Врач конспекти

СТАБИЛ ВА НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯНИНГ ТАСНИФИ,
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ СТАНДАРТЛАРИ

(Давоми. Боши ўтган сонда).

Миокарднинг кислород билан таъминланишини куйидагилар сусайтиради:

- коронар қон томирларининг атеросклерози;
- коронар қон томирларининг спазми;
- тромбозитлар агрегациясининг ортиши (динамика тромбозда).

Миокарднинг кислородга эҳтиёжи ошинини куйидагилар чакиради:

- жисмоний зўриқиш;
- руҳий зўриқишлар, стресс;
- Абнинг ошиши;
- тахикардия;
- модда алмашинуви ошиши;
- чап қоринчадан қон отилиб чиқишига тўсиқ.

3.2. Эпидемиологияси ва кечиши

Европа кардиологлар ассоциациясининг маълумотларига кўра, популяцияда тадқиқотларда стенокардиянинг тарқалганлиги ёшга қараб ошиб боради ва 45-54 ёшдаги аёллар орасида 0,1-1 фоизни, 65-74 ёшдагилар орасида эса 10-15 фоизгача, эркекларда – 2-5 фоиз (45-54 ёш)дан 10-20 фоиз (65-74 ёш)гачани ташкил этади. Бинобарин, Европа мамлакатларининг аксариятида 1 миллион аҳолидан тахминан 20000-40000 шахс стенокардияга чалинган.

Ўзбекистонда МДХнинг бошқа мамлакатлари (Россия, Қозғоғистон)да бўлгани каби, юрак-томир хасталиклари оқибатида ўлим (54 фоизгача) ва ногиронлик (25 фоизгача) билан боғлиқ жиддий аҳвол юзага келди. Аҳоли ўртасида ўтказилган тадқиқотларнинг натижаларига биноан, республика аҳолисининг тахминан 11 фоизи ЮИҚнинг турли шакллари билан хасталанган.

Фремингем тадқиқотларининг маълумотларига кўра, стабил стенокардия билан хасталанган эркеклар ва аёллар учун ўми ҳамда юрак қон-томири касалликлари оқибатидаги ўлимнинг 2 йиллик частотаси эркекларда 14,3 фоиз ва 5,5 фоизни, аёлларда эса, мос равишда 6,2 фоиз ва 3,8 фоизни ташкил этади. Касаллик кечишига нисбатан олинган янада замонавий маълумотлар, турли клиник синовларда антиангинал терапия ва/ёки реваскуляризацияга қараб ўзгариб туриши мумкин. Хусусан, ҳар йилги ўлим, 0,5 фоиз (INVEST тадқиқоти)дан 2,6 фоиз (TIBET тадқиқоти)гача ҳар йилги нофатал миокард инфарктининг частотаси ўзгариш билан 0,9 фоиздан 1,4 фоизгача ўзгариб туради. Бирок, стабил стенокардия билан оғриган популяция орасида, индивидуал кечиш хусусияти сезиларли даражада ўзгариши мумкин, дастлабки клиник, функционал ва анатомик омишларга қараб, ҳеч бўлмаганда 10 баробар ўзгариши мумкин. Демак, касаллик кечишини баҳолаш – стабил стенокардия билан хасталанган беморларни олиб боришнинг муҳим таркибий қисми. Бир томондан, касалликнинг оғирроқ шакллари билан оғриган пациентларни ва реваскуляризацияга номзодларни ажратиб олиш ҳамда қулироқ текшириш ва даволаш йўли билан натижанга потенциал яхшилаш ўта муҳимдир. Бошқа томондан, керасис инвазив ва ноинвазив муолажаларни ўтказишга йўл қўймаслик учун, шунингдек касалликнинг оғир бўлмаган ва оқибати яхши шакллари билан оғриган беморларни ажратиб олиш ҳам муҳим ҳисобланади.

3.3. Стенокардиянинг диагностикаси

Стенокардиянинг диагностикаси клиник баҳолаш, лаборатор ва инструментал тадқиқотларни ўз ичига олади. Инструментал тадқиқотлар инвазив ва ноинвазив бўлиши мумкин ҳамда стенокардия борилигига гумон қилинган пациентларда ишемияни тасдиқлаш, қўйилган клиник ҳолатларни истисно ва диагностика қилиш ёки хавф-стратификацияси ва даволаш самарадорлигини баҳолаш мақсадида омишларни белгилаш учун қўлланилиши мумкин.

