

Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА
Д.Р. ХУДОЯРОВА

**Юқумли бўлмаган
касалликлар (гипертензив
бузилишлар, қандли
диабет, ўпканинг
сурункали обструктив
касалликлари) фонида
ҳомиладорларни
антенатал парвариш
ва тиббий ёрдам кўрсатиш**

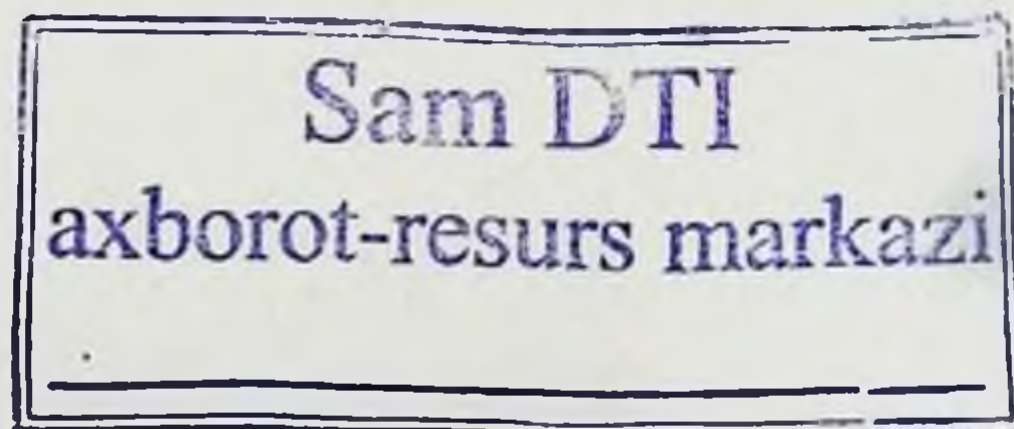
**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ



**ЮҚУМЛИ БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАР (ГИПЕРТЕНЗИВ
БУЗИЛИШЛАР, ҚАНДЛИ ДИАБЕТ, ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ
ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ) ФОНИДА
ҲОМИЛАДОРЛАРНИ АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШЛАШ ВА
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

(Монография)



“O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi”

Давлат илмий нашриёти

Тошкент – 2021

УЎК: 84(5Ў)6 КБК
821.512.133-3
Н 79

Тузувчилар:

Элтазарова Г.Ш. – тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд Давлат тиббиёт институти даволаш факультети, акушерлик ва гинекология кафедраси доценти

Худоярова Д.Р. – тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд Давлат тиббиёт институти даволаш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси мудири

Такризчилар:

Каттаходжаева М.Х. – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент Давлат Стоматология институти, акушерлик-гинекология курси мудири

Закирова Н.И. – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд Давлат тиббиёт институти даволаш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси мудири

Монография Медицина олий ўқув юртларининг талабалари ва резидент магистрлари, клиник ординаторлар ҳамда амалиёт шифокорлари учун мўлжалланган.

МУАЛЛИФДАН

Ушбу монографияда ноинфекцион касалликларнинг асосий турлари орасида юрак қон-томир касалликлари, сурункали нафас олиш касалликлари (респиратор касалликлар, сурункали обструктив ўпка касаллиги ва бронхиал астма) ва қандли диабет касалликлари фонида кечаётган ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикаси баён қилинган. Қўлланмада даволаш ва ҳомиладорликда мазкур касалликларнинг этиологияси, клиникаси, диагностикаси, умумий амалиёт шифокори, акушер-гинекологлар учун акушерлик тактикаси, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқилган амалдаги сандартлар ва протоколлар асосида ёритиб берилган.

Монография тиббий амалиётда ноинфекцион касалликлар билан шугулланиб келаётган, умумий амалиёт шифокорлари, акушер-гинеколог-мутахассислар, талабалар, клиник ординаторлар, магистрлар ҳамда докторантларга мўлжалланган.

ҚИСҚАРТМАЛАР

АҚБ-артериал қон босим

АФП-альфафетопротени

АлАТ-аланинаминотрансфераза

АсАТ-аспартатаминотрансфераза

АСИ-амниотик суюқлик индекси

АРИТБ-анестезиология ва реанимация интенсивтерапия бўлими

ГД-гестацион диабет

ГТТ-глюкозага толерантлик тести

ДАҚБ-диастолик артериал қон босим

ДКА-диабетик кетоацидоз

ДН-диабетик нефропатия

ДР-диабетик ретинопатия

ЖССТ-жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

ЖЮ-жисмоний юклама

КТГ-кардиотохограмма

КУД-кутилаётган умр давомийлиги

КФТ-коптокчалар фильтрация тезлиги

МАУ-микроальбуминурия

МВБ-марказий веноз босим

ИМКД-инсулинга муҳтож қандли диабет

ИМБКД-инсулинга муҳтож бўлмаган қандлидиабет

ОГТС-оғиз орқали глюкозага турғунлик синамаси

ОСКИ-объектив структуриланган клиник имтиҳон

ОФВ1 (ПСВ)-Нафас чиқаришнинг дастлабки сони-

яларида форсирланган нафас чиқариш ҳажми

ПХТ-пик ҳажмли тезлик

НБ-нон бирлиги

НЖЙМК-нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан олдин

кўчиши

ҚВП-қишлоқ врачлик пункти

ҚД-қандли диабет

ҚИ-қиска таъсирли инсулин

РДС-респиратор дисресс синдром

САҚБ-систолик артериал қон босим

СГ-сурункали гипертензия

ТВ-телевидиния

ТВИ-тананинг вазин индекси ХПБ-ҳомиладорлик патологияси

бўлими

ХУВ-ҳомиладор уй варақаси

ЎСОК-ўпканинг сурункали обструктив касаллиги

ЎДИ-ўртача давомли инсулин

ЎТС-ўпканинг тириклик сизими

ЎСВ-ўпка суъний вентиляцияси

УТТ-ультратовуш текшириш

УАШ-умумий амалёт шифокори

ФЎТС (ФЖЕЛ)-Нафас олиш мароми бошланиш нуқтасидаги ва

туғаш нуқтасидаги ҳаво ҳажмлари фарқи

ЭКГ-Электрокардиограмма

ЮБК-юқумли бўлмаган касаллик

КИРИШ

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 18.12.2018 йил ПК-4063 сонли “Юқумли бўлмаган касалликларнинг профилактикасини, соғлом турмуш тарзини кўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарори қабул қилинди. Президент қарорига мувофиқ 2019–2022 йилларда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини кўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш Концепцияси ҳамда чора-тадбирлари Дастури тасдиқланди. Бу директив ҳужжатларга кўра, аҳолининг соғлом турмуш тарзини кўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллигини ошириш маркази фаолиятининг асосий йўналишлари қуйидагилар бўлади:

– соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, зарарли одатларга қарши курашиш, аҳолининг тиббий маданиятини ошириш, жисмоний тарбия-соғломлаштириш ва оммавий спорт ҳаракатини тиббиёт профилактикаси билан интеграциялаштириш бўйича оммавий тадбирларни ўтказиш;

– нотўғри овқатланиш билан боғлиқ касалликларнинг олдини олиш ва тарқалиши даражасини камайтириш, кенг кўламда тушунтириш ишларини ташкил қилиш ва аҳолининг соғлом турмуш тарзи гарови сифатида тўғри овқатланиш тарғиботини кучайтириш;

– Республиканинг барча бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари амалиётига:

– Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг артериал гипертония, қандли диабет, бронхиал астма ва ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва бошқа юқумли бўлмаган касалликлар бўйича клиник протоколлар, стандартлар ҳамда тавсиялар талабларини:

– кўллаб-қувватловчи кураторлик тизими орқали тиббий хизматларни узлуксиз баҳолаш ва сифатини ошириш механизмларини;

– ҳар бир бемор учун юқумли бўлмаган касалликлар ва хавф омиллари бўйича саломатлик профилларини яратишни назарда тутган дастурий таъминотини татбиқ этиш киритилган;

Генетик, физиологик, экологик ва турли омиллар таъсирида юзага келадиган сурункали касалликлар, яъни юқумли бўлмаган касалликлар узок кечиши билан характерланади. Юқумли бўлмаган касалликларнинг (ЮБК) асосий турлари орасида юрак қон томир касалликлари (юрак хуружи ва қон томирлари), саратон (рак) касалликлари, сурункали нафас олиш касалликлари (респиратор касалликлар, сурункали обструктив ўпка касаллиги ва бронхиал астма) ва қандли диабет касалликлари ўрин олган.

Ҳар йили дунё бўйича ўлимларнинг 71%ни юқумли бўлмаган касалликлар (ЮБК) ташкил қилади, яъни 41 млн. инсонлар ЮБК туфайли ҳаётдан кўз юмади.

Ҳар йили паст ва ўрта даромадли мамлакатларда 32 миллион аҳоли, жумладан, 30 ёшдан 69 ёшгача бўлган 15 миллион киши ЮБК лардан вафот этади. Ушбу эрта ўлимларнинг 85% дан ортиғи паст ва ўрта даромадли мамлакатларда рўй беради. Юқумли бўлмаган касалликлардан ўлимнинг асосий қисмини юрак қон-томир касалликлари бўлиб, улардан ҳар йили 17,9 миллион киши; кейинги навбатда саратон (рак) касаллигидан 9 миллион, нафас олиш касалликларидан 3,9 миллион ва қандли диабетдан 1,6 миллион ўлим ҳолати кузатилади. Бу тўрт касалликлар гуруҳлари барча ноинфекцион касалликлардаги ўлимнинг 81%ни ташкил қилади.

Тамаки чекиш, жисмоний фаолиятнинг паст даражаси, спиртли ичимликларни ичиш ва нотўғри овқатланиш ноинфекцион касалликлардан ўлим хавфини оширади.

Ноинфекцион касалликлар скринингини ўтказиш, уларни даволаш ва паллиатив ёрдам кўрсатиш, уларнинг миқдорини камайтириш ва олдини олиш тиббиётнинг бугунги кундаги мақсадига айланган.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқилган стандарт ва протоколларда амалиёт врачлари, қишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП), оила маслаҳатхоналари ва аёллар маслаҳатхоналарида ҳомиладорликда аёлга замонавий тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари ёритилиб берилган. Ушбу янги технологияларни амалиётга тадбиқ қилиш антенатал ва перинатал

парвариш сифатини оширади, ҳомиладорлик ва тугруқнинг оғир асоратларини камайтиради. Ҳомиладор, тугувчи ва янги тукқан аёллар ҳамда янги тугилган чақалоқларга кўрсатилаётган антенатал ва перинатал ҳамда чилла давридаги тиббий ёрдамнинг сифатини оширади.

Янги технологияларни амалиётга татбиқ қилиш имкониятларини кенгайтириш, соғлиқни сақлаш тизимининг барча босқичларидаги тиббий муассасалар ва тиббиёт ходимлари ўртасидаги ҳамкорлик самарадорлигини ошириш оналар ўлими, перинатал ўлим ва гўдаклар ўлими кўрсаткичларини камайтиришга хизмат қилади.

Аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола тугилиши, жисмоний ва маънавий ривожланган баркамол авлодни шакллантиришга ёрдам беради.

1. ХОМИЛАДОРЛИК, ТУГРУҚ ВА ЧИЛЛА ДАВРИДАГИ ГИПЕРТЕНЗИВ БУЗИЛИШЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ СТАНДАРТИ

Асослаш:

Гипертензияли ҳомиладор аёл ва ҳомила асоратларини кўплиги.

Гипертензив ҳолатлар бўйича миллий қўлланмалардаги ва гипертензив ҳолатдаги диагноزلарнинг мос келмаслиги.

Гипертензив ҳолатларни даволашда полипрагмазиялар.

Ҳомиладорларда гипертензив ҳолатларни олиб боришда хатолар.

Долзарблиги. Бугунги кунда ҳомиладорлик, тугруқ ва чилла давридаги гипертензив бузилишларини олиб бориш стандартини қайта ўрганиш тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири эканлиги маълум. Чунки гипертензив бузилишлар фондаги ҳомиладорлик оқибатлари, тугруқ асоратлари натижасида юз берадиган оналар ўлими Ўзбекистон Республикасида, шу жумладан, Самарқанд вилоятидаги перинатал ўлимлар орасида салмоқли ўрин эгаллайди.

Мақсад: Гипертензив ҳолатлар ҳақида тушунча бериш, презклампсиялар турлари, эклампсиялар ҳақида маълумот, клиник кечиши;

- даволаш турлари ва ҳомиладорлик ҳамда тугруқни олиб бориш тадбирлари.

Гипертензив бузилишлар фондаги ҳомиладорлик ва тугруқни амалдаги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқарилган миллий стандарт ва протокол, клиник қўлланмалар асосида олиб бориш энг зарур йўналишдир.

Вазифалар:

1. Гипертензив ҳолатларнинг клиник кечиши, ўз вақтида аниқлаб диагноз қўйиш, даволаш, акушерлик тактикаси ва асоратларининг олдини олишни талабаларга тушунтириш. Оналар мактабининг ишини тушунтириш.

2. Диагностика ва олиб боришдаги аниқ тавсиялар ким учун: Гипертензияли ҳомиладорлар учун. Гипертензияли ҳомиладорлар тавсияларни бажаришига эришиш. Ҳомиладор ва она аъзоларига уй картасини юритишни тушунтириш.

3. Бажарувчи: мультидисциплинар жамоа (акушер гинеколог.

анестезиолог-реанимотолог, терапевт, окулист, врач лаборант, доя, анестезистка, лаборантка, фаррош, жарроҳлик ҳамшираси) тузилган, уларнинг амалий фаолиятига эришиш.

Талаба (магистрлар, клиник ординаторлар, малака ошираётган врач: акушер-гинеколог, УАШ, терапевт) билиши лозим:

– Гипертензив ҳолатларни, преэклампсиянинг турларини, эклампсия олди белгилари ва хуружини.

– Гипертензив ҳолатларнинг классификациясини, клиник кечишини, диагностика методларини.

– Ҳомиладорлик вақтида акушерлик тактикасини ва асоратларини олдини олиш. Даволаш принципларини.

Жадвал-1

Ҳомиладорлик, тугруқ ва чилла давридаги гипертензив бузилишларини олиб бориш стандарти

Акушерликда гипертензияли Х. таснифи

ДАҚБ (ДАҚБ) 90 мм си.уст. ва ундан кўпроқ 2 марта 4 соат интервал билан ўлчанганда ёки ДАҚБ \geq 1101 марта ўлчанганда ҳомиладорликни 20 ҳафталигигача ёки тугруқдан кейин 6 ҳафтагача сақланиб турса, протеинурия йўқ	Сурункали гипертензия
ДАҚБ 90 дан 110 -2 марта 4 с интервал билан ёки ДҚАБ \geq 110 -1 марта ўлчанганда 20 ҳафта ҳомиладорликдан кейинги протеинурия йўқ	Гистационали гипертензия
2 марта ўлчанганда ДАБ 90 дан 110 гача 4 с интервал билан 20 ҳафта ҳомиладорликдан кейинги протеинурия 0.3г/л	Ёнгил преэклампсия
1. 2 марта ўлчанганда ДАБ 110 ва ундан юкори 2 соат интервал билан 20 ҳафта ҳомиладорликдан кейинги протеинурия 0.3г/л	Огир преэклампсия
2. артериал гипертензия ёки + эклампсияга хавф солувчи белгилардан бири	
Преэклампсияли ҳомиладорларда тугқанок хуружи	Эклампсия
ДАБ 90 ва ундан юкори 2 марта 4 с интервал билан ўлчанганда ёки ДАБ \geq 110 -1 марта ўлчанганда ҳомиладорлик 20 ҳафтасигача ёки тугруқдан кейин 6 ҳафтадан кейин ҳам сақлаб қолса + ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейинги протеинурия 0.3г/л сутка	Сурункали гипетензия, преэклампсия билан кўшилиб келинади

Акушерлик гипертензияси таснифи I-жадвалда баён қилинган.

Талаба бажара олиши лозим:

Бемордан анамнез йиғиш. Ҳомиладорлик муддатларини ҳисоблаш.

Ҳомиладорнинг икки кўлида АҚБни ўлчаш.

Презклампсиянинг кретерияларини; АҚБ, сийдикда оқсил миқдорини, бел соҳасидаги шишни баҳолашни. Умумий қон таҳлили ва тромбоцитлар миқдорини.

Презклампсиянинг кўшимча белгиларини. Клиник ташхисни асослашни.

Ўз вақтида госпитализация қилиш. Ҳомиладорлик картасини тўлдириш.

Анализ ва инструментал текшириш усуллари натижаларини таҳлил қилиш.

Акушерлик тактикасини.

Асоратларнинг олдини олиш тадбирларини. Оналар мактаби вазифасини.

Протейнурия. 24 соат ичида ёки 2 марта 4 соат интервал билан олинган сийдик анализда 300 мг.га тенг ёки ундан кўп бўлишига протейнурия дейилади. Сийдик сутка довомида йиғилади ва йиғилган идиш махсус қуритилган бўлиб, кейин таҳлилга олинади.

Сурункали гипертензия (СГ).

Таъриф: – бу ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасигача кузатиладиган артериал гипертензия.

Клиник белгилари:

ДАБ ≥ 90 мм сим.уст. 4 соат оралиқ билан 2 марта ўлчаганда ёки

САБ ≥ 140 мм сим.уст. 4 соат оралиқ билан 2 марта ўлчаганда

Текширишлар:

- умумий кўрик;
- акушерлик кўриги;
- АҚБни ўлчаш (стандарт бўйича);
- протейнурияни аниқлаш учун умумий пешобтаҳлили;

- умумий қон таҳлили (тромбоцитлар сонини аниқлаш);
- коагулограмма;
- АлАТ, АсАТ, билирубин ва унинг фракциялари;
- мочевина, креатинин;
- ЭКГ;
- терапевт кўриги;
- соматик патология турига қараб мутахассислар кўриги ва қўшимча малакали текширишлар.
 - ҳомила аҳволи ёмонлашганда;
 - ҳомила ўсишини аниқлаш учун УТТ;
 - қогоноқ сувлари ҳажми ёки амниотик суюқлик индекси (АСИ)ни аниқлаш:
 - киндик артерияси доплерометрияси.

Тактика:

Госпитализация;

қабул бўлимида: умумий қабул қилиш қондалари, аёлнинг аҳволига қараб, ХПБ ёки интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш;

Соматик патология турига қараб мутахассислар кўригини таъминлаш.

Антигипертензив дори воситалари қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади:

АҚБ 160/110 мм сим.уст. ва ундан ортиқ.

САҚБни 140 мм сим.уст.гача ва ДАҚБни 90-100 мм сим.уст.да ушлаб туриш лозим.

• Қуйидаги дори воситаларини қўллаш тавсия этилади: Метилдопа (Допегит), Нифедипин, Лабеталол, Гидралазин, Клонидин.

- Агар АҚБ $\geq 160/110$ мм сим.уст. бўлса ва даво самара бермаса:
- тугдиришни тавсия этинг;
- агар ҳомиладорлик муддати < 34 ҳафта бўлса, кортикостероидлар курсини тайинланг;

• агар АҚБ $\geq 160/110$ мм сим.уст. бўлса ва ҳомиладорлик муддати < 37 ҳафта бўлса:

- тугруқ индукция қилинмайди (кузатиш лозим);
- агар АҚБ $< 160/110$ мм сим.уст. бўлса ва тугруқ муддати > 37

ҳафта бўлса:

- аёлнинг индивидуал характеристикаси ва хавф омиллари ҳамда тугдиршиш муддати муҳокама қилинади:

- давони тугрукдан сўнг давом эттириш (агар тайинланган бўлса);

АҚБни 140/90 мм сим. уст. да ушлаб туриш лозим. Тугрукдан 2 ҳафтадан сўнг антигипертензив давонинг натижаси баҳоланади:

Агар АҚБ <140/90 мм сим. уст бўлса, туширишга ҳаракат қилиш;

- гипертензия сақланиб турганлигига эътибор бериб, яшаш жойида тугрукдан сўнг 6-8 ой давомида УАШ назоратида бўлади.

Гестацион гипертензия. Таъриф: Гестацион гипертензия – бу ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан сўнг пайдо бўлган ва протеинурия кузатилмайдиган, ҳеч қандай полиорган ўзгаришсиз кечадиган ва тугрукдан 3 ҳафтадан сўнг ўтиб кетадиган артериал гипертензия.

Енгил гестацион гипертензия: 4 соат оралик билан 2 марта ўлчаганда ДҚБ 90 дан 110 мм сим. уст. гача;

- ёки 4 соат оралик билан 2 марта ўлчаганда САҚБ 140 дан 160 мм. сим. уст. гача;

Протеинурия бўлмаслиги ёки суткалик пешобдаги оқсил 0.3 г/лдан кам.

Текширув:

- умумий кўрик;
- акушерлик кўриги;
- умумий қон таҳлили (тромбоцитлар сонини аниқлаш);
- қоннинг биохимик таҳлили: АлАТ, АсАТ, билирубин ва унинг фракциялари;

- мочевина, креатинин;
- умумий пешоб таҳлили;
- коагулограмма;
- ЭКГ;
- терапевт кўриги.

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан сўнг ҳомила ҳолати ва ўсишини кузатиш:

- ҳомиланинг юрак уришини эшитиш.

Тактика.

Ҳомиладор аёл амбулатор кузатувда бўлади.

Аёл ва унинг оила-аъзоларига оғир презклампсия ва эклампсиянинг хавфли белгилари ҳақида маълумот берилади.

- тавсия қилиш: руҳий осойишталик, ҲУВ олиб бориш (ҳомиладорлар уй варақаси);
- оилавий поликлиника шифокорига 1 ҳафтада 1 марта ташрифни тавсия этиш.

Оғир гестацион гипертензия:

- ДАҚБ 110мм сим. уст. ва ундан юқори
- САҚБ 160 мм сим. уст. ва юқори
- Протеннурия бўлмаслиги ёки суткалик пешобдаги оқсил 0,3 г/лдан кам

34 ҳафтагача муддатда:

- ҳомила ўсишини аниқлаш учун УТТ;
- қоғонок сувлари ҳажми ёки амниотик суюқлик индекси (АСИ)ни аниқлаш ва киндик артерияси доплерометрияси;
- агар бу текширишлар натижаси нормал бўлса, 34 ҳафтадан сўнг такрорлаш шарт эмас;
- ҳомила ёки она аҳволи ёмонлашганда 34 ҳафтадан сўнг такрорланади;

КТГ.**Қабул бўлимида:**

- умумий қабул қилиш қоидалари, аёлнинг аҳволига қараб ҲПБ ёки интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш.

Антигипертензив терапияга кўрсатма:

- агар АҚБ 160/110 мм сим.уст. ва ундан юқори бўлса, САҚБни 140 мм сим. уст.гача ва ДҚБни 90-100 мм сим.уст. оралиғида ушлаб туриш мақсадида антигипертензив дори воситалари тавсия этилади.

Қуйидаги дори воситаларини қўллаш тавсия этилади:

Нифедипин, Лабеталол, Гидралазин, Клонидин, Допегит .

- агар АҚБ $\geq 160/110$ мм сим.уст. бўлса, 34 ҳафталиккача

муддатда аёл 2-3 даражали тугрук муассасасига госпитализация қилинади;

- госпитализациядан олдин 1 таблетка, Нифедипин 10 мг ичишга берилади.

Ҳомиладорликни муддатидан олдин тўхтатиш ёки тугдириш масаласи қуйидаги ҳолатларда ҳал қилинади:

- агар она ва ҳомила ҳолатига хавф солувчи белгилар бўлса:
34 ҳафтагача муддатда: ҳомилада кортикостероидлар билан РДС профилактикаси ўтказилгандан сўнг тугдиришни таклиф этиш:

- юқори АҚБ бўлиб, аёлнинг аҳволини яхшилашнинг имкони бўлмаса, кортикостероидлар курси тугаланмаганлигидан қатъий назар тугдириш масаласи ҳал қилинади.

Агар протеинурия кўшилса, аёлни презклампсиядек олиб боринг.

Тугрукдан сўнг:

АҚБ 140/90 мм сим.уст. ва паст бўлса, антигипертензив дори воситалар миқдорини камайтиринг.

Агар аёл ҳомиладорлик вақтида Метилдопа қабул қилган бўлса, тугрукдан 2 суткадан сўнг бошқа дори воситасига ўтказинг.

Презклампсия. Таърифи – протеинурия билан боғлиқ гипертензия (24 соатда ≥ 0.3 г). Ҳар қандай аъзо тизимлари шикастланган бўлиши мумкин.

Енгил презклампсия. Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан сўнг 4 соат оралиқ билан 2 марта ўлчаганда САҚБ 140 дан 160 мм сим. уст. гача:

- ёки ДАҚБ 90 дан 110 мм сим. уст.гача: Протеинурия билан (оксил ≥ 0.3 г/л суткалик пешобда).

Текширув:

- умумий кўрик;
- акушерлик кўриги;
- АҚБни 1 кунда 4 марта ўлчаш;
- умумий пешоб таҳлилида протеинурия баҳоланади;
- коагулограмма;
- терапевт кўриги;

- ЭКГ;

- АлАТ, АсАТ, билирубин ва унинг фракциялари, мочевино, креатинин.

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан сўнг ҳомила ўсиши ва ҳолатини кузатиш:

Ҳомиланинг қимирлаши ва юрак уришини кузатиш;

Гравидограммада ҳомила ўсишининг чегараланиш синдромига шубҳа бўлса:

- ҳомилани УТТ;

- доплерометрия;

- КТГ.

- Қабул бўлимида умумий қабул қилиш қондалари, ХГБ бўлимига госпитализация; 37 ҳафтагача муддатда – текшириш ва кузатув.

Ҳомиладорлик муддати 37 ва ундан юқори бўлганда туғдириш масласи ҳал қилинади. Огриксизлантириб, табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш мақсадга мувофиқ.

Туғруқдан сўнг:

- 5 кун давомида ҳар кун АҚБни 4 марта ўлчаш;

- туғруқдан 2 суткадан сўнг қонда мочевино, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ ва тромбоцитлар сонини текшириш;

- агар аёл ҳомиладорлик вақтида Метилдопа қабул қилган бўлса, туғруқдан 2 суткадан сўнг бошқа дори воситасига ўтказиш;

- аёлнинг аҳволи турғун ҳолатда ва антигипертензив воситалар қабул қилиши ёки қилмаслиги билан шифокор назоратига, уйга жавоб берилади ва кейинги кузатув тавсия этилади.

Оғир преэклампсия. Таъриф: оғир преэклампсия – бу оғир гипертензия плюс протеинурия ёки ҳар қандай гипетензия плюс протеинурия билан эклампсиянинг ҳаётга хавф солувчи белгиларидан бири

ёки

- оғир гипертензия плюс эклампсиянинг ҳаётга хавф солувчи белгиларидан бири.

- 2 соат оралиқ билан 2 марта ўлчаганда

САҚБ \geq 160 мм сим. уст.;

ёки

- ДАҚБ ≥ 110 мм сим.уст.;
- Суткалик протеинурия ≥ 0.3 г/суткада; Хавф солувчи

белгилар:

- кучли бош огриги;
- кўришнинг хиралашиши;
- эпигастрал огриқлар, ёки қайт қилиш;
- тутканокка мойиллик;
- олигоурия;
- пальпацияда жигар огриқли бўлиши;
- тўсатдан пайдо бўлган шишлар;
- тромбоцитопения – 100×10^9 /л дан кам;
- қонда жигар ферментлари ошиши, АлАТ ёки АсАТ 70 МЕ/л);
- HELP синдром.

Шошилинч бирламчи баҳолаш:

- умумий кўрик;
- ҳуши;
- пульси;
- АҚБ;
- нафас сони;
- диурез;
- тана ҳарорати;
- акушерлик кўриги;
- терапевт, окулист кўриги;
- ЭКГ;
- коагулограмма.

