

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган • www.uzssgt.uz, uzss@med.uz • 2009 йил, 20 ноябрь • № 47 (666)

Ўзбекистон Республикаси Президентининг ФАРМОНИ ИШ ҲАҚИ, ПЕНСИЯЛАР, СТИПЕНДИЯЛАР ВА ИЖТИМОЙ НАФАҚАЛАР МИҚДОРНИ ОШИРИШ ТЎҒРИСИДА

Республика аҳолисининг даромадлари ва турмуш даражасини янада муттасил ошириб бориш, фуқароларга ижтимоий маддадни кучайтириш мақсадида:

1. 2009 йилнинг 1 декабридан бошлаб бюджет муассасалари ва ташкилотлари ходимларининг иш ҳақи, пенсиялар ҳамда ижтимоий нафақалар, стипендиялар миқдори ўрта ҳисобда 1,12 баравар оширилсин.

2. 2009 йилнинг 1 декабридан бошлаб Ўзбекистон Республикаси ҳудудида энг кам:

иш ҳақи – ойига 37 680 сўм;
ёшга доир пенсиялар – ойига 74 660 сўм;

ягона тариф сеткаси бўйича бошланғич (нулинчи) разряд – ойига 37 680 сўм;

болаликдан ногиронларга бериладиган нафақа – ойига 74 660 сўм;

зарур иш стажига эга бўлмаган кекса ёшдаги ва меҳнатга лаёқатсиз фуқароларга бериладиган нафақа ойига 45 220 сўм миқдорида белгилансин.

3. Белгилаб қўйилсинки, иш ҳақиға қўшилаётган устама ва қўшимча ҳақларнинг барча турлари, шунингдек, пенсиялар, икки ёшгача бўлган болаларни тарбиялаётган оналарга, болали оилаларга бериладиган нафақалар ҳамда энг кам иш ҳақиға нисбатан белгиланган компенсация ва бошқа тўловлар 2009 йилнинг 1 декабридан бошлаб мазкур Фармонда белгиланган энг кам иш ҳақи миқдоридан келиб чиққан ҳолда амалга ошириладиган.

4. Белгилансинки, 2009 йилнинг 1 декабридан бошлаб барча турдаги пенсияларнинг ўртача 1,12 баравар оширилиши уларнинг амалдаги конун ҳужжатларига мувофиқ қайта ҳисоблаб чиқирилишини инобатга олган ҳолда амалга оширилади, бунда 1991 йилнинг 1 январига ва ундан кейинги йилларда тайинланган пенсияларнинг миқдори тенглаштирилиши назарда тутилди.

Ўзбекистон Республикаси Меҳнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлиги, Молия вазирлиги ўн кун муддатда пен-

сияларни қайта ҳисоблаш тартибини ишлаб чиқсин ва тасдиқласин ҳамда барча турдаги пенсияларни оширишнинг аниқ миқдорларини белгиласин.

5. Ўзбекистон Республикаси Меҳнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлиги вазирликлари, идоралар, Қорақалпоғистон Республикаси Вазирлар Кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳри ҳокимликлари, бюджетдан молияланадиган ташкилот ҳамда муассасалар билан биргаликда пенсиялар, нафақалар, стипендиялар, бюджет муассасалари ва ташкилотлари ходимларининг лавозим маошлари миқдорини мазкур Фармон қоидаларидан келиб чиққан ҳолда ўз вақтида қайта ҳисоблаб чиқишни таъминласин.

Бюджет муассасалари ва ташкилотлари ходимларининг иш ҳақи, пенсиялар, нафақа ва стипендияларнинг оширилиши билан боғлиқ харажатлар республика Давлат бюджети ва Ўзбекистон Республикаси Молия вазирлиги ҳузуридаги бюджетдан ташқари Пенсия жамғармаси ҳисобидан амалга оширилсин.

6. Ҳўжалик ҳисобидаги корхона ва ташкилотлар 2009 йилнинг 1 декабридан бошлаб мазкур Фармонда белгиланган энг кам иш ҳақиға мувофиқ, ишлаб чиқариш самарадорлигини ошириш ва меҳнат сарфини камайтириш ҳисобига иш ҳақи миқдорини оширсин.

7. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 8 июлдаги ПФ-4119-сонли Фармони (7-банди истисно қилинган ҳолда) 2009 йилнинг 1 декабридан бошлаб ўз кучини йўқотган деб ҳисоблансин.

8. Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги бир ой муддатда конун ҳужжатларига ушбу Фармондан келиб чиқадиган ўзгариш ва қўшимчалар тўғрисида Вазирлар Маҳкамасига тақлифлар киритсин.

9. Мазкур Фармоннинг ижросини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Бош вазир Ш. М. Мирзиёев зиммасига юклансин.

Ўзбекистон Республикаси
Президенти

И. КАРИМОВ.

Тошкент шаҳри,
2009 йил 16 ноябрь.



Инсон ҳаёти ва саломатлигидан қадрлироқ неъмат йўқ. Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 13-моддасида ҳам инсон, унинг ҳаёти, эркинлиги, шайни, қадр-қиммати ва бошқа дахлсиз ҳуқуқлари олий қадрият ҳисобланиши қатъий белгилаб қўйилгани бежиз эмас.

Ҳайъат йиғилиши

ТАҲЛИЛЛАР САМАРАСИ ВА ТАНҚИДИЙ ЁНДАШУВ

Жорий йилнинг 18 ноябрь куни Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг мажлис-лар залида навбатдаги ҳайъат йиғилиши бўлиб ўтди.

Йиғилишни Соғлиқни сақлаш вазир А. Икромов кириш сўзи билан очиб, тиббиёт соҳасидаги йўналишларни ривожлантириш, ислохотлар самарадорлигини ошириш, давлатимиз раҳбарининг фармон ва қарорлари ижросини таъминлаш, репродуктив саломатлигини мустаҳкамлашга қаратилган 2009-2013 йилларга мўлжалланган махсус дастурнинг амалдаги ижроси, ҳусусан, ижтимоий-тиббий жабҳада юз бераётган муаммолар сабабини ўрганиш ва таҳлил қилиш, тиббий хизмат кўрсатиш билан боғлиқ фаолиятларни янада чуқурлаштириш ишлариға алоҳида урғу берди.

Кун тартибидаги биринчи масала бўйича Назорат инспекцияси бош назоратчиси Н. Бердиев Ўзбекистон Республикаси Бош прокуратурасининг «Конунбузилишлар, унинг келиб чиқиш сабаблари ва бунга имконият яратиб бераётган шарт-шароитларни бартараф этиш тўғрисида»ги тақдимномаси юзасидан, яъни Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида «Ўзбекистон Республикасида ногиронларни ижтимоий ҳимоя қилиш тўғрисида»ги конун ҳамда ногиронларга ижтимоий ёрдам кўрсатишга оид меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар

ижроси бўйича ўрганилган ҳолатлар, қўрилган интизомий чоралар ва зарурий тавсиялар ҳақида тўхталиб ўтди.

Иккинчи масалада асосий эътибор Президентимизнинг 2009 йил 21 майдаги ПК-1114-сонли «Тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизими фаолиятини такомиллаштириш тўғрисида»ги Қарорининг жойлардаги ижросига қаратилди. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази директори А. Хаджибаев ўз маърузасида тез тиббий ёрдам хизмати учун ажратилган автоуловларнинг моддий-техникавий ҳолатини яхшилаш, ҳайдовчилар касб малакасини ошириш ҳамда автоуловларни ёқилғи-мойлаш ва эҳтиёт қисмлар билан таъминлашга оид фаолиятлар ҳусусида тўхталиб, бу борада ҳам мавжуд камчиликлар борлигини таъкидлади.

Учинчи масала юзасидан Назорат инспекциясининг етакчи назоратчи ҳуқуқшуноси Д. Комилова «Ижро интизоми тўғрисида»ги Қарор ва «Фуқароларнинг муносабатлари тўғрисида»ги Конунларнинг ижроси бўйича Сирдарё вилоятида олиб борилган текширув натижаларини гапирган экан, мазкур йўналишда муайян камчиликлар борлиги ва ҳудуддаги мавжуд муаммоларга танқидий ёндашди.

Шунингдек, тўртинчи масала юзасидан оналик ва болалиқни муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантиришга оид Президентимиз қарорлари ва шу йўналишдаги 2009-2013 йилга мўлжалланган махсус дастур бўйича амалга оширилган ишлар кўриб чиқилиб, таҳлил этилди.

Кун тартибидаги бешинчи масала асосан соғлиқни сақлаш тизимидаги даволаш-профилактика муассасаларини дори воситалари билан таъминлаш ҳолатига қаратилди. Мазкур масала юзасидан сўзга чиққан маърузачилар қишлоқ врачлик пунктлари қошида дорихона шахобчаларини ташкил этиш ва мавжуд муаммолар ечимини ўрганиш, даволаш-профилактика муассасаларининг икки дорихоналарида стерил дори воситаларини тайёрлаш ва уни такомиллаштириш чора-тадбирлари ҳусусида тўхталиб ўтилди.

Олтинчи масала юзасидан маърузачи соғлиқни сақлаш тизимида 2010 йилгача бўлган даврда хизматлар соҳаси ва сервисни ривожлантиришни жадаллаштириш борасида амалга оширилаётган ижобий ишлар ва умумий ҳолатлар тўғрисида ахборот берди.

Йиғилиш сўнгида кўриб чиқилган масалалар муҳокама этилиб, тегишли қарорлар қабул қилинди.

Ибодат СОАТОВА.

Бирламчи тиббий санитария хизматига ёрдам

АМАЛИЙ ЁРДАМ: ФАОЛИЯТНИНГ МУҲИМ БОСҚИЧИ

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги "Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида"ги ПҚ-1096-сонли ҳамда "2009-2013 йилларда аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари дастури тўғрисида"ги ПҚ-1144-сонли 2009 йил 1 июлдаги Қарорлари бўйича Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимига муайян ишлар амалга оширилмоқда. Айтиш жоизки, мазкур Қарорлар ижросини таъминлаш мақсадида жорий йил-

нинг май ойидан бошлаб вазирлик қошида марказий штаб, ҳудудий ва туманлардаги штаблар тузилмаси ҳамда Низоми, шунингдек, жойларга чикувчи ишчи гуруҳлар тасдиқланган эди. Шу кунга қадар, соҳа мутахассислари вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармаларига қарашли кишлоқ врачлик пунктларида хизмат сафарларида бўлиб, муассаса ходимларига амалий ёрдам бериш билан бир қаторда, ҳудуддаги аҳолига ҳам тиббий хизмат кўрсатиб, керакли тавсияларни бериб келмоқдалар. Тахририят томонидан Навоий вилоятининг Учқудук ва Томди туманлари ҳамда Зарафшон шаҳрида хизмат сафарига бўлганимизда ишчи гуруҳ вакиллари ҳамкорлигида репродуктив саломатлик бўйича аҳолини тиббий кўриқдан ўтказиш жараёنларини кузатдик.

лоятда оналар ва болаларга 94 нафар педиатр ҳамда 114 нафар акушер-гинеколог тиббий ёрдам кўрсатиб келмоқда. Лекин чўл ҳудудда (Конимех тумани) акушер-гинеколог, реаниматолог, педиатр, неонатолог каби мутахассислар етишмаслиги муаммолигича қолмоқда.

Шунингдек, бир ҳафта давомида олиб борилган фаолиятларга ҳулоса қиладиган бўлсак, амалдаги ижобий ишлар билан бир қаторда айрим муаммолар ҳам кузатилди. Конимех туманида акушер-гинеколог, умумий амалиёт шифокорлари етишмайди, Учқудук туман тиббий бирлашмаси тугруқ бўлими эса эски бинода жойлашган бўлиб, замон талабларига жавоб бермайди. Амалиёт, реанимация бўлимлари йўқ. Асоратланган тугруқларда шовишлич ёрдам кўрсатиш Навоий тоғ-металлургия комбинатининг тиббий санитария 2-қисмида амалга оширилади ва ушбу жараён анча қийинчилик билан кечиши табиий, бундан ташқари чўл зонасида аҳолининг тиббий савияси етарли даражада эмас.

Мазкур камчиликлар бўйича Навоий вилоят ҳокимлигининг қабулида бўлиб, ўз фикрларимизни билдирдик. Ўтказилган тиббий кўриқлар натижаси ҳамда Президентимиз Қарорларининг асл моҳияти нечоғлиқ зарурат эканлиги бўйича вилоят хотин-қизлар қўмитаси раиси Мусаллам Ибрагимова, "Оила маркази", "Камолот" ёшлар ижтимоий ҳаракати, Республика Саломатлик ва тиббий статистика институти Навоий вилоят филиали, "Вилоят репродуктив саломатлик маркази" ходимлари билан ҳамкорликда йиғилиш ўтказиб, аҳоли орасида тарғибот ишларини кучайтириш муҳим эканлигини айтиб ўтдик.



Гули ЯНГИЕВА,
Тошкент тиббиёт
академияси 3-клиникаси
репродуктив саломатлик
маркази акушер-гинеколог:

— Агар она ва бола соғлом ҳамда оила тинч бўлсагина жамият тараққиётининг ривожини янада мустаҳкамлади. Шундай экан, Президентимизнинг соҳага оид чиқараётган ҳар бир Фармон ва Қарорлари замирида она-бола ҳамда оила мужассамлиги ётади. Юқоридagi Қарорлар ижросини амалда татбиқ этиш мақсадида бир неча ойдирки, вазирлик тасарруфидаги тиббий муассасаларнинг мутахассислари республиканинг чекка ҳудудларида фаолият юритаётган кишлоқ врачлик пунктларидаги тибби-

ёт ходимларига амалий ёрдам бериш билан бир қаторда, аҳолининг репродуктив саломатлигини назорат қилиб, уларни тиббий кўриқдан ўтказиб, керакли маслаҳат ва тавсияларни бериб келмоқдалар.