3.3.1. Стенокардиянинг клиник симптомлари ва таснифи

Шкоятлар ва анамнезидиққат билан йиғиш, зўриқиш стенокардияси диагностикасининг серқирра тоши бўлиб қолмоқда. Аксарият ҳолларда фақат сўров асосида аниқ ташхис қўйиш мумкин, гарчи физикал текширувлар ва қўшимча тестлар ташхисни тасдиқлаш ҳамда касалликнинг оғирлигини баҳолаш учун лозим бўлса ҳам. Стенокардияни белгилловчи шкоятлар тавсифи 4 тоифага бўлиш мумкин: жойлашиш (локализация) тавсифи, давомийлиги ва жисмоний зўриқиш ва бошқа қўлайтирувчи ёки енгиллатувчи омиллар билан боғлиқлиги. Ишемия оқибатида рўй берган дискомфорт (оғрик) одатда кўрак сўяги орқасида жойлашган бўлади, лекин бу оғрик эпигастриядан пастки жағ ёки тишларгача, кураклар орасида ёки иккала қўлда, билка ва бармоқларгача бориши мумкин. Дискомфорт одатда қисқиш, сиқилиш ёки оғирлик, айрим ҳолларда бўғилиш, томоғида "лукма" тикилиши ёки ачишиш каби кўринишларда баён этилган. Дискомфорт хисси қўли ўзгариб туриши мумкин ва юрак ише-

мик касаллигининг асосини эгалловчи оғирлик билан боғлиқ эмас. Стенокардия хансираш ва чарқоқ, ҳолсизлик, кўнгил айнаши, кекириш, нотинчлик ёки ўлим кўркуви каби унча специфик бўлмаган симптомлар билан кечиши мумкин.

Дискомфортнинг давомийлиги узоқ эмас, кўп ҳолларда 10 минутдан ошмайди. Муҳим тавсифи — жисмоний зўриқиш, специфик фаолият ёки эмоционал стресс билан боғлиқлиги. Симптомлар одатда зўриқишда, яъни тепаликка юриб чиқиш ёки шамолга қарши юриш каби юкломаларда ёмонлашиши ва сабаб омишларини тўхтатишдан ҳамда бартараф этилганидан сўнг бир неча минутдан кейин йўқолади. Тўйиб овқат егандан сўнг симптомлар кучайиши ёки эрталаб илк зўриқиш феномени ҳам стенокардиянинг классик симптомлари сарасига кириди. Нитратларнинг тил остита қабул қилиниши тезда енгиллик чакиради, шунингдек нифедипиннинг капсуласи ёки таблеткасини чайнаш ҳам тез самара бериши мумкин.

5-жадвал

Кўракдаги оғрикнинг клиник таснифи

(Guidelines on the management of stable angina pectoris/ The Task Force on the management of stable angina pectoris of the European Society of cardiology // Eur Heart J. 2006)

Типик стенокардия (аниқланган)	Кўракдаги унча симптом урайди: 1. Кўрак сўяги орқасидаги характерли сифат ва давомийликка эга дискомфорт; 2. Зўриқиш ёки эмоционал стресс билан боғлиқлик; 3. Дам олиш ёки нитроглицеринни қабул қилиш билан бартараф қилинади.
Атипик стенокардия (эҳтимолий)	Юқорида баён этилган симптомларнинг икситаси мавжуд
Юрак билан боғлиқ бўлмаган кўракдаги оғрик	Юқорида баён этилган симптомларнинг бири ёки ҳеч қайсиси.

Стенокардия симптомларининг намоён бўлишини баҳолаш учун Канада кардиологлар жамиятининг таснифидан фойдаланилади:

Канада кардиологлар жамиятининг стенокардия оғирлиги таснифи

6-жадвал

Синф	Симптомларнинг намоён бўлиши
I синф	Оддий жисмоний фаолият стенокардияни келтириб чиқармайди. Стенокардия фақат кучли ёки тез эҳуд давоми зўриқишларда рўй беради.
II синф	Оддий жисмоний фаолиятнинг "енгил" чекланиши. Стенокардия юриш темпи тезлашганда, тепаликка юриб чиқишда ёки зинадан тез қўтарилганда, тўйиб овқатлангандан сўнг юришда, совуқ об-ҳавода, эмоционал стрессда ёки уйғонгандан сўнг илк соатларда рўй беради.
III синф	Оддий жисмоний фаолиятнинг "сеизилари" чекланиши. Стенокардия 100-200 м юрганда, 1 қаватга оддий тезликда ва оддий шорчаларга қўтарилганда рўй беради.
IV синф	Исталган жисмоний вазифани дискомфортсиз бажароолмаслик ёки тинч ҳолатдаги стенокардия.