Ҳомила ўсиши ва ҳолатини кузатиш:

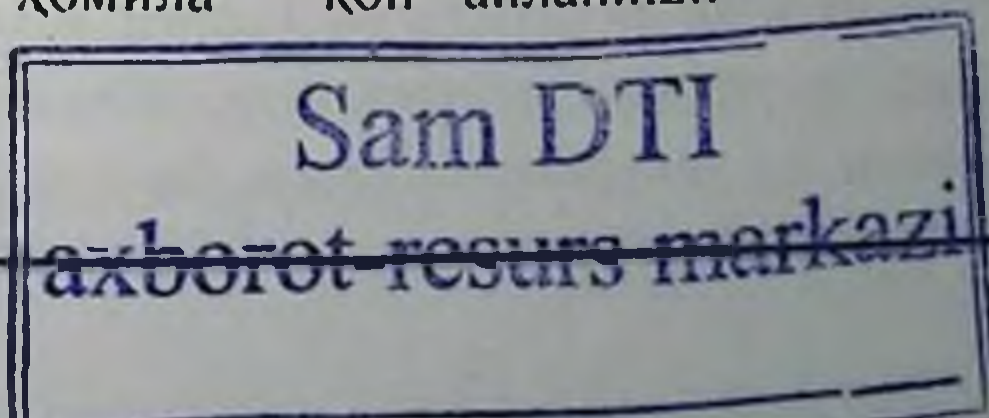
- ҳомиланинг юрак уришини эшитиш;
- гравидограммада ҳомила ўсишининг чегараланиш синдромига

шубҳа бўлса:

- қоғонок сувлари ҳажми ёки амниотик суюқлик индекси (АСИ)ни аниқлаш;

- бачадон-йўлдош-ҳомила қон айланиши доплерометрияси;

- КТГ.



Агар бу кўрсаткичлар нормал бўлса, қоғонок сувлари ҳажми ёки амниотик суюқлик индекси (АСИ) ни аниқлаш, Бачадон-йўлдош-ҳомила қон айланиши доплерометрияси, КТГ ҳомиладорликнинг 28 ҳафтасида такрорланади.

- 2-3 даражали шифохона АРИТБ ёки интенсив терапия палатасига госпитализация қилиш.

Қабул бўлимида:

- магnezий сульфатнинг миқдори:
- юклама доза: 4-5 г в/ига (16-20мл 25% магnezий сульфати + 20 мл 0,9% физиологик эритма) 20 дақиқа давомида қилинади;
- ушлаб туручи доза: 25% -100 мл магnezий сульфати + 0,9%-400,0 мл натрий хлор эритмасида, минутига 7 томчидан 24 соат давомида томизилади.
- Ёки, магnezий сульфатнинг миқдори:
- юклама доза: 4-5 г в/ига (16-20мл 25% магnezий сульфати + 20 мл 0,9% физиологик эритма) 20 дақиқа давомида қилинади;
- сўнг ҳар бир думбанинг ташки юқори квадранти м/ога 5г 25 % магnezий сульфати (20 млдан) новокаинда(10г-40,0мл) қилинади;
- ушлаб туручи доза: 25% -20 мл магnezий сульфати + Новокаин 0,5%5,0 мл м/ога ҳар 4 соатда, 24 соат давомида қилинади.

Антигипертензив терапияга кўрсатма:

- агар АҚБ 160/110 мм сим.уст. ва ундан ортиқ бўлса, САҚБни 140 мм сим. уст.гача ва ДҚБни 90-100 ммсим.уст. оралиғида ушлаб туриш мақсадида, антигипертензив дори воситалари тавсия этилади;

Қон босимини тез тушириш учун қуйидаги дори воситаларини қўллаш мақсадга мувофиқ: Нифедипин, парентерал гидралазин ёки Лабеталол. Метилдопа – шошилинич ҳолатларда секин таъсир қилувчи иккинчи ўриндаги препарат.

Магnezнал терапия вена ичига тугруқдан олдин, тугруқ вақтида ва тугруқдан ёки охириги эклампсия хуружидан кейин 24-48 соат давомида қилинади.

Тугдириш усули гестация муддати, ҳомила ҳолати, бачадон бўйни ҳолати ва шошилиничлигига боғлиқ бўлиб, тугдариш усули

индивидуал кўрсаткичлардан келиб чиқади.

Ҳомиладорлик муддати 34 ҳафтадан кичик бўлса:

- агар она ва ҳомила ҳолати стабил бўлиб, эклампсия белгилари кузатилмаса, фақат 3 даражали муассасаларда она ва ҳомила ҳолатини синчиклаб кузатиш ва ҳомиладорликни давом эттириш масаласини кўриб чиқиш мумкин;

- кортикостероидлар ёрдамида чакалоқларни РДСни профилактика қилиш;

- агар оғир гипертензия кузатилса, (САҚБ \geq 160 мм сим.уст. ёки ДАҚБ \geq 110 мм сим.уст.) бошқариб бўлмаса ёки ўпка шиши, НЖЙМК, ҳомилага ҳавф солувчи ҳолатлар, жигар ва буйрак фаолияти бузилиши авж олиши, мия шиши белгилари, HELLP синдром бўлса – ҳомиладор аёл аҳволи турғун бўлиши билан шошилиш тугдириш мақсадга мувофиқ;

- агар қогоноқ сувларининг муддатидан олдин кетиши, ҳомила киндиги артериясида нулли-реверс кон айланиши, ёки ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиши (5-перцентилдан кам), ўта камсувлилик бўлса – РДС профилактикасида сўнг тугдириш;

- агар ҳомиланинг аҳволи шубҳали бўлса, РДС профилактикаси тугамасдан, зудлик билан тугдириш лозим.

Ҳомиладорлик муддати 34 -36 ҳафта бўлса:

- агар она ва ҳомила ҳолати стабил бўлмаса – она ҳолати стабил бўлиши билан тугдириш.

Ҳомиладорлик муддати 37 ҳафтадан катта бўлса – 24 соат давомида тугдириш;

- агар ўпка шиши, жигар ва буйрак фаолияти бузилиши авж олиши, ностабил гемодинамика, ҳомила аҳволи ёмонлашиши бўлса – ҳомиладор аҳволи турғун бўлиши билан тугдириш.

Тугдириш усули гестация муддати, ҳомила ҳолати, она аҳволига боғлиқ бўлиб, табиий тугруқ йўллари орқали тугдириш мақсадга мувофиқ.

- тугруқ вақтида АҚБ доимий назоратда бўлиши лозим;

- тугруқни КТГ билан олиб бориш (агар КТГ бўлмаса, ҳар 30 дақиқада ҳомила юрак уришини эшитиш);

- тугруқ вақтида магнезиал терапиянинг ушлаб турувчи дозасини давом эттириш;

АҚБ 160/110 мм сим.уст.дан юқори бўлганда –антигипертензив терапияни давом эттириш;

- регионар анестезия усули билан тугруқни огриксизлантириш масаласини кўриб чиқиш;

- агар АҚБ назорат қилинса ва бошқарилса, тугруқ вақтини чегараламаслик лозим;

- суюқлик балансини назорат қилиш – ҳажми 80 мл/ кг дан ошмаслиги керак;

Кесар-кесишга кўрсатма бўлганда– жарроҳликдан олдин аёлнинг аҳволини стабиллаш лозим.

Магнезиал терапияни тугруқдан олдин, жарроҳлик вақтида ва ундан кейин 24-48 соат давомида давом эттиринг.

Тугруқдан сўнг:

- 5 кун давомида ҳар куни АҚБни 4 марта ўлчаш;

- тугруқдан 2 суткадан сўнг қонда мочевина, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ ва тромбоцитлар сонини текшириш;

- агар АҚБ 160/100 мм сим.уст. ва юқори бўлса, антигипертензив дори воситалар қабул қилишни давом эттириш;

АҚБ 140/90 мм сим. уст. ва паст бўлса, антигипертензив дори воситалар миқдорини камайтириш;

- агар аёл ҳомиладорлик вақтида Метилдопа қабул қилган бўлса, тугруқдан 2 суткадан сўнг, бошқа дори воситасига ўтказиш;

АҚБ 140/90 мм сим. уст. ва ундан паст бўлганда антигипертензив дорилар билан ёки уларсиз стабил ҳолатда уйга жавоб бериш;

- тугруқдан сўнг 6 ҳафта давомида УАШ назорати;

- тугруқдан сўнг гипертензия 2 ҳафтадан ортиқ сақланса–терапевт консультацияси;

- нефролог консультацияси.

Эклампсия бу презклампсия бўлган беморларда бир ёки бир нечта тутқаноқларнинг пайдо бўлиши.

Эслатма: баъзи аёлларда эклампсия артериал босим кўтарилмаганда ҳам кузатилиши мумкин. Агар тутқаноқ сабаби

номаълум бўлса, эклампсиядек олиб боринг ва сабабини аниқланг.

Шошилинч бирламчи баҳолаш:

- Умумий кўрик;
- хуши;
- пульси;
- АҚБ;
- нафас сони;
- диурез;
- тана ҳарорати;
- пай рефлекслари;
- умумий қон таҳлили тромбоцитлар сони билан;
- коагулограмма;
- қон гуруҳи ва резус омил;
- умумий пешоб таҳлилида протеинурияни баҳолаш;
- мочевина, креатинин;
- билирубин, фракциялари, АлАТТ, АсАТТ;
- МВБ/ЦВД; ЭКГ;
- терапевт, окулист, невропатолог консултацияси;
- қонда қанд микдори.
- Ҳомила ҳолатини баҳолаш:
- Ҳомила ўсишини аниқлаш учун УТТ;
- Қогонок сувлари ҳажми ёки амниотик суюқлик индекси (АСИ)ни аниқлаш.

- Допплерометрия.

- Қабул бўлимида:

Тутқаноқ кузатилганда:

ҲЕЧ ҚАЧОН АЁЛНИ ҚАРОВСИЗ ҚОЛДИРМАНГ!

- маъсул врач акушер-гинеколог ва анестезиологни чақиринг;
- жароҳатланишдан эҳтиёт бўлинг, аммо қаттиқ куч билан ушламанг;
- керакли жиҳозларни тайёрланг: ҳаво ўтказгич-воздуховод, сўргич-отсос, Амбу халтачаси, ниқоб, кислород;
- аёлни ошқозон ва қусуқ массалари, қондан аспирация бўлишининг олдини олиш учун чап ёнбошига ётқизинг;

- тутқанокдан сўнг, огиз бўшлиғи ва халқумини тозаланг;
- нафас йўллари ўтказувчанлигини тикланг;
- тутқанокдан сўнг зудлик билан тутқанокқа қарши магнезиал терапияни бошланг:

- юклама доза 4-5 г в/ига (16-20мл 25% магнезий сульфати + 20 мл 0,9% физиологик эритмада, 5-15 дақиқа давомида юборилади;
- ушлаб турувчи доза: 25% 100 мл магнезий сульфати + 0,9%-400,0 мл натрий хлор эритмасида минутига 7 томчидан, 24 соат давомида юборилади.

ёки

- юклама доза 4-5 г в/ига (16-20мл 25% магнезий сульфати + 20 мл 0,9% физиологик эритмада 5-15 дақиқа давомида юборилади;
- сўнг ҳар бир думбанинг ташқи юқори квадранти м/ога 5г 25 % магнезий сульфати (20 мл) новокаинда (10г-40,0мл) қилинади;
- ушлаб турувчи доза: 25% -20 мл магнезий сульфати + Новокаин 0,5% 5,0д а ҳар 4 соатда 24 соат давомида қилинади.

Агар тутқанок такрорланса, яна 2г (8мл) 25% магнезий сульфатни 5 дақиқа ичида вена ичига юборинг, ёки юборилаётган магнезий сульфат тезлигини 1,5 – 2,0 г/соатга (бир дақиқада 11-14 томчи) оширинг.

АҚБ, пульси, нафаси, ҳомила юрак уришини аниқланг;

- магнезий сульфат самара бермаганда, диазепам 10 мг в/ига бир марта, ёки тиопентал 50 мг в/ига бир марта қилинади.

ЎСВга кўрсатма: адекват мустақил нафас ололмаслик (экламптик статус, экламптик кома, ўпка шиши, сатурация 80% кам бўлиши).

Кечиктирилган эстубация.

Акушерлик тактика:

- 12 соат давомида туғдириш. Туғдиришдан олдин аёлнинг ҳолатини стабиллаш;

Агар аёлда туғруқ бошланган бўлса, она ва ҳомила ҳолати стабил бўлиб, жарроҳликка кўрсатма бўлмаса – табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш. Оғриқсизлантириш – регионар оғриқсизлантириш мақсадга мувофиқ.

Магнезиал терапияни тугрукдан олдин, жарроҳлик вақтида ва ундан кейин 24-48 соат давомида давом эттиринг.

- тугрук йўллари тайёр бўлмаганда ва она ва ҳомила ҳолати ностабил бўлганда кесар кесиш йўли билан тугдириш. Огриксизлантириш – регионар огриксизлантириш мақсадга мувофиқ.

Тугрукдан сўнг:

- 5 кун давомида ҳар куни АҚБни 4 марта ўлчаш;
- тугрукдан 2 суткадан сўнг қонда мочевина, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ ва тромбоцитлар сонини текшириш;
- агар АҚБ 160/100 мм сим.уст. ва юқори бўлса, антигипертензив дори воситалар қабул қилишни давом эттириш; АҚБ 140/90 мм сим. уст. ва паст бўлса,
- антигипертензив дори воситалар миқдорини камайтиринг;
- агар аёл ҳомиладорлик вақтида метилдопа қабул қилган бўлса, тугрукдан 2 суткадан сўнг, бошқа дори воситасига ўтказинг;

АҚБ 140/90 ва ундан паст бўлганда антигипертензив дорилар билан, ёки, уларсиз стабил ҳолатда шифокор назоратида, уйга жавоб беринг;

- тугрукдан сўнг 6 ҳафта давомида УАШ, терапевт. Эслатма: кальций кам истеъмол қилинадиган ҳудудларда, айниқса, презклампсия хавфи бўлган аёлларга кальций тайинланади. Юқори хавф гуруҳидаги аёлларга кам миқдорда ацетилсалницил кислотаси тавсия этилади.

- нефролог консултацияси.

Шундай қилиб, гипертензив ҳолатлар: енгил ва оғир сурункали гипертония касаллиги, енгил ва оғир презклампсия, эклампсия – ҳомиладорлик ва тугрукнинг оғир асоратларига олиб келади. Шу жумладан, оналар ўлими перинатал ўлимлар орасида асосий ўрин тутди. Гипертензив ҳолатларни эрта аниқлаш, диагноз қўйиш ва профилактик ишларни олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Чунки ушбу касалликлар сабабли акушерликдаги шошилиш ҳолатлар юз беради, бу қайта ҳомиладорда, ҳатто биринчи ҳомиладорда ҳам бўлиши мумкин. Уларни вақтида аниқлаш, ҳомиладорларни стандарт ва протоколлар асосида назорат қилиш керак. Бу гипертензия ҳолатлари

фонда кечаётган ҳомиладорликнинг оқибатини нисбатан яхши яқунланишига имкон беради. Кўрсатма бўлганда ҳомиладорликни вақтидан олдин тўхтатилиши, нафақат тиббий муаммо, балки, у ижтимоий муаммо ҳам ҳисобланади.

Умумий амалиёт шифокори амалиётда кўп учрайдиган бу асоратларни албатта яхши ўрганиши даркор. Хулоса. Ҳомиладор аёлларга антенатал даврида шаҳарда ёки туманнинг энг узоқ қишлоғида ҳам кўрсатилаётган тиббий хизмат малакали, самарали ва эффе́ктив бўлиши керак. Бу натижаларга ҳалқаро стандарт ва протоколлар асосида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан чиқарилган, маҳаллий, миллий стандарт ва протоколлар бўйича фаолият юритилганда эришамиз. Бунинг учун тиббий ходим, янги технологиялар бўйича ўқиган бўлиши керак. Миждознинг саломатлиги, ҳомиласи тўғрисида чиқарилаётган ҳар бир яқуний хулоса ёки қарор чиқаришда миждознинг иштирокини таъминлаш, уни жалб қилиш ва унинг ўзи қарор қабул қилишга имкон берилади. Шунда УАШ, акушер-гинеколог, потранаж ҳамшира ўз вақтида ҳомиладорликдаги касалликларни эрта аниқлашга эришади. Натижада, акушерлик ва перинатал асоратларнинг камайишига эришамиз. Шошилиш ҳолатларда, соматик ва акушерлик патологияси бўлган ҳомиладорларни ўз вақтида госпитализация қилиш учун бирламчи тиббий-санитар ёрдам муасасалари, туғруқ комплекслари, тез ва шошилиш тиббий ёрдам станциялари ва бошқа ДПМ ўртасида доимий алоқани таъминлаш мақсадга мувофиқ.

Тавсиялар:

Бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасаларида иловаларга асосан ҳомиладорларга юқори малакали антенатал парваришни таъминлашни ташкиллаштириш;

- бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасалари ва тугрук муассасаларида ҳомиладорлар, туғувчи ва тукқан аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш имкониятини таъминлаш;

- умумий амалиёт шифокори-оилавий шифокор ҳомиладорларга антенатал парваришни таъминлаш ва уларни хавфсиз тугрукқа тайёрлашга жавобгар бўлган, асосий мутахассис деб ҳисоблаш;

- ҳомиладорларни эрта диспансер кузатувиغا олиш (ҳомиладорликнинг 4 ҳафтасигача) ва уйда мунтазам патронаж билан таъминлаш ;

Антенатал парвариш (АНП) бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасалари (БТСЁ) – ҚВП, оилавий поликлиника, марказий туман кўп тармоқли поликлиникаларида ўтказилади;

Ҳомиладорлик уй варақасини тўлдириш;

Ҳомиладорликни олиб бориш протоколарни тўлдириш;

Ўзаро тиббий ёрдам кўрсатиш;

АНП бўйича умумий амалиёт врачлари, оилавий врачасосий маъсул мутахассис бўлиб ҳисобланади.

- 100% ВИЧга тестлар ўтказиш.

- УАШ вазифалари:

- 7 мартадан кам бўлмаслиги лозим, ҳомиладораёлни малакали антенатал парвариш қилиш;

- ҳомиладорликни эрта гестация муддатларида аниқлаш;

- ҳомиладор аёлларни, лозим бўлганда, тор мутахассисларни (акушер-гинеколог, эндокринолог, кардиолог ва б.) жалб этиб, тўлиқ бирламчи текширишдан ўтказиш;

- хавф гуруҳидаги ҳомиладорларни 16-20 ҳафталик муддатда, ҳомилада ривожланиш нуқсонларини аниқлаш мақсадида, скрининг текширишга юбориш;

- ҳомиладорлик асоратларининг олдини олиш бўйича профилактик тадбирлар ўтказиш – ҳомиладорлик ва соматик касалликлар асоратларини эрта аниқлаш, лозим бўлганда шошилиш ёрдам кўрсатиш ва ҳомиладорларга тиббий ёрдам кўрсатиш регионализациясини ҳисобга олган ҳолда, ўз вақтида госпитализация қилиш;

- ҳомиладорларни ОВИ-инфекцияси бўйича 100% маслаҳатлашув ва тестдан ўтказилишини таъминлаш;

- ҳомиладорларга маслаҳат бериш ишларини ўтказиш, оилаларга лозим бўлаган маълумотларни бериш, ҳомиладор аёл ва унинг оила аъзоларига “ҳомиладорлик ва туғруқ давридаги хавфли белгилар” ҳақида маълумотлар бериш;

- туғруқдан кейинги тўлиқ парваришни таъминлаш, туғруқдан кейинги 40-45 кунларида, туғруқдан кейинги контрацепция билан таъминлаган ҳолда маслаҳатлашиш.

АНП бўйича доя ва патронаж тиббий ҳамширасининг асосий вазифалари қуйидагилар:

- ҳомиладор аёлларни эрта муддатда аниқлаб, ҳисобга олиш учун БТСЁ муассасасига ташрифини таъминлаш;

УАШ оилавий врач билан биргаликда ҳомиладорларни олиб бориш;

Ўз РССВ буйруқлари ва ўрнатилган норматив-ҳуқуқий меъёрлар асосида ҳужжатларни олиб бориш;

- ташриф жадвали бўйича, режали равишда ёки чакириқ асосида уйда ҳомиладорлар ва туғруқдан кейинги даврдаги аёлларга патронаж ёрдамини кўрсатиш;

- контрацепция масаласини ҳал қилиш учун, туғруқдан кейинги (40 кундан сўнг) даврда аёлнинг БТСЁ муассасасига ташрифини таъминлаш;

- ўз ҳудуди аҳолиси ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, тўғри овқатланиш, микронутриентларни қабул қилиш, чекиш ва алкоголь истеъмол қилишнинг зарари ҳақида санитария-маърифий ишларини ўтказиш;

- Ҳомиладорлар уй врақасини олиб бориш асослари (ХУВ):

- ҲУВ ҳомиладор аёл ва онла аъзоларини;
- Ҳомиладорлик;

Тугрукдан кейинги даврнинг кечишини кузатиш, ҳомиладорликнинг физиологик кечишдан четга чиқишини, ўз вақтида аниқлаш ва тиббий ёрдам учун мурожаат қилиш жараёнига жалб этиш мақсадида ишлаб чиқилган.

ҲУВни татбиқ қилишдан кутилган натижалар, ҳомиладорлик давридаги асоратларни камайтириш, стационарга оғир аҳволда келадиган аёллар сонини, оналар ва болалар касалланиши ва ўлимини камайтириш бўлиб ҳисобланади.

ҲУВни кўллаш жараёнида УАШ-доя аёл ва унинг онла аъзоларини ҲУВдан тўғри фойдаланишга ўргатади, ҳар бир ташрифда ҲУВ мазмуни билан танишиб боради ва керакли маълумотни беради. Доим ўз ёнида ҲУВни олиб юриш муҳимлиги ҳақида тавсиялар беради.

Анамнез йиғиш ва назорат.

I ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлик муддатида: кўкрак безларида ўзгариш.

Овқат ҳазм қилиш муаммолари, пигментация. Қабзият, тез-тез сийиш.

Ҳолсизлик, тез чарчаш, кайфият ўзгариши. Қоринда оғриқ, қон кетиши.

II ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлик муддатида: Бачадон ўсиши.

Оёқ ва кўллар шиши, веналарнинг варикоз кенгайиши.

Геморрой, сийиш, белда оғриқ, ҳомила қимирлашини ҳис этиш.

Онанинг руҳий ҳолати ўзгаришига ҳомиланинг реакцияси, қин ажралмалари,

III – ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлик муддатида: Зарда бўлиш, ҳансираш, оёқларда тиришиш, бош оғриғи, ҳушдан кетиш, милклар ва бурун қонаши, уйқусизлик.

Қон кетиши

Номунтаззам (сохта) дардлар.

Қиндан шиллик тиқин кетиши.

Ҳушёрлик белгилар.

Зудлик билан врачга мурожаат этишни талаб қиладиган хушёрлик белгилар (ҳар қанақа вақтда):

Қиндан қон кетиши

Ҳомила қимирлаши ўзгариши Тўсатдан, кучли бош оғриги
Мушаклар учиши

Тери қопламлари саргайиши

Асосан юз ва бел соҳасида тўсатдан ва кучли шишлар бўлиши

Кўришининг бузилиши

Қориннинг юқори ва ўнг соҳасида оғриқ бўлиши

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кўнгил айнаши ва қусиш

Сийдик миқдорининг камайиши (400 млдан кам.) Иситма ёки эт увишиши (тана ҳарорати ортиши) Қорин пастида кучли оғриқлар

Бачадонда чандик бўлганда, ҳар қандай дардсимон оғриқлар бўлиши

Доимий бачадон қисқариши

Ҳар қандай тавсия ёки тадбирлар, муолажалар, айниқса инвазив текширишлар, фақат аёлдан маълумотли розилик олингандан сўнггина бажарилади.

ҲАР БИР ҲОМИЛАДОРГА ГЕСТАЦИЯ ВА ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШНИНГ ИНДИВИДУАЛ РЕЖАСИ ТУЗИЛАДИ.

“Оналар мактаби” ни ўтказиш: Ҳомиладорлар билан шугулланиш дастури;

Машгулот 1

Машгулот 2

Машгулот 3

Болани парваришlash бўйича ҳомиладорлар билан шугулланиш дастури;

Машгулот 4

Машгулот 5

«Оналар мактаби»да ҳомиладорлар билан шугулланиш дастури:

1 Машғулот

1. Ҳомиладорлик даврида она организмидаги анатомо-физиологик ўзгаришлар:

1. Жинсий тизим тузилиши ва фаолияти ҳақида қисқача маълумот

2. Аёллар ва эркаклар жинсий ҳужайралари

3. Ҳомиланинг она қорнида ривожланиши

3.1. Уруғланиш

3.2. Ҳомиладорликнинг илк белгилари

3.3. Ҳомиланинг ҳомиладорлик ойлари бўйича ривожланиши, унинг ташқи таъсирларга реакцияси

3.4. Плацента ва амниотик суюқликнинг ҳомила ҳаётидаги роли

3.5. Аёл организмидаги физиологик ўзгаришлар, ҳомиладорлик давлари

4. Ҳомиладорлик хавф омиллари

4.1. Хавф омиллари нима?

4.2. Ота ва она соғлигининг бўлажак фарзанд соғлигига таъсири

4.3. Наслнинг роли

4.4. Ота ва оналарнинг алкоголь, чекиш, наркотик ва токсик воситаларни истеъмол қилиши, ҳомила патологияси хавф омилли сифатида

4.5. Бошқа нохуш омилларнинг ҳомилага таъсири (ишлаб чиқариш, инфекция, дори воситалари, радиацион омиллар ва б.)

4.6. Ҳомиладорлик асоратлари

5. Тиббий кузатув

5.1. Ҳомиладорларнинг аёллар маслаҳатхонасига эрта мурожаат этишининг муҳимлиги

5.2. Акушер-гинеколог врач, дояга ташрифлар сони

5.3. Ҳомиладорлик даврдаги тиббий текширишларнинг мажбурий ҳажмини бажариш лозимлиги

5.4. Она ва бола соғлигини кузатишнинг замонавий инструментал усуллари билан таништириш

5.5. Ҳомиладорларга ҳомиланинг ривожланиши ва ҳомила ҳолатини баҳолашнинг баъзи бир тестларини ўргатиш

5.6. ҲУВнинг аҳамияти, ҳомиладорларга ҳомиладорлар уй варақасини тўлдиришни ўргатиш.

2 Машғулот

II. Ҳомиладорлик давридаги гигиеник қондалар:

1. Ҳаёт тарзини ўзгартириш

1.1. Меҳнат тартиби, шу жумладан уй ишлари бўйича тавсиялар. Ҳомиладорларнинг қонуний ҳуқуқлари.

1.2. Кун тартиби

1.3. Жинсий ҳаёт

2. Озиқланиш

2.1. Овқатлар калорияси ва овқат маҳсулотларининг балансирилган тартиби ҳақида

2.2. Суюқликлар истеъмол қилиш

2.3. Витаминлар ва микроэлементларнинг она ва бола соғлигидаги роли

2.4. Патологик ҳолатларда(эрта токсикоз (кўнгил айниш ва қусиш синдроми) овқатланиш хусусиятлари, қабзиятлар, гипертензия, буйрак касалликлари ва б.)

3. Шахсий гигиена

3.1. Тана тозаллигини сақлашнинг аҳамияти (тери, тишлар, сут безлари, жинсий аъзолар ва б.)

3.2. Кийим, пойафзал, ички кийимлар

3.3. Боланинг 6 ойлигигача ҳаётида кўкрак билан эмизишнинг роли.