Навбатдаги гуруҳимиз билан Навоий вилоятининг Учқудук (Қулқудук, Кўкпата, Жуқудук, Шалхар, Узқудук, Авангард кишлоқ врачлик пунктлари), Конимех (Шўркўл, Шўртена, Караката, Телимин, Янгиғозғон, Маданият кишлоқ врачлик пунктлари) ва Нурота (Янгибино, Жарма, Октепа, А. Навоий, Мустақиллик, Ғозғон кишлоқ врачлик пунктлари) туманларида бўлдик. У ерда фертил ёшдаги аёллар ва 0-14 ёшдаги болалар орасида тиббий кўрик ўтказилиб, амалий ёрдам берил-

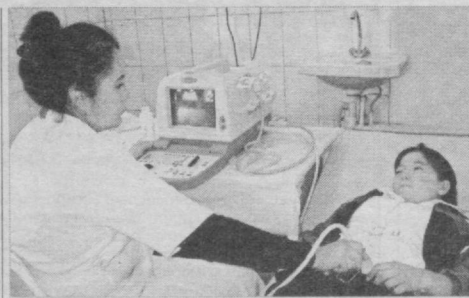
ди. Ҳафта давомида вазирлик ва вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси томонидан ташкил қилинган 6 та гуруҳ таркибидagi акушер-гинеколог, терапевт, педиатрлар ва УТТ мутахассислари томонидан юқорида тилга олинган кишлоқ врачлик пунктлари ҳудудида истиқомат қилаётган 3029 нафар аҳоли, шулардан туғиш ёшдаги аёллар 2532 нафар, 0-14 ёшгача бўлган болалар 497 нафар бўлиб, уларни тиббий кўриқдан ўтказиб, керакли тавсияларимизни бердик. Айниқса, фертил ёшдаги аёллар билан сўхбатлар ўтказиб, уларда кечаётган экстрагенитал касалликлар, ҳомиладорлик ва туғишдан кейинги ҳамда чилла давридаги ҳолатлар бўйича тушунтириш ишларини олиб бордик. Шунингдек, мамлакатимизда йи-

гитлар 25 ёшдан, қизлар эса 20 ёшдан кейин турмуш қурсалар мақсада мувофиқлиги, оптимал туғиш ёши 20 дан 30 ёшгача ва тугруқлар оралиғи камида 3-4 йил бўлиши кераклиги, қариндошлар ўртасидаги никоҳлар зарарлиги ҳақида аҳоли орасида сўхбатлар ўтказдик. Бундан ташқари, никоҳланувчи шахсларни тиббий кўриқдан ўтказиш ва касаллик топиладганда ўз вақтида даволаш, барча ҳомиладорлик асоратларини вақтида аниқлаб даволаш учун болаликдан ногиронлиқнинг олдини олиш мақсадида скрининг марказида текширувдан ўтказиш ҳақида ҳам керакли маълумотлар берилди. Шу билан бирга текширув натижасида аёллар ичида мутлоқ ва нисбий туғиш мумкин бўлмаган аёлларни контрацептив воситалар билан қамраб олиш муҳимлиги ҳам айтиб ўтилди. Тавқидлаш жоизки, вилоятда туғма ва ирсий касалликлар бўлган болалар туғилишининг олдини олиш, мазкур касаллиги бор оилаларда тиббий генетик маслаҳат кўрсатиш учун вилоятда 2005 йилнинг июль ойида "Она ва бола скрининг маркази" очилиб, у уч йўналишда, яъни туғма касалликларга барча янги туғилган чақалоқларни, перинатал ва скрининг марказларида ҳомилани туғма ривожланиш нуқсонига текшириш ҳамда тиббий генетик маслаҳатлар бўйича фаолият кўрсатиб келмоқда. Ви-



Талъат ҚОСИМОВ,
Тошкент тиббиёт академияси
3-клиникаси визуализация ва функционал
диагностика лабораторияси раҳбари:

— Давлат сиёсатининг устувор вазибаларидан бири инсон саломатлиги ва унинг манфаатлари экан, бу ҳар бир тиббиёт ходимига катта масъулият юқлайди. Мазкур масала Президентимизнинг диққат-эътиборларида бўлиб, аҳоли саломатлигини сақлаш учун тиббий тизимда туб ўзгаришлар бўлиб, ислохотлар жараёни тезкорлик билан олиб боришмоқда. Шу ўринда айтиш жоизки, давлатимиз томонидан бирламчи тиббий тизимга қаратилётган эътибор ҳам бундан мустасно эмас. Вазирлик тасарруфида ташкил этилган ишчи гуруҳ билан биргаликда Навоий вилоятининг Учқудук туманидаги «Жуқудук», Конимех туманидаги «Караката», Нурота туманидаги «Октепа» кишлоқ врачлик пунктларида бўлиб, аҳоли саломатлигини УТД аппаратида тиббий кўриқдан ўтказдик. Текширувдан ўтган барча инсонлар ўзларида кечаётган касалликлар тўғрисида керакли маълумотларни олишди. Шу нарсга амин бўлдимки, вилоятнинг энг чекка ҳудудларидаги аҳолининг тиббиётга бўлган ишончи ортиб, ўз соғлиқларига эътиборлари кучайган. Лекин тиббиёт ходимлари тарғибот ишларини янада изчиллик билан олиб боришларини даврий ўзи тақозо қилмоқда. Мутахассис сифатида айтмоқчиманки, ҚВП ходимларига қандай ёрдам керак бўлса, биз доимо тайёرمىз.



Комила ФАЙЗИЕВА,
Навоий вилоят ўсмирлар маркази
УЗИ шифокори:

— Пойтахтимиздан келган бир гуруҳ мутахассислар билан биргаликда мазкур туманларда бўлиб, бирламчи тиббий тизимдаги фаолиятларни янада шакллантириш мақсадида кишлоқ врачлик пунктлари ҳудудига жумладан, Учқудук туман «Кўкпата» ҚВП ҳудудида жойлашган мактабнинг 15 нафар ўсмир қизларини тиббий кўриқдан ўтказдик. Текширув натижасида шу нарсга маълум бўлдики, уларнинг айримларида шамоллаш, шунингдек, сурункали буйрак етишмовчилиги касалликлари борлиги аниқланди. Шундан сўнг ўсмир қизлар билан камқонлик, бўқоқ, ижтимоий ҳамда юқумли касалликлар бўйича сўхбат олиб борганимизда улар саволларга тўлақонли тарафда жавоб беришолмади. Конимех ва Нурота туманларининг ҳам бир қанча кишлоқ врачлик пунктларида бўлиб, ўсмир қизларни тиббий кўриқдан ўтказдик. Кенг жамоатчилик ҳамда оилалар билан бирма-бир сўхбатда бўлиб, соғлом онандан соғлом фарзанд туғилиши учун ўсиб келаётган қизлар соғлигини акушер-гинеколог ва бошқа йўналиш мутахассислар назоратини ўз вақтида ўтказиш муҳимлигини айтиб ўтдик. Бунинг учун тиббиёт ходимлари, мактаб, боғча, лицей, коллеж ва олий ўқув юрти билан ҳамкорликда иш олиб борсалар қўзланган мақсадларга эришишимиз мумкин.



Раҳим СИРБОЕВ,
Кўкпата қўрғони, ўқитувчи:

— Учқудук туманидан 82 километр ўзоқликда истиқомат қиламиз. Авваллари соғлиқимизни тиклаш учун марказдаги поликлиникага мурожаат қилар эдик. Эндilikда эса ҚВПнинг ташкил этилиши ҳамда ундаги шaroитлар барчамизни мамнун этмоқда. Айниқса, ҚВП ичида дорихонанинг очилганиги айтиш мумкин бўлди. Шунингдек, кейинги пайтларда пойтахт ва вилоятдан келаётган мутахассисларнинг тиббий ёрдамлари туфайли соғлиқимизга бўлган эътибор янада ошмоқда. Қон босими касаллиги безовта қилганлиги сабаб, ҚВПга тез-тез мурожаат қилиб тураман. Навоий шаҳар 3-оилавий поликлиника терапевти Сайёра Рўзимуродованинг текшируви ва берган маслаҳатлари туфайли менда кечаётган касаллик тўғрисида бир қанча маълумотга эга бўлдим. Юртбошимиз томонидан соҳага берилган эътибор туфайли биздек чекка кишлоқда яшаётган инсонлар соғлиғига кўрсатиладиган ғамхўрликдан хурсандимиз. Лекин ютук бот-бот камчилик бўлади деганларидек, қўрғонимизда табиий газнинг йўқлиги ҳамда ичимлик суви таъминотининг талаб даражасида эмаслиги аҳоли соғлиғига жиддий таъсир кўрсатмоқда. Ажаб эмаски мазкур муаммолар ҳам вақти келиб ўз ечимини топса.

Саҳифа материалларини
Ибодат СОАТОВА тайёрлади.
Муаллиф олган суратлар.

Долзарб мавзу

А/Н1Н1 ГРИППИ: ХАВФ-ХАТАР ТОБОРА ОРТМОҚДА

Дунё мамлакатлари хавотирга сабаб бўлаётган янги вирус А/Н1Н1 гриппи, ўта хавфли юқумли касалликлар, жумладан Крим-Конго геморрагик иситма ва куйдирги касалликларининг кенг тарқалиши эпидемик вазиятни тобора кескинлаштириб, фуқароларни доимо сергак ва хушёр бўлишга даъват этмоқда. Аҳолини бундай юқумли касалликдан огоҳ этиш, профилактик чора-тадбирларни кучайтириш, санитария-эпидемиология ҳолатини яхшилаш сингари устувор вазифалар эса мамлакатимизда аниқ мақсадлар доирасида олиб борилмоқда. Ушбу ҳолат бўйича вазиятни ўрганиш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Санитария-эпидемиология назорати Бош бошқармаси бошлиғи ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор Боқир МАТКАРИМОВ билан суҳбатда бўлди.

Вирус пандемияси тобора кучаймоқда

Президентимиз раҳнамолигида аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, хавфли юқумли касалликлар юртимизга кириб келишининг олдини олиш борасида амалга оширилаётган изчил профилактика ишлари туфайли мамлакатимизда эпидемиологик вазият барқарорлиги таъминланмоқда, — дейди Б. Маткаримов. — Лекин бу барча ҳолат узил-кесил бартараф этилди, дегани эмас. Хавф-хатар вақт, масофа ва меҳр-шафқат кўрсатмайди. Унинг чек-чегараси ва поёни йўқ. Шундай экан, дунё олимларини хавотирга солаётган янги А/Н1Н1 гриппи ҳам тобора пандемия тусини олмоқда. Шу боис, XXI асрни — вирусология асри, дейиш мумкин.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумоти-га кўра, 2009 йилнинг 18 октябригача А/Н1Н1 гриппи 161 та давлатда қайд этилган бўлса, бу кўрсаткич 25 октябрга келиб, 164 та мамлакатда кузатилган. Пандемик грипп билан оғирган беморлар сони 441661 нафарни ташкил этиб, касаллик туфайли ўлганлар сони 5712 нафарга етган. Нисбатан кўп ўлим ҳолатлари Бразилия (1368 нафар), АҚШ (1004 нафар), Аргентина (585 нафар), Хиндистон (457 нафар), Мексика (328 нафар) давлатларида қайд этилди. А/Н1Н1 гриппи Афғонистонда 299/2, Қўвайтда 6640/17, Мисрда 1070/3, Эронда 1638/22, Саудия Арабистонда 4119/28 ва Бирлашган Араб Амирликларида 79/- беморда аниқланган.

Россия Федерациясида ҳасталанган беморлар сони 1896 нафарга, бу касалликдан ўлганлар сони эса 5 нафарга етган. Москва шаҳрида ҳам 1 нафар бемор ушбу гриппдан вафот этган. Шу боис, бу шаҳарларда грипп эпидемияси

бошланган 19-25 октябрь кунлари мобайнида 105665 нафар бемор ўткир респиратор вирусли касаллик ва мавсумий грипп билан касалланганлиги аниқланган, касаллик кўрсаткичлари ўтган ҳафтага нисбатан 40,7 фоизга ортган, 2216 нафар бемор шифохонага ётқизилган. **Туркменистонда** 2 нафар бемор А/Н1Н1 гриппдан ўлган.

Хитой Халқ Республикасининг Пекин шаҳрида 2009 йилнинг 24 октябригача 5851 беморда А/Н1Н1 гриппи, 40000 нафар аҳолида мавсумий грипп рўйхатга олинган.

Украинада 2009 йилнинг 1 ноябригача 148919 нафар бемор янги грипп билан касалланган, 7383 бемор шифохонага ётқизилган, грипп эпидемиясидан 53 нафар фуқаро ўлган. **Қозғис-тоннинг** Астана ва бошқа вилоятларида оддий мавсумий грипп кўп йиллик даражасидан 2-3 фоизга, ўткир респиратор вирусли инфекциялар ўтган 2008 йилга нисбатан ортган. Шу кунгача Астана шаҳрида 86500 ҳолатда мавсумий грипп аниқланган.