3.3.2. Физикал тадқиқот

Беморни кўриқдан ўтказиш вақтида липидлар алмашинуви бузилишлар белгиларини аниқлаш мумкин: ксантомалар, ксантелазмалар, шоҳ парданинг "қариллик ёйи" кўринишидаги чекка хиралашуви ва магистрал артериялар – уйку, ўмров ва бошқаларнинг стенозловчи жарохати. Жисмоний юкломаларни бажариш вақтида, баъзан тинч ҳолатда, аускультацияда 3- ёки 4-юрак тонлари, шу билан бирга папиллар мушакларининг ишемик дисфункцияси ҳамда митрал регургитациянинг белгиси сифатида юрак чўққисидида систолик шовқин эшитилиши мумкин. Юрак олд соҳасидаги патологик пульсация юрак аневризмаси борилигини кўрсатади.

3.3.3. Лаборатория тадқиқотлари

ЮИҚ ва стенокардияга гумон қилинаётган беморнинг бирламчи текширувида биокимёвий кўрсаткичларининг минимал рўйхати қонда куйидагиларнинг микдорини аниқлашни ўз ичига олади: умумий холестерин (УХС); юқори зичликдаги липопротеидларнинг холестерини (ХС); паст зичликдаги липопротеидларнинг ХС, триглицеридлар (ТГ), гемоглобин, глюкоза, аспаратаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ).

3.3.4. Инструментал диагностика

Стабил стенокардия (СС)нинг асосий инструментал диагностикаси усуллари куйидагилар кириди: ЭКГ, велоэргометрия (ВЕМ), ЭхоКГ, коронароангиография (КАГ); шу билан бирга миокарднинг перфузиясини скантингграфияси ва бир моментли эмиссион томографияси қўлланилади.

3.3.4.1. Электрокардиография

Стенокардияда миокард ишемиясининг энг муҳим диагностика усулларида бири ЭКГдир. Айниқса, оғрик вақтида олинган ЭКГ ўта муҳим қўймагга эга. Афсуски, бунга ҳам ҳолларда, беморни асосан стационар шариофта кузатувда эришиш мумкин. Миокарднинг ишемияси вақтида ЭКГда қоринчалар комплексининг якуний қисми – ST сегменти ва Т тишида ўзгаришлар қайд этилади. Ўткир

ишемия, одатда ST сегментининг транзитор горизонтал ёки қўйишк пастта кетувчи пайсийи ва Т тиши текисланиши ёки инверсиясига олиб келади. Баъзида ST сегментининг қўтарилиши қайд этилади, бу миокарднинг ўта оғир трансмурал ишемиясидан далолат беради. Ўткир миокард инфаркти (МИ)дан фарқли равишда, стенокардияда ST сегментининг барча оғишлари, симптомлар бартараф этилгандан сўнг тезда метёрашлади. Агар ЭКГ ишемик ҳолатдан ўзга ҳолатда олinsa, у (нормал) метёрагдадек бўлиши ёки ST сегменти ва Т тишининг "носпецифик" ўзгаришларига эга бўлиши мумкин. Ўтказилган МИ белгилари – Q патологик тишлари ҳам ЮИҚ борилигини аниқлатади. Аммо, патологик тишлари ўпка артерияси тромбоземболиясида, чап қоринчанинг ўта оғир гипертрофияси ва ўнг қоринчанинг гипертрофияси (УКГ)да, гипертрофик кардиомопатияда, Гис тутами чап оёқчаси шоҳларининг блокадаси, юрак ўсмаси ва жарохатларида ўрин тутади. Бу ҳолатларнинг дифференциал диагностикаси МИнинг ўткир далолат олинган ЭКГни баҳолашга асосланган, ҳолбуки динамикада ЭКГнинг типик эволюцияси – жарохатланмиш давридаги монофазали ЭКГдан, ўткир ости ва чандик давридаги икки фазали ЭКГга ўзгариши ўрин тутади. Чап қоринчанинг гипертрофияси (ЧКГ), юрак ўсмалари ва жарохатлари оқибатида рўй берган ЭКГ ўзгаришларида қоринча комплексининг бошлангич ва якуний қисмларининг динамикаси ақс этмайди.