3.4. Аёл организмни чиниқтириш ва соғломлаштиришда табиий омиллардан фойдаланиш

4. Ҳомиладорлик даврида гигиеник гимнастиканинг аҳамияти

4.1. Ҳомиладорлик муддатига мос жисмоний машқлар мажмуасини ўргатиш

4.2. Бўшашиш маҳоратини ўргатиш («тез дам»)

5. Ҳомиладорлар руҳий-ҳиссиётлари ҳолатининг хусусиятлари

5.1. Аёлнинг ҳомиладорликка руҳий мослашиши

5.2. Ҳомиладорлик, тугрук даврида ва бола тугилгандан сўнг, аёлга рухий ва жисмоний кўмаклашишда оиланинг роли.

3 Машғулот

III. «Кўркувсиз тугруққа» тайёрлаш:

1. Тугрук бошланишининг календар муддатлари
2. Тугрук хабарчилари
3. Тугруқхонага боришга тайёрланиш
4. Тугрук даврлари ва давомийлиги
5. Тугрук даврида ўзини тутиш
 - 5.1. Тугрук даврида аёлнинг тўғри ва тинч ҳолатининг аҳамияти
 - 5.2. Тугруқдаги ҳамроҳликнинг роли
 - 5.3. Тиббий ходимга ишонч ва унинг барча тавсияларини бажариш шартлиги
 - 5.4. Тугруқнинг яхши кечиши учун турлича нафас олишга ўргатиш
 - 5.5. Тугруқни оғриқсизлантириш усулларини ўргатиш
 - 5.6. Тугруқда рухий ҳиссиётларни мустаҳкамлаш учун аутотренинг ва нуктали ўз ўзини массаж қилишга ўргатиш
6. Тугруқдан кейинги биринчи соатлар. Тугруқ залида болани эрта кўкракка беришнинг аҳамияти
7. Тугруқдан кейинги даврдаги даволаш гимнастикаси
8. Тугруқдан кейинги контрацепция

Онанинг қонуний ҳуқуқлари

4 Машғулот.

Болани парваришлаш бўйича "Оналар мактаби" да ҳомиладорлар билан шугулланиш дастури:

1. Бола тугилди
 1. Боланинг етилганлик белгилари
 2. Чақалокнинг анатомо-физиологик хусусиятлари
 3. Чақалокдаги гормонал криз
 4. Тугруқхонада она ва бола бирга бўлишининг аҳамияти
 5. Чақалок билан мулоқотда шахсий гигиена қоидалари
 6. Болани кўкракка тутиш техникаси

7. Тугруқхонадан чиқиш учун болага керакли кийимлар мажмуасини тайёрлаш бўйича маслаҳатлар

5 Машғулот

II. Оилада чақалоқни парвариш қилиши:

1. Оилада бола “бурчаги”ни тайёрлаш ва гигиенаси
 2. Болани парвариш қилиш воситалари
 3. Болани парвариш қилиш қоидалари
 - 3.1. Болани тозалаш ва чўмилтириш
 - 3.2. Териси ва киндик ярасини парвариш қилиш
 - 3.3. Эркин йўргаклаш
 - 3.4. Кун тартиби
 4. Чақалоқни овқатлантириш
 - 4.1. Соғлом бола шаклланишида кўкрак билан эмизишнинг роли
 - 4.2. Кўкрак билан эмизишда боланинг тана вазнини назорат қилишнинг аҳамияти
 - 4.3. Чақалоққа сув бериш
 - 4.4. Сунъий озиқлантириш.
 5. Зарарли омилларнинг бола соғлигига таъсири.
 - 5.1. Оилада зарарли одатларга йўл қўймаслик (чекиш, алкоголь, наркотик ва токсик воситалар истеъмол қилиш)
 6. Тиббий тавсияларни бажаришни ўргатиш ва маслаҳатлар
 - 6.1. Чақалоқ гимнастикаси элементлари ва уни массаж қилиш усуллари
 - 6.2. Тана ҳароратини ўлчаш техникаси
- Врачга зудлик билан ёрдам учун мурожаат этишини талаб қиладиган асосий симптомлар қуйидагилар:*
- қўл, юз, танада тўсатдан пайдо бўлган ва тезтарқалган шишлар
 - бош оғриғи, кўриш бузилиши-кўз олдида қоранарсалар учиши
 - тиришиш
 - конъюктива шиллиғи ва терисининг бирдан оқариши
 - қайт қилиш
 - ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида қиндан қон кетиши

- қоринда оғрик, доимий бачадон қисқариши
- қоғонок сувлари кетиши
- ҳомила қимирлаши камайиши ёки тўхташи
- тана ҳарорати ортиши/эт увишиши

МУСТАҚИЛ ТАЙЁРЛАНИШ УЧУН ЎЗ-ЎЗИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ САВОЛЛАРИ:

1. Гипертензив ҳолатлар нима ва унга изоҳ беринг.
2. Сурункали гипертензия касаллигининг клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
3. Гестацион гипертензиянинг клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
4. Преэклампсиянинг турлари клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
5. Эклампсиянинг клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
6. Преэклампсиянинг оғир даражасида, магнезия сульфатни томир ичига юбриш дозаси ва миқдори. Магнезиял ушлаб турувчи дозани юбориш.
7. Ҳомиладорликни давом эттириш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш масаласини ҳал қилиш.
8. Гипертензив ҳолатларда кесар-кесиш операцияси ўтказишга кўрсатмалар.
9. Гипертензия ҳолатларда ҳомиладорлик ва туғруқасоратлари ҳамда перинатал асоратлар.
10. Эклампсия хуружини бошқа касалликлардан фарқлаш.
11. Гипертензия ҳолатларни эрта аниқлаш.
12. Гипертензияв ҳолатларнинг, ҳомиладорлик ватуғруқдаги асоратларини олдини олиш чоралари.
13. Оналар мактаби машғулотлари.

Вазиятли масалалар ва тестларнинг комплекси

1. Ҳомиладорликда гипертоник криз қайси касалликлар билан дифференциал диагностика қилинади:

- эпилепсия билан
- преэклампсия билан
- ўткир инфаркт-миокард билан
- юқорида кўрсатилган барча касалликлар билан

2. Сурункали гипертензиянинг енгил даражасига хос АҚБ?

- АҚБ 100/60
- АҚБ 120/80
- АҚБ 140/90
- АҚБ 160/110

3. Сурункали гипертензиянинг оғир даражасига хос АҚБ?

- АҚБ 100/60
- АҚБ 120/80
- АҚБ 140/90
- АҚБ 160/110

4. Гистацион гипертензия ҳомиладорликнинг қайси муддатидан кейин юзага келади?

- Ҳомиладорликнинг 12 ҳафталик муддатигача
- Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин
- Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида
- Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида

5. Преэклампсиянинг енгил даражасига хос АҚБ?

- АҚБ 100/60
- АҚБ 120/80
- АҚБ 140/90
- АҚБ 160/110

6. Преэклампсиянинг оғир даражасига хос АҚБ?

- АҚБ 100/60
- АҚБ 120/80
- АҚБ 140/90
- АҚБ 160/110

7. Презклампсияда сийдикдаги оксил мидори?

- 0,3г/л
- 3г/л
- 0,1г/л
- 1г/л

8. Презклампсиянинг оғир даражасида ҳомиладорлик муддати 38 ҳафта, акушерлик тактикаси?

- ҳомиладорликни зудлик билан тўхтатиш
- 2 кун дексаметазон 12 мг дан 2 маҳал юборилади
- тугруқ йўлларининг тугруққа тайёрлиги баҳоланади
- кутиш позициясига амал қиламиз

9. Ҳомиладорлик муддати 32 ҳафта, презклампсия оғир даражаси, акушерлик тактикаси?

- ҳомиладорликни зудлик билан тўхтатиш
- 2 кун дексаметазон 12 мг дан 2 маҳал юборилади
- тугруқ йўлларининг тугруққа тайёрлиги баҳоланади
- кутиш позициясига амал қиламиз

10. Қуйидагиларнинг қайси бири гестацион гипертензияга хос?

- АҚБ кўтарилиши турмушга чиқишдан олдин ҳамкузатилган
- АҚБ ҳомиладорликнинг биринчи яримда биринчи марта

кўтарилган

- АҚБ ҳомиладорликнинг иккинчи яримда биринчи бор

кўтарилган

- АҚБ кўтарилиши кузатилмаган

Масала 1.

Ҳомиладор А 28 ёш, 22 ҳафталик ҳомиладорлик билан тиббий марказга қиндан кам миқдорда қон келаётганидан шикоят қилиб келди. Аёлда биринчи ҳомиладорлик. Бу режалаштирилган ҳомиладорлик бўлиб, аёл ўзини шу пайтгача яхши ҳис қилган. Тана ҳарорати 36.8 С, пульс 82 та, АҚБ 160/110. Териси одатдаги рангда, нам эмас. Қорин пастки қисмида оғриқ ва кам миқдорда вагинал қон кетиш аниқланди. Бачадон доимий тонусда.

Ташхис. Режа.

Ҳомиладорлик 22 ҳафта. Гестацион гипертензия. Нормал жойлашган йўлдошнинг енгил кўчиши. Госпитализация.

Масала № 2.

Ҳомиладорлик 10 ҳафта. Ҳомиладорнинг артериал қон босими 150/90 мм. си. ус. тенг, пульси 80 зарба. 1 мин.га. ажралмалари оқчил.

Ташхис. УАШ тактикаси. Даволаш. Ҳомиладорлик 10 ҳафталик. Сурункали гипертензия касаллиги. Терапевт назоратида даволаш.

Масала № 3.

Аёллар маслаҳатхонасига 26 ёшдаги ҳомиладор бош оғригидан, эпигастрал соҳадаги оғриқлардан шикоят қилиб келди. Ҳомиладорлик муддати 32 ҳафта. АҚБ 150/100 мм.сим.ус. сийдикда оксиллар аниқланмайди. Шишлар оёқлари, бел ва қорин соҳасида аниқланади. Ташхисни аниқланг. Тактика. Даво.

Ҳомиладорлик 32 ҳафта. Презклампсиянинг оғир даражаси. Госпитализация. 2 кун ҳомила дистресси профилактикасини ўтказиш. Магnezия сульфатни Зуспан усулида юбориш ва ушлаб турувчи дозасини бошлаш. Ҳомиладор ва ҳомила аҳволини баҳолаш, ҳамда, тугруқ режасини тузиш.

Масала № 4.

Ҳомиладор М. 32 ёшда. ҳомила 24 ҳафталик. АҚБ 140/90 мм.сим.ус. пульси 78 зарба, минутига ритмик. Шишлари йўқ. Сийдикда оксиллар миқдори 3 г/л. УТТ ҳомиладорлик 24 ҳафта. Плацентанинг пастда ётиши аниқланган. Шу сабабли келган.

Ташхис, тактика, даво.

Ҳомиладорлик 24 ҳафта. Презклампсиянинг енгил даражаси. Плацентанинг пастда ётиши. УАШ, терапевт, акушер-гинеколог назорати.

Масала № 5.

30 ёшли бемор ҚВП га жинсий йулларидан кўп миқдорда кон кетишидан шикоят қилиб келди. Уч кун олдин келганда сийдикда оксиллар миқдори 3 г/л аниқланган. Касаллик бирдан бошланган. Бир соат олдин оғриқ кучайиб тўлгоқсимон тус олган, қон кетиш

бошланган. Анамнездан: 3 та ҳомиладорлик, булардан 1 таси ўз вақтида, асоратсиз, тугрук ва 2 та сунъий аборт. Охирги хайзи 8 ой олдин бўлган, эслай олмайди. Ҳомиладорлик 6 ҳафталик муддатидан яшаш жойи шифокорида назоратда туради. Объектив кўрик: умумий аҳволи ўртача огирликда, тери ва кўринадиган шиллик қаватлари рангпар. Ички аъзоларда патология йўқ. АҚ/Б 160/110 мм. сим. уст. Кўтарилган. Тез тиббий ёрдамни чақирган, магнезия сульфат Зуспан услида юборилган. Тил тагига ҳар 15 мин.да каринфар шимган, уч марта. Айни вақтда томир уриши минутига 110 марта, қоникарли тўлалликда ва тарангликда. Бачадон доимий тонусда. Ажралмалар қонли, кўп микдорда.

Танхис. 2. Шифокор тактикаси. 3. Тасдиқловчи клиник маълумотлар.

Ҳомиладорлик 32 ҳафта. Презклампсиянинг огир даражаси. Нормал жойлашган йўлдошнинг огир даражали кўчиши. Госпитализация, биринчи ёрдам кўрсатиш ва шошиллич кесар-кесиш операцияси ўтказиш.

АДАБИЁТЛАР

1. Айламазян Э.К. Акушерство. -М., 1998г . Айламазян Э.К. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе Санкт-Петербург, 2000 г.
2. Аюпова Ф.М., Жаббарова Ю.К. Гинекология. Тошкент, 2006 г.
3. Бекманн Ч.Р., Линг Ф., Баржански Б. и др. Акушерство и гинекология/ Перевод с английского А. Шур. –М.: Мед. лит., 2004г.- 548 с.
4. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство. М.2004г.
5. Василевской М. Гинекология. под ред. 2007 г. Савельева Г.М. Акушерство. -М.:Медицина, 2002 г. Савельевой Г.М. Бреусенко В.Г. Гинекология:учебник / Под ред– 3-е изд., М.: ГЭОТАР Медицина 2008г.-432с.
6. Савельевой Г.М. и Сичиной Л.Г., Акушерство и гинекология под. ред. М. ГЭОТАР Медицина, 1998 г.
7. Сметник В.Н., Тумилович В.П. Неоперативная гинекология.

Медицинское Информ. Агентство. Москва. 2005 г. 440с.

8. Стрижакова А.Н. Клинические лекции по Акушерству и Гинекологии. М. Медицина 2000 г.

9. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей М.: ООО «медицинское информационное агенство», 2007 г. – 664с.

10. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т. 2008 г.

11. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т. 2008 г.

12. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т. 2008 г.

13. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ. 2004 г.

14. Стандарты антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи/ташкент 2016 г.

15. "Ўзбекистон республикасида аёллар, болалар ва ўсмирларга самарали акушерлик-гинекологик хизматини ташкиллаштириш ҳамда кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 11 июндаги №386 сон буйруғи.

16. "Бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасаларида ҳомиладорларга тиббий ёрдам кўрсатиш, антенатал парваришни таъминлаш ва ташкиллаштириш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги 2012 йил 18 май №137-сонли буйруғи.

Қўшимча

17. Берек, Дж., Адаши И., Хиллард П. Гинекология по Эшелю Новаку. М. 2002 г. С 63.

18. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М. 1998 г.

19. Нисвандера К., Эванса А. Акушерство Справочник Калифорнийского университета под ред. М., 1999 г.

20. Серов В.Н., Стрижаков А.М., Маркин С.А., М., Руководство по практическому акушерству МИА 1997 г. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2006 г.
21. Таранов А.Г. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии М. 2004 г. с 13-14.
22. Шевченко Ю.Л., Денисова И.Н., Кулакова В.И., Хаитова Р.М. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / 2-е изд., испр.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002 г.-1248 с.
23. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. Медицина. 2005 г.
24. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Руководство для врачей "ЭЛБИ" СПб 2002 г.
25. Энкин Мэри, Китре М., Нейлсон Дж. (пер. С англ. под редак. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. СПб. 2003 г.
26. Медицинские критерии приемлимости для использования методов контрацепции. Издание третье. UNFPA 2004 г.
27. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ, 2004 г.
28. Неонатология Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. ВОЗ, 2002 г.
29. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Решение проблем новорожденных руководство для врачей, медсестер и акушеров. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г.
30. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с англ. Под редак. А.В. Михайлова. Изд. "Петрополис" СПб. 2003 г.
31. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г.
32. Gynecology in Primary Care ROGER P. SMITH, M.O. Williams et Wilkins A. Waverly company 1996 y. WILLAM OBSTETRICS. 1999 y. USA.
33. Pelvis and Perineum. Brathers Williams. University of Philadelphia.

2004 у.

34. Rewers M, Pihoker C, Dohaghue K, Hanas R, Swift P, Klingensmith GJ. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 у. Compendium.

35. Assessment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabet* 2009 у: 10: (Suppl. 12) 71–81

36. Standards of Medical Care in Diabetes–2013 у. American Diabetes Association. *Diabetes Care*, Volume 36, Supplement 1, January 2013 у.

37. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Издание второе. UNFPA 2004 у.

Интернет-сайты:

38. www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com,

39. www.medland.ru, www.med-lib.ru, www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org,

40. www.ksmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html,

41. www.dir.rusmedserv.com/index/speciality, www.healthua.com/parts/gynecologybuxdti.

II. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ ФОНИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛАРНИ АНТЕНАТАЛЬ ПАРВАРИШЛАШВА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Долзарблиги: Қандли диабет фонида ҳомиладорликни олиб боришда асосий ўринни, қондаги қанд миқдорини етарли назорат қилиш белгилайди. Қондаги қанд миқдорини назорат қилишда йўл қўйилган хато ва камчиликлар оқибатида, она ва ҳомила, бола томонидан кўпгина асоратлар юзага келади. Бундай асоратларни олдини олиш мақсадида, аёл ҳомиладорликдан аввал қондаги қанд миқдорини нормаллаштирган бўлиши керак. Чунки 10 акушерлик ойида ҳомиладор организми фақат ўзигагина эмас, балки, ривожланаётган ҳомила учун ҳам жавоб беради.

Қандли диабет фонидаги ҳомиладорликда она ва бола томонидан юзага келаётган асоратларнинг олдини олиш ва камайтириш бугунги кун акушерлик ва гинекология, перинатология ва эндокринология фанларининг долзарб муаммоларидан ҳисобланади.

Мақсад: Қандли диабет ҳақида тушунча бериш, ҳомиладорлик қандли диабет, 1 турва 2-тур қандли диабет турлари ҳақида маълумот, қандли диабетга олиб келувчи сабаблар, клиник кечиши; даволаш турлари ва асоратларнинг олдини олиш чора-тадбирларини ўргатиш.

Вазифалар:

– Қандли диабетни келтириб чиқарувчи сабаблар, клиник кечиши, ўз вақтида диагноз қўйиш, бошқа

касалликлардан фарқлаш, даволаш, даволашдан кейинги соғломлаштириш тадбирлари, акушерлик тактикаси ва олдини олиш чоралари билан талабаларни таништириш.

– Қандли диабет касаллигига амалдаги миллий стандарт ва протоколлар бўйича вақтида скрининг ўтказиш. Касалликни эрта аниқлаш, ҳомиладорлик ва тугруқни Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқарилган стандарт ва протокол, клиник қўлланмалар асосида олиб бориш ва даволаш, профилактик ишларни кучайтириш. Ҳомиладорлик ва тугруқ

асоратларини, оналар ўлими ва перинатал касалланиш талофатларини камайтириш.

- Бу соҳада фаолият кўрсатаётган тиббиёт ходимлари: УАШ, Акушер-гинеколог, эдокринолог, терапевт, окулист, врач лаборант, доя, потранаж ҳамшираларининг билим ва амалий кўникмаларини кучайтириш. Жумладан Медицина институти юқори курс талабалари, клиник ординаторлари ва магистрларининг қандли диабет фонида ҳомиладорликни, туғруқни олиб бориш ва асоратларини камайтириш буйича, билимини ошириш ва амалий кўникмаларини бажара олишга ўргатиш.

Талаба билиши лозим:

Қандли диабет ва унинг турларини. Қандли диабет классификациясини, клиник кечишини, диагностика методларини. Ҳомиладорликнинг вақтидан акушерлик тактикасини белгилаш ва салбий таъсирларнинг асоратлари олдини олиш. Даволаш принципларини.

Талаба бажара олиши лозим: Бемордан анамнез йиғиш.

Ҳомиладорлик муддатларини ҳисоблаш.

Нормадаги қондаги қанд миқдорини. Гипергликемияда қондаги қанд миқдорини. Гипогликемияда қондаги қанд миқдорини. Кетоацидоз ва кетоацидоз комада қондаги қанд миқдори ва клиник белгиларини.

Клиник ташхисни асослашни.

Ўз вақтида госпитализация қилишни. Ҳомиладорлик картасини тўлдиришни.

Анализ ва инструментал текшириш методи натижаларини таҳлил қилишни.

Акушерлик тактикасини белгилашни.

Даволаш ва реабилитацион тадбирларини ўтказишни.

1-тур қандли диабетли беморларга ташхисқўйиш ва уларни даволаш бўйича клиник протокол

Қандли диабет (ҚД). КХТ-10 бўйича шифри: E10 Инсулинга қарам бўлган қандли диабет (1-тур қандли диабет)

E10.9 Инсулинга қарам бўлган асоратсиз қандлидиабет

Қандли диабет таърифи, таснифи ва ташхислаш. Қандли диабет (ҚД) – бу модда алмашинув касалликлари гуруҳига оид бўлиб, у инсулин секрециясининг нуқсони, инсулин таъсирида, ёки, ушбу ҳариккала омил туфайли келиб чиқадиган гипергликемия билан тавсифланади. (ЖССТ, 1999г.)

Қандли диабет таснифи (ЖССТ, 1999г.). ҚД тури Касалликка хос белги. Қандли диабет 1 тури. Бета-ҳужайралар деструкцияси, одатда мутлок инсулин етишмовчилигига олиб келади. Аутоиммун Идиопатик

Қандли диабет 2 тури Инсулинга турғунликнинг бузилиши устунлик қилган нисбий инсулин етишмовчилигидан инсулинга резистентлиги бўлган ёки бўлмаган секретор нуқсон устунлиги

Гестацион қандли диабет Ҳомиладорлар диабети Диабетнинг бошқа ўзига хос турлари

- Бета-ҳужайралар функциясининг генетик нуқсони
- Инсулин таъсирининг генетик нуқсони
- Ошқозон ости безининг эндокрин қисми касалликлари
- Эндокринопатиялар
- Дори воситалари ёки химикалиялар таъсирида келиб чиқувчи диабет
- Инфекциялар
- Иммуниетга боғлиқ бўлган диабетнинг ноанъанавий шакллари
- Айрим ҳолларда диабет билан биргаликдаги бошқа генетик синдромлар.

ҚД нинг ташхис критериялари ва бошқа углеводлар алмашинувининг ўзгаришлари (EASD, ЖССТ 1998-1999)

Глюкозалар концентрациялари, ммоль/л		
	Қон	Плазма
	Капиллярдан	Веноздан
Норма		
Наҳорда ёки ГТС дан 2 соат ўтгач	$\geq 3,3 < 5,5$	$\geq 4,0 < 6,1$
	$\leq 7,8$	$\leq 7,8$
Қандли диабет		
Наҳорда ёки ГТС дан 2 соат ўтгач ёки овқатланишдан 2 соат ўтгач ёки овқат қабул қилишдан қатъий назар кун давомида гликемия аниқланади	$\geq 6,1$	$\geq 7,0$
	$\geq 11,1$	$\geq 11,1$
	$\geq 11,1$	$\geq 11,1$
Глюкозага толерантликни бузилиши		
Наҳорда ГТС дан 2 соат ўтгач	$< 6,1$	$< 7,0$
	$\geq 7,8 < 11,1$	$\geq 7,8 < 11,1$
Гликемияни наҳорги бузилиши		
Наҳорда ГТС дан 2 соат ўтгач	$\geq 5,6 < 6,1$	$\geq 6,1 < 7,0$
	$< 7,8$	$< 7,8$

Эслатма: Наҳорги гликемия > 8 соатдан кам бўлмаган вақт давомида овқатланмасдан, оч қоринга, эрталабки овқатланишдан олдинги қондаги глюкозामीқдори.

Глюкозага толерантлик тести (ГТТ) перорал глюкозага толерантлик тести: ташхисга аниқлик киритиш учун киритилади. Бунда гликемия наҳорда ва глюкоза эритмаси ичилгандан 2 соат ўтгандан сўнг аниқланади.

Глюкоза миқдори:

– синамада катталар учун 300 мл сувда эритилган –75 г глюкоза 3-5 дақиқа давомида ичилади.

– болалар учун эса 1 кг вазнга 1.75 г глюкоза ҳисобидан (75 г дан ортмаслиги керак); 3 – 5 дақиқа давомида ичилади (жадвал-2).

Қандли диабет I тури. Этиология ва патогенез.

I тур қандли диабет – аутоиммун касаллик бўлиб, у ирсий мойиллиги бўлган шахсларда узоқ кечувчи лимфоцитар инсулин бетта-ҳужайралар деструкциясига олиб келади, бу эса инсулин етишимовчилигини юзага келтиради.

I тур КД – кўп сабабли, полиген насл-наслга ўтувчи касаллик. Унинг ривожланиши генетик мойилликкаасосланган (жадвал 2).

Жадвал 2.

Бемор қариндошларида I-тур КДни ривожланиш хавфи.

Диабет пробандга нисбатан қариндошлик	Ўртача хавф
Тугинганлари (КДга чалинган ака-укалари, она-сингиллари)	4-5%
Ота-оналар	5%
КДI турга чалинган отанинг болалари	3,6-8,5%
КДI турга чалинган онанинг болалари	1,1-3,6%
25 ёшдан ошган ҳомиладор аёл	1,1%
25 ёшдан ошмаган ҳомиладор аёл	3,6%
КДI турга чалинган 2 ота-онанинг фарзандлари	30-34%
Монозигот эгизаклар	30-50%
Дизигот эгизаклар	5%
I тур қандли диабет ака-сингиллар ва улардан дунёга келган фарзандлар	30%
Ака-ука, она-сингил ва ота-онадан бирида диабетнинг мавжудлиги	12%
Ака-ука, она-сингил иккисинда ҳам ва ота-онанинг иккисинда ҳам диабетнинг	40%
Умумий аҳоли	0,20,4%

Клиник белгилар, лаборатор текширув усуллари Кечини фазалари:

Клиник намоён бўлгунгача диабет;

– манифестация ёки дебют қандли диабет;

– қисман ремиссия ёки «асал ойн» босқичи;

– инсулин қарамлигига қараб сурункали босқич; ўсмирлик давридаги беқарор босқич;

– жинсий етилишдан кейинги кузатиладиган барқарор давр.

Клиник намоён бўлгунга қадар, диабет ойлаб, ёки йиллаб чўзилиши мумкин.

Ташхислаш:

β-хужайраларига қарши аутоиммун маркерлар (Лангерганс оролчалари хужайраларига, глютамаатдекарбоксилазага, тирозинфосфатазага, инсулинга қарши аутоантителалар). Иккита ва кўплаб антитела турларини аниқланиши – диабет билан касалланиш хавфини 5 йил ичида 25-50 % га оширади.

ҚД I турга кирувчи генетик маркерлар (HLA); ВВГТТ да инсулин I-фазасини секрециясининг па-

сайиши (ёш ва жинсига боғлиқ ҳолда 10 перцентилдан паст бўлиши) – кейинги 5 йил ичида ҚД ривожланиш хавфи 60 % га етган;

Намоён бўлган ёки дебют қандли диабет (жадвал-3).

Қисман ремиссия босқичи.

Тахминан 80 % болаларда инсулин билан даволаш бошлангандан сўнг кузатилади. Давомийлиги бир неча ҳафтадан ярим йилгача давом этади, баъзида йиллар мобайнида. Қандли диабетнинг ремиссия босқичи вақтинчалик ҳисобланади.

Тўлиқ ремиссия – гликемия кўрсаткичи яхшиланмасдан, инсулин юборишни тўхтатиш.

Қисман ремиссия – инсулинга бўлган эҳтиёж 0,5 ЕД/кг тана вазнига, қонда гликирланган гемоглобин (HbA1c) 7 % дан кам.