Республикаимизда 2009 йилнинг 12 октябридан шу кунгача 52 ҳолатда мавсумий грипп (2008 йилда 3 ҳолатда) ва 28958 нафар фуқарода ўткир респиратор вирусли касаллик (2008 йилда 12935 ҳолатда) қайд этилган. Мавсумий гриппнинг кўзгатуви-си А серогуруҳга оид грипп вируси эканлиги аниқланди.

Чўчка гриппига 1185 нафар бемордан намуна олиниб лабораторияда текширилган, лекин чўчка гриппи аниқланмаган.

Ўзбекистондаги эпидемик вазият

Республика даволаш-профилактика муассасалари ходимларининг пандемик А/Н1Н1 гриппи касаллиғи бўйича хушёрликларини ошириш мақсадида Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар тиббиёт ходимлари учун махсус семинар-

тренинглар, ўқув машғулотлари ўтказилди, уларда 50 мингга яқин врач қатнашди. Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар юқумли касалликлар шифохоналарида А/Н1Н1 гриппига гумон қилинган беморларни алоҳидадаш ва уларга малакали тиббий ёрдам кўрсатиш борасида кўшимча боксли махсус шифо ўринлари яратилди.

Бундан ташқари, А/Н1Н1 гриппи билан касалланган 33 минг нафар беморни даволаш учун қиймати 500 минг АҚШ доллари бўлган «ТАМИФЛЮ» дори захи-раси тайёр қилиб қўйилди ҳамда дезинфекция ва касаллиқни шифохона ичи шароитида тарқалиб кетишининг олдини олишга қаратилган тадбирлар кучайтирилди. Умумий қиймати 10 минг АҚШ доллариға тенг бўлган гидропулт ва автомакслар харид қилиниб, Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиғи, вилоятлар ва Тошкент шаҳрига тарқатилди.

Вирусология илмий-текшириш институти ва ДСЭНМ вирусологи-я лабораториялари янги А/Н1Н1 гриппини тез аниқлаш учун етарли миқдорда диагнос-тикум ва реактивлар билан таъминланди. Россия Федерацияси-дан кўшимча 5 та ПЦР аппарат-лари олиб келиниб, вирусология лабораторияларига ўрнатилди.

Республика ҳудудиға четдан А/Н1Н1 гриппи ва бошқа юқумли касалликларнинг кириб келишини олдини олишга қаратилган тадбирлар кучайтирилди, жумла-дан давлат чегараларини кесиб ўтиш жойларидаги 68 та санита-рия-назорат пунктлари учун кўшимча 20 минг АҚШ доллари-ға тенг 235 та контактиз термо-метрлар Хитой Халқ Республика-сидан келтирилди ва 4 октябрь куни Қорақалпоғистон Республи-даси, вилоятлар ва Тошкент шаҳ-рида жойлашган санитария-назо-рат пунктлариға тарқатилди.

Халқаро Тошкент аэропортига 2 тепловизор ўрнатилди (ҳаро-ратни масофада ўлчаб оладиган) ва электрон термометр олиб берилди. А/Н1Н1 гриппига гумон қилинган беморларни эрта аниқ-лаш мақсадида кундалик тарғи-бот-ташвиқот ишлари кучайти-рилди.

Дошмий профилактика — оғоҳлик талаби

Аҳамият берган бўлсангиз, таълим муассасалари, давлат ва жамоат ташкилотларида ишлай-диган фуқароларга тиббий ниқоб билан юриш талаби кучайтирил-

моқда. Бу биринчи навбатда ўз соғлиғимиз, қолаверса, атрофда-ғи вирусли хавф-хатарлардан ҳимояланишнинг оддий усули ҳисобланади. Бугунги кунда янги А/Н1Н1 гриппи республикаимиз аҳолиси орасида аниқланган йўқ. Бироқ ҳар бир фуқаро ушбу касаллик тўғрисида хабардор бўлиши, хасталиқнинг бирор бир белгилари кузатилганда шоши-линч профилактик чора-тадбир-ларга риоя қилиши ҳамда зудлик билан шифокорни уйга чақирти-риш лозим. Оддий мавсумий грипп-га қарши қўлланиладиган вакци-налар одами гриппнинг янги ту-ридан ҳимоя қилмайди. Шу са-бабли А/Н1Н1 гриппи кўп-лаб тар-қалган мамлакатларга сафарга чиқишдан сақлиниш, шахсий ги-гиена, дам олиш ҳамда овқатла-ниш қоидаларига амал қилиш юқоридаги нохуш ҳолатларнинг олди олинишида муҳим омил бўлиб хизмат қилади. Лекин ўтқа-зилган тадбирларга қарамай, ҳозирги кунда бизга қўшни дав-латлардаги нохуш эпидемик ва-зият республикада санитария-эпидемиологик барқарорлик сақ-ланиб қолишида барча мутасад-ди вазирликлар ва ташкилотлар ҳамда республикаимизнинг барча фуқаролари фаол иштирок эти-шини тақозо қилмоқда.

А/Н1Н1 гриппи касаллигининг олдини олиш ва ундан аҳолини муҳофаза қилиш борасида қатор тадбирларни амалга ошириш керак

Биринчи навбатда, профи-лактика ва эпидемияга қарши тадбирлар мактаб ва мактабга-ча бўлган ўқув-тарбия муассаса-лари, коллеж, лицей, ўрта ва олий махсус ўқув юртиларида, болалар уйлари ва шунга ўхшаш муасса-саларда кучайтирилиши керак, чунки бу муассасалар эпидемик жихатдан хавфли бўлиб, мавсу-мий ёки А/Н1Н1 кириб келганда, касаллик бирданига эпидемик тусда тарқалиб кетиши мумкин.

Бундан ташқари, бу муасса-саларда иссиқлик режимиға риоя қилинишиға алоҳида эътибор қаратилиши зарур. Болалар ва та-

лабалар ўртасида шомоллаш каби касалликларнинг келиб чи-қишиға йўл қўймаслик чорала-рини кўриш муҳим аҳамият касб этади. Болалар ва талабалар организмнинг гриппга қарши курашиш қобилиятини ошириш мақсадида улар таомлари оқсил, витаминларға бой бўлмоғи ва бунинг учун талабалар, ўқувчи-ларни санитария-гигиена талаб-лари асосида тўғри овқатлани-шини ташкил этиш керак.

Грипп билан оғирган ва унга гумон қилинганда беморларни алоҳидадаш учун филтрлар ташкил қилиш, хоналарни, ай-никса ётиш хоналари ва синф-ларни тез-тез шомоллатиб ту-риш ва зарарсизлантирувчи моддалар билан артиб чиқиш зарур. Мактаб ва мактабга-ча бўлган ўқув-тарбия муасса-саларида болаларни кундалик эр-талабки термометрия (филь-тр)дан ўтказилишини ташкил этиш керак.

Грипп эпидемияси авж олган пайтларда мактабга-ча бўлган муассасаларни кечаю-кундуз ишлаш режимиға ўтказилиши мақсадга мувофиқдир. Грипп кўп тарқалган пайтда грипп ва ўткир респиратор касалликлар билан касалланган ходимларни ўқув ва тарбия муассасалариға келишлари тақиқланади. Грипп тарқалган вақтда болалар ўрта-сида оммавий спорт уйинлари ва кинотеатрларға гуруҳли бо-ришларини тақиқлаш керак.

Бемор ётган хонани тез-тез шомоллатиб туриш ва зарар-сизлантирувчи моддалар билан йиғиштириш лозим. Беморнинг ҳарорати ошган пайтда унга кўпроқ суюқлик — қуруқ мева-лар қайнатмаси, мева шарбат-ларини ичириш керак.

Унутмаслик керак, А/Н1Н1 гриппининг клиник белгилари оддий мавсумий гриппга ўхшаш бўлади, уни фақат лаборатория усуллари ёрдамида фарқлаш мумкин. Шунинг учун ҳам ка-саллик белгилари намоён бўлган заҳоти врачға мурожаат қилиш катта аҳамиятға эга.

Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш йўлида қўрилаёт-ган 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 кафо-лати ҳисобланади. Шундай экан, барчамиз ўз соғлиғимиз-ға масъул бўлиб, турли касалликларға чалиниб қолишдан хушёр бўлайлик.

Суҳбатдош Намоз ТОЛИПОВ.

Семинар

ЖАМОАТЧИЛИК ЭЪТИБОРИДАГИ ДОЛЗАРБ МУАММО

Шу йилнинг 17-18 ноябрь кунлари Ўзбекистон Респу-бликаси Соғлиқни сақлаш вазирлиғи, Хотин-кизлар қўмита-си, «Соғлом авлод учун» халқаро хайрия жамғармаси ва Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳамкорлигида «Эндокринология-нинг долзарб муаммолари» мавзусида ёш олимларнинг ил-мий-амалий анжумани бўлиб ўтди.

Унда мамлакатимиз олимла-ри, ёш тадқиқотчилар билан бир қаторда хорижий мамлакатлар-дан ҳам етакчи мутахассислар иштирок этди.

Тадбир доирасида таълим масканлари, тиббиёт муасса-салари, маҳаллаларда тарғи-бот-ташвиқот ишлари, очиқ эшиклар кўни, тиббий савод-

хонлиқни оширишға оид суҳ-батлар, мулоқотлар ташкил этилди. Шунингдек, анъанаға мувофиқ юртимизда қандли диабетға қарши кураш ойлиғи ҳам кенг қўламда ўтказилмоқ-да. Анжуманда эндокринологи-янинг бугунги ҳолати истиқбо-ли, қандли диабет, бўқоқ касал-ликларининг олдини олиш ҳамда даволашдаги замонавий усуллар, нейроэндокринология-



нинг устувор масалалари каби ланди ва муҳокама қилинди. Собир МАЖИДОВ.

Семинар

ЗАМОНАВИЙ
ДИАГНОСТИКА
РИВОЖИ

Юртимизда ультратовуш тахлил аппарати, рентген, компьютер ва магнит резонанс томография сингари тиббиётнинг сўнгги ютуқларини ўзидан муассаслаштирган янги диагностика воситаларининг амалиётга кириб келиши касалликларни ўз вақтида аниқлаш, ногиронликнинг олдини олиш ва беморларни соғлом ҳаётга қайтариш борасида самарали натижаларни кўрсатмоқда.

Жорий йилнинг 12 ноябрь куни Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида диагностикада замонавий технологияларни қўллаш самараларига бағишланган илмий-амалий семинар бўлиб ўтди. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ташкил этилган маскур тадбирда мамлакатимиз олимлари, шифокорлар, ёш тадқиқотчилар билан бир қаторда МДХ мамлакатларидан келган мутахассислар ҳам иштирок этди.

Тадбирни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ўринбосари М. Хожибеков кириш сўзи билан очиб, тиббий-ижтимоий соҳада олиб борилаётган кенг қўламли ишловлар, тиббиёт муассасаларини замонавий диагностика воситалари билан таъминлаш ва моддий-техник базасини мустахкамлаш, тиббиёт ходимлари малакасини оширишга қаратилган ишлар тўғрисида тўхталиб ўтди.

Таъкидлаш жоизки, бу йўналишда амалга оширилаётган дастур ва лойиҳалар натижа-сида кўпгина касалликларни бир вақтнинг ўзида аниқлаш имкониятини берадиган замонавий лаборатория жиҳозлари, клиник тахлил воситалари билан жиҳозланган уч мингдан ортиқ кишлоқ врачлик пункти ва кўплаб оилавий поликлиникалар ташкил этилди. Шошилинч тиббий ёрдам кўрсатишга ихтисослашган шифохоналарнинг барчаси янги рентген диагностикасига асосланган воситалар билан таъминланди. Вилоятларда кўп тармоқли диагностика марказлари фаолияти йўлга қўйилди. Бундай ишлар юқумли касалликларнинг олдини олиш, онкологик касалликларни камайтириш ва ҳалқимиз саломатлигини мустахкамлашга хизмат қилмоқда.

Мамлакатимизда амалга оширилаётган «Саломатлик-1 ва 2» лойиҳалари доирасида бирламчи шифо муассасаларини замонавий диагностика воситалари билан таъминлаш ишлари янада кенгаймоқда. Флюорография ишларини янада такомиллаштириш, онкология соҳасида диагностикани ривожлантириш мақсадида ушбу йўналишда фаолият юритаётган диспансерлар рентген ва рақамли технологиялар асосида ишлайдиган таъшиш аппаратлари билан таъминланмоқда.

Анқуманда замонавий диагностика аппаратларини тиббиётнинг турли йўналишларида қўллаш назарияси ва амалиётига оид маърузалар тингланди.

Намоз ТОЛИПОВ.

Конспект врача

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПОЖИЛЫХ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Пневмония – острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссудации, выявляемой при физикальном и/или инструментальном исследовании, выраженной в различной степени лихорадочной реакцией и интоксикацией.

Пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний. Так, в России статистические показатели заболеваемости составляют 10-15%. Риск пневмонии среди лиц пожилого и старческого возраста в Москве (Россия) составляет 17,4%, а в США – 20-40%. По данным National Center for Health Statistics, у пожилых людей заболеваемость внебольничной пневмонией в 2 раза выше, чем у лиц молодого возраста. Частота госпитализаций при этом заболевании с возрастом увеличивается более чем в 10 раз. Летальность при пневмонии среди больных старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах, и достигает 10-15% при пневмококковых пневмониях.