3.3.4.2. Жисмоний юкломалар билан ўтказилгангина синамалар

Анамнезда МИ йўқ беморда оғрик хуружидан ҳоли вақтда, тинч ҳолатда қайд этилган ЭКГ нормал бўлиши мумкин. Жис-

моний юкломалар билан ўтказилгангина синамалар вақтида тредмилда ёки велоэргометрияда пациент ўсиб борувчи юклама машқларини бажарида, бунда юрак ўришлар сони (ЮОС) ва ЭКГ мунтазам қайд этиб турилади, мунтазам вақт оралиқлари давомида (1-3 минут) АБ назорат қилиб турилади.

Юклама машқ синамалар ўтказиш учун асосий кўрсатмалар:

- ЮИҚ ва унинг айрим шакллариининг дифференциал диагностикаси;
- ЮИҚ ташхиси қўйилган беморларда функционал юклама машқларга индивидуал толерантликни аниқлаш ва стенокардиянинг ФСни белгиллаш;
- даволаш, шу жумладан жароҳлик ва тикланиш чора-тадбирларининг самарадорлигини баҳолаш;
- беморлар меҳнатга лаёқатлилигининг экспертизаси;
- касалликнинг кейинги кечишини баҳолаш;
- антиангинал препаратларнинг самарадорлигини баҳолаш.

ФЮ машқлари тестини абсолют ўтказиб бўлмайдиган ҳолатлар: МИнинг ўткир босқичи (бошлангандан кейин 2-7 кун давомида), ностабил стенокардия, бош миёда қон айланиши бузилиши, ўткир тромбозфлебит, ўпка артерияси тромбоземболияси Нью-Йорк юрак ассоциациясининг (NYHA) таснифига биноан сурункали зўриқиш стенокардияси III-IV ФС, оғир ўпка етишмовчилиги, иситма. Диагностика тестни тахиратимияларда, Гис тутамининг чап оёқчасининг тўлиқ қамалида, синоатриал ва атрио-вентрикуляр блокадаларнинг юқори даражасида бажариш мақсадга мувофиқ эмас.

ФЮ машқлари синамаси стенокардия хуружлари ривожига, ЭКГда миокард ишемияси белгилари пайдо бўлишигача, керакли ЮОСга эришгунча қадар, ФЮни давом эттириш мумкин бўлмаган қули чарқоқ ривожлангунча ва пациент синамани ўтказишдан бош тортгунча қадар бажарилади.

ФЮ машқлари тестини куйидаги ҳолатларда тўхтатиш лозим:

- стенокардиянинг типик хуружи ривожланганда;
- ҳаётга хавф солувчи юрак ритмининг бузилишлари: тез-тез ёки полиптоп эҳуд бир вақтариди қоринчалар экстрастисотлияси, пароксизмал тахикардия ёки пароксизмал ҳилпилловч аритмия пайдо бўлганда;
- қули хансираш (нафас олишлар сони минутига 30 тадан кўп)да ёки бўғилиш хуружиди;
- ўтказувчанлик бузилиши – Гис тутами оёқчаларини қамали, атрио-вентрикуляр блокада 2 ва ундан ортқ даражада ривожланишда;
- ST сегментининг V 1-2 дан бошқа исталган қисмларда >1 мм ишемик силжишда. Бунда қўтарилиш деб 2 мм ва ундан кўпроқ ёки изолетриктик чизикдан >1 мм пастта тушиши ва J нуктадан 80 мс давом этадиган, ST сегментини нуктада J+80 мс >2 мм аста-секин қули қўтарилишида (ST сегментини тез қули қўтарилиб тушиши ишемия деб қабул қилинмайди);
- САБ> 220 мм сим. уст., ДАБ> 110 мм сим. уст. қўтарилганда, САБни 20 мм сим. уст. пайсийишда;
- неврологик симптоматика – бош айланиши, ҳаракат координациясининг бузилиши, қули бош оғриги пайдо бўлганда;
- оёқларда қули оғрик рўй берганди;
- беморда кескин чарқоқ авж олганда ёки бемор синамаларни бажаришдан бош тортганди;
- шифокорнинг қарорига биноан эҳтиёт чора-тадбирлари сифатида;
- максимал ёшдаги ЮОС 75 фоиз етганда.

Равшанбек ҚУРБОНОВ,
тиббёт фанлари доктори, профессор, Республика ихтисослаштирилган кардиология маркази директори,
Александр ШЕК,
тиббёт фанлари доктори, Республика ихтисослаштирилган кардиология маркази директор муовини.