Никотинамид қабул қилиш, кам дозада инсулин тери остига юбориш, оғиз орқали инсулин қабул қилиш, ремиссия даврини узайтирмайди ва қандли диабетни клиник белгиларини намоён бўлишини тўхтатмайди.

ҚД клиникаси оғир ноургант белгилардан то оғир дегидратациягача, диабетик кетоацидоздан то коматоз ҳолат ривожланиш даражасига боғлиқ.

Ноургант белгилари:	Ургант белгилари:
Полидисея, полиурия	Оғир сувсизланиш (тери вашиллиқ каватлар куруклиги, тери таранглигини пасайиши, «ботаетган кўз»)
Энурез	Кўп марта қайт қилиш
Тана вазнининг камайиши	Куссмаул нафас – бир текисликда баъзида чуқур шовқинли нафас олиш ва кучли нафас чиқариш
Қайталанувчи тери инфекциялари	Оғиздан ацетон хиди келиши
Ҳолсизлик, тез чарчаш	Ҳушнинг бузилиши (мувозанат бузилиши, прекоматоз ёки баъзида коматоз ҳолат)
Вульвит, баланит	

Лаборатор текширув.

Гипергликемия – ҚДни асосий лаборатор белгиси. *Капилляр қонда глюкоза концентрацияси:*

- Янги туғилган чақалоқларда 1.6–4.0 ммоль/л: Муддатига етиб туғилган кўкрак ёшидаги болаларда 2.78– 4.4 ммоль/л:
- Эрта ёшдаги ва мактаб ёшидаги болаларда– 3.3–5.0 ммоль/л.
- Катталарда $\geq 3.3 \leq 5.5$ ммоль/л.
- Глюкозурия. Соғлом одам пешобида глюкоза кузатилмайди.

Қонда глюкоза концентрацияси норма бўлган ҳолатда глюкозурия:

- Буйрак диабетиди;

- Генетик модда алмашинуви билан кечадиган касалликларда бошқа турдаги қандлар (фруктозалар, галактозалар, лактозалар, левулезалар) аниқланганда;

- MODY3ни эрта босқичида

Кетонлар. Пешобда ацетоацетат ва қонда β -оксибутират текширилади.

Қонда β -оксибутират даражаси 0,5 ммоль/л дан юқори бўлиши ошган ҳисобланади.

Қонда глюкоза концентрацияси норма бўлган ҳолатда кетонурия:

Юқори тана ҳарорати билан инфекция касаллиги; Қайт қилиш;

Паст углеводли овқат истеъмол қилиш, асосан кичик ёшдаги болаларда (эрта ёшда ацетонемик ҳолат).

Гликирланган гемоглобин охириги 3 ой давомида углевод алмашинуви ҳолатини кўрсатади. ҚД ташхисини тасдиқлаш учун ва ҚД беморларда углевод алмашинуви компенсация даражасини баҳолашда қўлланилади.

β -ҳужайра антигенига аутоантитела (ICA, GADA, IAA, IA2) – аутоиммун инсулинни иммунологик маркерлари.

C-пептид – қолдик инсулин секрециясининг маркери.

Соғлом одамда C-пептидни базал даражаси 0,28– 1,32 пг/мл (1,1– 4,4 нг/мл);

I-тур ҚД да пасайган ёки аниқланмайди;

Глюкоза билан стимуляция қилгандан сўнг ёки стандарт углеводли нонуштадан кейин ҚД I турли

беморларда C-пептид даражаси ошмайди, ҚД 2 турли беморларда сезиларли даражада ошади.

Шифохона шароитида I-тур қандли диабет билан хасталанган болалар ва ўсмирлар, катталарни даволаш. I-тур қандли диабет болаларни амбулатор ва шифохона шароитида даволаш олиб борилади.

1-тур қанди диабет болаларни даволаш қўйидаги асосий омилларга асосланади:

Парҳез билан даволаш
Жисмоний вазифалар
Инсулинотерапия
Ўз-ўзини назорат қилишга ўргатиш ва уй
шароитида олиб бориш
Рухий ёрдам

1-тур қандли диабетни мақсадли даволаш: Углевод алмашинуви даражасини максимал нормал ҳолатгача олиб келиш;

Беморни жисмоний ва соматик жиҳатдан кузатиш; Ўз-ўзини назорат қилишни мустақил ва мотивацион ривожланишини назорат қилиш;

ҚДнинг ўзига хос асоратлари олдини олиш.

Парҳез овқатланишга оид тавсиялар

• ҚД 1 турдаги беморлар парҳезидаги углевод миқдори соғлом одамникидан фарқ қилмаслиги лозим

• Кундалик рациондан енгил сингувчи углеводлар сақловчи маҳсулотларни (шакар, асал, ширин кондитер маҳсулотлар, ширин ичимликлар) чиқариб ташланади. Суткалик энергия қўйидаги калория ҳисобига қопланиши лозим:

o Углеводлар 55-60%

o оқсиллар 15-20%

o ёғлар 20-25%

• Тўйинган ёғ кислоталари – 10% гача чегараланади, улар монова политўйинган ёғ кислоталар билан алмаштирилади (нисбати 1:1:1);

• Мактаб ёшигача бўлган болаларда тўйинган ёғ кислоталарни истеъмол қилиш чегараланмайди;

• Қўйидаги маҳсулотларни қабул қилиш ҳужжатлаштирилиши лозим (нон бирлиги (НБ) бўйича ҳисобланади*): донлар, суюқ сут маҳсулотлари, айрим сабзавот турлари (картошка, жўхори), хўл мевалар.

Углевод ўзлаштирилишини нон бирлиги (НБ) бўйича баҳолаш овқатдан олдин инсулин дозасини коррекциялаш учун зарур.

Нон бирлигини жадвалга қараб ҳисоблаш – 1 ва 2 иловалар.

Ёшга ва жинсига кўра бир кунлик НБ қиймати

Ёш, йил	НБ қиймати
4-6	12-13НБ
7-10	15-16НБ
11-14	18-20НБ (ўғил болалар)
11-14	16-17НБ (қиз болалар)
15-18	19-21НБ (ўғил болалар)
15-18	17-18 НБ (қиз болалар)
19 ёш ва катталарда	НБ индивидуал ҳисоблаб борилади

Жисмоний юклама бўйича тавсиялар

- **Жисмоний ҳаракатлар** юклама вақтида ва юкламадан сўнг гипогликемия хавфини оширади, шунинг учун асосий масала жисмоний юклама билан боғлиқ бўлган гипогликемиянинг олдини олиш.

- Гипогликемия хавфи индивидуал бўлиб, гликемияни бошланғич кўрсаткичига, инсулин дозасига, турига, ЖЮ интенсивлиги, давомийлигига ва беморнинг қай даражада чиниққанлигига боғлиқ.

- Гипогликемиянинг олдини олиш қоидалари тахминий бўлиб, ҳар бир бемор учун эмпирик мослаштирилган бўлиши керак.

- Қисқа вақтли ЖЮ (2соатгача) да гипогликемиянинг олдини олиш – қўшимча углеводлар қабул қилиш.

А) ЖЮдан олдин ва кейин гликемияни ўлчаш ва ЖЮдан олдин ёки кейин қўшимча 1-2 НБ (секин ўзлаштириладиган углеводлар) қабул қилиш кераклигини ҳал қилиш.

Б) Глюкозани бошланғич кўрсаткичи 13 ммоль/л дан юкори бўлганда ва ЖЮ 2 соат давом этадиган ҳолатда, ЖЮдан олдин

кўшимча НБ қабул қилмаса ҳам бўлади.

В) Ўзини-ўзи назорат қилиш мумкин бўлмаган ҳолатда ЖЮдан олдин ва кейин 1-2 НБ қабул қилиш керак.

• Узок вақт давом этадиган ЖЮ (2 соатдан кўп) инсулин дозасини камайтириш керак, шунинг учун бундай ЖЮларни аввалдан режалаштирилади:

• ЖЮ вақтида ва ундан сўнг таъсир қиладиган, қисқа ва узок таъсирга эга инсулинлар дозасини 20-50%га камайтириш.

• Жуда узок вақт ёки интенсив ЖЮда тунда ЖЮ дан кейин ва эртасига эрталаб таъсир қиладиган инсулин дозаларини камайтириш.

• Узок давом этадиган ЖЮ вақтида ёки ундан сўнг: ҳар 2-3 соатда кўшимча гликемия назорати, зарурат бўлса, яъни (плазмадаги глюкоза миқдори < 7 ммоль/л) секин ўзлаштириладиган углеводлар, (плазмадаги глюкоза миқдори < 5 ммол/л) бўлса, тез ўзлаштириладиган углеводлардан 1-2 НБ қабул қилиш керак.

ЖЮ вақтида, ёнида, ҳар доимгига нисбатан кўпроқ: қисқа вақтли ЖЮда 4 НБ дан кўпроқ ва узок вақтли ЖЮда 10 НБдан кўпроқ углевод бўлиши керак.

Ўзини-ўзи назорат қилиш ва гипогликемиянинг олдини олиш кўникмаларига эга бўлган ҚД беморлар, куйидаги қарши кўрсатмалар ва эҳтиёт чораларини ҳисобга олган ҳолда, ЖЮларнинг барча турлари ва спорт билан шуғулланишлари мумкин:

ЖЮга вақтинчалик қарши кўрсатмалар:

• Кетонурия билан плазмадаги глюкоза 13 ммол/л дан юқори ва кетонуриясиз плазмадаги глюкоза 16 ммол/л дан юқори бўлган ҳолатларда (инсулин танқислиги вақтида ЖЮ гипергликемияни кучайтиради);

• Гемофтальм, тўр парда кўчиши, тўр парда лазеркоагуляциясидан сўнг ярим йил давомида; назорат қилинмайдиган артериал гипертензия; ЮИК (кардиолог билан келишилган ҳолда).

**1 тур ҚД беморларда қўлланилиши учун тавсия этиладиган
инсулинлар руйхати**

Инсулинлар	Препаратлар руйхати	Таъсири нинг бошлани ши	Таъсир қилиш чўккиси, с.	Таъсир давомийлиг и, с.
Ультракиска таъсирли (одам инсулинлари аналогли)	Хумалог (ЛизПро) НовоРапид (Аспарт)	15 дақиқадан сўнг	0,5-2 дан сўнг	3-4
Қиска таъсирли	Актрапид НМ Хумулин R Инсуман рапид Гансулин R Восулин R Генсулин R	30 дақиқадан сўнг	1-3 дан сўнг	6-8
Ўртача таъсирли	Монотард НМ	2,5 соат- дан сўнг	7-9дан сўнг	18-20
	Протафан	дан сўнг	сўнг	12-14
	Хумулин Н	1,5 соат- дан сўнг	4-6 дан сўнг	18-20
	Инсуман базал Гансулин Н	1 соатдан	4-8дан	18-20
	Восулин Н	сўнг	сўнг	
	Генсулин Н	1соатдан сўнг	3-4дан сўнг	
Узоқ таъсирли*	Гларгин (Лантус) Детемир (Леве- мир)	1соатдан сўнг	Таъсир чўккилари йўқ	24-29 18-24

* 0,2–0,4 ЕД/кг доза инсулин юборгандан кейин 3-4 соатдан 14 соатгача бўлган оралиқ интервалда 50% максимал самара беради.

** 0,4 ЕД/кг дозада – 20 соат.

Инсулинотерапия.

- Қиска таъсир этувчи инсулин овқатланишдан 20-30 дақиқа олдин юборилиши шарт (зарурият бўлганда – 40-60 дақиқа);
- Ультра қиска таъсир этувчи инсулин (Хумалог ёки НовоРапид, Апидра) бевосита овқатланиш вақтида юборилади, зарурат тугилганда – овқатланиш вақтида ёки бир йўла овқатланишдан сўнг.

Гипогликемия частотаси пасайганда, ультра қисқа таъсир этувчи инсулин аналоглари қўлланилади.

Липодистрофия ривожланишининг олдини олиш учун инсулинни юборишни бир жойга эмас, турли жойларни ҳар кун танлаш тавсия қилинади. Липодистрофияларнинг олдини олишнинг ягона усули инъекция жойларини доимо алмаштириб туриш. Ҳар бир беморнинг инсулинга бўлган эҳтиёжи ва турли давомийликдаги инсулинлар нисбати индивидуал танланади (жадвал-4).

Узоқ муддат таъсир этувчи инсулинлар: Лантус 1 суткада 1 инъекция киритилади, базал инсулинемияни оптималлаш мақсадида суткада 2 марта ҳам киритиш мумкин. Гипогликемиянинг олдини олиш мақсадида, Лантусга ўтиш вақтида умумий базал инсулин дозасини 20 % гача камайтириш керак. Левемир кўпгина ҳолатларда 1 суткада 2 та инъекция қилинади. НПХ дан Левемирга ўтказилганда бошланғич доза ўзгартирилмайди. Лантус ва Левемир инсули учун хос белги гипогликемия частотасини камайтиради (жадвал-5).

Жадвал 5.

Инсулинни суткалик эҳтиёжи (Ед/кг вазнга қараб)

	Диабет бошланишида		Ремиссияда	Узоқ давом этувчи диабет		Декомпенсация (кеттоацидоз)		Препубертат		Пубертат	
	5-0,6	0,		0,8	0,7-	1,5	1,0-	1,0	0,6	2,0	1,0-
Инсулинни суткалик эҳтиёжи		<0,5									

Инсулинни вена ичига юбориш. ДКА да ва жарроҳлик амалиётида оддий одам инсулинни вена ичига юбориш мумкин. Ультрақисқа таъсирли инсулин аналогларини ҳам вена ичига юбориш мумкин. Ультрақисқа таъсирли инсулинларнинг таъсири самараси, оддий одам инсулин таъсири самарасидан деярлик фарқланмайди.

Педиатрия амалиётида аралаш одам инсулинлари қўлланилмайди.

Инсулин дозаларини тахминан бўлиш:

Нонуштадан ва тушликдан олдин $2/3$ суткалик дозаси;

Кечки овқатланиш ва уйқудан олдин $1/3$ суткалик дозаси.

Ҳар бир беморнинг инсулинга бўлган эҳтиёжи ва турли давомийликдаги инсулинлар нисбати индивидуал танланади (жадвал-6).

Жадвал 6.

Инсулинотерапияни тартибга оид тавсиялар

Нонуштадан олдин	Тушликдан олдин	Кечки овқатдан олдин	Ухлашдан олдин
ҚИ(Λ)+ЎДИ	ҚИ(Λ)	ҚИ(Λ)	ЎДИ
ҚИ(Λ)	ҚИ(Λ)	ҚИ(Λ) ҚИ(Λ)+	ЎДИ
ҚИ(Λ)+ЎДИ	ҚИ(Λ)	ЎДИ ҚИ(Λ)	ЎДИ
ҚИ(Λ)+ЎДИ	ҚИ(Λ)+ЎДИ		

Инсулинни киритиш учун мосламалар:

- инсулин шприц-ручкаларига махсус инсулинли-катридж қўйилган бўлади, инсулин дозасини кадамма-кадам 0.5-1 ЕД дан ўзгартиртириб борилади.

- Бир марта ишлатиладиган игнаси қўшилган (бирлаштирилган) пластикли инсулин шприцлари. Инсулин шприц градуировкаси ишлатилаётган инсулин концентрациясига мос бўлиш керак. ҚДли болалар, ўсмирлар ва уларнинг ота-оналари инсулин шприцларини тўғри ишлатишни билишлари керак.

Манифестацияланган касалликларда инсулинотерапия:

ҚД илк марта аниқланган бемор болалар госпитализация қилинади.

Қисқа таъсирли инсулин бошлангич дозаси, асосий овқатдан олдин, болаларнинг биринчи ҳаёт йилларида 0,5-1 ЕД дан, мактаб ёшдаги болаларда 2-4 ЕД дан ва ўсмир болаларда 4-6 ЕД дан ҳисобланади.

Инсулин дозасини коррекциялаш – гликемия даражасига боғлиқ.

Гликемия муаллақ даражада турса, инсулин дозаси 50% га оширилади, ўсиб бориш кузатилса, 100 % га оширилади, агар пасайиши кузатилса, 25-50 % га камайтирилади.

Қўшимча инсулин инъекцияси қуйидаги ҳолатларда киритилади – 2 та нонуштадан олдин, ярим тушликдан, 2 та кечки овқатдан олдин, соат 24, 3 ва 6 ларда кучли гипергликемия ҳолати кузатилганда.

Гликемия кўрсаткичи муаллақ турса – жадаллашган инсулинотерапияга ўтказилади.

Инсулин юбориш тартиби:

Базис-болус инсулин билан даволаш тартиби (жадаллашган тартиб ёки кўп марта инъекция қилиш тартиби) – қисқа ёки жуда қисқа муддат таъсир этувчи инсулинларни овқатдан олдин ва ўртача таъсирли инсулинларни эса, кунига 2 марта киритилиши лозим:

Қисман ремиссия даврида инсулинотерапия тартиби қонда глюкоза даражасини аниқлашга боғлиқ.

Ўз-ўзини назорат қилиш – беморларни ёки уларнинг оила аъзоларини доимий гликемияни, олинган таҳлилларни назорат қилишни, овқатланиш тарзини ва жисмоний фаолликни ҳисобга олишни, кун тартибига қараб мустақил равишда инсулинотерапияни коррекция қилишни назорат қилишга ўргатиш (жадвал-7).

Жадвал 7.

Нейрогипоклимек симптомлар	Автоном симптомлар
<ul style="list-style-type: none"> • Қувватсизлик, бош айланиши • Диққатнинг сусайиши • Бош оғриғи • Оғнинг чалқашishi • Ноаниқ сўзлар • Беқарор юриш • Галваса 	<ul style="list-style-type: none"> • Тремор • Совуқ тер • Терининг оқариши • Тахикардия • АҚБнинг ошиши • безовталаниш, агрессивлик (урини ва кўрқувни ҳисқилиши)

Эслатма.

ҚИқисқа таъсирли инсулин: ЎДИўртача давомли инсулин;

Ақисқа таъсир этувчи инсулин аналог: хумалог, аспарт.

Бемор мустақил равишда асосий овқатдан олдин, постпрандиал.

уйқудан олдин, жисмоний зўриқишдан олдин, гипогликемияга шубҳа қилганда ва уни белгилари бартараф бўлгандан кейин, қонда глюкозани аниқлашнибилиши керак.

Асосий саволлар бўйича диабет мактабларида ўқитиш (қандли диабет белгилари, инсулинотерапия принциплари, инсулинни тўғри танлаш ва дозасини коррекция қилиш, овқатланиш тартибини, углеводни ҳисоблаш, спорт билан шугулланиш, гипогликемия ривожланганда, кетоацидозда ва бошқа интеркуррент касалликларда ўзини назорат қилиш);

Кўпи билан гликемияни суткасига 4-6 марта аниқлаш керак:

Шошилиш ҳолатлар.

ҚДни ўткир шошилиш ҳолатларига диабетик кетоацидоз ва кетоацидотик кома, шунингдек гипогликемия ва гипогликемик кома киради.

Кетоацидотик команинг ривожланишида гиперосмолярлик ҳолати асосий аҳамиятга эга бўлса ҳам, ҚД I турида кам ҳолларда гиперосмоляр нокетоацидотик кома ва лактацидоз учрайди.

Диабетик кетоацидоз ва кетоацидотик кома.

ДКА – ҚДни ўткир декомпенсация даврида, гипергликемияда (плазмада глюкоза даражаси > 13.9 ммоль/л), гиперкетонемияда (> 5 ммоль/л), кетонурияда ($\geq ++$), метаболик ацидозда ($pH < 7.3$) ва турли ҳолатдаги ҳуш бузилишларида ёки ҳушнинг бузилиши кузатилмаганда шошилиш госпитализация қилиш керак.

ДКА мутлоқ ёки нисбий инсулин танқислигида ривожланади. I тур ҚД манифестациясида 80% ҳолатда ДКА ривожланади, у ёки бу сабабларга кўра касаллик ташхиси кечиктирилади, ёки ташхис маълум бўлган ҳолларда инсулинотерапия кечиктирилади. Асосан ДКА жадаллик билан кичик ёшдаги болаларда ривожланади.

Инсулин олган беморларда ДКА ривожланиш сабаблари:

Нотўғри даволаниш (етарли дозада инсулин тавсия қилинмаслиги).

Инсулинотерапия тартибининг бузилиши (инсулинни ўтказиб

юбориш, нотўғри сақланган инсулинни юбориш, 40 ЕД шприцда инсулинни юбориш, 100 ЕД шприцда инсулин тавсия қилиш, шприц-ручканинг носозлиги, ўз-ўзини назорат қилмаслик).

Овқатланишнинг қўпол бузилиши, қандли диабетни декомпенсация босқичида тана вазини камайтириш мақсадида пубертат ёшдаги қизлар англаган ҳолда.

Айрим сабабларга кўра, инсулинга бўлган талабнинг кескин ошиши.

ДКАга олиб келувчи инсулинга эҳтиёжнинг ошиш сабаблари: инфекция касалликлар, биринчи навбатда вирусли ва болалар инфекцияси, сепсис, менингит, зотилжам, пиелонефрит, синуситлар, ўткир ошқозон токсикоинфекциялари ва бошқалар; жарроҳлик муолажалари ва жароҳатлар; стресслар, асосан, ўсмирлик даврида кучаяди; ёндош эндокрин касалликлар (тиреотоксикоз, гиперкортицизм, феохромоцитома, акромегалия); бир қанча дори препаратларни қабул қилиш, биринчи навбатда глюкокортикоидлар узок давом этган сурункали декомпенсация КД ни бирдан бирсабаби инсулинорезистентлик. Бу ҳолларнинг барчасида инсулинга бўлган талабнинг ортиши континсуляр гормонларнинг таъсири ва периферик тўқималарнинг инсулинга нисбатан сезгирлигини пасайиши натижасида юзага келади. Айрим ҳолларда ДКАнинг аниқ бир сабабини аниқлаб бўлмайди. Кўпинча бу касаллик нотурғун кечадиган ҳолларда кузатилади.

Клиник манзара. Полиурия, чанқаш, дегидратация ва гиповолемия (АҚБнинг пасайиши, кейинчалик олигоурия ва анурия бўлиши мумкин) белгилари, ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқлиги, кўнгил айниши, қайт қилиш, чиқарилган нафасда ацетон ҳиди, бош оғриги, ҳансираш: Куссмаул нафас олиш оқибатида терминал ҳолат, ҳушнинг бузилиши, уйқучанлик, тормозланиш ҳолатидан кома ҳолатигача. Баъзан абдоминал синдром (ёлғон «ўткир қорин», диабетик псевдоперитонит) – қоринда оғриқ, қайт қилиш, қорин девори таранглиги ва оғриқлилиги, ичак ҳаракатининг сусайиши ёки диарея.

Даволаш.

Асосий компонентлари: дегидратация ва гиповолемия билан курашиш; электролит балансини ва КИХ ни тиклаш; инсулин танқислигини бартараф қилиш; ҳамроҳ касалликларни (ДКАга олиб келувчи касалликларни ёки ривожланувчи асоратларини) даволаш.

Шифохонага ётқазилшдан олдин ёки қабул бўлимида:

1. Экспресс-гликемия таҳлили ва пешобни хоҳлаган порциясини кетон таначаларига текшириш:

2. Вена ичига 0,9 % хлорид натрия эритмасини томчилаб юбориш тезлиги 1 л/с.

3. Қисқа таъсирли инсулинни (ҚИ) биринчи соатларда 0,1 ЕД/кг дан оширмасдан юбориш.

Жонлантириш (Реанимация) бўлимида ёки кучайтирилган даволаш бўлимида:

(ДКА ни енгил даражасида даволаш эндокринология, терапия бўлимларида олиб борилади).

Лаборатория назорати:

- Қондаги глюкозанинг экспресс таҳлили-гликемияни 13 ммоль/л гача камайишида соатига 1 марта, сўнгра 3 соатда 1 марта.

- Пешобда ацетонни аниқлаш – суткада 2 марта, икки кун давомида, сўнгра суткасига 1 марта.

- Қон ва пешобнинг умумий таҳлили: дастлаб, сўнгра суткасига 1 марта.

- Na⁺, K⁺нинг плазмадаги миқдори: камида суткасига 2 марта, шошилиш ҳолатда ҳар 2 соатда, кейин соғайгунча ҳар 4-6 соатда.

- Осмолярлик самарасини ҳисоблаш.

- Плазма биохимияси: мочевино, креатинин, хлоридлар, бикарбонат, лактат таҳлили мақсадга мувофиқ даврдон аввал, сўнг 3 кунда 1 марта, керак бўлганида кўпроқ. Қонда газ таҳлили ва рНни қон капиллярида суткасига 1-2 марта, КИХ кўрсаткичи меъёрлашгунча.

Инструментал текширув:

– соат сайин диурез назорати: марказий веноз босимни назорати (МВБ), ҳар 2 соатда.

АҚБ, пульс ва тана t° ; ЭКГ суткасига 1 мартадан кам эмас ёки ЭКГ-мониторинг;

Пульсоксиметрия умумий стандарт бўйича инфекция ўчоғини излаш.

Терапевтик чора-тадбирлар. Регидратация. Эритмалар:

- 0,9 % натрий хлорид эритма (плазмадаги Na^+ даражасида < 145 мэкв/л).

- Гликемия даражаси 14 ммоль/л -5-10% глюкоза эритмалари (10% ли кўпроқ, физ. раствор билан бирга). (Плазмада гликемия даражаси ≤ 13 ммоль/л бўлганда: 5-10 % глюкоза (+ 3-4 ед ҚИ ҳар 20 г глюкозага).

- Коллоид плазма ўрнинибосувчилар (гиповолемияда – систолик ҚБ 80 мм сим. уст. дан паст ёки марказий веноз босим 4 мм.сув.устунидан паст).

- ДКАда кристаллоид эритмаларнинг (Рингера, Рингера-Локка ва б.) 0,9 % ли NaCl эритмасидан афзаллиги исботланмаган.

Регидратация тезлиги: 1-соатда 1000 мл (суюқлик ҳисобланади, ётқизишдан олдин юборилган суюқлик ҳисобга олинади), 2ва 3-соатда – 500 мл, кейинги соатларда 0,25-0,5 л. Нисбатан секинлаштирилган регидратация: биринчи 4 соатда 2 л, кейинги 8 соатда 2 л, кейин ҳар 8 соатда 1 л дан. Умумий инфузия ҳажми терапиянинг биринчи 12 соатида – тана вазнининг 10 % дан ошмаслиги керак. Агар ДКА да регидратация 0,45 % NaCl (кам ҳолларда тоза гипернатриемия) билан бошланса, инфузия тезлиги соатига 4-14 мл/кг гача камайтирилади.

Болаларда регидратация тезлиги: 10-20 мл/кг, гиповолемик шокда – 30 мл/кг.

Лекин терапиянинг биринчи 4 соатида 50 мл/кг дан ошмаслиги керак.

Регидратация тезлиги марказий веноз босим кўрсаткичига қараб коррекция қилинади ёки кўйидаги қоида бўйича: соатда юбориладиган суюқлик ҳажми соатдаги диурез миқдоридан 0,5-1 л дан ортик бўлмаслиги керак.

Электролитлар ўзгаришини тиклаш. Вена ичига калий препаратларини томчилаб инсулин билан бирвақтда юборилади.

Агар плазмадаги K^+ даражаси номаълум бўлса, калий препаратини вена ичига томчилаб инсулинотерапия бошлангандан 2 соатдан ортиқ вақт ўтмасдан, ЭКГ ва диурез назорати остида юбора бошланади.

Ацидозни метаболлик коррекцияси. ДКА да метаболлик ацидозни этиологик давоси инсулиндир.