Умение своевременно диагностировать и правильно лечить пневмонию требуется одинаково от всех врачей различных специальностей, деятельность которых непосредственно связана с курацией пожилых больных (терапевты, невропатологи, психиатры, хирурги и др.), поскольку пневмония у пожилых часто ассоциируется с различными сопутствующими заболеваниями, нередко с декомпенсацией фоновых заболеваний, протекает со скудной или атипичной клинической симптоматикой, что затрудняет своевременную диагностику, усложняет лечение больного и ухудшает прогноз заболевания.

Клиническое течение

Клинические проявления пневмонии складываются из легочной и внелегочной симптоматики.

Легочные проявления

При пневмонии у пожилых больных такие классические признаки, как притупление перкуторного звука, крепитация не всегда отчетливо выражены, а в ряде случаев отсутствуют. Это можно объяснить тем, что феномен уплотнения легочной ткани при пневмониях у пожилых не всегда достигает той степени, которая была бы достаточной для формирования указанных признаков. Часто имеющаяся у пожилых больных дегидратация, обусловленная различными причинами (поражение желудочно-кишечного тракта, опухолевый процесс, лечение диуретиками), ограничивает процессы экссудации в альвеолы, в связи с чем нарушается образование легочной инфильтрации. С другой стороны, у пожилых сложно однозначно трактовать выявленные при перкуссии и аускультации признаки в связи с наличием фоновой патологии (сердечная недостаточность, опухоли легкого, хронические obstructивные заболевания легких – ХОЗЛ). Так, перкуторную тупость при пневмонии трудно отличить от ателектаза, бронхиальное дыхание с наличием хрипов может быть следствием наличия пневмосклеротического участка, влажные мелкопузырчатые хрипы могут выслушиваться при наличии левожелудочковой недостаточности. Ошибочная интерпре-

тация аускультативных данных является наиболее частой причиной клинической гипердиагностики пневмонии у пожилых. Кашель, малопродуктивный или с отделением мокроты, является частым проявлением пневмонии, однако у ослабленных больных при угнетении кашлевого рефлекса (инсульт, болезнь Альцгеймера) может отсутствовать.

Характерным признаком пневмонии является одышка, которая может быть одним из основных (а иногда и единственным) из ее проявлений у лиц данной возрастной группы.

Внелегочная симптоматика

Лихорадка при пневмонии в пожилом и старческом возрасте наблюдается довольно часто (75-80%), хотя по сравнению с более молодыми пациентами заболевание чаще протекает с нормальной или даже пониженной температурой, что является прогностически менее благоприятным.

Частыми проявлениями пневмонии у пожилых являются нарушения со стороны ЦНС в виде апатии, сонливости, заторможенности, потери аппетита, спутанности сознания, вплоть до развития сопорозного состояния. Указанная симптоматика, особенно быстро развившаяся, заставляет врача подозревать острое нарушение мозгового кровообращения. В ряде случаев первыми проявлениями пневмонии становятся внезапное нарушение физической активности, развитие апатии, потеря интереса к окружающему миру, отказ от еды, недержание мочи. Подобные ситуации иногда ошибочно трактуют как проявление сенильной деменции.

Из клинических проявлений пневмонии у пожилых на первый план может выступать декомпенсация фоновых заболеваний. Так, у больных с ХОЗЛ клинические проявления пневмонии могут характеризоваться усилением кашля, появлением дыхательной недостаточности, что может ошибочно расцениваться как обострение хронического бронхита. При развитии пневмонии у больного с застойной сердечной недостаточностью последняя может прогрессировать и стать рефрактерной к лечению. Клиническими проявлениями пневмонии могут также быть декомпенсация сахарного диабета с развитием кетоацидоза у пожилых больных сахарным диабетом, появление признаков печеночной недостаточности у больных циррозом печени, развитие или прогрессирование почечной недостаточности у больных хроническим пиелонефритом.

Лейкоцитоз может отсутствовать у трети больных с пневмонией, что является неблагоприятным прогностическим признаком, особенно при наличии нейтрофильного сдвига. Данные лабораторные изменения не имеют возрастных особенностей.

Этиология внебольничной пневмонии

Классификация, наиболее полно отражающая особенности течения внебольничной пневмонии и позволяющая обосновать этио-

ропную терапию, построена по этиологическому принципу. Однако на практике уточнение этиологии пневмонии мало реально из-за недостаточной информативности и значительной продолжительности традиционных микробиологических исследований. В то же время лечение пневмонии должно быть начато неотложно при установлении клинического диагноза. Кроме того, по нашим данным, у 35% больных с внебольничной пневмонией отсутствует продуктивный кашель в ранние сроки заболевания (у пожилых – в 50% случаев и более).

В ряде случаев (20-45%) даже при наличии адекватных проб мокроты не удается выделить возбудителя. Таким образом, этиологический диагноз пневмонии на основании выделения возбудителя из мокроты не удается установить в рутинной клинической практике у большинства больных, а бактериемия при внебольничной пневмонии встречается не чаще чем в 25% случаев. Таким образом, основным подходом к лечению внебольничной пневмонии является выбор антибактериальных средств, который должен основываться на данных фармакоэпидемиологических исследований.

Внебольничную пневмонию могут вызывать практически все известные условно-патогенные микроорганизмы, однако этиология заболевания, как правило, непосредственно связана с нормальной микрофлорой верхних дыхательных путей. По данным фармакоэпидемиологических исследований, проведенных в последние годы за рубежом, наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у больных всех возрастных групп является **пневмококк** (*Streptococcus pneumoniae*), на долю которого приходится более 30% случаев заболевания. Вторым по частоте (8-25%) возбудителем является **гемофильная палочка** (*Haemophilus influenzae*). **Атипичные микроорганизмы (микоплазмы и хламидии)** занимают третье место, однако они преимущественно встречаются у молодых и среднего возраста. Для больных пожилого возраста эти возбудители не характерны. Другие микроорганизмы – **стафилококки, грамотрицательные бактерии, легионелла** – выявляются с частотой 5-7%.

На основании клинической картины заболевания и данных обследования больного не представляется возможным судить об этиологии пневмонии, хотя с учетом предрасполагающих факторов или возникающих осложнений можно сделать предположение о вероятных возбудителях. Это может иметь определяющее значение в выборе оптимального антибактериального средства.

Антибактериальные средства, применяющиеся для лечения внебольничной пневмонии

Макролиды в настоящее время рассматриваются как ведущие средства при лечении внебольничной пневмонии нетяжелого течения у детей и больных молодого и среднего возраста из-за их высокой активности в отношении микоплазм и хламидий, наряду с типичными бактериальными возбудителями.

Однако у больных пожилого возраста значение макролидов ограничено из-за особенностей спектра возбудителей. Кроме того, в последние годы отмечено увеличение резистентности пневмококков и гемофильной палочки к макролидам. Макролиды у пожилых следует назначать при тяжелой пневмонии в сочетании с цефалоспорином III поколения.

Аминогликозиды не действуют на основную возбудитель внебольничной пневмонии – *S. Pneumoniae*, обладающий слабой активностью в отношении других распространенных возбудителей – *H. Influenzae*, *K. Pneumoniae*. Часто практикующееся в амбулаторной практике назначение аминогликозидов для лечения внебольничной пневмонии следует считать ошибочным.

Форхинолоны. Препараты I поколения не нашли широкого применения при лечении внебольничной пневмонии из-за невысокой активности в отношении основного возбудителя – *S. Pneumoniae*. Препараты нового поколения форхинолонов обладают более высокой активностью в отношении этого возбудителя, в связи с чем рассматриваются как потенциально ведущие средства при внебольничной пневмонии, однако требуется проведение дополнительных исследований.

Программа эмпирической антибактериальной терапии

В целях оптимизации антибактериальной терапии целесообразно выделить несколько подгрупп среди больных пожилого возраста – у амбулаторных больных в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей патологии, у госпитализированных больных – в зависимости от тяжести течения и наличия осложнений. Это деление обусловлено различием в спектре предполагаемых возбудителей.

До начала антибактериальной терапии у всех госпитализированных больных обязательен забор двух проб крови для исследования гемокультуры и забор мокроты (при ее наличии) для окраски микроскопии окрашенного препарата и культурального выделения возбудителей. У амбулаторных больных бактериологическое исследование крови и мокроты нецелесообразно.

При неосложненной внебольничной пневмонии антибактериальная терапия может быть завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела (в течение 3-4 дней). При таком подходе длительность лечения обычно составляет от 5 до 10 дней. При стафилококковых пневмониях целесообразна более длительная антибактериальная терапия – в течение 10-14 дней. Длительность антибактериальной терапии осложненных внебольничных пневмоний у пожилых определяется индивидуально, например, при абсцедирующей пневмонии ее предпочтительно проводить в течение 14-21 дня, причем по достижении первоначального эффекта смена антибиотика в пределах указанной длительности лечения нецелесообразна.

Ш. АХМЕДОВ,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.

Врач конспекти

СТАБИЛ ВА НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯНИНГ ТАСНИФИ,
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ СТАНДАРТЛАРИ

(Охири. Боши ўтган сонларда).

2. Миокард инфаркти ёки ўлим рўй
бериш паст хавфига эга пациентларБу тоифага динамик кузатув даврида:
- кўрак қафасида огриклар такрорлан-
маган;- тропинин ёки миокард некрозининг
ўзига хос биокимёвий маркерлари микдо-
ри ошиши қайд этилмаган;- инферсия бўлган Т тийшлар, текислан-
ган Т тийшлар ёки нормал ЭКГ фониди ST
сегменти депрессияси ёки кўтарилиши юз
бермаган беморлар киритилди.2. Стационарда беморни
олиб бориш тактикаси

Амалий вазиятдан келиб чиққан ҳолда,
ўткир коронар синдром (ностабил стенокар-
дия)нинг у ёки бошқа варианты билан хас-
таланган беморларни олиб боришда шифо-
кор тактикасини аниқлаш учун бемор бил-
лан биринчи мулоқотдаёқ ST сегменти эл-
евацияси ёки депрессияси мавжудлиги прин-
ципиал равишда муҳимдир. ST сегменти-
нинг элвацияси коронар тромбоз ривож-
ланишининг яқунловчи босқичлари кечаёт-
ганидан – миокарднинг трансмурал шикас-
ланиши билан фибрилли тромб шаклан-
гани ҳақида далолат беради ва тромболи-
тик терапия ёки коронар ангиопластикани
шошилиш равишида ўтказиш учун кўрсатма
бўлиб хизмат қилади. Бошқа гуруҳ бемор-
лар – ST сегментининг элвациясиз бемор-
лар кам самаралилигини кўзда тутиб,
тромболизис ўтказилишига муҳтож эмас ва
антикоагулянтлар ҳамда антитромбоцитар
препаратларни қўллаш билан олиб бори-
лади. Бундай тафовут бугунги кунда умум-
тан олинган ҳисобланиб, аскарийат клиник
тадқиқотларни режалаштириш ва ўтказиш-
да қўлланилади.

3. Стенокардия

дестабилизациясининг олдини олиш
мақсадида беморларни амбулатория
шароитида олиб бориш

Атеросклероз авж олишининг анъанавий
хавф омиллари – липидлар алмашинуви бу-
зилиши, артериал гипертензия, чекиш ва но-
тўғри турмуш тарзи, қандли диабетни кор-
рекция қилиш замонавий кардиологиянинг
энг муҳим вазифаларидан бири бўлиб қол-
моқда. Бироқ, липидлар алмашинуви бузи-
лишларини адекват таҳлил этиш учун қонда
нафақат УХС микдорини, балки паст зичли-
даги липопротеинлар ҳолестерини – ПЗЛП-
ХС, юқори зичлидаги липопротеинлар ҳолес-
терини – ЮЗЛП-ХС микдорини, уларнинг
ўзаро нисбатини, атерогенлик индексини,
триглицеридлар (ТТ) микдорини баҳолаш
ҳамда липопротеинлар ва липопротеин
(а)нинг транспорт функцияси узвий боғлиқ
бўлган apo-B/apo-A нисбатини баҳолаш ўта
муҳимдир. ЛП (а)нинг ошган микдори ЮА
илк ривожланиши билан мўъассамлашган:
мураккаб тадқиқотларнинг маълумотларига
қўра, ЮАК билан хасталанган 50 фоиз бе-
морда, назорат гуруҳидаги 17 фоизга нисба-
тан 40 мг/л дан юқори ЛП (а) микдорида
эга бўлган. Қонда ЛП (а) концентрацияси-
нинг ошиши атеросклерознинг мураккаб
хавф омил ҳисобланади.

Сунтти йилларда ЮАК ва унинг асорат-
лари ривожланиш жараёнида кўзгатуви
омил сифатида ялғиланишининг роли
муаммоси фаол муҳофиза қилинмоқда.
ЮАКнинг авж олишлари асосида атеро-
склеротик бляшка дестабилизацияси ётади,
бу кўп ҳафталар унда кечаётган ялғиланиш
жараёнилари билан боғлиқ (Ross R., 1999).
Ностабил стенокардия билан хасталанган
беморларда тизимли қон ҳавзасида ялғил-
ланиш фаоллашуви билан белгилари аниқла-
нади: хусусан, С-реактив оқсил микдори,
интерлейкин-6нинг ошиши ва бошқалар, шу
билан бирга бу миокард некрози билан боғ-
лиқ эмас, зеро кардиоспецифик маркерлар
– тропонин Т ва креатинин фосфокреатини-
нинг микдори меъёр даражаларида қолган.
С-реактив оқсил концентрациясининг оши-
ши, беморлар госпитализация даврининг
ошиши, стенокардия дестабилизацияси
частотасини ва аортаторонар шунтирлаш-
га эҳтиёжининг ортиши, МИ ривожланиши
ва шунингдек қўққисидан ўлим каби нохуш
прогностик факторларнинг ривожланиши
билан қўшилиб кетади (Luzzo G. et al., 1994).