(Давоми бор).



Куз фаслининг ўзига хос таровати шундаки, у инсонлар қалбига сокинлик ва ўйчанлик кайфиятини олиб киради.

Табиат неъматлари

ОЛМА МЕВАСИНИНГ ФЙДАЛИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ха, дастурхонимиздан қишин-ёзин аримайди ажайиб табиат неъмат бўлган олманинг инсон саломатлиги учун фойдаси катта эканлигини ҳаммамиз яхши билемиз. Унинг таркибида тез сингиб кетадиган түкүмалар борки, қондаги холестеринни камайтиради, пектин ва бошқа моддаларга бойлиги боис овқатни аъло даражада ҳазм қилади. Олмадаги калий юрак ва буйрак фаолиятини, темир қон айланишини яхшилади, шакар ва фосфор ақлни яхшилади, таркибидаги С ва В витаминлар марганец, мис ва фитонцидлар билан бириллаш, чарқоқни таркатади, шамоллашнинг олдини олади.

Жануб томонларда гарқ пишган олмалар киши кўзини қамаштиради, холос. Лекин ўрта минтақадаги олмалар С витаминга ва бошқа фойдали моддаларга бойдир. Димлаб пиширилган ва қирилган олмалар ич қотиш ва бошқа ичак хасталикларида яхши даво ҳисобланади. Олма-нинг чучук навлари диабет ва ёғ тўпланганга қарши тановул қилинади. Ширин хиллари подагра, буйрак, юрак ва томир, тош йиғилиши каби дардларга даводир.

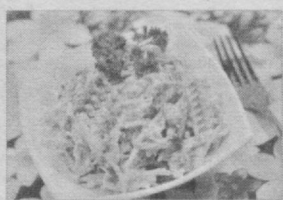
Қоматингиз чироили бўлишида ҳамда спорт машқуларидан сўнгги куч-қувватингиз түлишида ҳам олманинг фойдаси каттадир. Унинг таркибидаги аскорбин кислота ва калий терингизни парваришлайди. С витамини билан мис антиоксидлар ҳисобланиб, организмга, айниқса ўпкага самарали таъсир кўрсатади. Олимларнинг кузатишлари бўйича, кунига иккитадан олма еб турган киши емаганларга нисбатан 32 фоиз кам астма касаллигига чалиниши мумкин экан.

Олманинг соф ҳолидаги шарбатига унча мойиллик қилмаган маъқул: кунига бир стакани етади. Шу бир стаканининг ярмисига келадиган сув билан шарбатни аралаштиринг ва учга бўлиб ичинг. Сув қўшилмаган шарбат ошқозон ва ичакнинг шиллик қобилига таъсир этиб, ичда дам ҳосил қилади.

Олма мевасидан қуйидагиларни тайёрлаш мумкин:

САЛАТЛАР

* Қирғичнинг катта кўзида 4-5 дона олмани қиринг, петрушка ва сельдерей илдизини түртбурчак шаклида кесинг. Сўнг аралашти-



риб, устига яримта лимондан сиқиб олинган шарбатни ва бир ош қошиқ майонез қўшиб, майда тўрталган кўклар селинг.

* Иккита йирик пиёзни ҳалқа қилиб тўгранг-да, устига қайноқ сув қўйиб, 3-5 дақиқа ушлаб туринг. Сўнг сувни сиқиб ташлаб, қирғичнинг йирик кўзида қирилган тўртта олма билан аралаштиринг. Унга майонез ва кўкатлар ҳам қўйилади.

* Қирилган иккита катта олмани олти ош қошиқ сувда ивтиланган 2 ош қошиқ манний ёрмаси билан аралаштиринг. Унга шунча микдорда майдаланган ер ёнғоқ билан сабзи ҳамда бир чой қошиқ шакар ва сметана қўшинг.



ДЕСЕРТ

Қирғичдан ўтказилган уч дона олма ва икки ош қошиқ ивтиланган сули ёрмасини сут билан асалга (бир ош қошиқдан) аралаштиринг.

ОЛМА ЗЕФИРИ

Ўртаси олиб ташланган олманинг түрт донасини пишириб, элакдан ўтказинг, унга ярим стакани шакар, иккита хом тухум оқи қўшинг-да, ёғоч қошиқда куюк сметана ҳолига келгунча аралаштириб туринг. Бу аралашмага кўпиртирилган сливка (қаймоқ) қўшинг. Тайёр бўлган зефирни идишларга қошиқда солиб, устидан қулупнай ёки олча мураббосидан қуйиб чичик ва чой билан дастурхонга тортинг.