Бикарбонат натрийни юборишга кўрсатма: кон рН $< 7,0$ ёки бикарбонатни стандарт даражаси < 5 ммоль/л. рН $6,9 - 7,0$ бўлганда 4 г. бикарбонат натрий (200 мл 2% эритма вена ичига 1 соат давомида секинлик билан) юборилади, рН паст бўлганда – 8 г. бикарбонат (400 мл 2 % эритма 2 соат давомида) юборилади.

РН/КЩС кўрсаткичи аниқланмаганда бикарбонатни юбориш кўрсатмага зиддир!

Инсулинотерапия – кичик дозалар тартиби (катта дозалар тартибидан кўра, кичик дозалар тартиби афзалдир, чунки бунда гипогликемия ва гипокалнемия хавфи пастроқ бўлади):

Вена ичига (в/и) инсулинотерапия:

1. ҚИ бошланғич доза: 0,15 ед/кг в/и болюс билан. Керакли доза инсулин шприцга тартиб олинади, 0,9 % NaCl эритма билан 1 мл гача етказилади ва секинлик билан юборилади (2-3 дақиқа).

2. Кейинги соатларда: ҚИ соатига 0,1 ед/кг дан ҳисоблаб қуйидаги вариантлар бўйича юборилади:

1-Вариант (инфузомат оркали): тўхтовсиз инфузия 0,1 ед/кг/соат. Инфузион аралашмани тайёрлаш: 50 ед ҚИ + 2 мл 20 % альбумин ёки 1 мл бемор қони (системада инсулин сорбциясининг олдини олиш учун, қайсики дозани 10-50%ни ташкил қилади); умумий аралашма ҳажмини 50 мл гача 0,9 % натрий хлорид эритмаси билан етказилади.

2-Вариант (инфузомат қўлلامасдан): ҳар бир 10 мл 0,9 % натрий хлорид эритмаси 1 ед ҚИ вена ичига томчилаб ёки биринчи соатда 1000 мл 0,9 % NaCl + ҚИ 6-12 ЕД в/и, 2-3 соатдан кейин 500 мл 0,9 % NaCl + 6 ЕД ҚИ в/и (+ 4 мл 20 % альбумин/100 мл эритма йўқлигади инсулин сорбцияси).

Инсулин юбориш тўхтовсиз амалга оширилиши зарур!

Мушак ичига (м/и) инсулинотерапия, вена ичига инсулин

юбориш мумкин бўлмаган ҳолатларда, шунингдек ДКА ни енгил даражасида, гемодинамика бузилиш белгилари кузатилмаганда ўтказилади.

Зўриктирилган доза ИКД – 0,4 ед/кг (ярми – в/и, ярми м/и), кейин м/и 5–10 ед/соат дан.

Камчиликлар: инсулин сўрилишининг ёмонлашиши микроциркуляциянинг (коллапс, кома) бузилишига олиб келади; инсулин шприцлар игнасининг кичиклиги м/и га инъекция қилишни қийинлаштиради; бемор учун суткада 24 марта м/и инъекция қилиш ноқулайлик яратади. Агар м/и га терапия бошлангандан 2 соат ўтгандан сўнг, гликемия даражаси пасаймаса, в/и га юборишга ўтилади.

Гликемияни камайиш тезлиги – соатига 4 ммоль/ лдан кўп бўлмаслиги лозим (ҳужайра ичи ва ташқарисидаги осмотик градиент қаршилиги ва бош мия шиши хавфи); биринчи суткада плазмадаги глюкоза миқдорини 13-15 ммоль/л дан камайтириш керак эмас.

ДКАни бартараф бўлиш мезонлари: плазма глюкозаси кўрсаткичи 11 ммоль/лдан кам ва КАТ 3 кўрсаткичидан 2 таси: бикарбонат ≥ 18 ммоль/л, вена рН $\geq 7,3$, анион фарқи ≤ 12 ммоль/л. бўлган ҳолатда. Оз миқдорда кетонурия маълум бир вақт сақланиши мумкин.

Овқатланиш. Бемор ҳолати яхшилангандан сўнг, ҳуши ва ютиш қобилиятининг тикланиши, кўнгил айнаши ва қусишини йўқолиши билан унга углеводлар, оқсиллар миқдори етарли, авайловчи бир неча мартага бўлинган овқатлар (бўтқалар, эзилган картошка, нон, бульон, омлет, қанд қўшилмаган суюлтирилган шарбатлар) берилади, овқатланиш вақтида тери остига 4-8 ед. қисқа таъсир этувчи инсулин юборилади. 1-2 суткадан кейин беморда овқатланишдан сўнг ошқозон-ичак касалликлари безовта қилмаса, уни одатий овқатланишга (парҳез 9 стол) ўтказилиши мумкин.

Қўшимча терапия. Кенг таъсир доирага эга антибиотиклар (ДКА сабаби инфекция эканлигига ишонч ҳосил қилган ҳолатларда).

ДК терапия асоратлари: мия шиши, ноадекват регидратация, гипогликемия, гипокалиемиа, гиперхлорэмик ацидоз.

Гипогликемия – I тур КДни куп учрайдиган ўткир асорати, бемор холати учун қонда глюкозани паст даражада бўлишидир:

КДда ўзини ёмон ҳис қилиш қуйидаги кўрсаткичда кузатилади – 2.6 дан 3.5 ммоль/л гача (зардобда – 3.1–4.0 ммоль/л);

КДнинг сурункали декомпенсация босқичида ўзини ёмон ҳис қилиш гликемия 6–7 ммоль/л бўлганда кузатилади;

Нисбий гипогликемия – қонда глюкоза 3.9 ммоль/л дан юқори бўлганда, гипогликемиянинг типик симптомлари юзага келади, енгил ҳазм бўладиган углеводлар қабул қилганда белгилар камаяди.

Гипогликемия сабаблари: Инсулиннинг организмда кўплиги;

Ташқаридан (овқат билан) углеводларнинг етарлича тушмаслиги;

Жисмоний иш; Спиртли ичимликлар;

Сўрилишнинг бузилиши (целнакия). Патогенези.

Гипогликемия ва эпинефрин (адренал) жавобни камайишига нисбатан глюкагон секрециясининг етишмовчилиги.

Бошқа сабаблар:

Жигар ва буйрак фаолиятининг бузилиши; Тетрациклин ва окситетрациклин, сульфониламид, ацетилсалицил кислота, β-адреноблокатор, анаболик стероид препаратларини қабул қилиш;

Клиник манзара. Гипогликемик ҳолат марказий нерв тизимини энергетик очлиги билан боғлиқ (жадвал-8).

Жадвал 8.

Гипогликемик кома босқичларида биринчи ёрдам кўрсатиш.

Оғирлик даражаси	Даволаш
1 босқич – енгил	<ul style="list-style-type: none"> 10-20 г енгил сингувчи углеводлар (канд, шарбат, кока-кола); Агар симптомлар сақланса – маҳсулотларни қабул қилиш 10-15 дақиқадан сўнг қайтарилади.
2 босқич – ўрта	
3 босқич – оғир	<ul style="list-style-type: none"> Глюкагон (м/и, т/о ёки в/и) 12 ёшгача 0,5 мг, катта ёшдаги беморларга 1,0 мг в/и 20–80 мл 10% глюкоза эритмаси.

Гипогликемик ҳолатнинг оғирлик даражаси:

1- босқич енгил: терлаш, қалтираш, юракнинг тез уриб кетиши.

нотинчлик, кўришнинг аниқ эмаслиги, очлик ҳисси, тез чарчаш, бош оғриги.

2- босқич-ўрта: мувозанатнинг бузилиши, ишлов берилмаган нутқ, уйқучанлик, тормозланиш, агрессивлик.

3-босқич оғир: талваса, кома.

Гипогликемик кома оғир гипогликемик ҳолат ўз вақтида олди олинмаган ҳолда юзага келади.

Амбулатор шароитда қандли диабетни даволаш. Амбулатор шароитда қандли диабет беморларни олиб боришнинг муваффақияти фақатгина тўғри танланган, адекват инсулин дозаларига эмас, балки уй шароитидаги ўзини-ўзи назорат қилиш кўникмалари ва уларнинг амалга ошириш малакасига боғлиқдир (Е). Диабет манифестацияси, яъни юзага келганидан сўнг биринчи 3-6 ой давомида поликлиника эндокринологи билан тез-тез мулоқатда бўлиш керак, кейинчалик диабетнинг кечиши ва бемор олиб боришда юзага келадиган қийинчиликларга қараб, шунингдек, жудакичик болаларда 1-3 ойда I маротаба кўриқдан ўтилади. Бу амбулатор қабулдаги эндокринологнинг асосий вазифаларига киради (жадвал-9,10).

Жадвал-9.

Амбулатор қабулда эндокринолог асосий вазифаларига киради:	
Жисмоний ривожланишни баҳолаш	Бўй, вазн. тана вазни индекси.
Кўриқ маълумотлари	Инсулин инъекциялари ўрни, АКБ, жигар ва қалқонсимон без пальпацияси, жинсий статусни баҳолаш
Гликемик назорат сифатини баҳолаш	НВА 1с, кундалик бўйича гликемия кўрсаткичлари, углеводларни санашни адекватлиги, жисмоний юкламаларни ҳисобга олиш, инсулин дозалари коррекцияси
ҚД специфик асоратлари скрининги (I I ёшдан катта, касаллик давомийлиги 2 йилдан кўн бўлмаган болаларда)	Мутахассисларга йўналтириш (окулист, невропатолог)

1-тур КД билан оғриган болалар ва ўсмирларда гликемик назорат кўрсаткичлари (ISPAD Consensus Guidelines, 2011)

Даража Назорат	Идеал (нодиабетик)	Оптималь	Субоптималь	Хавф юкори (чора тадбир талаб қилади)
Овқатдан олдин ёки нахорда, ммоль/л	3,5-5,0	4,5-7,5	> 7,5-8,0	> 8,0
Овқатдан кейин гликемия, ммоль/л	4,4-6,5	4,5-9,0	> 9,0-12,5	> 12,5
Тунги гликемия, ммоль/л	3,6-6,0	> 3,6	< 3,6 ёки >9,0	< 3,0 ёки >11,0
HbA1c%	< 6,05	≤ 7,5	> 7,5 ≤ 9,0	> 9,0

Интеркуррент касалликларда қандли диабетли беморларни олиб бориш:

Хеч қачон инсулинотерапияни тўхтатмаслик керак! Тез-тез ва синчковлик билан қонда глюкоза ва қон-сийдикда кетонни назорат қилиш.

Интеркуррент касалликни даволаш диабет бўлмаган болаларники билан бир хил.

Касаллик қайт қилиш ва диарея билан кечиши қонда глюкозанинг пасайишига олиб келади. Гипогликемия профилактикаси учун – қиска ва узайтирилган инсулинлар дозасини 20-50 % га, енгил углеводли овқатларни, шарбатларни камайтириш керак.

Помпали инсулинотерапиядаги беморларда гликемиянинг камайиши ва қонда кетонлар йўқолишига қадар, вақтинчалик базал доза 20–50–100% гача кўтарилиши мумкин.

Гипергликемия ва кетоз ривожланганда инсулинотерапияни коррекциялаш керак (жадвал-11):

Қонда глюкоза	Қонда кетонлар	Инсулинотерапияни коррекциялаш
14ммоль/л дан юқори	0-1ммоль/л	Умумий суткалик инсулин дозасидан 5-10% га қисқа/ ультра. қисқа инсулин дозасини ошириш
14ммоль/л дан юқори	1-3ммоль/л	Умумий суткалик инсулин дозасидан 10-20% га қисқа/ ультра. қисқа инсулин дозасини ошириш
14ммоль/л дан юқори	3ммоль/л дан юқори	Умумий суткалик инсулин дозасидан 10-20% га қисқа/ ультра. қисқа инсулин дозасини ошириш, госпитализация

Интеркуррент касалликлар билан шифохонага ётқизишга кўрсатмалар:

Давомий қайт қилиш (соатига 2 ва ундан кўп): Ноаниқ ташхисли интеркуррент касаллик;

Кўшимча киритилган инсулинга қарамасдан, кучайиб бораётган гипергликемия ва кетоз;

Дегидратация белгилари, тормозланиш, ҳансираш, қоринда оғриқ пайдо бўлганда;

Ёндош касалликлари бўлган беморлар:

Қандли диабетли беморларда жарроҳлик муолажалари

1-тур қандли диабет беморларга турли хилдаги жарроҳлик амалиётлари, фақатгина шу касаллик билан хасталанган беморларни даволаш тажрибасига эга бўлган тиббиёт муассасаларида амалга оширилиши мумкин. **Жарроҳлик ёрдамига муҳтож 1 тур ҚД беморлар:** Умумий наркоз остида жарроҳлик амалиётини ўтказиш имкониятига эга бўлган стационарларга госпитализация қилинишлари керак.

Бемор овқат емаган тақдирда ҳам, кетоацидоз ҳолати юзага келмаслиги учун инсулин адекват дозаларини қилиш:

Гипогликемия ҳолатининг олдини олиш учун операция

қилинишидан олдин томир ичига глюкоза юбориш. Режали жарроҳлик. ҚД беморларда жарроҳлик амалиётлари режали равишда, эрталабдан бўлгани афзал (Е). Жарроҳлик амалиётидан бир кун аввал, қондаги қанд миқдори бир неча мартаба аниқланиши керак, айниқса асосий овқатлардан олдин, орасидаги овқатлардан ва уйқудан олдин; пешобда кетон таначаларининг миқдорини аниқлаш керак. (Е). Қондага кўра, пролонгирли инсулинкечки овқатдан олдин (ёки уйқудан олдин) оддий дозада қилиниши керак, 2 чи тушлик сақланади.

Агар жарроҳлик амалиёти эрталабга режалаштирилган бўлса, инсулинни одатий, эрталабки дозаси қилинмайди. Томир ичига суюқлик билан инсулин юборилиши жарроҳлик амалиёти кунни эрталабдан барвақт бошланиши керак.

Жадвал – 12.

Асоратсиз ҚД 1 тур беморларнинг Скрининги.

Кўрсаткич	Текшириш тезлиги
Кунига 3-4 марта гликемия назорати	Касаллик бошида ва декомпенсациясида-ҳар куни!
Гликирланган гемоглобин HbA1c	3 ойда 1 марта.
Қоннинг биохимик таҳлили (оксил, холестерин, триглицеридлар, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевино, креатинин, К, Na, Са)	Йилига 1 марта
Қоннинг умумий таҳлили	Йилига 1 марта
Пешобнинг умумий таҳлили	Йилига 1 марта
Микроальбуминурия	Касаллик бошлангандан 5 йил ўтгач, йилига 1 марта
Қон босими назорати	Шифокорга ҳар галги мурожат қилишда
ЭКГ	Йилига 1 марта
Оёқларни текшириш	Шифокорга ҳар галги мурожат қилишда
Офтальмолог кўриги (қорачикни кенгайган ҳолдаги тўғри офтальмоскопияси)	Касаллик бошлангандан 5 йил ўтгач, йилига 1 марта, кўрсатмага мувофиқ-тезроқ
Невропатолог маслаҳати	Кўрсатма бўйича

Агар жарроҳлик амалиёти куннинг 2 чи ярмига режалаштирилган бўлса, шу кун эрталаб одатий инсулиннинг эрталабки дозасини 1/3 қисмига тенг миқдорда, қисқа ёки ультрақисқа таъсирдаги инсулин қилинади. Томир ичига суюқлик билан инсулин юборилиши соат 12:00да бошланиши керак.

Тезкор жарроҳлик амалиёти қилинадиган вақтда, томир ичига суюқлик билан инсулин юборилиши дарҳол бошланиши керак.

Наҳорда ўтказиладиган кичик жарроҳлик амалиётлари даврида, одатий инсулинотерапияни ўзгартириш мумкин. Масалан, эрталабки инсулин дозасини амалиёттугагунга қадар қолдирилади.

Қандли диабет билан оғриган болалар ва ўсмирларда учрайдиган асоратлар:

Қандли диабет билан оғриган беморларда учрайдиган махсус асоратлар – майда томирлардаги бузилишлар; диабетик ретинопатия (ДР), нефропатия (ДН), нейропатия.

Хавф омиллари:

Касалликнинг узок давомий кечиши, катта ёшдаги ва пубертат ёшдаги беморлар;

- чекиш;
- артериал гипертензия;
- дислипотеинемия;
- асоратлар ривожланиши бўйича наслий мойиллик;
- семизлик;
- кам ҳаракат ҳаёт тарзи.

Барча асоратларнинг скрининги касалланганларда ўтказилиши керак:

- болалик даврида – 11 ёшдан бошлаб, касаллик 2 ва ундан кўп йил давомида бўлса, 9 ёшдан бошлаб, касаллик

5 ва ундан кўп йил давомида бўлса. Кейинчалик – ҳар йили.

- Пубертат даврда – ташхис қўйилиши билан. Кейинчалик – ҳар йили.

- Постпубертат даврда – 1 тур КД дебютидан 5 йилдан сўнг. Кейинчалик – ҳар йили.

Қандли диабет сурункали асоратлари белгилари намоён бўлганида, ёндош касалликлар юзага келганида, кўшимча хавф омиллари юзага келганида, текширув тезлиги индивидуал ҳал қилинади. Углевод алмашинувининг мақсадли кўрсаткичлари текшириб борилади (жадвал-12). Нон бирлиги ҳисоблаб берилади (илова-1).

Илова 1

Нон бирликларини ҳисоблаш (НБ)

1НБ = 10-12 г углеводлар

Сут ва суюқ сут маҳсулотлари		1НБ=
1 стакан	Сут	200 мл
1 стакан	Кефир	200 мл
1 стакан	Қаймоқ	200 мл
Нон ва нон маҳсулотлари		1НБ=
1 бўлак	Оқ нон	20 г
1 бўлак	Жавдари нон	25 г
5 дона	Крекерлар	15 г
15 дона	Тузли таёкчалар	15 г
2 дона	Қуритилган нон	15 г
1 ош қошиқ	Майдаланган куруқ нон	15 г
Макарон маҳсулотлари		1НБ=
1-2 ош қошиқ	Вермишель, лапша, рожки, макаронлар	15 г
Ёрмалар, ун		1НБ=
1 ош қошиқ	Маржумак	15 г
½ сўта	Жўхори	100 г
2.ош қошиқ	Жўхори парчалари	15 г
1 ош қошиқ	Бўғдой ёрмаси	15 г
1 ош қошиқ	Ун (ихтиёрий)	15 г
1 ош қошиқ	Сули ёрмаси	15 г
1 ош қошиқ	Сули парчалари	15 г
1 ош қошиқ	Арпа ёрмаси	15 г

1 ош қошиқ	Оқланган тарик	15 г
1 ош қошиқ	Гуруч	15 г
Картошка		1НБ=
1 дона товук тухумидек	Қайнатилган картошка	65 г
2 ош қошиқ	Картошка шореси	75 г
2 ош қошиқ	Қовурилган картошка	35 г
2 ош қошиқ	Куруқ картошка	25 г
Мевалар ва реза мевалар		1НБ=
2-3 дона	Ўрик	110г
1 дона йирик	Беҳи	140г
1 дона (кўндаланг кесим)	Ананас	140г
1 бўлак	Тарвуз	270г
1 дона ўртача	Апельсин	150г
½ дона ўртача	Банан	70г
7 ош қошиқ	Брусника	140г
12 дона	Узум	70г
15 дона	Олча	90г
1 дона йирик	Анор	170г
½ дона йирик	Грейпфрут	170г
1 дона ўртача	Нок	90г
1 бўлак	Қовун	100г
8 ош қошиқ	Маймунжон	140г
1 дона	Анжир	80г
1 дона йирик	Киви	110г
10 дона ўртача	Клупной	160г
6 ош қошиқ	Крижовник	120г
8 ош қошиқ	Малина	150г
1 дона ўртача	Манго	110г
2-3 дона ўртача	Мандаринлар	150г
1 дона йирик	Шафтоли	120г
4 дона ўртача	Олхўри	90г
7 ош қошиқ	Қорагат	140г
1 дона ўртача	Хурмо	70г
7 ош қошиқ	Черника, қоракорагат	140г
1 дона ўртача	Олма	90г

2 тур қандли диабетли беморларга ташхис қўйиш ва уларни даволаш бўйича клиник протокол

КХТ-10 бўйича шифри: E 11

2 тур қандли диабетли беморларга ташхис қўйиш ва уларни даволаш бўйича клиник баённомалар эндокринологлар ва умумий амалиётга эга бўлган шифокорлар, терапевт, кардиолог ҳамда туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш ташкилотларнинг амбулатория ва стационар шарафларида, 2 тур қандли диабетли (2 тур ҚД) беморларни даволашда иштирок этувчи барча мутахассислар учун мўлжалланган.

Клиник протокол аниқ клиник вазиятда, 2 тур қандли диабет билан оғриган беморларга кўрсатилиши лозим бўлган, энг минимал ҳажмдаги тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича расмий изохни ўзида намоён этади.

2 тур ҚДни аниқлаш. 2 тур ҚД углевод алмашинувининг гетероген бузилишини ўзида намоён этади. Мазкур турдаги диабетда иккита асосий патогенетик механизмлар қайд этилади; тўқималарнинг инсулинга сезувчанлигининг бузилиши (инсулинга тургунлик) ва ошқозонности беги Лангерганс оролчаларидаги бета-хужайралар инсулин ишлаб чиқарувчи ажралишининг бузилишлари.

2 тур ҚДни даволаш амалиёти инсулинга тургунликни бартараф этиш ва инсулин етишмаслигини тўлдиришдан иборат.

2 тур ҚД ни даволаш бўйича умумий ёндошувлар. 2 тур ҚДни даволашнинг шартлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: тўғри овқатланиш, фаол жисмоний юкламалар, қанд миқдорини пасайтирувчи препаратлар билан даволаш, ҚД шахсларни "Диабет мактаби" да ўқитиш.

Ҳозирги кунда 2 тур ҚД беморларни ўз вақтида даволаш концепцияси қабул қилинган, чунки диабетнинг кечки асоратларининг ривожланишига олиб келувчи, яққол намоён бўлувчи метабolik бузилишлар, эртаногиронлик ва беморларнинг умр давомийлигининг қисқариши билан боғлиқ.

2 тур ҚД ни замонавий, асосий шартлари, даволашнинг нафақат

дори-дармонлар билан, балки гликемия, липидлар алмашинуви, артериал қон босимини назорат қилиш ҳам назарда тутилади.

Иккинчи тур қандли диабет клиникаси ва уни ташхислаш

Иккинчи тур қандли диабет яққол намоён бўлган клиник аломатларсиз, аста-секинлик билан, кўпинча 45-50 ёшдан кейин ривожланади, аммо унинг ривожланиши 30 ёшдан кейин (ижобий оилавий анамнез, инсулиннинг мутлоқ етишмаслик белигларининг йўқлиги), ҳаттоки болаларда ҳам кузатилиши мумкин. Ташхис кўйгунга қадар, сурункали йирингли жараёнлар, липоидли некробиоз, шиллик-тери кандидози, фурункулез, сийдик йўлининг сурункали яллигланиши, сурункали конъюктивит, катаракта, жинсий аъзоларнинг қичишиши, жинсий аъзоларнинг носпецефик сурункали касалликлари, ҳайз циклининг бузилиши каби ҳолатлар қайд этилади. Аксарият ҳолларда беморларда ортиқча вази кузатилади.

2 тур ҚД да наҳорги гипергликемия, кечки ташхис кўйишнинг мезони ҳисобланади. Шу сабабли ҚД беморларда овқатдан кейинги (постпрандиал) гликемия сурункали қон-томир асоратларига, бу эса ўз навбатида томир фожияларига олиб келади.

Катталар ва болаларда 2 тур ҚД ни ташхислаш клиник маълумотлар, анамнез (оилавий ва яққа), гликемия кўрсаткичларни (қоннинг таъсодифий кўрсаткичи, ёки оғиз орқали глюкозага тургунлик синамасини (ОГТС) ўтказиш чоғида) аниқланишига асослашган.

Оч қоринга капилляр қондаги гликемия кўрсаткичи 6,1 ммоль/л (2 марта аниқланган), (плазма-веноз 7,0 ммоль/л дан юқори) ҳамда капилляр қон ва плазмада бир сутка давомида гликемия кўрсаткичи 11,1 ммоль/л дан юқори бўлган ҳолат, етакчи мезон ҳисобланади. Глюкозурия кўрсаткичи 2 тур ҚД га бевосита ташхис кўйиш мезони ҳисобланади.

2 тур ҚД ривожланишининг хавфли омиллари мавжуд, бироқ клиник аломатлар йўқ ва гликемия кўрсаткичи 6,1 ммоль/л дан кам бўлган (2 марта аниқланган) ҳолатларда, оғиз орқали глюкозага тургулик синамаси ўтказилади.

ОГТС олиб бориш тартиби:

ОГТС эрталаб, камида 3 кундан кам бўлмаган, чекланмаган овқат истеъмол қилган (бир суткада 150 г углеводдан ортиқ) ва оддий жисмоний фаоллик қилган ҳолда олиб борилиши лозим. Синовдан олдин, кечки пайт 8-14 соат мобайнида оч ҳолда бўлиш лозим (сув ичишга руҳсаг этилади). Охириги, кечки истеъмол қилинадиган овқат 30–50 г углеводдан таркиб топиши лозим. Оч қоринга қон олингандан кейин.

Синовдан ўтувчи синовдан олдин 5 дақиқа давомида 250–300 мл сувда эритилган 75 г глюкозани ичиши лозим. Болалар учун бу миқдор тана вазнининг ҳар кг ҳисобига 1,75 г, аммо 75 г дан ошиқ бўлмаган глюкоза ташкил этади. Синовдан ўтказиш жараёнида чекиш ман этилади. 2 соатдан кейин яна қон олинади.

Оч қоринга гликемия капилляр қонда $< 6,1$ ммоль/л (веноз плазмасида $< 7,0$ ммоль/л) ва ОГТСдан 2 соат ўтгандан кейин гликемия – бутун капилляр қон ва веноз плазмасида $\geq 7,8$ ва $< 11,1$ ммоль/л бўлганда, қуйидаги ташхис қўйилади: Глюкозага тургунликнинг бузилиши. Оч қоринга гликемия капилляр қонда $\geq 5,6$ ва $< 6,1$ ммоль/л (веноз плазмасида $\geq 6,1$ и $< 7,0$ ммоль/л) ва ОГТСдан 2 соат ўтгандан кейин (агар аниқланадиган бўлса) гликемия $< 7,8$ ммоль/л бўлганда, наҳорги гликемиянинг бузилиши деб ташхис қўйилади.

ҚД ташхиси кейинги кунларда гликемияни такроран аниқлаш орқали тасдиқланиши лозим, оғир метаболик декомпенсация ёки яққол намоён бўлган аломатларга эга, шубҳасиз гипергликемия ҳолатлари бундан мустасно.

ОГТС қуйидаги ҳолатларда олиб боришмайди:

– ўткир касалликлар фониди;

гликемия кўрсаткичини оширувчи дори-дармонларни (глюкокортикоидлар, тиреоид гормонлари, тиазидлар, бета-адреноблокаторлар ва бошқалар) қисқа муддатда истеъмол қилганда.

2 тур ҚД кечки асоратларини аниқлашда, ҳар бир бемор учун алоҳида аниқланадиган лаборатория ва жиҳозли кўрикдан ўтиш усуллариининг мажмуаси қўлланилади: офтальмолог кўригидан ўтиш; периферик сезувчанликни баҳолаш (ҳарорат, вибрация, тактил, оғрик);

кардиал ташхислаш синовларидан ўтказиш, жарроҳ шифокор кўригидан ўтиш, оёқлар томирларини сонографик текширувдан ўтказиш, ЭХО-кардиография; микроальбуминурия (МАУ)ни аниқлаш, буйракларни сонографик текширувдан ўтказиш, туман, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида, амбулатория (амб) ва стационар (стац) шароитларда турлитиббий ёрдам кўрсатиш шароитларда, эндоген креатинин клиренси бўйича буйрак қоптоқчалар филтрация тезлигини аниқлаш (КФТ), (жадвал-13).