Стенокардия дестабилизациясининг
бирламчи профилактикаси:

1. Артериал босим назорати: медикамен-
тоз ва нонмедикаментоз усуллари;
2. Парҳез ва даво чора-тадбирлари билан
липид алмашинувини меъёрлаштириш;
3. Зарарли одатлардан воз кечиш (чекиш,
гиподинамия ва бошқа);
4. Парҳез ва даво чора-тадбирлари билан
глюкозанинг қондаги микдорини назорат
қилиш.

Стенокардия дестабилизациясининг
иккиламчи профилактикаси:

1. Аспирин, клопидогрель

Аспириннинг таъсир механизми циклоок-
сигеназа ингибиторидир ва энг кучли про-
агрегантлардан бири – тромбоскан А₂-син-
тези бартаф этилиши билан боғлиқ.

Аспириннинг ўткир миокард инфаркти ке-
чиши ва хотимагага ижобий таъсирининг энг
ишонарли далиллари йирик халқаро тадқи-
қотлардан бири ISIS-2 да (Second International
Study of Infarct Survival, 1988 й.) олинган эди.
Бу тадқиқотларга ўткир миокард инфарктига
гумон қилинган 17 минг бемор киритилган-
ди. Аспирин суткада 162,5 мг дозада 1 ой
давомида буюрилганда ҳамда стрептокина-
за аспирин билан комбинацияда буюрилган-
да ўлим мос равишда 23 фоиз ва 42 фоизга
камайдди. Шундай қилиб, аспирин 325 мг сут-
калик дозада (160-325 мг/сут) ўткир коронар
синдромнинг барча клиник кўринишларини
даволаш учун юқори самарали восита экан
ва касаллик бошланиш вақти илк муддатлар-
дан бошлаб қўлланилиши керак. Иккиламчи
профилактика учун қўлланиладиган препарат
сифатида аспирин 165 мг дан камроқ сутка-
лик дозада ишлатилиши мумкин.

Клопидогрель (плавикс) – тромбоцитлар-
нинг АДФ-индукцияланган агрегациясининг
энг кучли ингибиторидир, унинг таъсирида
фибриногенни тромбоцитларнинг рецептор-
лари IIb/IIIa билан боғланиши камайдди, кло-
пидогрель тромбоцитлар агрегацияси жараё-
нида IIb/IIIa рецепторларнинг, клопидогрель
тромбоцитлар агрегацияси жараёнида IIb/IIIa
рецепторларнинг фаоллашув жараёнига таъсир
этади. Клопидогрель – атеро тромбознинг
юқори хавфи билан ва аспиринни ўзлаштира-
олмайдиган ёки унинг қўлланилишига қарши
кўрсатмалари бор беморларда иккиламчи про-
филактика воситасидир. Хозирги вақтга қадар
иккиламчи профилактика воситаси сифатида
клопидогрель самарадорлигини ўрганиш учун
ўтказилган қийёсий клиник тадқиқотлар –
CAPRIE (Clopidogrel vs Aspirin in Patients at Risk
of Ischaemic Events) тугатилган. Унда етарли
даражада қатта материал (19185 бемор)да
клопидогрелнинг аспириндан афзалликлари
намоён этилган (асосий қон томир ҳолатла-
ри хавфининг камайиши – ишемик инсульт,
миокард инфаркти, қўққисидан ўлимнинг
аспирин гуруҳига нисбатан 8,7 фоизга кама-
йиши қайд этилган, p=0,043).

2. Бета-адреноблокаторлар ва
самарали антиаггениал терапия

Ностабил стенокардия билан хасталанган
барча беморларни даволашда ҳозирги вақт-
да бета-блокаторларни базис препарат деб
ҳисоблаш қабул қилинган. Бета-блокаторлар-
нинг антиишемик таъсири миокарднинг кис-
лородга эҳтиёжи пасайиши билан (ЮУС су-
сайиши ва юрак қисқарувчанлигининг кама-
йиши ҳисоби) ва диастола босқичида мио-
кард перфузиясининг яхшиланиши билан на-
моён бўлади. Бета-блокаторлар, агар мио-
кард инфаркти ўтказган беморларда, улар-
нинг самарадорлигидан келиб чиқадиган бўлса,
ЮАКнинг барча кўринишлари терапия-
сининг асосий компоненти ҳисобланади.

Узоқ таъсир давомийлигига эга (биспро-
лол, метопролол – Корвитол, атенолол) ва
айниқса қўшимча қон томирларини кенгай-
тувчи хоссасига эга (Небивалол-Небилет)
селектив бета-адреноблокаторлар энг хавф-
сиз ва клиник амалиётда кенг қўлланила-
диган воситалар ҳисобланади. Бета-адрено-
блокаторлар билан бир қаторда, оптимал ан-
гиагениал самарага эришиш учун нитратлар
(оликард, моносон, кардикет, мономак) ва
кальций антагонистлари (амлодипин ва бош-
қалар) қўлланилади.

3. ААФ ингибиторлари

Юрак қон-томир касаллиқларининг умум-
ман ва ностабил стенокардия хусусан ривож-
ланиши учун эндотелийнинг катта аҳамияти-
дан келиб чиққан ҳолда, ААФнинг асосий
қисми эндотелиал ҳужайраларнинг мембра-
наларида жойлашганини қайд этиш мумкин,
V.Dzau маълумотларига қўра, ренин ангио-

тензин альдостерон тизими РААТ бутун ҳаж-
мининг 90 фоизи аъзо ва тўқималарга тўғри
келади (10 фоиз плазмага тўғри келади), улар
орасида қон томир эндотелийи биринчи
ўрини эгаллайди, шунинг учун РААТнинг ги-
перфаоллиги эндотелиал дисфункциянинг
бетақор атрибутидир.

Эндотелиал дисфункцияга ҳаққоний таъсир
этиш йўллари билан беморларда бузилган
брадикинг метаболизмининг тиклаш билан
боғлиқ, ААФ ингибиторлари қўлланиши бил-
лан эришиладиган тўқима (эндотелиал) ААФ
блокадаси, нафақат АА синтези камайишига,
балки брадикинг деградацияси секинлаши-
шига ҳам олиб келади. Шу билан бирга, бу
йўналишда тўқимавий (эндотелиал) РААТга
юқори яқинлиқка эга бўлган ААФ ингибитор-
лари энг катта "ютуқ"қа эга, энг аввало, пе-
риндоприл, рамиприл ва винаприл. Хусусан,
НОРЕ тадқиқотларида ўта ёқин натижаларга
эришилган бўлиб, юрак қон-томирлари
асоратларини юқори хавфи билан 9,5 нинг
беморни рамиприл билан даволаш юрак қон-
томир касаллиқлари оқибатидаги хавфини
ўртача 25 фоизга, МИ ривожланиши 20 фо-
изга камайишига олиб келди, инсультнинг
ажал хавфи 31 фоизга, аорто-коронар
шунтирлашга эҳтиёж – 16 фоизга ва қандли
диабетнинг ривожланиши хавфи эса 32 фоиз-
га камайдди. Даволашнинг бу даражадаги
юқори самарадорлигини рамиприл тўқима
(эндотелиал)нинг РААТга ва эндотелиал дис-
функцияга таъсир этиш қобилияти билан ту-
шунтирилади (Prasad A., 1996). EUROPA тад-
қиқотида шунга ўхшаш таъсирни асосан тўқима-
вий таъсирга эга бўлган ингибитор-перин-
доприл намоён этди юрак қон-томир касал-
ликлари оқибатидаги ўлим ва ўткир миокард
инфаркти 20 фоизга камайдди, сурункали юрак
етишмовчилигининг ривожланиши эса 39
фоизга камайдди.

ААФнинг танкили ингибиторлари ораси-
да тўқимавий РААТга энг катта яқинлиқка ви-
наприл эга бўлиб, тўқимага яқинлиқ кўрсат-
кичи бўйича периндоприлдан 2 марта, ра-
миприлдан 3 баробар ва эналаприлдан
15 марта устун экан (Fabriz B. Et al.).

Бинобарин, ААФ ингибиторлари ораси-
да эндотелиал дисфункцияни тиклаш
учун энг самаралилари тўқимавий
РААТга юқори яқинлиқка эга бўлган пре-
паратлар ҳисобланади.

4. Статинлар

Статинлар қўлланилиши билан холестерин
микдорини камайтириш, зўриқиш стенокар-
дияси билан хасталанган беморларда ўлим-
ни ва бошқа ишемик юрак қон-томир асо-
ратларини камайтиришда узоқ муддатли
стратегия ҳисобланади. Аммо, статинларни
юрак қон-томир касаллиқларининг хотима-
сига ижобий таъсири нафақат қондаги ли-
пидлар микдорини меъёрлаштириш билан,
балки қатор бошқа, энг илк "қон томир" са-
маралари билан боғлиқ. Уларга эндотелия
дисфункцияга, вазомотор функцияга, ялғил-
ланиш жараёнига, силлиқ мушак ҳужай-
ралари пролиферациясига ва атеросклеро-
тик бляшка қопламасининг стабиллигига
таъсирини киритиш мумкин. Бу самаралар
ностабил стенокардиянинг илк даврлари-
да янада ижобийдир.

Статинларнинг глейотроп таъсири хусуси-
даги гипотеза MIRACL кўп марказли тадқиқот-
ларида ҳам ўз тасдиқини топти (12). Тадқи-
қотнинг асосий мақсади – бугунги кунда та-
ниқли статинлар орасида энг кучли гипоти-
пидемик самарага эга аторвастатиннинг эрта
қўлланиши, ўткир коронар синдромда ўлим
ва юрак қон-томир асоратларини камайти-
риш хусусиятига эгалигини аниқлашдир. Тад-
қиқотга ўткир коронар синдром (ностабил
стенокардия ва Q тишисиз ўткир миокард ин-
фаркти билан) 3086 нафар бемор киритил-
ди. Аторвастатин билан плацебо препаратни ста-
ционарда тушгандан сўнг, илк 24-96 соатлар-
да буюрилди ва даволаш 4 ой давомида да-
вом эттирилди. Фон терапияси аспирин, ге-
парин, нитратлар ва бета-адреноблокатор-
ларни ўз ичига олди. Даволаш фонда холес-
терин микдори аторвастатин гуруҳида 124 мг/

фл дан 72 мг/дл (40 фоиз)гача пасайди, пла-
цебо гуруҳида эса бироз кўтарилади (12
фоиз). Қисқа даво муддатига қарамадан,
бирламчи яқуний нукталар (ўлим, нопатал
ўткир миокард инфаркти, юрак тўхтаб қоли-
ши реанимация ва миокарднинг такрорий
ўткир ишемияси шошилиш госпитализация-
нинг зарурати билан) аторвастатин гуруҳи-
да 16 фоизга паст бўлди. Қайд этиш ло-
зимки, аторвастатиннинг асосий афзалли-
ги ўткир коронар синдром такрорий ривож-
ланиши оқибатида шошилиш госпитализа-
циялар сони кескин камайиши ҳисоблана-
ди (26 фоизга камайган). Иккиламчи яқуний
нукталар орасида нопатал инсульт ривож-
ланиши частотасида сезиларли фарқ – пла-
цебо гуруҳидаги 22 тага нисбатан аторваста-
тин гуруҳида 9 ҳолат, шунингдек фатал
ва нопатал инсультнинг йиғиндисига қўра,
аторвастатинда 12 ва плацебо гуруҳида
эса 24 ҳолат қайд этилган. Таъкидлаш ло-
зимки, аторвастатин билан даволашнинг
ининг афзаллиги паст зичлидаги холес-
териннинг дастлабки ўртача кўтарилиган мик-
дори – 124 мг/дл (3,2 ммол/л) билан бе-
морларда, яъни яқинчага статинлар бую-
рилиши мақсада мувофиқлиги шубҳа ос-
тига олинган беморларда намоён этил-
ган.

Шундай қилиб, аторвастатинни но-
стабил стенокардиянинг ёки Q тишисиз
миокард инфарктининг ўткир босқичи-
да, ҳаттоки паст зичлидаги липопротеи-
дларнинг микдори муътадил ошмишида
ва унча узоқ давом этмаган даво курси
(4 ой) давомида буюрилиши, миокард-
нинг такрорий ўткир ишемияси ҳамда
қатор бошқа юрак қон-томир асоратла-
ри хавфини, жумладан фатал ва нопатал
инсультнинг ривожланиш хавфини
яқиний равишда пасайтиришга имкон
қилади. Тадқиқотларимизнинг натижалари
таъкидланганидек, ялғилланишга қарши са-
маралари ностабил стенокардияда атор-
вастатинни даво таъсир механизмидаги эҳти-
мо энг илк таъсирлари бўлса керак.