ШАРБАТ

Олма меваларини яхшилаб ювиб, шарбат сиқиб чиқарувчи асбобда сувини олинг ва тоза ювиб, қуритилган шиша бутилкага қуйиб чиқинг. Яхши сақланиши учун шарбат устига юпка қилиб ўсимлик мойи қуйинг ва қопқоқ билан қаттиқ ёпиб, 16-18 даражали қуруқ жойда сақланг.

Раъно ҲАСАНОВА
тайёрлади.

Полезные советы

БЕРЕГИТЕ ЗДОРОВЬЕ

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 насекомых 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, антоцианы, 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.

Густая кровь

Густая, вязкая кровь – результат повышенного содержания в крови протромбина, следствием чего может стать образование тромбов. К этому недугу склонны люди, принимающие много лекарств, работающие в "горячих" цехах, перенесшие солнечный или тепловой удар.

Для разжижения крови попробуйте такое средство. 3 зубчика чеснока, по 1 столовой ложке красного вина, уксуса и оливкового масла смешайте в миксере, настаивайте не менее 3 часов. Третью смесь размешайте в 1 стакане горячей воды и выпейте. Через 6 часов сделайте то же самое. Оставшуюся треть допейте еще через 6 часов. Рецепт этого чесночного коктейля положительно влияет на кроветворение и нормализует процессы свертывания крови. Его также применяют для профилактики атеросклероза и снижения уровня холестерина.

Пародонтоз

При рыхлости и кровоточивости десен применяйте средства, обладающие вяжущим и противовоспалительным действием.

● Приготовьте настой из кожуры граната. 2 ч. ложки высушенных и измельченных корочек залейте 1 стаканом горячей воды и подержите 30 минут на водяной бане. Отожмите и процедите. Полощите настоем рот 2-3 раза в день.

● Корочки граната, измельченные до порошка, при кровоточивости десен можно использовать в виде присыпок.

● 1 ст. ложку сухих листьев шалфея лекарственного залейте 1 стаканом кипятка и настаивайте под крышкой 15 минут, процедите. В настой добавьте 2 ч. ложки соли (лучше морской). Теплым настоем полощите рот в течение 1 минуты по несколько раз в день.

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 по 0,5 стакана 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 таз – как можно холоднее. 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 (протирака 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 плинтусы 10-процентным раствором соли.

Твердые ногти на пальцах ног

С возрастом у многих людей ногти на больших пальцах ног грубеют, становятся слишком твердыми, и подстригать их бывает очень тяжело. Нужно перед сном взять кусочек свежего листа алоэ (величиной с ноготь), разрезать вдоль и приложить половинки мякотью к ногтю. Сверху поместить по кусочку целлофана и завязать бинтом, чтобы компресс держался. Надеть хлопчатобумажные носки. Утром снять повязку сначала с одного пальца, сразу же (поскольку ногти после снятия повязки быстро твердеют) подстричь размягченный ноготь, затем снять повязку со второго пальца и, не мешкая, подстричь ноготь.

Подготовила Л. ВОЛОШИНА.

Утерянный гос. ордер № 03-02/2942 от 4.02.1993 г. на право собственности на квартиру Хамидовой Мухтарам, **СЧИТАТЬ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ.**

Газета муассиси:

Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

Бош муҳаррир Анвар АЛИМОВ
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 кўрсатилиши шарт. Фойдаланилмаган кўлемлар таҳия қилинмайди, ёзма жавоб қайтарилмайди. Мақола, эълон ва билдирувлардаги факт ҳамда далилларнинг тўрилиги учун муаллифлар масъулдир.

Интернет саҳифаларида фойдаланилган суратларга ① шартли белгиси қўйилади.

Манзилимиз: 100060, Тошкент шаҳри,
Истикбол кўчаси, 30-уй, 2-қават.

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

Газета материаллари таҳририят
компьютер марказида терилди ва
саҳифаланди.

Адади 5044 нусха.
Буюртма Г-950.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмаҳонасида
чоп этилди. Корхона манзили: Буюк турон кўчаси, 41-уй.
Газета ҳажми 4 босма табақ. Формати А3. Оффсет усулида босилган.

Саҳифаловчи: Бахтиёр ҚУШОҚОВ.

Босмаҳонага топшириш вақти – 20.00.