Жадвал -13.

2 тур қандли диабетни ташхислаш

Мажбурий ташхис кўйиш ва қўшимча ташхис кўйиш (кўрсатмалар бўйича)	Тиббий ёрдам кўрсатиш шароитлари	Даврийлик
Анамнез, шикоят, антропометрия ни йиғиб бориш (тапавазми индекси, белнинг ўлчами)	амб, стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Оч қоринга гликемияни аниқлаш	амб, стац	Кўрсатмалар бўйича, диспансер назоратига олинганда
Оғиз орқали глюкозага тургунлик синамасини ўтказиш Наҳорги глюкоза юкламасидан 2 соат ўтгандан кейинги глюкоза концентрациясини аниқлаш	амб, стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Гликемияни аниқлаш (оч қоринга, тушликдан олдин, кечки овқатдан олдин, ухладан олдин)	стац	Кўрсатмалар бўйича
Умумий қон таҳлили	амб, стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда

Умумий сийдиктаҳлили	амб. стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Сийдикда кетон таначалари микдори ни аниқлаш	амб. стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Артериал босим (АКБ) даражасини ўлчаш	амб. стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Электрокардиограмма	амб. стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Қоннинг биокимёвий таҳлили: мочевина, креатинин, умумий оксил. умумий холестерин, триглицеридлар, глюкозани аниқлаш. Аспартатаминотрансфераза (АсАТ), аланинаминотрансфераза (АлАТ)лар фаоллигини аниқлаш	амб. стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Қоннинг биокимёвий таҳлили: Глюкоза, креатинин, калий, умумий кальций, умумий холестерин, триглицеридлар, липопротеидлар наст зичлиги (ЛПНЗ), липопротеинлар юкори зичли (ЛПЮЗ)ни аниқлаш	амб. стац	Кўрсатмалар бўйича, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида
Гликирланган гемоглобин (НbА1с) ни аниқлаш	амб. стац	Кўрсатмалар бўйича, диспансер назоратига олинганда вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида

Сийдикда альбумин ва умумий оксиген миқдорини аниқлаш (микрo-альбуминурия, протеинурия)	амб, стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда туман, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида
Буйракларнинг филтрацион функциясини текшириш Реберг-Тареев синамаси (суткалик сийдикда эндоген креатин бўйича клиренс)	стац	Кўрсатмалар бўйича, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида
Нечипоренко бўйича пешоб таҳлили	амб, стац	Кўрсатмалар бўйича
Қоннинг бактериологик таҳлили	амб, стац	Кўрсатмалар бўйича, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида
Буйракларни ультратовушли текшириш (УТТ)	амб, стац	Кўрсатмалар бўйича
Қорин бўшлиғи органларини УТТ қилиш	амб, стац	Кўрсатмалар бўйича
Нефролог (уролог) маслаҳати	амб, стац	Кўрсатмалар бўйича, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида
Офтальмолог маслаҳати (кўз ўткирлигини аниқлаш, тонометрия, кўз қорачиғи кенгайтирилган ҳолатда офтальмоскопия)	амб, стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда
Офтальмолог маслаҳати (тиркишли чирок ёрдамида текшириш, фундус камера ёрдамида кўз тубини кўрикдан ўтказиш, кўз қорачиғи кенгайтирилган ҳолатда офтальмоскопия)	амб, стац	Мурожаат қилиш бўйича, диспансер назоратига олинганда туман, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида

<p>Вибрацион, ҳарорат, тактил, оғрик сезувчанлигини аниқлаган ҳолда невропатолог маслаҳати</p>	<p>амб. стац</p>	<p>Мурожаат қилиш бўйича диспансер назоратига олинганда</p>
<p>Жарроҳ маслаҳати</p>	<p>амб. стац</p>	<p>Кўрсатмалар бўйича, туман, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида</p>
<p>Ангиожарроҳ маслаҳати</p>	<p>амб. стац</p>	<p>Кўрсатмалар бўйича, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида</p>
<p>Дошилерли картирлаш билан бирга оёқ томирларини УТТ</p>	<p>амб. стац</p>	<p>Кўрсатмалар бўйича, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида</p>
<p>Оёқ қафти ва товон суягини бириктирувчи бўгинини икки проекцияда рентгенография қилиш</p>	<p>амб. стац</p>	<p>Кўрсатмалар бўйича</p>
<p>Кардиал автоном нейропатияни ташхис қилиш учун синовлар: Вальсальва синови, чуқур нафас олиш билан синов, ортостатик синов.</p>	<p>амб. стац</p>	<p>Кўрсатмалар бўйича, туман, вилоят ва республика даволаш-профилактика муассасаларида</p>
<p>Кардиолог маслаҳати</p>	<p>амб.стац</p>	<p>Кўрсатмалар бўйича</p>

2-турдаги қандли диабетни даволаш.

2 тур ҚДни даволаш мақсади: Углевод алмашинуви, липидлар алмашинуви ҳамда артериал босимини мақсадли кўрсаткичларга олиб келиши ва ушлаб туриши.

2 тур ҚДда терапевтик мақсадлар. Углевод алмашинувини назорат қилиш кўрсаткичлари (даволашнинг якка тартибдаги мақсадлари).

Даволашнинг якка тартибдаги мақсадларини танлаш беморнинг ёши, кутилаётган умр давомийлиги, оғир асоратлар ва оғир гипогликемия хавфи мавжудлигига боғлиқ (жадвал-14,15).

Жадвал – 14.

НВА1с бўйича муолажанинг якка тартибдаги мақсадларини танлаш алгоритми*

	Ёши		
	Ёш	Ўртаёшли	Кексава/ёкиКУД* < 5 йил
Оғир асоратлар ва/ёки оғир гипогликемия хавфи йўқ	< 6,5%	< 7,0%	< 7,5%
Оғир асоратлар ёки оғир гипогликемия хавфи мавжуд	< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%

*КУД –кутилаётган умр давомийлиги

Буни билиш лозим! Муолажанинг якка тартибдаги мақсадларини олиб бориш туфайли ҚД билан оғриган катта ёшдаги беморларга ташхис қўйишни инфодалашда компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация тушунчаларини қўллаш мақсадга мувофиқ эмас.

Мазкур HbA1c мақсадли даражаларга қуйидаги плазмадаги наҳорги ва овқатдан кейинги глюкозанинг мақсадли кўрсаткичлари мос келади*

HbA1c, % **	Оч қоринда овқатланишдан олдин плазмадаги глюкоза миқдори, ммоль/л	Овқатдан 2 соат ўтгандан кейин плазмадаги глюкоза миқдори, ммоль/л
< 6.5	< 6.5	< 8.0
< 7.0	< 7.0	< 9.0
< 7.5	< 7.5	< 10.0
< 8.0	< 8.0	< 11.0

¹ Мазкур мақсадли миқдорлар болалар, ўспиринлар ва ҳомиладор аёлларга таълуқли эмас.

² DCCT стандартига мувофиқ ҳолда меъёрий даражаси: 4-6%.

Даволаш мақсадларига эришиш йўллари: ҳаёт тарзини ўзгартириш;

Парҳез билан даволаш, дори-дармонлар билан қанд миқдорини пасайтирувчи даволашнинг ҳар қандай вариантыда, 2 тур КД ни даволашнинг зарур таркибий қисми ҳисобланади.

Инсулин олмайдиган ортиқча вазнга эга, семизликка мойил беморларни парҳез билан даволаш.

1.1. Асосий шарт—бир меъёрда кам калорияли < 1800 ккал, аммо бир суткада эркаклар учун 1500 ккал дан кам ва аёллар учун 1200 ккал дан кам бўлмаган миқдорда гипокалорияли овқатланиш.

1.2. Калория даражасини пасайтириш таркибида ёғ, оддий углеводлар кўп бўлган озиқ-овқатни максимал даражада истеъмолдан чиқариб ташлаш, ҳамда бемор учун одатий истеъмолдан оғир углевод ва оқсилларни тахминан икки баробарга қисқартириш ҳисобига эришилади. Углеводларни янада қатъий қисқартириш ҳоллари белгиланмаган.

1.3. НБ тизими бўйича углеводларни ҳисоблашнинг ҳожати йўқ.

Инсулин оладиган ортиқча вазнга эга, семизликка мойил

беморларни парҳез билан даволаш.

Гипокалорияли овқатланиш шарти (юқоридаги маълумот берилди);

НБ тизими бўйича углеводларни ҳисоблаш лозим (худди 1 тур ҚД каби), ҳеч бўлмаганда қисқа муддат таъсир қилувчи инсулиндан фойдаланган ҳолларда.

3. Инсулин олмайдиган нормал вазнга эга бўлган беморларни парҳез билан даволаш.

Калорияни пасайтиришнинг ҳожати йўқ, чунки тана вазини тушириш керак эмас.

НБ тизими бўйича углеводларни ҳисоблашнинг ҳожати йўқ. Овқатдан кейинги юқори гликемияда оддий углеводларни кескин пасайтириш.

4. Тана вазни ва қанд миқдорини пасайтирувчи даволаш туридан қатъий назар, 2 тур ҚД билан оғриган беморлар учун парҳез билан даволаш бўйича умумий тавсиялар.

Таом таркибига ўсимлик толалари бой (клетчатка), (сабзавот ва кўкатлар, ёрмалар, кепакли ундан тайёрланган егуликлар), ёғ кислотаси билан тўйинтирилмаган (кичик миқдорда ўсимлик ёғи, балиқ) озиқ-овқатни киритиш.

Қанд ўрнини босувчи кам калорияли озиқ-овқатни бир меъёردа истеъмол қилишга руҳсат этилади.

Оч қолиш қатъиян ман этилади. 2. Жисмоний фаоллик:

2.1. ҳар кунни бир суткада 30 дақиқа давомида юриш;

2.2. артериал босим даражаси ва юракнинг қисқариш даврийлигини назорат қилган ҳолда, ҳаракатланиш фаоллигини ошириш;

Дори-дармонлар билан даволаш:

1. катталар учун (қанд миқдорини пасайтирувчи дори-дармонлар, кўшма (комбинацияни) даволаш, инсулин билан даволаш):

1.1. яқка тартибда даволаш – битта таблетка тавсия этиш;

1.2. қанд миқдорини пасайтирувчи кўшма даволаш – турли гуруҳ дори воситаларини кўшма тавсия этиш;

1.3. инсулин билан даволашнинг интенсив (базис-болюсли) тартиби.

2.2 тур КД билан огриган болалар учун (қанд микдорини пасайтирувчи дори-дармонлар, кўшма даволаш, инсулин билан даволаш):

2.1. якка тартибда даволаш – бигуанидлар (метформин) гуруҳидаги дори воситаларини тавсия этиш. Метформиннинг дастлабки микдори бир суткада 500 мг. Титрация режимда (500 мг дан) берилди, энг юқори микдори бир суткада 2.5 г (2-3 марта тавсия этилади).

3. қанд микдорини пасайтирувчи кўшма даволаш (метформин ва базал таъсир кўрсатувчи инсулин).

4. инсулин билан даволашнинг интенсив (базис-болюсли) тартиби.

Гликемия мақсадли кўрсаткичларга эришилмаганда:

1. дори воситаларининг микдорини ошириш;
2. қанд микдорини пасайтирувчи янги даволаш тартибига ўтиш.

2-тур КД даволашда эндокринолог шифокор тактикаси:

1. Ҳар ташриф буюрганда:

1.1. инсулин билан даволашда нон бирлигини (НБ) ва таблетка билан даволашда муолажада калорияни ҳисоблаган ҳолда, овқатланиш тартибини;

1.2. жисмоний фаолликни (ҳар куни 30-45 дақиқа давомида юриш), зарурат туғилганда – «Диабет мактаби»да такроран ўқишни назорат қилиш;

2. НbA1c–гликирланган гемоглобинни аниқлаш:

2.1. ҳар 3 ойда НbA1c ни 7%дан кам бўлган кўрсаткичгача тушириш;

2.2. НbA1c ни 6.5% га туширилганда – ҳар 6-12 ойда бир марта назорат қилиш;

3. Тана вазнини назорат қилиш:

3.1. ҳар ташриф буюрганда беморнинг тана вазнини ўлчаш;

3.2. ҳар ташриф буюрганда тананинг вазн индексини (ТВИ) ҳисоблаш;

3.3. ҳар 6 ойда бел айланасини ўлчаш;

4. Артериал қон босим (АҚБ) кўрсаткичини ўлчаш;

4.1. АҚБ 130/80 мм.с.уст. дан юқори бўлганда АПФ ингибиторларини тавсия этиш;

4.2. АҚБ мақсадли кўрсаткичларга эришилмаганда (130/80 мм.с.уст дан баланд бўлганда) қўшма гипотензив даволаш тавсия этилади;

5. Пешобда оксил миқдорини аниқлаш:

5.1 бир кунлик пешобда оксил миқдорини бир марта аниқлаш (катталарда);

5.2. бир кунлик пешобда оксил аниқланмаса, бир кунлик пешобда микроальбуминурияни аниқлаш;

5.3. буйраклар меъёрида ишлаётганда, пешобда микроальбуминурия аниқланса, АПФ ингибиторлари гуруҳига кирувчи препаратларни тавсия этиш:

5.3.1 ҳар 3 ойда, тонгда олинган пешоб таркибида альбумин (оксил) мавжудлиги назорат қилинади;

5.3.2. тонгда олинган пешоб таркибида альбумин (оксил)нинг миқдори 200 мг/л дан кам бўлганда – мазкур таҳлил 6 ойда 1 марта олиб борилади;

5.4. протейнурия бир кунда 1 г дан ошганда – даволаш тактикасини аниқлаштириш учун нефролог маслаҳатини олиш;

6. Қонда умумий холестерин ва ТГ даражасини аниқлаш:

6.1. қонда умумий холестерин даражаси 4,5 ммоль/л дан ортик ва ТГ даражаси 1,7 ммоль/л кўп бўлганда – бемор овқатланиш режимини қайта кўриб чиқиши лозим;

6.2. қонда умумий холестерин даражаси 6,1 ммоль/л дан ортик бўлганда, гиполипидемик дори-дармонлар – статинлар тавсия этилади.

7.2 тур ҚД билан оғриган катталарда қанд миқдорини пасайтирувчи препаратлар билан даволаш:

Қанд миқдорини пасайтирувчи дори-дармонлар, инсулин билан даволаш, қўшма даволашни тавсия этишни ўз ичига олади.

Қанд миқдорини пасайтирувчи дори-дармонларнинг асосий гуруҳлари:

- а) бигуанидлар гуруҳидаги дори-дармонлар: метформин;
- б) 3-чи авлод сульфаниламид гуруҳидаги дори-дармонлар (MR гликлазид, глимепирид);
- в) тиазолидиндионлар (глитазонлар);
- г) глюкагонга ўхшаш пептиднинг рецепторлар агонистлари 1 (аГПП-1);
- д) дипептидилпептидазанинг ингибиторлари 4 (глиптинлар) (иДПП-4).

Даволаш схемасини қўллаш тактикаси:

- Метформин дори воситалари билан даволаш: дастлабки доза – бир суткада 1 марта, 500 мг, кечки овқатдан кейин. Зарурат тугилганда дозани 1-2 ҳафта танаффус билан, бир суткада 500-1000 мг гача ошириш мумкин. Ўртача терапевтик миқдор – овқатланаётган пайтда ва овқатдан кейин сув билан 2-3 марта, бир суткада 500 мгдан 2500 мг гача. Бир суткада максимал миқдор 3000 мг га тенг, дозани янада оширилиши дори воситасининг кучли таъсир кўрсатишига олиб келмайди.

- 3 ойдан кейин HbA1c, гликемия миқдори аниқланади. Мақсадли даражаларга эришилмаганда, қуйидагилар қўшимча равишда тавсия этилади:

- сульфаниламид гуруҳидаги дори-дармонлар;
- ортиқча вазн фонида инсулинга тургунлик яққол намоён бўлганда – тиазолидиндион препаратлари:

- HbA1c нинг 9,0 ммоль/л дан кўп бўлганда – узоқвақт таъсир кўрсатувчи инсулин (НПХ инсулини).

- 3 ойдан кейин HbA1c, гликемия даражаси аниқланади. Мақсадли кўрсаткичларга эришилмаганда ва овқатдан кейинги (прандиал) гликемия миқдори 10 ммоль/лдан кўп бўлганда, узоқ таъсир қилувчи инсулиннинг (НПХ инсулини) иккинчи инъекцияси қўшилади.

- 3 ойдан кейин HbA1c, гликемия даражаси аниқланади. Мақсадли кўрсаткичларга эришилмаганда ва овқатдан кейинги (прандиал) гликемия миқдори 10 ммоль/л дан кўп бўлганда, метформинадан ташқари, қанд миқдорини пасайтирувчи дори воситаларини бекор қилган ҳолда, бемор базис-болюсли инсулин билан

даволаш тартибига ўтказилади (асосий овқатдан олдин 3та қисқа муддат таъсир этувчи инсулин инъекцияси ва 2 та узок вақт таъсир кўрсатувчи инсулин инъекцияси тайинланади).

• 3 ойдан кейин HbA1c, гликемия миқдори аниқланади. Мақсадли кўрсаткичларга эришилмаганда, қўшимча равишда узок таъсир кўрсатувчи инсулин (НПХ инсулини) ёки узок таъсир кўрсатувчи инсулин аналоглари.

• 3 ойдан кейин HbA1c, гликемия миқдори аниқланади. Мақсадли кўрсаткичларга эришилмаганда, олдин метформинни бекор қилган ҳолда, бемор базис-болюсли инсулин билан даволаш тартибига ўтказилади (асосий овқатдан олдин 3та қисқа таъсир этувчи инсулин (ультра қисқа таъсир этувчи инсулин аналоглари) инъекцияси ва 2 та узок таъсир кўрсатувчи инсулин ёки узок пайт давомида таъсир кўрсатувчи инсулин аналоглари инъекцияси тайинланади).

Ҳомиладорлик ва қандли диабет касаллиги.

Клиник амалиётда ҳомиладорликдаги қандли диабет касаллигининг 3 асосий кўриниши кузатилади:

Инсулинга муҳтож қандли диабет; Инсулинга муҳтож бўлмаган қандли диабет; Гестацион диабетлар фарқланади.

Ҳомиладорликда инсулинга мойил қандли диабет кечишининг ўзига хос хусусиятлари. Ҳомиладорликда ИМҚД нинг ўзига хос хусусиятларидан бири – касаллик кечишининг лабиллиги, қандли диабет белгиларининг тобора ортиб бориши, ангиопатиянинг эрта ривожланиши ва кетоацидозга мойилликдир. Оёқ томирларининг ангиопатияси ҳомиладорликнинг ярмида, диабетли нефропатия беморларнинг ҳар иккитасининг бирида, учдан бир қисмида кўшилиб келган шелонефрит касалликлари аниқланади. Қандли диабетнинг ўрни қопланмаганида, ҳомиладорликда комадан олдинги ва кома ҳолати ривожланади. Кетоацидозли кома тананинг сувсизланиши, олигурния, адинамия, артериал қон босимнинг пасайиши, пульснинг тезлашиши, ҳушдан кетиш, коллапс каби белгилар билан характерланади. Гипергликемия, гиперосмолярлик ва ацетонурия мавжуд бўлмаган ҳолдаги, дегидратация каби белгилар билан

характерланадиган, кетацидоз бўлмаган гиперосмоляр кома ҳам содир бўлиши мумкин.

Гипергликемик ҳолат ҳомиладорликкача бўлган даврга нисбатан камроқ кайд қилинади, гипогликемик ҳолат эса анча кўпроқ ривожланади. Бу касалликнинг лобил тарзда кечиши, инсулиннинг меъёрдан кўп миқдорда қабул қилиниши билан боғлиқ. Гипогликемик ҳолатда сўзлаш қобилиятининг бузилиши, шайтонлаш, психомотор кўзгалишлар кузатилади.

Қандли диабетда ҳомиладорлик ва туғруkning кечиши

Инсулинга мухтож қандли диабетда ҳомиладорликнинг оғир кечиши, физиологик тарзда кечишига нисбатан 5, баъзан эса 10 баробар кўпроқ кузатилади. Ҳомиладорларнинг учдан бир қисмида ҳомиланинг тушиш хавфи, ҳомиладорларнинг деярли ярмида презклампсия кўшилади. Қандли диабет билан касалланган ҳомиладорлар организмида, оғир метаболик ўзгаришлар бўлишини ҳисобга олган ҳолда, презклампсия гемостаз тизимидаги яққол ўзгаришлар билан кечади ва даволашда қийинчилик туғдиради. Қандли диабет билан касалланган беморларнинг асосий белгиларидан бири – бу ҳомиладорларнинг ҳар иккитасидан бирида аниқланадиган кўп сувлилик ҳисобланади. Она қорнидаги ҳомиланинг гипоксияси хавфи беморларнинг 60% ида учрайди.

Қандли диабетда туғруkning кечиши одатда, коғонок сувининг вақтидан олдин кетиши (40 % гача) ва туғруқ фаолиятининг сустлиги билан қийинлашади. Туғруқдан кейин қон кетиш, туғруқ йўли юмшок тўқималарининг шикастланиши фоизлари юқоридир.

Ҳомиладорликда қандли диабетнинг кардинал белгилари

Қандли диабетнинг кардинал белгиси – диабетик фетопатиядир. Ҳомиладорликнинг 36-ҳафтасида туғилган чақалоқларнинг вазни, ўз вақтида туғилган соғлом чақалоқларнинг вазни билан бир хил бўлади. Оғир вазн гликемия ҳолатида физиологик меъёрдан ошувчи, глюкозанинг ҳомила йўлдоши орқали кўп миқдорда ўтиши натижасида вужудга келади. Ҳомила танаси ва бошининг номутаносиблиги (бош

айланасининг елкалар айланасидан анча кичик бўлиши) елка айланаси чиқишининг қийинлашиши ва умров суяги синишига сабаб бўлиши мумкин.

Чақалокларда механик шикастланишлардан ташқари, тугрук вақтида шикастланишнинг бошқа кўринишлари, яъни, чақалокларнинг асфиксиясига олиб келадиган ҳомиланинг она қорнидаги гипоксияси, чақалокнинг нобуд бўлишига сабаб бўладиган, бош мия ва орқа мианинг шикастланиши, ҳомиланинг тўлиқ етилмаганлиги туфайли, чақалоклик эрта даврида мослашувчанлик жараёнининг тўлиқ шаклланмаганлиги кабилар учраб туради. Қанд касалигида перинатал ўлим юқори ўринни эгаллайди. Неонатал ўлимнинг юқори кўрсаткичлари, асосан, ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасигача туғилган болалар орасида кўп учрайди. Болалар ўртасидаги ўлимнинг асосий сабаблари – етилмаганлик, нафас олиш функциясининг бузилиши, тугрук травмалари. ИМКД билан касалланган оналардан туғилган чақалокларда гипогликемия белгилари (глюкоза миқдори 1.65 моль/л кам) бўлиши мумкин, у глюкозани томчилаб қуйиш орқали даволанади.

Қандли диабетда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш

Қандли диабет билан касалланган беморлар, ҳомиладорлик даврида 3 мартаба касалхонада ётиб даволаниши шарт. Эрта ҳомиладорлик вақтида, биринчи мартаба касалхонада ётиб даволанишда қуйидаги мақсадлар қўйилади: клиник текширувлардан тўлиқ ўтказиш, диабетик ва акушерлик ташхисини қўйиш, хавфлилик даражасини аниқлаш, ҳомиладорликни сақлаб қолиш ёки қолмаслик саволларига жавоб топиш.

Гестацион диабет. 1-5% гача ҳомиладорлар орасида қандли диабет касаллиги учрайди. Афсуски, ҳомиладорларга, хавфлилик омилларини баҳолаш ва касаллик сабабларини тўлиқ йиғиш асосида 50% гина ҳолларда ташхис қўйишга муваффақ бўлинади. Сийдикдаги глюкоза миқдори доим ҳам зардобдаги глюкоза миқдорини тўғри акс эттирмаганлиги сабабли, унинг аниқланиши ҳомиладорларнинг умумий текширишларида кўрсаткич сифатида қўлланилмайди. Шу

сабабли касалликка ташхис кўйишнинг энг ишончли ягона усули қонда глюкозага толерантлик тестини ўтказиш. Америка диабетологлари ассоциациясининг

1984 йилда ўтказилган иккинчи симпозиуми тавсияларига асосан гестацион диабетга, барча аёллар (глюкозага толерантлик бузилишига рутин) ҳомиладорлигининг 24-28 ҳафталарида, глюкозага толерантлик тести ўтказиш жорий этилган. Агар тест натижалари меъёрдан фарқли кўрсаткичларни берса, 100 гр глюкоза билан 3 соатли глюкозага толерантлик тести ўтказиш тавсия қилинади.

Қандли диабет билан оғриган ҳомиладорларни туғруккача кузатиш

Бу гуруҳлардаги қандли диабетда, бемор ва ҳомилада асорат хавфи баландлиги тўғрисида огоҳлантириш шарт. Тиббий генетик маслаҳатлар зарурияти тўғрисидаги масала якка тартибда ҳал қилинади. Кузатувни акушер – гинекологлар билан биргалликда диабетолог ва бошқа мутахассислар (касалликнинг кечиши ва асоратлар хавфига боғлиқ) дан иборат шифокорлар бригадаси амалга оширади. Қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

Она ва ҳомилани текшириш; Пархез рўйхатини тузиш;

Ҳомиладор аёлга қондаги глюкоза миқдорини ўзи мустақил тарзда назорат қилишни ва инсулин миқдорини танлашни ўргатиш;

Физиологик фаоллик даражасини аниқлаш;

Физиологик ва руҳий толиқишларнинг олдини олиш;

Қандли диабет касаллиги фонда ҳомиладорларни олиб бориш хусусидаги асосий тавсиялар.

1. Қандли диабет касаллигини ҳомиладорликкача аниқлаш.
2. Ҳомиладорлар орасида қандли диабетнинг яширин тарзда кечадиган ва белгилари аниқ шаклларини эрта аниқлаш.
3. Қандли диабет касаллиги билан оғриган беморлар оиласини режалаштириш, қуйидаги тавсияда тушунтирилиб ўтилади.

Қандли диабет билан оғриган беморлар ҳомиладорлиги, амбулатор ва стационар шароитларда кузатиш орқали олиб борилади.

Қандли диабет билан огриган ҳомиладорларни 3 маротаба режали тарзда касалхонага ётқизиш мақсадга мувофиқдир.

Ҳомиладорни биринчи марта стационарга ётқизиш, ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлик муддатида госпитализация қилинади. Мақсад: касаллик тарихи билан танишиш, эндокринолог кўриги, комплекс текширишлар ўтказилади; эрталаб оч қоринга гликемияга текширилади ва овқатдан кейин яна қайта ликемияга текширилади. Суткалик глюкозурия, ацетонурия, гликоз гемоглабин концентрацияси, буйрак функцияси кўрсаткичлари, кўз туби текширилади. Натижаларга қараб ҳомиладорликнинг мумкин – мумкин эмаслиги, уни сақлаб қолиш ёки уни тўхтатиш масалалари акушер – гинеколог, терапевт, эндокринолог, шифокорлар иштирокида 12 ҳафта муддатгача маслаҳатлашиш йўли билан ҳал қилинади.

Ҳомиладорликка қарши кўрсатмалар:

– Касаллик оғир кечаётганда учрайдиган тез жадаллашаётган томир касалликларининг (ретинопатия, нефропатия), диабетик макроангиопатиялар (юрак ишемик касаллиги, мия ишемик касаллиги, оёқлардаги ишемия) бўлиши ҳомиладорликнинг асоратли ўтишига олиб келади.