5. Пастмолекуляр гепаринларнинг
(ПМГ) ностабил стенокардия ва
асоратларнинг олдини
олишдаги роли

ПМГнинг таъсир механизми қон ивиш
тизимининг асосий ферменти – тромбин
хосил бўлишдан олдинги коагуляция бос-
қичидаги қон ивишининг Ха-омилининг ол-
динги инактивацияси билан боғлиқдир.
Бугунги кунга келиб, ностабил стенокар-
дия ва Q тишисиз УМИда фракцияланмаган
гепарин билан урта ПМГ қўйилган: даль-
тепарин (FRAIS тадқиқоти, 1997 й.), надро-
парин (FRAIS тадқиқоти, 1997 й.) ва энко-
сапорин (ESSENCE, 1997 й. ва TIMI 11B 1999
й. тадқиқотлари). Тадқиқотларнинг натижа-
ларига қўра, қўйсанаётган ПМГлар ораси-
да энг юқори самарадорлиқни энкосапарин
(савдо номи – Клексан) намоён этди. Ху-
сусан, ESSENCE тадқиқотида энкосапарин
самарадорлида оддий фракцияланмаган
гепарин инфузиясидан анча ишонли усту-
нлигини ҳамда касаллиқнинг ўткир босқичида
– асосий коронар ҳолатларнинг хавфини ку-
затувиинг 14-суткасида келиб 16,2 фоизга
пасайишда ҳамда 30 кун ва 1 йилдан сўнгги
тахлилда қўрсатди: гуруҳлардаги фарқ мос
равишда 15,1 фоиз ва 10,4 фоизни ташкил
этди. Ностабил стенокардия ёш миокард
инфаркти билан хасталанган 3910 нафар бе-
мор иштирок этган TIMI 11B тадқиқотларда
асосий коронар ҳолатлар (бирламчи яқуний
нукталар – ўлим, миокард инфаркти ривож-
ланиши, ургент реваскуляризация)ни бар-
тараф этишдаги самарадорлиқда энкоса-
парин оддий гепариндан яққол устуллиги
аниқланди.

Шундай қилиб, бугунги кунда да-
лиллаларга асосланган тиббийёт нуктаи
назаридан ПМГнинг, биринчи навбат-
да Клексаннинг ўткир коронар син-
дромлар (ностабил стенокардия ва Q
тишисиз миокард инфаркти)ни даво-
лашда юқори самарадорлиги аниқла-
нади.

Равшанбек ҚУРБОНОВ,

тиббийёт фанлари доктори, профессор, Республика ихтисослаштирилган
кардиология маркази директори,

Александр ШЕК,

тиббийёт фанлари доктори, Республика ихтисослаштирилган
кардиология маркази директор муовини.



В помощь врачу общей практики

МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

С давних пор известно о том, что туберкулез является инфекционным заболеванием. В 1882 году Робертом Кохом был открыт возбудитель туберкулеза – туберкулезная палочка. Лечение антибактериальными препаратами началось с середины прошлого века. Но вскоре было доказано, что при использовании одного препарата (монотерапия), после некоторого улучшения общего состояния больного наблюдалось прогрессирование болезни. В дальнейшем применялись комбинации нескольких противотуберкулезных препаратов, что предотвращало развитие устойчивости к ним и создавало возможность вылечить резистентные формы туберкулеза.

Полученные результаты и успехи позволили думать о том, что туберкулез будет побежден. Но в конце 80-х годов фтизиатры всего мира чаще стали определять одну из разновидностей полирезистентного туберкулеза – множественную устойчивость.

В последние годы и в нашей республике стали регистрировать множественную лекарственную устойчивость. Она встречается у впервые выявленных больных, но чаще у ранее леченых.

Что такое мультирезистентный туберкулез?

Мультирезистентная устойчивость – это разновидность множественной лекарственной устойчивости, когда имеется устойчивость микобактерий туберкулеза к наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам. Причиной развития мультирезистентного туберкулеза легких является нерегулярное и неправильное лечение противотуберкулезными препаратами.

Устойчивость одновременно к двум основным, наиболее эффективным препаратам значительно влияет на эффективность лечения. Лечение таких больных длительное, а используемые препараты менее эффективны и более токсичны.

Причины возникновения мультирезистентного туберкулеза.

В данном контексте важное значение имеет то, что больной туберкулезом должен строго соблюдать назначенный ему режим и длительность лечения. Иногда после улучшения самочувствия или исчезновения симптомов болезни пациент самовольно прерывает лечение или лечится нерегулярно. Некачественное, нерегулярное и незавершенное лечение туберкулеза приводит к развитию множественной лекарственной устойчивости. В результате у таких больных улучшения от применения стандартных режимов лечения не наблюдается. Они продолжают быть бактериемичными (заразными для окружающих): при кашле, чихании и беседе в окружающую среду ими распространяются микобактерии туберкулеза. От таких больных могут заболеть как взрослые, так и дети.

Лечение мультирезистентного туберкулеза.

Больных туберкулезом с чувствительными микобактериями к противотуберкулезным препаратам первого ряда можно вылечить в течение 6-8 месяцев. Мультирезистентный туберкулез тоже можно вылечить, но для этого потребуются длительное лечение – от 18 месяцев до 2-х лет. Для лечения таких больных используются препараты второго ряда.

Каждому больному мультирезистентным туберкулезом с учетом лекарственной чувствительности микобактерий назначают режим лечения 5-7 пре-

паратами, в соответствии с данными результатов чувствительности.

Противотуберкулезные препараты второго ряда при лечении мультирезистентного туберкулеза могут вызвать нежелательные побочные явления: тошноту, понижение аппетита, понос, понижение слуха, боли в суставах, расстройства со стороны нервной системы. Обычно такие проявления побочных реакций часто наблюдаются в первые 2-3 недели от начала лечения, позже – реже. При этом очень важно немедленно информировать своего лечащего врача или медицинскую сестру, которая выдает препараты о побочных явлениях. Отмена назначенных препаратов нежелательна.

На эффективность лечения заболевания отрицательно влияют перерывы в процессе лечения из-за кажущегося улучшения самочувствия, несознательности больного и различных социально-экономических условий. Частые перерывы во время лечения могут привести к прогрессированию процесса, в результате чего болезнь становится трудно излечимой. При этом нарастает резистентность к противотуберкулезным препаратам. Поэтому, хотя клинически самочувствие и общее состояние пациента улучшаются, необходимо продолжать лечение, не прерывая. Необходимо помнить, что в организме больного еще сохраняются жизнеспособные микобактерии, которые могут вызвать обострение туберкулеза.

Существует ряд правил, которых должен придерживаться пациент:

- необходимо выполнять назначения врача, регулярно принимая все препараты;
- при возникновении побочных реакций немедленно сообщать лечащему врачу;
- после приема препаратов по возможности сохранять физическую активность (например, совершая ежедневные прогулки);
- принимать калорийную пищу;
- верить в выздоровление.

Особо важное правило: курение, употребление алкоголя и наркотиков отрицательно влияют на переносимость препаратов и мешают выздоровлению.

Больные мультирезистентным туберкулезом будут находиться в стационаре до полного улучшения общего состояния и исчезновения микобактерий туберкулеза бактериоскопически и методом посева. Далее лечение продолжают амбулаторно, получая эти же препараты, ежедневно посещая медицинские учреждения, принимая препараты непосредственно под наблюдением медсестры. Применение препаратов под наблюдением медицинского персонала стационара и амбулаторно дает возможность рано выявлять и устранять побочные реакции на противотуберкулезные препараты и тем самым повысить эффект лечения.

Терпение больного, его сила воли, желание вылечиться и успешно устранить побочные реакции очень важны для того, чтобы лечение мультирезистентного туберкулеза было эффективным.

Ш. САИДОВА,
кандидат медицинских наук.

Признание

ПРЕДАННАЯ СВОЕЙ ПРОФЕССИИ



Еще с самого раннего детства, как только малыш получает информацию о существующих профессиях, он уже мечтает о том, кем станет, когда вырастет. Зачастую в течение жизни выбор может кардинально меняться, но бывает и такое, что желания ребенка сохраняются, и он становится тем, кем мечтал стать еще в детстве. Любовь к своей профессии, появившаяся очень давно и пронесенная через время, приводит только к хорошим результатам. Тем более, когда речь идет о врачах – любовь к профессии у них является основополагающим фактором успешной работы. Об одном из таких людей, преданных своему делу и своим пациентам, пойдет речь в этой статье.

Зоя Анатольевна Дмитренко родилась в семье служащих. Будучи прилежной и старательной ученицей, по окончании школы в 1970 году Зоя Анатольевна поступила в Андижанский государственный медицинский институт имени Калинина. Она с детства мечтала стать врачом, помогать людям, имеющим проблемы со здоровьем. Движимая столь благородными целями, Зоя Дмитренко окончила институт в 1976 году, после чего начала свои первые профессиональные шаги. Пройдя интернатуру в областной больнице, начинающий доктор устроилась участковым врачом в поликлинику №3. Уже в этом можно разглядеть боевой характер Зои Анатольевны, не привыкшей искать легких путей, способной достигать своей цели, не боясь и не отступая перед какими-либо трудностями. Работа участкового врача очень сложна. Ему приходится иметь дело с большим количеством людей, находить общий язык с каждым из обращающихся пациентов, быть терпимым к возникающим у них вопросам. Помимо всего прочего, просто необходим багаж профессиональных знаний, так как участковый врач сталкивается в своей практике с самыми разнообразными заболеваниями. Зоя Анатольевна проработала на этом

посту 15 лет, где ее по-прежнему вспоминают как доброго, отзывчивого человека, добросовестно и с любовью выполняющего свою работу.

Как правило, талантливые люди зачастую имеют способности в разных сферах. Зоя Дмитренко не стала исключением. Будучи активной девочкой, еще со школьной скамьи она принимала участие в общественной жизни, была удостоена многих почетных наград и премий. Статья, посвященная ей и ее профессиональной деятельности, была опубликована в газете "Андижанская правда". Об ее организаторских способностях в коллективе говорят все, кто когда-либо имел возможность работать с ней вместе.

В дополнение ко всем достижениям, доктор Дмитренко является преданной женой и заботливой матерью двоих сыновей. Несмотря на профессиональные хлопоты, она всегда находит время, чтобы провести его с семьей.

Сегодня Зоя Дмитренко продолжает активно работать в Андижанской областной больнице реабилитации, движимая все той же благородной целью помощи людям. Я хочу от всей души пожелать ей профессионального развития, семейной гармонии и, конечно, здоровья.

Жалолоддин ТУРДИЕВ,
г. Андижан.

Миннатдорчилик

ЭЗГУ НИЯТЛАРИМ СИЗЛАРГА

Авалло, Юртбошимизга ўз миннатдорчилигини билдиранам. Кейинги пайларда инсонлар саломатлиги йўлида қайғуриб, тиббиёт муассасаларида беморлар даволаниши учун кенг шaroит ва имкониятларни яратиб бермоқдалар. Шу боис, республикамиздаги қўллаб-шифоқонлар замон талаблари даражасида бўлиб, малакали кадрлар билан таъминланмоқда. Қайси бир шифо маскани бўлмалки, у ердаги тиббиёт ходимларининг билимдонлиги ва ҳушмуомалилиги дилимизни ҳушнуд этмоқда. Қўзларимдаги севинч ёшлари билан ўзининг эътирофи дил сўзларимни қуйдаги шифоқонларга кечаю кундуз тиним билмай, виждонан меҳнат қилаётган шифокор ва ҳамшираларга йўллайман.

Опам Фотиμα Отабоева 70 ёшда. У киши Сирдарё вилояти, Музробод туманининг Богистон посёлқасида истиқомат қилади. Кейинги пайларда опам сурункали буйрак касаллигидан азият чеки. Ушбу дарддан фориғ бўлиш учун Фотиμα опамни Сирдарё вилоят қўнтармоқли тиббиёт марказига олиб бордик. У ерда қўрсатилган тезкор муолажалар

туфайли опам оёққа тургач, юрак хасталиги ҳам хуруж қила бошлади. Тажрибали шифокорлар бор билимларини ишга солиб, опамни дарддан халос эттиди. Сурункали буйрак етишмовчилиги касаллигини бартаф этишда тиббиёт маркази шифокори Қарҳоман Усмонов ҳамда ўз касбининг моҳир устаси бўлган Саид Шодиевнинг опамдаги юрак хасталигини даволашдаги меҳнатлари катта бўлди. Биз ушбу қалби пок, малакали тиббиёт ходимларига ўз миннатдорчилигини билдириб қоламиз.

Шунингдек, мени соғлигим учун доимо қайғуриб, даво муолажаларини ўз вақтида бериб келаётган Андижон тиббиёт институти клиникасида меҳнат қилаётган тажрибали шифокор Хусанбой Мусаайхоевга ҳам дил изҳоримни йўлламоқчиман.

Республикамиздаги барча тиббиёт ходимларининг масъулияти аммо шарафли ишларига омадлар тилаб, қўлингиз ҳеч қачон дард қўрмасин деб қолам.

Тошмуҳаммад ҲОЗЗАЛИЕВ,
Наманган вилояти, Ўйчи тумани,
Қизработ маҳалласи,
1-гурух ногирони.

Хурматли муштарийлар!

Сизга маълумки, расмий веб-сайтимиз (www.uzssgzt.uz) фаолият бошлагандан буён доимий равишда газетадаги мақолаларни интернет шаҳфаларида эълон қилиб келмоқдамиз. Сиз Ўзбекистон Республикаси Президенти Фармон ва Қарорлари, шунингдек, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг барча буйруқ ва меъёрий ҳужжатлар матнини «Расмий ҳужжатлар» бўлимидан топиш имкониятига эгадир. Ундан ташқари, сизда таҳририят билан яқин ҳамкорлик қилиш исhtiги бўлса, uzss@med.uz, uzss@yandex.ru, uzss@inbox.ru манзилига хатлар йўллашингиз мумкин.