– Қандли диабетнинг инсулин резистент ва лабил шакллари мавжудлиги, кома, прекома ҳоллари.

– Отаси ва онасининг ҳар иккаласида ҳам қандли диабетнинг мавжудлиги, болаларида ҳам касалланиш эҳтимолини кескин оширади.

– Ҳомила ҳолатининг кескин ёмонлашишини башорат қилувчи она резус сенсибилизацияси билан қандли диабетнинг мутаносиблиги.

– Ўпканинг фаол туберкулёзи билан қандли диабетнинг бирга келиши, ҳомиладорликда касалликнинг зўрайиши.

Биринчи маротаба касалхонага ётқизишда, ҳомиладорликни сақлаб қолиш масалаларини ҳал қилинса, профилактик даволашни ўтказиш, қондаги қанд миқдорини меъёрига келтириш масалалари амалга оширилади. 2-тур КД да перорал қонда қанд миқдорини туширувчи препаратлар ва инсон инсулини буюрилади. 1-тур КД да

ҳайвонлардан тайёрланган инсон инсулини тавсия этилади. Ҳомиладор УГТ дан гестациянинг 10-2 ҳафталик муддатларида текширишдан ўтказилади.

Иккинчи маротаба ҳомиладорликнинг 21-25 ҳафталик муддатида ётқизиб, инсулин терапияни коррекция қилиш, ХРОҚС ёки диабетик фетопатия, кўп сувлик белгиларини аниқлаш ва презклампсия, инфекция асоратлар қўшилмаганлигини билиш мақсадида амалга оширилади. Бунда тегишли муолажаларни ўтказиш ва инсулин миқдорини меъёрга келтириш талаб қилинади.

Углевод алмашинуви компенцияси критерияси назорат қилинади:

- эрталаб оч қоринга текширганда, нормогликемия 3,3-5,6 ммоль/л;
- кун давомида нормогликемия 8,0 ммоль/л гача бўлиб туриши керак;
- гипогликемия кузатилмаслиги мақсадга мувофиқ;
- ацидоз бўлмаслиги зарур;

Шошилинч госпитализацияга кўрсатма:

- углевод алмашинуви декомпенцияси;
- қон томирлар асоратларининг ривожланиб бориши;
- артериал гипертензия;
- буйрак етишмовчилиги;
- ҳомиладорлик кечишининг (ҳомиланинг туғилиш хавфи, кўп сувлилик, презклампсия) асоратланиши;
- ҳомила аҳволининг ёмонлашиши; Диабетик фетопатия белгилари:
 - ҳар ҳафта текширганда ҳомила қорин айланаси диаметри 3,6 мм ва ўлчамининг ҳафтасига ортиб бориши;
 - ҳар ҳафта текширганда ҳомила кўкрак қафаси айланаси диаметри 3,4 мм ва ўлчамининг ҳафтасига ўсиб бориши;
 - ҳомиланинг соатлик сийдик экскрцияси 7,6 мл ва ундан кўпроқ бўлиши.

Учинчи маротаба ҳомиладорликнинг 34-35 ҳафталик муддатида ётқизиб даволаш-ҳомилани астойдил кузатиш, акушерлик ва диабетик асоратларни даволаш, туғруқ вақти ва усулини танлаш, ҳомила

аҳволини назорат қилиш мақсадида госпитализация қилинади.

– стационарда ҳомила аҳволини назорат қилиш: ҳар икки ҳафтада УТТ; ҳар ҳафта кардиотокография (КТГ), кунига икки марта ҳомила ҳаракати актографияси ўтказилади.

– диабетик фетопатиянинг белгилари: ҳомила боши ва танасининг икки контурли кўриниши, кўп сувлик, макросомия (бош нормал, танаси катта);

ҳомила гипоксияси белгилари: ҳомила нафас ҳаракати индекси пасайган (ҳомиланинг нафас олиш ҳаракати давомийлиги вақти, умумий текшириш вақтига нисбатан,%) 25% дан кам; ҳомиланинг “бугилгандек” нафас ҳаракати, апноэ даври; ҳомила нафас ҳаракати индексининг (ҳомиланинг нафас олиш ҳаракати давомийлиги вақти, умумий текшириш вақтига нисбатан,%) ривожланиб боровчи пасайиши; базаль брадикардия; кардиотокограмманинг ареактив тури; спонтан децелерация амплитудасининг катталиги; децелерациянинг узайиши; ҳар кунлик актография маълумотларида, ҳомила ҳаракати сонини динамикада камайиб бориши.

– ҳомила ўпкасининг етилганлигини баҳолаш: агар ҳомиланинг муддатидан олдин туғилиш хавфи юзага келса ёки қогонок суви амниоцентез қилиб олиб текширилганда натижалар патологик деб баҳоланса, ҳомила ўпкаси етилганлиги баҳоланади. Ҳомила ўпкасини етилганлигини баҳоловчи критериялар: лецитинс-фингомиелин $\geq 3:1$ нисбати; пальмитин кислота-стеарин кислота $\geq 4,5:1$ нисбати; фосфатидилглицерин аниқланса.

– Респиратор дистрес синдром профилактикаси: ҳомиладорликнинг уч ойлигида углевод метаболизминини аниқ (А), тўлик компенсация қилиш; ҳомиладорликни 37 ҳафта тўлгунча, тўлик давом эттириш (А); фосфатидилхолинлипосома 10-5 мг/кг томир ичига томчилаб, 10 кун юбориш (С); Амброксол 1000 мг+натрий хлорид эритмаси 0,9%-500,0 томир ичига томчилаб юбориш (40-45 том/мин), 5 кун; кўрсатма бўлганда туғруқ йўлларини туғруқка тайёрлаш, простогландин Е2 (динопростон) билан.

Туғдириш. Таббий туғруқ йўллари орқали амалга оширилади. Агар она ёки ҳомила томонидан қандли диабет касаллигининг асоратлари аниқланса, акушерлик ёки перинатал асоратлар кўшилса,

кесар-кесиш операцияси ва бошқа операциялар (акушерлик кескичи ва б.) ҳам ўтказилади.

1. Режали кесар-кесишга кўрсатма:

- кўз тўр пардасига янги қон қуюлиши;
- оғир презкламписиянинг қўшилиши;
- ҳомила гипоксияси;
- ҳомиланинг чаноги билан ётиши (ҳомила вазни 3500 кг дан юқори бўлса)

- ҳомила массасининг 4000,0 дан оғир бўлиши.

2. Режали кесар-кесишга қарши кўрсатма:

- диабетик кетоацидоз;
- прекоматоз ҳолат;
- кома.

3. Бачадон бўйни етилган бўлса, амниотомия ўтказилади ва окситоцин 5 ТБ+физиологик эритмада 0,9%500,0 томир ичига кўтсатма бўйича томчилаб юборилади. Томчилар 4 томчидан бошлаб, ҳар 30 мин. да томчилар сонини то 32 томчигача ошириб боради. Окситоцин самарадорлиги (жадвал-16) да кўрсатилган.

Жадвал-16.

Туғруқни индукциялашда окситоцинни томир ичига томчилаб юбориш

Окситоцин 5 ТБ+физиологик эритмада 0,9%500,0 томир ичига кўтсатма бўйича томчилаб юборилади.	Ҳар 30 мин.	Жами окситоцин самарадорлиги учун кетган вақт.
Томчилар 4 томчидан бошланади	1 мин.	1 мин.-30 мин.
8 томчига оширилади	30 мин.	30 мин.-60 мин.
16 томчига оширилади	30 мин.	60 мин.-90 мин.
24 томчига оширилганда	30 мин.	90 мин.-120 мин. (1 соат, 30 мин.-2 соатгача) асосан эффект кўринади (регуляр дард пайдо бўлади)
32 томчига оширилади	-	баъзан 120 мин.-150 мин.гача (2 соат, 30 мин.)да окситоцин самарадорлиги 32 томчида кузатилиши мумкин.

Бачадон бўйни етилмаган бўлса, аввал бачадон бўйинини етилтириш мақсадида простогландин E № 2 дона кўйилади. Эрталаб соат 06.00 да кин орка гумбазига кўйилади. Изоҳ: простогландин E кин ёки бачадоничига тушиб кетмаслиги керак. Биринчи простогландин E кўйилгандан кейин орадан 6 соат ўтиб, бачадон бўйни етилганлиги қайта баҳоланади. Бачадон бўйни етилмаган бўлса ва тугруқ фаолияти бошланмаса, кейинги, иккинчи простогландин E кўйилади. Шунда ҳам натижага бўлмаса, кесар-кесиш операцияси масаласи қайта кўриб чиқилади.

4. Тугруқ вақтида ҳар соатда гликемия назорат қилинади.

5. Ҳомила аҳволи маниторда назорат қилинади.

6. Тугруқ эпидурал анестезия билан оғриқсизлантирилади.

7. А/Д назорати, диққат билан ўтказилади.

8. Ҳомила боши кучаниқлар орасида эҳтиётлик билан чиқарилади, танаси қисилиб қолмаслиги учун кейинги кучаниқларда танаси тугдирилади.

9. Тугруқ 8 соат давомида, бачадон бўйни тўлиқ очилмаса, кесар-кесиш операцияси масаласи қайта кўриб чиқилади.

Тугруқ вақтида гликемия 4,5-7,5 ммоль/л бўлиб туради, гликемия миқдори назорат қилиниб, инсулин юборилади. Тугруқ ёки кесар-кесиш операцияси вақтида гликемияни коррекция қилиш мақсадида инсулин+глюкози 5% ёки 10% эритмасида томир ичига томчилаб юборилади.

Қандли диабетда ҳомиладорликни олиб боришнинг асосий тамойиллари.

– Қондаги қанд миқдорини меъёрига келтириш. Бунда, биринчи навбатда углевод алмашинувининг меъёри (қандли диабет билан оғриган ҳомиладорларнинг наҳорда оч қоринда гликемия миқдори 3,3-4,4 ммоль/л. гача, овқатдан 2 соатдан кейин эса, 6,7 ммоль/л. дан ошмаган) бўлиши кераклиги назарга тутилади;

– кучли метаболик назорат;

– Парҳез тутиш – бир кундаги озиқ – овқатнинг ўртача тўйимлилиги 1600-2000 ккалдан иборат бўлади. Шундан умумий

тўйимлиликининг 50%и углеводлар, 30% и ёғлар, 20% и оксиллар ҳисобидан бўлиши керак.

Даво:

Углевод метаболизми максимал тўлиқ компенсация қилинади.
Даво эффе́ктивлиги критериялари назорат қилинади.

Диета:

- овқат рационни калорияси 30-35 ккал/кг тана массасига ҳисобланади;
- суткалик рационнинг нисбат таркиби: оксил 25-30%; углевод 45-50%; ёғ-30% ташкил қилиши керак.

Эслатма: енгил ҳазм бўладиган углевод мумкин эмас.

- ҳар 2-3 соатда, кунига 5-6 марта овқатланиш керак.

4. Инсулинотерапия: ўртача суткалик миқдори, ҳомиладорликнинг

I- уч ойлигида, 0,5-0,6 ЕД/кг;

II- уч ойлигида, 0,7 ЕД/кг;

III- уч ойлигида 0,8 ЕД/кг.

Инсулинотерапия кунига 4-5 марта юборилади ва беморни ўзига гликемияни глюкимерда назорат қилиш ўргатилади. Оддий инсулин эрталаб, тушлик ва кечкурун овқатдан 20-30 мин. олдин юборилади. Инсулин нисбати: эрталаб 5:1; тушда 7:1; кечки овқатдан олдин 7:1 нисбатда юборилади.

Акушерлик асоратларининг олдини олиш ва ўз вақтида даволаш

Шундай қилиб, қандли диабет касаллиги фонидаги ҳомиладорлик ва туғруқни Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқарилган миллий стандарт, протокол ва клиник қўлланмалар асосида олиб бориш мақсадга мувофиқ.

Хулоса. Қандли диабет: I-тур ва 2-тур қандли диабет, гестацион қандли диабет, қандли диабет фонида ҳомиладорлик бўйича касаллик клиникаси, енгил ва оғир кечиши, кетаацидоз ҳолатлар, ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш, оғир асоратларига олиб келиши ва уларнинг олдини олиш. Қандли диабет оналар ўлими, перинатал ўлим

сабабларидан биридир. Қандли диабет касаллигини эрта аниқлаш, диагноз қўйиш ва профилактик ишларни олиб бориш ва ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафтасигача қандли диабет касаллигига скрининг ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Чунки ушбу касалликлар сабабли акушерликдаги шошилиш ҳолатлари юз беради, бу қайта туғиш ёшидаги аёлларда, ҳомиладорда, ҳатто биринчи ҳомиладорда ҳам бўлиши мумкин. Уларни вақтида аниқлаш ва ҳомиладорларни стандарт ва протоколлар асосида олиб бориш, назорат қилиш керак. Қандли диабет касаллиги фонида кечаётган ҳомиладорликнинг оқибатини нисбатан яхши яқунланишига, оналар ва перинатал ўлимни камайишига, перинатал касалланишининг камайишига имкон беради. Кўрсатма бўлганда ҳомиладорликни вақтидан олдин тўхташи, нафақат тиббий муаммо, балки, у ижтимоий муаммо ҳам ҳисобланади.

Қандли диабет касаллиги билан оғриган ҳомиладорларни олиб бориш хусусидаги асосий тавсиялар:

Ҳомиладорлар орасида қандли диабетнинг яширин тарзда кечадиган ва белгилари аниқ шаклларини эрта аниқлаш;

Қандли диабет касаллиги билан оғриган беморларни онласини режалаштириш;

Ҳомиладорликни сақлаб қолиш ёки қолмаслик масаласини ҳал қилишда хавфлилик даражасини ўз вақтида аниқлаш;

Қандли диабет билан оғриган аёлларда ҳомиладорликни режалаштириш;

Қондаги қанд миқдорини қатъий тарзда ҳомиладорликгача, ҳомиладорлик вақтида, туғруқ вақтида ва туғруқдан кейинги даврларда меъёрга келтириш;

Ҳомиладорлик асоратларининг олдини олиш ва даволаш;

Туғруқ вақти ва усулини танлаш;

Лозим бўлган реанимацион тадбирларни ўтказиш ва чақалоқларни астойдил парвариш қилиш;

Қандли диабет билан касалланган оналарнинг болаларини назорат қилиб туриш.

МУСТАҚИЛ ТАЙЁРЛАНИШ УЧУН ЎЗ-ЎЗИНИ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Қандли диабетга изоҳ беринг.
2. Қандли диабет нима ва унинг турлари.
3. 1-тур қандли диабет касаллигининг сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули.
4. 2-тур қандли диабет касаллигининг сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
5. Гестацион қандли диабетнинг сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
6. Қандли диабет фондаги ҳомиладорликнинг клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.

Вазиятчи масалалар ва тестларнинг комплекси

Қандли диабетга хос бўлган белгини топинг. а) гипогликемия

б) гипергликемия

в) гипова гипергликемия

г) моддалар алмашинуви бузилиши кузатилмайди

2. 1-тур ҚД га хос белги:

а) бетта – ҳужайралар деструкцияси, одатда мутлоқ инсулин етишмаслигига олиб келади;

б) тўқималарнинг инсулинга сезувчанлиги бузилиши ва ошқозон ости беги Лангерганс оролчаларидаги бетта – ҳужайраларда инсулин ишлаб чиқарилиши бузилиши.

в) моддалар алмашинуви бузилиши кузатилмайди г) барча жавоблар тўғри

3. 2-тур ҚДга хос белгилар:

а) бетта – ҳужайралар деструкцияси, одатда мутлоқ инсулин етишмаслигига олиб келади;

б) тўқималарнинг инсулинга сезувчанлиги бузилиши ва ошқозон ости беги Лангерганс оролчаларидаги бетта – ҳужайраларда инсулин ишлаб чиқарилишининг бузилиши;

в) моддалар алмашинуви бузилиши кузатилмайди; г) барча жавоблар тўғри;

4. Гестацион қандли диабет ҳомиладорликнинг қайси муддатларида юзага келади?

- а) ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигида б) ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигида в) ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида
г) ҳомиладорликнинг 28 ҳафтасидан кейин Наҳорги гликемия белгиси:

- а) эрталаб ширин чой ичгандан кейинги, шу заҳоти кондаги глюкоза миқдори?
б) 8 соатдан кам бўлмаган вақт давомида, овқатланмасдан оч коринга, эрталаб овқатдан олдинги кондаги глюкоза миқдори?
в) физик зўриқишдан кейинги, кондаги глюкоза миқдори?
г) барча жавоблар нотўғри.

Масала 1.

Ҳомиладор М. 38 ёш, 32 ҳафталик ҳомиладорлик билан стационарга, бир ой олдин, умумий ҳолсизлик билан эндокринология шифонасига борганлигини ва унда биринчи марта қандли диабет аниқланганлигини, инсулин тавсия қилинганлигини айтди. Инсулинни 10 кун қабул қилган, кейин тўхтатган. Кейинги кунларда аҳволи ёмонлашиб бораётганлигига шикоят қилиб келган. Ҳомиладорлиги томонидан шикояти йўқ. Тана ҳарорати 36.8 С, пульс 80 та АБ 100/70.

Ташҳис, Режа

Ҳомиладорлик I. 32 Ҳафта. инсулинга муҳтож қандли диабет. госпитализация. зудлик билан инсулин бошлаш. тушунтириш ишлари.

Масала № 2.

Ҳомиладорлик 36 ҳафта. Шикояти оғзининг қуришига, териси ҳам қуриб кетаётганлигига, сийдик миқдори жуда камайиб кетишига, ҳолсизлик, узоқ юра олмаслик. Ҳомиладорнинг артериал қон босими 90/60 мм. си. ус. тенг, пульси 100 зарба 1 мин.га. ажралмалари оқчил.

Ташҳис. УАШ тактикаси. Даволаш. Ҳомиладорлик 36 ҳафталик. Қандли диабет, кетоацидоз белгилари. Зудлик билан экспресс-гликемия таҳлили, пешобда кетон таначаларни текшириш, натрий хлор 0.9%-500 мл, томир ичига томчилаб юбориш л/с.

Қисқа таъсирли инсулин 1-соатларда 0.1 ЕД/кг дан оширмай юбориш.

Эндокринолог ва акушергинеколог назоратда даволаш.

Масала № 3.

Аёллар маслаҳатхонасига 26 ёшдаги ҳомиладор оғиз қуришига, кўп суюқлик ичишига ва тезтез пешобга чиқаётганлигига шикоят

қилиб келди. Ҳомиладорлик муддати 30 ҳафта. АҚБ 100/70 мм.сим.ус.

Ташхиси аниқлаш. Тактика. Даво.

Ҳом-к 30 Ҳафта, 1-тур қандли диабет. госпитализация. инсулин миқдорини аниқлаш. сийдикда кетон таначаларини аниқлаш. эндокринолог кўриги, назорати ва давоси. инсулинтерапия бошлаш. Ҳомиладор ва Ҳомила аҲволини баҲолаш.

Масала № 4.

Ҳомиладор М. 18 ёшда, ҳомиладор 10 ҳафталик. Ёшлигидан қандли диабет билан касалланиб, даволаниб юради. Ҳомиласини соғлом туғиши учун ҳисобга туришга келган.

Ташхис, тактика, даво. Ҳомиладорлик 10 ҳафта. 1-тур қандли диабет. Госпитализация. Ҳомилани сақлаб қолиш, профилактик даволаш ва инсулин дозасини қондаги қанд миқдори ўлчаб қайта белгилаб юбориш. Тушунтириш ишлари –ҳомиладорлигини 2-25 ҳафтаси ва 34-35 ҳафталигида стационарда ётиши тўғрисида. УАШ, терапевт, эндокринолог, акушер-гинеколог назорати.

Масала № 5.

20 ёшли ҳомиладор, тугруқхонага бел ва қорин пастки соҳасидаги дардли оғриқларга, қоғонок сувларининг кетишига шикоят қилиб келди. Ҳомиладорлик муддати 38 ҳафта. АҚБ 110/70 мм.сим.ус пульси 82 зарба 1 мин.га. ритмик. Анамнездан биринчи ҳомиласини туғишда ҳомиласи катта туғилган 4800,0 боласининг елкаси синиб туғилган. ҚД билан эндокринолог назоратида туради. Чанок ўлчамлари нормал. Ҳомиланинг тахминий оғирлиги 4500,0. Қин орқали текширганда, бачадон бўйни 6 см очик, қоғонок пуфаги йўқ. Ҳомиланинг олдинда ётган қисми бошчаси. Кичик чанокнинг қийшиқ ўлчамида пешона чоки аниқланади. Ажралмалар қоғонок сувлари, тиник.

Ташхис. Шифокор тактикаси. тасдиқловчи клиник маълумотлар.

Ҳомиладорлик 38 ҳафта. Қандли диабет. ОАА. Тугруқнинг биринчи даври. Қоғонок сувларининг барвақт келиши. Ҳомиланинг пешона билан ётиши. Госпитализация, биринчи ёрдам кўрсатиш, томир ичига суюқлик билан инсулин юборишни дарҳол бошлаш ва шошилиш кесар-кесиш операцияси ўтказиш. Мутахассисларни жалб қилиш.

АДАБИЁТЛАР

1. Айламазян Э.К. Акушерство. М., 1998 г.
2. Айламазян Э.К. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе. Санкт-Петербург, 2000 г.
3. Люпова Ф.М., Жаббарова Ю.К. Гинекология. Тошкент, 2006 г.
4. Бекманн Ч.Р., Линг Ф., Баржански Б. и др. Акушерство и гинекология/ Перевод с английского А. Шур. –М.: Мед. лит., 2004 г.- 548 с.
5. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство. М.
6. 2004 г.
7. Василевской М. Гинекология. под ред. 2007 г. Дедова И.И. и Шестаковой М.В. Алгоритмы специ-
8. ализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Изд.четвертое, дополненное. 5-й выпуск. – М., 2011 г. – 115 с.
9. Дзугкоев С.Г., Тедтоева А.И., Дзугкоева Ф.С., Можаяева И.В., Маргиева О.И. Беременность и сахарный диабет. Современные проблемы науки и образования. – 2016 г. – № 4.;
10. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей М.: ООО «медицинское информационное агенство», 2007 г. – 664с.
11. Нажмутдинова Д.К. и другие. Ведение беременности и родов у женщин с экстрагенитальными заболеваниями. Методическое пособие., Т., 2000 г.
12. Савельева Г.М. Акушерство. -М.: Медицина, 2002 г. Савельевой Г.М. Бреусенко В.Г. Гинекология: учеб-
13. ник. Под ред– 3-е изд., М.: ГЭОТАР Медицина 2008 г. 432с.
14. Савельевой Г.М. и Сичиной Л.Г., Акушерство и гинекология под ред. М. ГЭОТАР Медицина, 1998 г.
15. Стрижакова А.Н. Клинические лекции по Акушерству и Гинекологии -М.: Медицина 2000 г.
16. Шехтман М.М. Экстрагенитальные заболевания и беременность. М., 2005 г.
17. Стандарты антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Ташкент 2016.

18. "Ўзбекистон республикасида аёллар, болалар ва ўсмирларга самарали акушерлик-гинекологик хизматини ташкиллаштириш ҳамда кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 11 июндаги №386-сон буйруғи.

19. "Бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасаларида ҳомиладорларга тиббий ёрдам кўрсатиш, антенатал парваришни таъминлаш ва ташкиллаштириш тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги 2012 йил 18 май № 137-сонли буйруғи.

20. 1 ва 2 тур қандли диабетли беморларни таниш-лаш ва даволаш клиник протоколи, 2015 й.

Қўшимча адабиётлар

1. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. Сахарный диабет у детей и подростков: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 г. – 247 с.

2. Дедов И.И., Емельянов А.О., Петеркова В.А., Кураева Т.Л. Инсулиновая помпа в лечении сахарного диабета у детей и подростков. – М., 2008 г. – 39 с.

3. Нисвандера К., Эванса А. Акушерство Справочник Калифорнийского университета под ред. М., 1999 г.

4. Серов В.Н., Стрижаков А.М., Маркин С.А., М., Руководство по практическому акушерству. МИА 1997 г. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2006 г.

5. Таранов А.Г. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии М. 2004 г. с 13-14.

6. Шевченко Ю.Л., Денисова И.Н., Кулакова В.И., Хаитова Р.М. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / 2-е изд., испр..-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002 г.-1248 с.

7. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. Медицина. 2005 г.

8. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Руководство для врачей "ЭЛБИ" СПб 2002 г.

9. Энкин Мэрри, Китре М., Нейлсон Дж. (пер. С англ, под редак. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при

беременности и рождении ребенка. СПб. 2003 г.

10. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ, 2004 г.

11. Неонатология Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. ВОЗ, 2002 г.

12. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.

13. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с англ. Под редак. А.В. Михайлова. Изд. "Петрополис" СПб. 2003 г. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г.

14. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г. Gynecology in Primary Care ROGER P. SMITH, M.O.

15. Williams et Wilkins A. Waverly company 1996 y.

16. WILLIAM OBSTETRICS. 1999 г. USA.

17. Rewers M, Pihoker C, Dohaghue K, Hanas R, Swift P, Klingensmith GJ. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 y.

18. Compendium. Assessment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes. Pediatr Diabet 2009 y. 10: (Suppl. 12) 71–81

19. Standards of Medical Care in Diabetes–2013 y. American Diabetes Association. Diabetes Care,

20. Volume 36, Supplement 1, January 2013 y.

Интернет-сайты:

1. www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com,

2. www.medland.ru, www.med-lib.ru, [www.speclit.spb. ru](http://www.speclit.spb.ru), www.cochrane.org,

3. www.dir.rusmedserv.com/index/speciality, www.healthua.com/parts/gynecologybuxdti.

4. Кибер-ка: <https://cyberleninka.ru/article/n/oslozhneniya-i-ishody-beremennosti-pri-gestatsionnom-saharnom-diabete>

III. СУРУНКАЛИ НАФАС ОЛИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

Сурункали нафас олиш касалликлари (респиратор касалликлар, сурункали обструктив ўпка касаллиги ва бронхиал астма). Ушбу касалликлар узок вақт кечиши ва қайталаниб туриши билан характерланади. Бу касалликлар асоратлари натижасида нафас етишмовчилиги келиб чиқади. Сурункали нафас олиш касалликлари билан асоратланганда, ҳомиладорлик мумкин эмас ёки ҳомиладорликни тўхтатиш масалалари ҳал қилинади. Чунки айни асоратлар оналар ўлими, перинатал касалланиш ва ўлим сабабларидан биридир. Сурункали нафас олиш касалликларини ўз вақтида, эрта аниқлаш, даволаш, профилактик ишларни олиб бориш ва ҳомиладорликда, акушерлик тактикасини аввалдан танлаш олдимизга кўйган вазифаларимиздан.

Долзарблиги. Ҳар йили паст ва ўрта даромадли мамлакатларда нафас олиш касалликларидан 3,9 миллион киши дунёни тарк қилади.. Республиканинг барча бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари амалиётига: Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг бронхиал астма ва ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва бошқа юқумли бўлмаган касалликлар бўйича клиник протоколлари, стандартлар ҳамда тавсиялар талабларини сўзсиз бажаришни бугунги кунтиббиёти тақозо этади. Янги технологияларни амалиётга тадбиқ қилиш имкониятларини кенгайтириш, соғлиқни сақлаш тизимининг барча босқичларидаги тиббий муассасалар ва тиббиёт ходимлари ўртасидаги ҳамкорлик самарадорлигини ошириш оналар ўлими, перинатал ўлим ва гўдаклар ўлими кўрсаткичларини камайтиришга хизмат қилади.

Аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий ривожланган баркамол авлодни шакиллантиради.