Ёш ота-оналарга маслаҳат

БОЛА РИВОЖЛАНИШНИНГ УЧ БОСҚИЧИ

Фарзандингиз ҳаётининг биринчи йили давомиди тез ўсади, ривожланади ва шунингдек, тез ўзгаради. У туғилгандан кейин секин-аста барча нарсани мустақил равишда, ёрдамнингизда ҳис қилишни, ўтиришни, эмаклашни ва юришни ўргана бошлайди. Бола улғая бошлаган сари, унинг талаблари ҳам ўзгара бошлайди. Боланинг ота-онаси сифатида у асосан қандай босқичлардан ўтиши, организми ҳаётининг биринчи йили давомиди қандай ривожланиши ва ривожланишнинг ҳар бир босқичи хусусиятлари ҳақида билишингиз зарур.

Биринчи босқич – бола онанинг қорнида 9 ой бўлиб, у туғилиши билан бошланиб, бола атрофдаги барча янгиликларга қўнқунча, тахминан икки ой давом этади.

Иккинчи босқич – атроф-муҳитни ўрганиш вақти, бола организмнинг ҳаракатланиш қobiliяти тез ривожланади.

Учинчи босқич – бу вақт бола оёққа туришга ҳаракат қилади ва ўзининг биринчи қадамини қўяди. Энди у бўйи етadиган даражада атрофини ўраб турган нарсаларни ўргана бошлайди.

1-босқич

Бола ташқи дунёни ҳис қилиш орқали била бошлайди, шу вақтга келиб унинг қўриш қobiliяти тамоман шаклланиб бўлади, у қорнида ётганна бошини кўтаришга ҳаракат қилади, биринчи марта сизга жилмайдими ҳам. Янги туғилган чақалоқнинг сезиш қobiliяти эндигина янги шароитга мослаша бошлайди. Бу вақтда сезиш қobiliяти жудда катта роль ўйнайди, негаки бола фақат тери орқали атрофдаги олам ҳақида маълумот тўплайди. Боланинг тери қопламаси катталариникига қараганда бир неча марта нозикроқ, шунинг учун у алоҳида ва майин парвариш талаб қилади.

2-босқич

Бу эса бола ҳаётининг энг фаол даври бўлиб, у атрофдаги оламни ҳаракатда ўргана бошлайди: ўтиришга ҳаракат қилади, ағдарилиб кўради, эмакламоқчи бўлади. Боланинг кўпроқ ҳаракат қилаётганини ва шу билан бирга, ҳеч қўтилмаган ҳолларга тушганини ҳам кўрасиз. У айланади, эмаклайди, ҳатто оёғи осмондан бўлиб ағдарилиб қолиши ҳам мумкин. Сиз эса боланинг нима билан шуғулланмасин, унинг тагликлари қуруқ ва қўлай бўлишини назорат қилишингиз керак.

3-босқич

Бу босқич бола ҳаётидаги энг масъул давр бўлиб, у борган сари мустақил бўла бошлайди, бир неча оддий сўзларни айтиши мумкин, қаравотчага ёки бошқа мебелга таяниб оёққа туришга ҳаракат қилади, ёрдамнингизсиз, мустақил ўзининг биринчи қадамини қўя бошлайди. Бола уйнаётганда, ўзини мустақил ҳис этиши ва хоҳлаган вақтда билганини қилиши зарур. Энди у ўйинни тўхтатиб, чалқанчасига ётиб, тагликни алмаштиришни умуман истамайди.

Еш (ойда)	Уртача бўйи (см) киз бола	Уртача вазни (кг) киз бола	Жисмоний ҳолати	Ушлаши ва ҳис қилиш органлари	Тили (товуш чиқариш)	Ихтимий фелъ-атвори		
1	54	55	4	4,5	Бошини бурари, қоринда ётган ҳола уни кўтари	Мўшум туғди, қовоғини солади, овозларга қулоқ солади	Нафас олган ҳолда қисқа ва нафас чиқарган ҳолда узққ чиқаради	Юзларни томоша қилади
2	57	58	5	5,5	Қоринда ётган ҳола бошини кўтари	Объектларни қўзи билан қуза	Оҳ тортади ва инкиллади. Бирламчи гугулашлар бошланади	Онанини юзидан ва хидидан таний бошлайди
3	60	61	5,8	6,3	Ҳаракатлар янада мувофиқлашади	Ойиқ қафтидан фойдаланади, жилмайдими, қўлларини ҳаракатга келтиради	Турли товушларга гугулаб жавоб қайтаради. Ундощ товушларини (қ, г, х, п, б, м) қўллади	Жилмайишга жавобан қулади
4	62	64	6,3	7	Бошини ишонч билан ушлайди, вертикал ҳолада букилган оёқларга таянади	Қўллари ва оёқларини томоша қилади, ён-атрофга қарайди, ўзига нисбатан эътиборни талаб қилади. Онани таниш реакцияси	Кулади ва чинқиради, лаб-тил (т, д) товушлари пайдо бўлади	Рад этувчи ҳаракатлар қилади. Эмизish вақтида она кўкрагини қўллари билан ушлаб туради
5	64	66	7	7,3	Орқасидан ён бошига ағанади, қўлтигидан ушлаган ҳолда туради	Имо-ишоралари унинг эмоционал ҳолатини акс эттиради, икки қўли билан ушлайди	Товушларни ўхшатишга ҳаракат қилади	Бир ўзи қолишни хоҳламайди
6	66	67	7,5	8	Орқасидан қоринга ағанади, эмаклашга ҳаракат қилади, ўтира бошлайди	Овозларни танийди, ҳар бир қўлида ўйинчоқларни ушлайди, янгиликларга аҳамият беради	Оддий бўғинларни тақроқлайди. Қисқа гуваринишлар пайдо бўлади	Бегоналардан уялади. Қўлида бутилқасини ушлайди
7	67	69	7,8	8,3	Мустақил равишда ўтиради, қоринда эмаклайди, ушлаб турган вақтда туради	Буюмларни қўлдан қўлга олади, ўзиникилар ва бегоналарни ажратади	Ўз исмини танийди, фол равишда мураккаб товушлар чиқаради	Мустақил тарзда ўйнайди, онани ушлаб турган пиёладан ичади
8	69	71	8	8,7	Эмаклаб юради. Тиргакка таянган ҳолда тиззасига туради	Буюмларни итаради, отади, бир-бирига уриб тақиллатади. Чапак чалади	Ўз исмига жавоб қайтаради. Пойма- пой сўзлар пайдо бўлади	Ҳаммага қўрқинади. Бегоналарни қизиқиш ва уялиб томоша қилади
9	70	72	8,2	9	Туришга, мувозанатни ушлашга ҳаракат қилади	Буюмларни ўйнайди, отади, думалатади, бармоқлари билан фойдаланади. Товушларни яхши фарқлайди	Оддий бўғинлардан сўзлар тузади. Саволлар ва курсатмаларга жавоб беради	Бекинмачоқ ўйнагандек бўлади
10	72	74	8,5	9,2	Бир қўл билан таянган ҳолда юради, мустақил равишда туради	Оёқларни маҳкам ушлайди, бармоқларини оғизга тикиди, катталар хатти- ҳаракатини тақроқлайди	Маъносини тушулмаган ҳолда "ойи", "дада" дейди, одамнинг юз кўрагини қўрсатади	Ўйинчоқнинг тортиб олинишига онгли қаршилик қўрсатади
11	73	75	8,7	9,5	Мустақил равишда туради, ўтиради, таянмасиз бир неча қадам ташлайди	Қаравотдан ўйинчоқларни ташлаб юборади, тақилда ҳаракатлар (машинани гилдиратади, саҳифаларни варақалайди) қилади	Оддий сўзларнинг маъносини туша бошлайди. Айтилган курсатмаларни бажаради	Ота-онанинг розилигини кузати
12	75	76	9	9,8	Таянмаган ҳола юради, ўтиради ва туради	Пирамиданинг ҳолатини тақроқлайди, териб чиқади ва предмет билан боғлиқ бошқа ҳаракатларни бажаради. Катталар талабига бўйсунди	Онгли тарзда "ойи", "дада" ва "буви" дейди. Бир неча сўзларни боғлайди	Ўз мойилигини ота-онасига ва ўйинчоқларига билдиради, буюмлардан максатда мувофиқ фойдаланади

Мақола Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва «Соғлом авлод учун» халқаро хайрия жамғармаси мутахассислари томонидан тайёрланди.

Мутахассис оғохлантиради

МАВСУМий
ГРИППДАН САҚЛАНИНГ!

Грипп ўткир ва тез юқувчан касаллик бўлиб, уни майда, кўзга кўринмайдиган, ҳатто филтрдан ҳам ўтувчи вируслар чақиради. Касаллик чақирувчи вируслар турлича бўлиб, А, В, С деб номланади. Касаллиқнинг асосий манбаи грипп билан оғриган беморлар ёки вирус ташувчилар ҳисобланади.

Касаллиқнинг энгил шакли билан оғриган беморлар, яъни вирус ташувчилар атрофдаги соғлом кишилар учун кўпроқ хавф туғдиради. Чунки, улар ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат этмай, соғлом кишилар орасида бўлади.

Касаллик асосан ҳаво томчи йўли билан ўтади. Бемор йўталганда, аксирганда, гаплашганда сўлак томчилари билан ҳавога грипп вирусларини ажратади. Ҳавода у соатга сақланиб турган грипп вируси соғлом одамга тезда юқади. Грипп вируси оғиз, бурун, томоқ, юқори нафас олиш йўллари шиллиқ пардасига таъсир этади ва қон оқимида тушиб бутун организмни захарлаб, нафас, асаб, юрак қон-томир тизими ва бошқа аъзоларга шикаст еткази.

Касаллиқнинг биринчи белгилари пайдо бўлгунча қадар бир неча соатдан 3 кунгача вақт ўтади. Касаллик тезда бошланади ва бемор ҳолсизланади, боши оғрийди, йўталди, акса уради, тана ҳарорати 38-40 даражагача кўтарилиб кўп терлади, мушаклари ва кўз олмасида оғрик пайдо бўлади, кўздан эса ёш оқади. Касаллиқнинг биринчи белгилари пайдо бўлиши билан тезда врачга мурожаат қилиш лозим. Агар ўз вақтида мурожаат қилинмаса, касаллик кўнгилсиз ҳолатларга олиб келиши ва оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Бемор уй шароитида даво-

ланса, унга алоҳида хона, идиш, сочик, ўрин-қўрпа ажратилиб, кам ҳаракат қилиши тавсия этилади. Беморга қараётганлар бурун ва оғизларини докали нироқ билан тўзишлари ва қўлларини тез-тез совунлаб ювиб туришлари керак.

Бемор ётган хонани тез-тез шамоллатиб, зарарсизлантирувчи моддалар билан тозалаш лозим. Унинг ҳарорати ошган пайтда кўпроқ суоқлик – қўрқ мева-валар қайнатмаси, мева шарбатларини ичириш ҳамда осон ҳазм бўладиган оқсил ва витаминларга бой таомлар бериш керак.

Ўқув ва тарбия муассасаларида. Грипп билан оғриган ва унга гумон қилинган беморлар учун филтратлар ташкил қилиш, ётиш хоналари, синфларни тез-тез шамоллатиб зарарсизлантирувчи моддалар билан артиб чиқиш зарур. Касаллик кўп тарқалган пайтда грипп ва ўткир респиратор касалликлар билан хас-таланган ходимларни ўқув ва тарбия муассасаларида ишлашлари мумкин эмас. Грипп тарқалган даврда мактабгача бўлган муас-сасаларда болаларни қўндалик, яъни эрталабки термометриядан ўтказиб туриш мумкин. Болаларни оммавий спорт уйинлари ва кинотеатрларга гуруҳли бориш-лари мумкин эмас.

Грипп касаллигини ҳеч қачон ўз билганингизча даволамаг ва кўнгилсиз ҳолатлар юз бериши-га йўл қўйманг.

Хулоса сифатида айтиш жоизки, ҳар бир касаллиқнинг олдини олиш кўпроқ ўзимизга боғлиқ.

Бокижон МАТКАРИМОВ,

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Санитария-эпидемиология назорати Бош бошқармаси бошлиғи ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Фотолавҳа



Республика ихтисослаштирилган Фтизиотрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази пульмонолог врачи Муножаат Қаюмова ўттиз йилдан бери шу даргоҳда самарали меҳнат қилиб келмоқда.

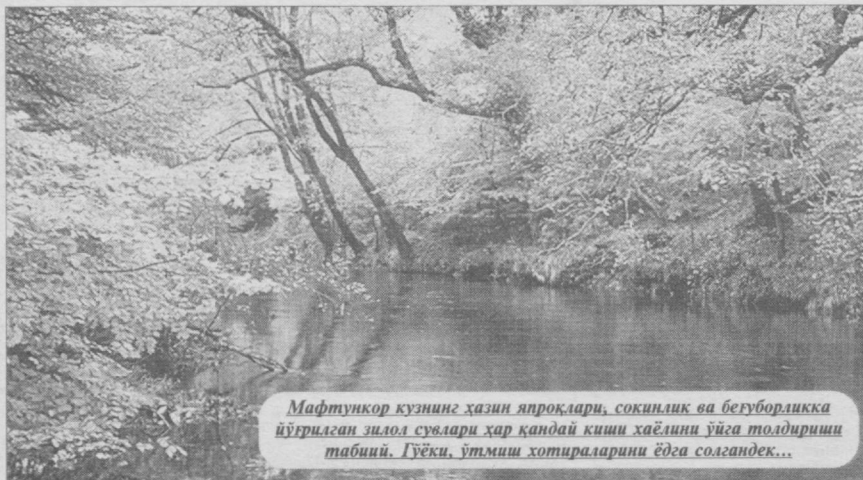
СУРАТДА: шифокор М. Қаюмова бемор Бурхон Қурбоновни қўриқдан ўтказмоқда.

Пардабой ЭРГАШЕВ олган сурат.

Обуна — 2010

Ҳурматли муштарийлар!
«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш —
Здравоохранение Узбекистана»
газетасига 2010 йил учун обуна мавсуми
давом этмоқда.

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



Мафтункор кузнинг ҳазин япроқлари, соқинлик ва бегуборликка
йўғрилган зилол суварлари ҳар қандай киши ҳаёлини ўйга толдиринчи
табиий. Гўёки, ўтмиш хотираларини ёдга солгандек...

Муштарий мулоҳазаси

ТЕЛЕВИЗОР ВА БОЛАЛАР

Ҳозирги кунда ҳаётимизни телевизорсиз тасаввур қилиш қийин. Тезкор ахборот олишнинг энг асосий воситаларидан бири бўлган телевиденининг кундалик ҳаётимиздан муҳим ўрин эгаллаганини ҳеч биримизга сир эмас. Бироқ, теледастурларни томоша қилишда меъёрга риоя этиш инсон саломатлиги учун муҳим саналади.

Мутахассис олимлар томонидан телевизорнинг таъсир доирасини ўрганиш мақсадида аҳоли ўртасида ўтказилган кузатишлар куйидаги натижаларни берган. Масалан, АҚШда чиқадиган "Детройт фри пресс" газетаси 120 та оилага мурожаат этиб: "Агар бир ой мобайнида телевизор қуришдан воз кечсангиз сизга катта миқдорда пул берамиз", деб таклиф этган. Бу тажрибада фақат 27 оила иштирок этиш хоҳишини билдирган. Бир ойлик кузатишларда куйидаги натижалар аниқланган: 5 оила умуман телевизор қурмаган, оқибатда бўш вақтнинг кўпчилигидан эр-хотинлар ўртасида можаҳорлар кўпайган, эркаклар орасида чекучи ва ичувчилар сони ортган.

Тажрибада иштирок этган баъзи оилалар турмушида ихобий ўзгаришлар ҳам пайдо бўлган: улар кинотеатрлар, қариндошурув ва дўстлариникига кўпроқ борадиган бўлишган. Айрим оила бошлиқлари ўз фарзандлари, рафиқаларини яхшироқ билиб олганликларини айтишган. Газетада айтилишича, тажрибада голиб чиққан иштирокчи ўзига берилган мукофот пулига янги телевизор сотиб олишга қарор қилган.

Ўтган асрнинг иккинчи ярмида турли мамлакатларда телевизорнинг болаларга таъсирини ўрганиш натижалари кўпчиликини ларзага солган эди. Болалар бир йил давомида телевизор олдида ўрта ҳисобда 500 дан 1000 соатгача, бошқача айтганда, бир йил давомида мактабда неча соат ўқишга телевизор олдида ҳам шунча вақт ўтириши аниқланган. Кузатишлардан маълум бўлишича, минг нафар боладан 86,2 фоизи ўзининг бўш вақтини асосан, телевизор қаршида ўтказишини айтган. Ҳақиқатан, зангори экран муҳлислари орасида 11 ёшдан 17 ёшгача бўлган болалар кўпчилики ташкил қилса, кейинги ўринда мактабгача ёшда

ги болалар туришар экан.

Телевизор дастурларини тартибсиз ва сурункали қуриш ёш болаларнинг ухлаш, овқатланиш, дам олиш, қолаверса, ўқиш жараёнига салбий таъсир кўрсатади. Масалан, катталар билан бирга, болалар учун мўлжалланмаган тунги дастурни кўрган боланинг уйку режими издан чиқиши мумкин. Бундай кўрсатувлардан сўнг болаларнинг уйкулари бузилади, кўпчилиги кечаси алаҳсираб чиқади. Шунингдек, мазкур ҳолнинг сурункали тақрорланиши уларнинг саломатлигига жиддий зарар етказиши, бора-бора турли хил касалликларни келтириб чиқаради, марказий асаб тизимида мураккаб органик ўзгаришлар содир этади. Оқибатда бола тез толиқадиган, иниж бўлиб қолади, иштаҳаси йўқолади, мактабда фанларни ўзлаштириши ҳам кескин пасайиб кетади. Кўрсатувларни тартибсиз қўриш болаларнинг хотирасини ҳам заифлаштиради. Чунки бир нарсани хотирада яхши сақлаб қолиш учун маълум шароит лозим. Овози бализан қўйилган телевизор олдида айтилган сўз боланинг хотирасида сақланишига ёки шундай шароитда дарс тайёрлаши унинг соғлиги ва фикрлаш қобилиятига таъсир этмасдан қўймайди. Чунки бундай ҳолатда болага бир вақтнинг ўзида кўплай омиқлар: тез-тез ўзгараётган кадр, шовқин ва бошқалар салбий таъсир қилиши табиий. Рухшунослар фикрига кўра инсон ақлий ривожланишининг 50 фоизи 5 ёшгача бўлган вақтга, ўттиз фоизи 4 ёшдан 8 ёшгача ва қолган йигирма фоизи эса 8 ёшдан 17 ёшгача бўлган вақтга тўғри келар экан. Шу мисолларнинг ўзи кишининг шахс сифатида шаклланишида дастлабки 5 йиллик умр қанчалик катта аҳамиятга эга эканини кўрсатиб турибди.

Ҳозирги кунда Тошкент шаҳрида, бошқа шаҳар ва туманлардаги турли видеоканаллар воситасида

бир йўла 15 га яқин ҳар хил мавзуда теле-видео кўрсатувлар намойиш этилиб, ахборот оқими эса йилдан йилга ортиб бормоқда. Шунинг учун болаларга мўлжалланган кўрсатувларни қуришда ота-оналар ва катта ёшдагиларнинг уларга ёрдами жуда зарур. Айрим ота-оналар болаларини тартибсиз ва меъёрга риоя этмай овқатлантириш уларнинг турли хасталикларга чалинишига сабаб бўлишини тан оладилар-ку, лекин телевидение ва видео орқали намойиш этиладиган дастурларни бошидан охиригача қўришни одатий, деб қабул қилишади. Бу, албатта, ачинарли ҳол.

Маълумотларга қараганда, ҳозирги кунда айрим оилаларда телевизордан меъёрсиз фойдаланиш оқибатида болалар 2-2,5 соат кам ухлар, мактаб ўқувчилари бир ҳафтада ўртача 20 соатдан 30 соатгача вақтини телевизор қўриб ўтказар экан. Аjabлаларни жойи шундаки, кўпчилик болаларга: "Энг сеvimли машғулоти нима?" деб савол берсангиз: "Қизиқарли китоб ўқиш", "Очиқ ҳавода сайр қилиш", "Спорт билан шугулланиш" деб жавоб бериладиган, аслида эса, бўш вақтларини, асосан, экран олдида ўтказишади.

Мактабгача ёшдаги болалар бир кунда ўртача 30 дақиқа, болангача синф ўқувчилари 1 соат, ўрта мактаб ёшдаги болалар эса 1,5 соат телевизор қўришлари мумкин. Экранинг равшан ёрилиши, катта-кичиклигига қараб томошабин 2-5 метр узоқликда ўтириши, экран уларнинг кўзларига нисбатан сал пастроқда бўлиши лозим. Болалар ҳеч қачон экранга ёнбошдан, айнакча, ётиб қўришга одатланмасликлари керак, чунки бу кўзга салбий таъсир этади. Хона чиқок билан ёритилган, ёруғ томошабиннинг юзига тушмаслиги лозим. Хуллас, ҳар бир нарасда меъёр бўлганидек, телевизор ва видео қўришда ҳам меъёрни сақлаш ҳам саломатлик, ҳам маънавий баркамоллик гаровидир.

Абдувахоб ТОХИРИЙ.



Интернет соошмает

Мигрень более чем вдвое повышает риск ишемического инсульта

Американские ученые обнаружили, что мигрень более чем вдвое повышает риск развития ишемического инсульта – повреждения мозга в результате закупорки сосуда кровяным сгустком (тромбом).

К таким выводам пришли ученые из Университета Джонса Хопкинса, которые провели метаанализ 21 исследования с участием 622 381 пациента. По словам руководителя работы Самана Назаряна, на сегодняшний день это наиболее крупное исследование, посвященное взаимосвязи мигрени и инсульта. Возраст участников, большинство из которых были жителями Европы и Северной Америки, составлял от 18 до 70 лет. Ни у одного из них не было инсульта до начала наблюдения.

Анализ показал, что у страдающих мигренью людей риск развития ишемического инсульта повышен в 2,3 раза по сравнению с остальными. В том случае, если приступы мигрени преобладают зрительной аурой в виде появления вспышек и пятен перед глазами или размытости периферического зрения, риск повышается еще больше – в 2,5 раза у мужчин и в 2,9 раза у женщин.

По мнению Назаряна, различие показателей риска у разных полов может объясняться тем, что женщины с мигренью зачастую принимают оральные контрацептивы или заместительную гормональную терапию, которые, как известно, относятся к долгосрочным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний.

На основании результатов исследования ученые порекомендовали врачам обращать большее внимание на профилактику инсультов у больных с мигренью.

Тренировки с прогрессирующей нагрузкой повышают мышечную силу и функциональную способность при рассеянном склерозе (РС)

Датские ученые провели исследование, в котором изучалось, могут ли тренировки с прогрессирующей нагрузкой повысить мышечную силу в нижних конечностях пациентов с рассеянным склерозом, и если да, насколько длительно сохраняется положительный эффект.

Тридцать восемь пациентов с умеренно тяжелыми нарушениями, обусловленными РС, были разделены на 2 группы по 19 человек. С пациентами первой группы проводились тренировки нижних конечностей с прогрессирующей нагрузкой 2 раза в неделю на протяжении 12 недель. В дальнейшем пациентам было рекомендовано продолжать занятия. После завершения исследования пациенты контрольной группы также прошли курс тренировок. Пациенты обеих групп тестировались до и после 12 недель тренировок, а также на 24 неделе (период наблюдения). Оценивалась изометрическая сила в мышцах разгибателей голени и функциональное состояние по шкале функциональных систем.

После 12 недель в группе тренирующихся пациентов отмечалось улучшение силы в разгибателях голени и показателей по функциональной шкале на 15,7% и 21,5% соответственно. Улучшение сохранялось и при осмотре на 24 неделе. Сходный эффект был отмечен и в контрольной группе пациентов, начавших тренироваться после 12 недель.

Данное исследование, опубликованное в журнале Neurology, показало, что интенсивные тренировки с прогрессирующей нагрузкой приводят к нарастанию мышечной силы в нижних конечностях, а также к улучшению функционального состояния пациентов с РС, которые сохраняются при продолжении тренировок.

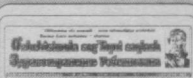
Почечным больным опасно путешествовать

Нефрологи выяснили, что люди с почечными болезнями, отдыхавшие за границей, в большей степени подвержены инфекциям, анемии и другим осложнениям заболевания, которые отрицательно сказываются на лечении.

Медики Института трансплантации и Императорского колледжа Лондона (Великобритания) собрали информацию о здоровье 69 почечных больных, которые в недавнее время путешествовали в Европу, США, Африку, Южную Азию, Ближний Восток, Индию и страны Тихоокеанского региона. Было зафиксировано, что один больной умер во время поездки, а два человека с почечным диализом испытали повреждение или потерю фистулы или трансплантата, хирургически созданных в организме для обеспечения жизнедеятельности почек. Семи больным потребовалось переливание крови вскоре по возвращении домой, а остальные пациенты получили инфекции кровообращения.

Английские врачи пришли к выводу, что путешествия среди почечных больных значительно повышают вероятность инфекционного заражения, потери сосудистого доступа и анемии. Ввиду серьезных и угрожающих жизни рисков терапевты не рекомендуют людям с почечными проблемами совершать заграничные или дальние поездки.

Материалы основаны на данных Интернета.



Газета муассиси:
Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни сақлаш
вазирлиғи

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 қўрсатилиши шарт. Фойдаланилмаган кўлемлар таҳлил қилинмайди, ёзма жавоб қайтарилмайди. Мақола, эълон ва билдирувлардаги факт ҳамда далилларнинг тўғрилиги учун муаллифлар масъулдир.

Интернет саҳифаларидан фойдаланилган суратларга
① шартли белгиси қўйилди.

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 куня рўйхатга
олинган. Гувоҳнома рақами 0015.

Газета материаллари таҳририят
компьютер марказида терилди ва
саҳифаланди.

Адаби 4888 нусха.
Буюртма Г-1050.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмахонасида
чоп этилди. Корхона манзили: Буюк Турон кўчаси, 41-уй.
Газета ҳажми 4 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Саҳифаловчи: Бахтиёр ҚУШОКОВ.

Босмахонага топшириш вақти – 20.00.