Мақсад. Ўпканинг сурункали обструктив касалликларини (ЎСОК) келтириб чиқарувчи сабаблар, клиник кечиши, ўз вақтида аниқлаш, бошқа касалликлардан фарқлаш, даволаш, даволашдан кейинги соғломлаштириш тадбирлари, акушерлик тактикаси ва уларнинг олдини олиш чораларини талабаларга ўргатиш.

Вазифалар: Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги. Бронхиал астма. Нафас олиш функциясининг кўрсаткичларини ўлчаш ҳақида тушунча бериш, ЎРВИ, зотилжам ҳақида маълумот, ўпканинг сурункали обструктив касалликларига олиб келувчи сабаблар, клиник кечиши, даволаш, даволашдан кейинги соғломлаштириш тадбирлари, акушерлик тактикаси, уларнинг олдини олиш чораларини талабаларга ўргатиш ҳамда амалий кўникмалар ҳосил қилиш.

Талаба билиши лозим:

– Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, классификациясини, этиологияси ва патогенезини, клиник кечишини, диагностика усулларини ва диф.диagnostикасини. Ҳомиладорликни вақтидан акушерлик тактикасини белгилаш ва асоратларининг олдини олиш. Даволаш принциплари, асоратларини бартараф этиш. Диспансер кузатувини йўлга қўйиш.

– ЎРВИ, зотилжам касаллиги этиопатогенези, клиникаси, диагностика ва дифференциал диагностика методларини, даволаш принциплари, асоратларини. Ҳомиладорликни дастлабги вақтидан акушерлик тактикасини танлаш ва асоратларининг олдини олиш.

Талаба бажара олиши лозим:

Бемордан анамнез йиғиш; Ҳомиладорлик муддатларини ҳисоблаш; Ўпкаларни перкуция қилишни;

Ўпкалар аускультациясини; Ҳомиладорни объектив баҳолашни; Умумий қон таҳлилини;

Ўпкалар рентгенофлюорографиясини ўқишни; Клиник ташхисни аниқлаш;

Ўз вақтида госпитализация қилиш; Ҳомиладорлик картасини тўлдириш;

Анализ ва инструментал текшириш методи натижаларини таҳлил қилиш;

Акушерлик тактикасини белгилашни; Реабилитацион тадбирларни ўтказишни.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК).

Бронхиал астма.

Нафас олиш функциясининг кўрсаткичларини ўлчаш. Йўтал.

Кўпгина ҳолатларда, айниқса йилнинг совуқ даврларида, умумий амалиёт шифокорларига беморлар трахея, бронхлар, ўпка ва плевра нафас аъзолари касалликлари билан мурожаат қилишади. Бугунги экологик вазият атроф муҳитга салбий таъсир кўрсатибгина қолмай, бизнинг соғлигимизга ҳам ножўя таъсир қилади. Ифлосланган атмосфера ва катта шаҳарлардаги

юқори даражали газ ҳосил бўлиши, чекиш, уй ҳайвонларининг жунни, химиявий моддалар, аэрозолли, хўжалик кимёси моддалари, дори воситалари, юқори нафас йўллари инфекциялари, аллергия касалликлар, нафас тизими аъзоларининг касалликларини кенг тарқалиши омилларидир. Юқорида айтилганларга боғлиқ ҳолатда, дунё аҳолисининг кўп қисми ўпка касалликлари хавфи потенциал гуруҳига кириб, бу патология билан касалланган беморлар сонининг ошишига олиб келади. Кўп ҳолатларда ўпка ва бронхлар касалликлари 5 ёшгача бўлган болаларда, қарияларда, шамоллаш касаллиги ва аллергияларга мойиллиги бор беморларда учрайди. Пульмонологиянинг ҳозирги ривожланиш даражаси, ўпка касалликларининг енгиллик билан олдини олишга имкон яратади, бунинг учун соғлом турмуш тарзини сақлаш, спорт билан шуғулланиш, касаллик белгилари пайдо бўлганда эса, ўз вақтида текширувдан ўтишгина кифоя. Профилактика – инсонлар соғлигини сақлашдаги чораларнинг энг яхшисидир. Ўпка касалликларининг профилактикаси учун қуйидагилар зарур: бемор яшаётган ва ишлаётган жойларда тоза ҳаво бўлиши, чекишдаги тутунларнинг бўлмаслиги, хоналарнинг ҳар куни нам латта билан тозаланиши, тез-тез асоссиз қўлланиладиган дори воситаларини қабул қилишдан ва аллергия омиллардан ўзини асраш. Ҳар бир инсоннинг фаоллик ҳолатига таъсир қилувчи, нафас тизимининг касалликларининг кўпинча безовта қилувчи белгиларидан бири йўталдир. Бу симптом пайдо бўлганда, бошқаларга касалликни юқтирмаслик мақсадида, иш юзасидаги учрашувлар ва мулоқотларга чиқмасликга тўғри келади. Нафас қийинлашуви, нафас қисиши, ҳароратнинг кўтарилиши пайдо бўлганда, зудлик билан мутахассисга мурожат қилиш керак. Сурункали ўпка касалликларидан бронхиал

астма кўп ҳолатларда учрайди. Ҳозирги вақтга келиб, дунёда 300 миллионга яқин кишилар бронхиал астма билан азият чекадилар. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёнинг кўпгина мамлакатларида болалар ўртасида ушбу касалликнинг тарқалиши кўпайиши айтилмоқда. Ўзбекистонда 5% га яқин аҳолида бронхиал астма бор. Амбулатория шароитида астмани диагностика қилиш учун пикфлоуметрия методи қўлланилади. Бу нафас чиқаришнинг пик тезлигини ўлчаш бўлиб, унинг кўрсаткичларига асосланиб, обструкция даражасини, беморнинг ҳолатини ва қўлланилган давонинг самарадорлигига баҳо бериш мумкин. Умумий амалиёт шифокорларининг касаллик кечишини назорат қилишдаги вазифаси, беморлар ва уларнинг оила аъзолари билан ўзаро ишонч муҳитини ўрнатишдадир. Беморларни доимий равишда касаллик ҳақида хабардор этиш ва ўргатиш, ўз ҳолатини баҳолаш кўникмалари ва ўзига-ўзи ёрдам бериш; даволашга беморларни жалб этиш. Фармакологик даво қилишда мақсадга эришиш учун мумкин қадар кам препаратларни қўллаб, давога эришишни таъминловчи поғонама – поғона даволаш усули тавсия этилади. Беморнинг умумий ҳолатини доимий назоратда сақлаш ва буюрилган давонинг самарадорлигини назоратга олиш зарур. Популяция учун умумий қабул қилинган ПСВ нинг зарурий кўрсаткичлари, алоҳида бемор учун тўғри келмаслиги мумкин. Шунинг учун бемор ўзини яхши ҳис қилган вақтдаги касалликнинг ремиссия даврида аниқланган, энг яхши ўртача кўрсаткични меъёр қилиб олиш мумкин. Одатда меъёрий кўрсаткич қилиб, беморнинг биринчи келганидаги зарурий кўрсаткичини олиш, кейин эса узок муддат кузатувлар натижаларига асосан коррекция қилмоқ керак. Спирометрия, пирометрия – нафас олишнинг тезлик ва ҳажмий ўлчамларини ўз ичига олган ташқи нафас функциясини ўлчаш усулидир.

Спирометрик синамаларнинг қуйидаги турлари бажарилади:

- Хотиржам тинч ҳолатда нафас олиш;
- Форсирлашган нафас;
- Ўпканинг юқори вентилляцияси;

• Функционал синамалар (бронходилататорлар билан провокацион тестлар ва бошқалар).

Спирометрик текширув ўтказиладиган асбоб спирометр дейилади. Спирометрия бронхиал астма, ўпканинг сурункали обструктив касалликларни каби касалликларни диагностика қилишда, бошқа касалликларда нафас системаси вазифаси ҳолатини баҳолашда ва турли тиббий амалиётларда қўлланилади.

Спирометрия ўтказишда баҳоланадиган асосий кўрсаткичлар:

• **ЎТС (ЖЕЛ)** – Ўпканинг тириклик сифими. Тўлиқ нафас олгандаги ва тўлиқ нафас чиқаргандаги ўпкадаги ҳаво ҳажмларининг фарқлари баҳоланади.

• **ФЎТС (ФЖЕЛ)** – Нафас олиш мароми бошланиш нуктасидаги ва тугаш нуктасидаги ҳаво ҳажмлари фарқи.

• **ОФВ1 (ПСВ)** – Нафас чиқаришнинг дастлабки сонияларида форсирланган нафас чиқариш ҳажми.

• Фоизлардаги ОФВ1/ЖЕЛ нисбати, – Тиффно индекси.

• Фоизлардаги ОФВ1/ФЖЕЛ нисбати – Генслер индекси – нафас йўллари ўтказувчанлиги ёмонлашуви бор ёки йўқлиги сезувчанлик индекси.

• **ПОС** – Пик ҳажмли тезлик. Нафас чиқаришда эришиладиган энг юқори оқим.

• **МОС** – Бир зумлик ҳажм тезлиги.

МОС – нафас чиқаришдаги (ФЖЕЛни) маълум қисмларнинг ҳаво оқими тезлиги.

Йўтал амбулатор-поликлиника амалиётида учрайдиган нафас олиш тизими касалликларининг энг кўп тарқалган симптомларидан биридир. «Европа респиратор жамияти» маълумотларига кўра, умумий амалиёт шифокорларига мурожаат қиладиган 30% га яқин ҳолатлар, у ёки бу тарзда, тунги йўтал пайдо бўлиши билан боғлиқ. Одатда йўтал нафас йўлларида балғам секретларни, ёт жисмларни ва таъсир этувчи моддаларни чиқаришга ёрдам бериб, ҳимоя вазифасини бажаради. Йўтал бурун, қулоқ, юткин орқа девори, трахея, бронхлар, плевра, диофрагма, перикард ва қизилўнгач рецепторларини механик таъсирланиши оқибатида пайдо бўлади. Ташқи ва ички

омилларнинг таъсири, ҳароратнинг ўзгариши ва ҳаво намлигининг ўзгариши, аэрополлютантлар (ҳавони ифлослантирувчилар), сигарет тутуни, бурун шиллиги, балгам, нафас йўллари шиллик қаватининг яллигланиши ва бошқалар, рефлектор ёйни ҳосил қилиб, узунчоқ миёдаги йўтал марказида тугайди. Бироқ йўтал, унинг сабабларини топиш ва даво танлашни аниқлаш учун зарур бўлган патологик жараённинг кўриниши бўлиши мумкин. Йўтал, айниқса сурункали йўтал беморлар уйқусини, жисмоний ва интеллектуал фаоллигини бузиб, беморларнинг яшаш сифатини сезиларли пасайтиради. Бундан ташқари, кучли йўтал қон туфлаш, қусиш, сийдик тутолмаслик каби катор асоратларга олиб келиши мумкин. Йўталнинг энг хавфли асоратларидан бири спонтан пневмоторакс. Узок муддатли қорин ичи босимининг ошиши эса, олдинги қорин деворида чурралар пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Йўтал қуйидагича тасниф қилинади:

1. Харақтери бўйича нопродуктив, курук, продуктив, ёки нам;
2. Интенсивлиги бўйича йўтал, енгил йўтал ва кучли йўтал;
3. Давомийлиги бўйича: эпизодли, қисқа муддатли ёки хуружсимон доимий;
4. Узоклиги бўйича: ўткир – 3 ҳафтагача, ярим ўткир – 38 ҳафта ва сурункали – 8 ҳафтадан узок.

Йўталнинг дифференциал диагностик келиб чиқишини очиб берувчи зарур критерийлардан бири бўлиб, уни давомийлигига хизмат қилади. Ўткир йўтал, қоидага кўра, юқори ва қуйи нафас йўлларининг ўткир вирусли инфекцияларида кузатилади. Бироқ пневмонияда, бронхиал астманинг бошланиш даврида, сурункали ўпканинг обструктив сурункали касалликларида ҳам кузатилиши мумкин. Зарурат бўлганда диагностик рентгенологик текширишлар ва ташқи нафас олиш кўрсаткичларини баҳолаш билан аниқланади. Ярим ўткир ва сурункали йўталнинг сабабларини топиш кўпинча қийинчиликлар тугдиради. Ўтказилган текширишларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, бундай йўталларнинг сабаблари сурункали риносинусит, бронхиал астма ва гастро-дуоденал рефлекс эканлиги аниқланади. Бошқа тез-тез учрайдиган сабаблардан, ўтказилган респиратор инфекциялар, сурункали бронхит (чекувчиларда) ва ўпканинг сурункали

касалларини кўрсатиб ўтиш мумкин. Баъзан, йўтал, ангиотензин ўзгартирадиган фермент ингибиторларини қабул қилишга боғлиқ бўлади. Йўталнинг бошқа сабаблари ҳам учрайди. Буларга, нафас органлари касалликлари (плеврит, ўсмалар, ўпканинг интерстициал касалликлари) сабаб бўлиши мумкин. Йўтал ЛОР органлари касалликлари натижасида ҳам бўлиши мумкин. Ундан ташқари сурункали йўтал кўпинча қон айланиш тизими касалликларига ҳам ҳамроҳлик қилади (юрак етишмовчилиги, аорта аневризмаси, ўпка артерияси тромбозмболияси, юрак нуқсонлари, перикардит), бириктирувчи тўқималар диффуз касаллиги (Шегрен синдроми, системали склеродермия). Жуда кам ҳолатларда сабаб бўлиб букок, менингит, тоғ касаллиги хизмат қилади.

Дифференциал диагнозни ўтказишда, симптомларни чуқур таҳлил қилиш зарур. Йўталнинг характерига аҳамият бериш зарур: Кўк «лающий» йўтал ютқиннинг шиллик қаватларининг шишишига характерлидир, битонал йўтал трахеянинг экспиратор стенозига характерли, хуружсимон йўтал бронхиал астмага, эрталабки кам самарали йўтал – чекувчилар сурункали бронхитига ва бошқаларга. Яна йўталнинг узокчилигини кўрсатувчи анамнестик маълумотлар ҳам муҳим. Ўтказилган инфекциялар билан боғлиқлик, дори воситаларини қабул қилиш билан боғлиқлик, зарарли одатларнинг борлиги (чекиш).

Лабаротор текширувлар (қоннинг ва балғамнинг умумий таҳлили) ва инструментал текширувлар (кўкрак қафаси рентгенографияси, ташқи нафас функциясини текшириш, зарурат бўлганда, кўкрак қафаси органларини компьютер томограммаси, трахеобронхоскопия, эзофаго-гастродуоденос-копия, эхокардиография, бурун говакларини рентген текширувлари), йўталнинг пайдо бўлишини аниқлашга ёрдам беради. Европа респиратор жамияти ишчи гуруҳи томонидан сурункали йўталнинг диагностикаси алгоритми ишлаб чиқилган.

Йўтални самарали даволаш асосий вазифалардан биридир. Амалиёт врачларига ёрдам тариқасида респиратор жамият, хусусан Америка врачлар жамоаси – кўкрак қафаси касалликлари мутахассислари (American college of chest Physicians, ACP), Европа респиратор жамияти (European Respiratory Society, ERS), Британия

торакал жамияти (British Thoracic Society, BTS) йўтал билан беморларни олиб бориш бўйича махсус тавсиялар тузишган. Йўтални даволашда этиотроп даво энг самарали ҳисобланиб, йўталнинг сабабини йўқотишни назарда тутуди (дорини тўхтатиш, аллерген билан контакти тўхтатиш, чекишни ташлаш), ёки йўталга сабаб бўлган патологик жараёни йўқотишни назарда тутуди (антибактериал даво пневмонияда ва бошқа респиратор инфекцияларда, гастроэзофагеал рефлексни даволаш, сурункали юрак етишмовчилигини компенсация ҳолатига келтириш).

Йўталнинг энг кўп тарқалган сабаблари бўлмиш респиратор тизимнинг яллиғланиш касалликларини патогенетик даво қилиш учун, балгамни реологик хусусиятини тиклашга ёрдам берувчи ва бронхларнинг дренаж функциясини яхшиловчи препаратларни қўллаш зарур.

Ҳозирги даврда балгамни кўчирувчи дорилар 2 гуруҳга бўлинади:

• балгам кўчишини стимулловчи препаратлар (секретомоторлар); муколитиклар (ёки секретолитиклар).

Катталарда йўталнинг асосий сабаблари: Ўткир йўтал < 3 ҳафтадан:

- Юқори нафас йўллари инфекциялари вирусли – бактериал;
- Зотилжамлар;
- Нафас йўлларини ёт жисмлар билан аспирацияси;
- ЛОР – органлар касалликлари;
- Бронхиал астманинг қўзиши.

Ўпканинг сурункали обструктив касалликларининг қўзиши ярим ўткир йўтал 3-8 ҳафтадан:

- Бронхиал астма;
- Сурункали риносинусит;
- Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари;
- Плеврит;
- Ўпканинг интерстициал касаллиги;
- Ўпка туберклёзи;
- Юқори нафас йўллари ва ўпка ўсмалари;
- Чекиш;
- ЛОР – органлар касалликлари лор органлари сурункали

яллигланиш касалликлари ўсмалар лор органларининг анамалиялари (узун тилча ва бошқа.);

- Юрак-қон, томир тизими касалликлари юрак етишмовчилиги - юрак нуқсонлари –перикардит;
- Меъда-ичак тизими касалликлари гастроэзофагеал-рефлекс касаллиги диафрагманинг қизилўнгач туйнуги чурраси;
- Дори препаратларини ичиш (кўпинча АПФ ингибиторлари, камроқ-амиадарон);
- Бириктирувчи тўқималарнинг диффуз касалликлари;
- Ятроген сабаблар (бронхоскопия, ларингоскопия, интубациядан кейинги синдром).

Секретомотор дорилар ҳилпилловчи эпителийлар фаоллигини оширади ва бронхлар ҳаракатани ошириб, балғамни нафас йўллариининг қуйи қисмларидан юқори қисмларига ҳаракатлантиришга ва чиқариб юборишга олиб келади. Бу жараён одатда бронхиал безларнинг секрециясини кучайтириш ва балғам шилимшиқлигини камайтириш билан бирга келади.

Бу гуруҳдаги препаратлар шартли равишда 2 гуруҳга бўлинади: реффлектор ва резорбтив таъсирли.

Биринчи гуруҳ, реффлектор таъсирли дорилар (термопсис, истода, алтея ва бошқа доривор гиёҳлар, натрия бензоат, терпингидрат ва бошқалар) қабул қилинганда, ошқозон шиллиқ қаватига таъсир қилиб, узунчоқ миёдаги қусиш марказини кўзгатади, натижада, сўлак безларининг секрецияси ва бронх безларининг шиллиқлари секрецияси кучаяди. Бир катор реффлектор таъсирли препаратлар қисман резорбтив эфффектга ҳам эга бўлади: улар таркибидаги эфир мойи ва бошқа моддалар нафас йўллари орқали ажралиб чиқади, балғам ажралиши ва балғам эришига сабаб бўлади.

Иккинчи гуруҳга, резорбтив таъсирли дорилар киради (йодид натрий ва калий, аммоний хлорид, қисман – натрий гидрокарбонат ва бошқалар). Булар ошқозон ичак системасида сўрилиб, нафас йўллари шиллиқ қаватида ажралиб чиқади, бронхиал безларни стимуллайди, балғамни бевосита парчалайди. Бироқ юқорида саналган препаратларни муколитик ва балғамкўчириш эфффекти старли эмас, лекин, янги самарали дориларни қидиришдаги изланишлар, янги

турдаги препаратларни яратишга олиб келди— бу муколитиклардир (секретолитиклар). Муколитик препаратлар мураккаб мутсинларни парчалаш натижасида балғамни юмшатади, бу эса, унинг ёпишқоклигини камайтириб, ташқарига чиқиб кетишини оңсонлаштиради.

2-гурӯҳдаги муколитик препаратлар фарқланади:

1. Протеолитик ферментлар;
2. SH-гурӯҳли аминокислоталар;
3. Мукорегуляторлар.

Протеолитик ферментлар (трипсин, химотрипсин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза ва бошқалар) балғамни пептид боғламлари оксилларини ёриш ҳисобига парчалайди ва ажралиб чиқишини енгиллаштиради. Бироқ бу гурӯҳдаги препаратлар пульмонологияда деярли фойдаланилмайди, чунки бронхоспазм, қон туфлаш ва аллергияни кучайтиради.

SH–группали аминокислоталар балғамни дисульфидли боғламларини парчалаб, мукопротейдларни деполяризациясига олиб келади ва шилликлигини камайтиради. Бу гурӯҳга ацетилцистеин, карбоцистеин киради. Ацетилцистеин ҳам фаол муколитик препарат ҳисобланади. Ацетилцистеиннинг афзаллиги – унинг антиоксидантли фаоллигидадир. Шунинг билан бирга шу нарса аниқланганки, ацетилцистеинни узок вақт қабул қилганда лизоцимни ишлаб чиқарилиши пасаяди ва секретор иммуноглобулин IgАни ишлаб чиқариши пасаяди. Бронхообструктив синдромли беморларга бу препаратни эҳтиётлик билан қўллаш керак, чунки 1/3 ҳолатларда бронхоспазмнинг кучайиши кузатилади. Карбоцистеин нафақат муколитик балки мукорегулятор таъсирга ҳам эгадир чунки секретор хужайраларни фаолигини тиклайди. Карбоцистеинни қўллаш даврида секретор IgАни даражасини ошиши ҳақида маълумотлар бор. Агар бу препарат узок вақт қабул қилинса, қабзият келиб чиқиши мумкин.

Мукорегуляторлар визицин препаратининг генерацияси ҳисобланади. Бу препаратлар муколитик ва балғам кўчирувчи сифатида таъсир қилади, бунда, балғамни мукопротейнларини ва мукополисахаридларини деполимерлаштириб парчалайди. Бундан ташқари улар ҳилпилловчи эпителийларнинг киприксимон

хужайраларини регенерацисини стимуллайди ва уларнинг фаоллигинин оширади. Мукорегуляторлар яна альвеолоцит сурфактантинин синтезини стимуллайди ва унинг парчалашинин блоклайди. Бу гуруҳ вакилларига бромгексин ва амброксол кирди. Деярли барча кашфиётчилар бромгексиннинг янги авлоддаги бромгексин метаболити ҳисобланган – амброксолдан (Амбробене ва бошқалар.) самараси пастроқ эканлигини аниқлашган. Амброксол гидрохлорид бромгексиннинг актив метаболити ҳисобланиб, анча самарали муколитик самара беради. Амброксол бронх шиллиги синтезига таъсир этиб мукополисахарид ва дезоксирибонуклеин кислоталарини парчалаш йўли билан балғамни эритади ва ажралиб чиқишини осонлаштиради. Иккинчи механизм гликопротеидларни секретциясини стимуллайди ва бунга боғлиқ равишда мукокетик таъсир этади. Амброксолнинг муҳим хусусияти ўпкадаги сурфактантнинг миқдорини ошириш, уни парчаланишинин блокаб, 2 тип альвеоляр пневмоцитларда унинг синтез ва секретциясини оширади. Сурфактант ўпкани юзатортилишини қувватловчи ва унинг чўзилувчанлигини таъминловчи муҳим фактор ҳисобланади: сурфактант нополяр газларнинг алмашинувини енгиллаштиради, альвеола мембраналарига шишини қайтарувчи тасир этади. У ёт жисмларни альвеоладан бронхларга транспорт қилишда иштирок этади. Бундан ташқари амброксолни бевосита ҳилпилловчи эпителий киприкчаларига активлаштирувчи таъсири ҳам аниқланган. Турли текширувлар натижалари амброксолнинг иммуномодуляция таъсири ва яллиғланишга таъсири ҳақида хабар беради. Препарат маҳаллий иммун ҳимояни кучайтиради, секретор IgАни ишлаб чиқаришини оширади ва тўқима макрофаглари фаоллаштиради. Бундан ташқари амброксол яллиғланишнинг муҳим медиаторлари бўлган интерлейкин-1 ва TNF α – синтезини пасайтиради, макрофагал активликни кучайтиради. Амброксолнинг шишишга қарши таъсири ва яллиғланишга қарши таъсири ҳам исботланган. Арахидин кислота метаболитларинингибиторлашга асосланган антиоксидант хусусияти ҳам аниқланган. Амброксол бронхо обструкцияни кучайтирмайди. Амброксол қабул қилганда, бронхларнинг гиперактивлигини сезиларли пасайиши ва ташқи нафас функциясининг яхшиланиши.

бронхообструкцияси бор беморларда кузатилган бу препаратни қабул қилиш таъсирида гипоксемия камайиши аниқланган. Бу амброксолнинг қизиқарли хусусияти бўлиб, унинг антибактериал терапияни кучайтира олиш хусусиятидир, бу хусусияти антибиотикни концентрациясини альвеолаларда ва бронхлар шиллиқ қаватларида ошириш ҳисобига бўлади. Амброксол ўткир сурункали бронхитларда ва трахиобронхитларда, бронхиал астмада, бронхоэктатик касалликда, чақалоклардаги респиратор дистресс-синдромда, пневмонияларда қўлланилади. Барча ёшдаги болаларда препаратни қўллаш мумкин, шу қаторда вақти келмай туғилганларда ҳам, ҳомиладорликнинг II ва III триместрида ҳам қўллаш мумкин. Пульмонологияда ишлатиладиган амброксол препаратларига амбробена кирди. Препарат кенг дори кўринишларига эга: ингаляция учун сироп ва эритмадан, шу жумладан небулайзер орқали, перорал пролонгирланган формалари чиққан. Шунини айтиш зарурки, препаратнинг турлича юбориш усулларини комбинациялаб, анча самарали муколитик таъсирга эга бўлиши мумкин. Шундай қилиб, йўтал этиологиясини замонавий диагностикаси, этиотроп даवони адекват патогенетик даво билан қўшиб олиб бориш, беморларни самарали даволашни таъминлайди. Комплекс даволашда муколитик препаратлар муҳим аҳамият касб этади.

Катталарда сурункали йўталнинг диагностикаси алгоритми ўзгариш бор-йўқлигига боғлиқ. Ўзгариш бор. Нафас органи касалликлари диагностикаси: шифохонадан ташқари патологияни ахтариш. Бемор томонидан АПФ ингибиторларини қабул қилишни аниқлаш. Бемор ҳозирги пайтда йўталга қарши даво оляптими, аниқланган. Шикоят, анамнез ва физикал текширув натижаларини йиғиш. Давонинг эффементи бўлмаганда, тўхтатиш. Давони янгиланг, бемор комплектлилиги ва дозанинг меъёрдалигини аниқлаштиринг, йўлдош патологияни ташхисланг. Тавсияларга асосланиб, медикаментоз даво тайинлаш. Қон ва балғамни текшириш. Кўкрак қафаси органларини рентгенологик текширув. Бронходилитацион тестлар ёрдамида ташқи нафас функциясини текшириш. Уй шароитида нафас чиқаришнинг пик тезлигини аниқлаш. Ўпка ва ўпкадан ташқари потологияларда, йўтал безовта қилса, қўшимча

текширувлар ўтказинг: Атипик кўзгатувчиларни топиш учун иммунологик текширув ўтказиш. Кўкрак қафаси органлари КТ си, Трахеобронхоскопия, кўрсатма бўлганда – биопсия қилиш. Йўтал тўхтаса, бурун говаклари рентгенографияси, бурун говаклари КТ си, Эзофагогастродуоденоскопия, РН – метрия, ЭКГ, ЭХО-КГ кўрсама бўлса ўтказилади. Йўтал тўхтаса, АПФ ингибиторларини тўхтатиш, 3 ойдан сўнг қайта текшириш.

Бронхнал астма.

Хуружсимон қайталаниб турувчи бронхлар обструкцияси билан характерланадиган каслликдир.

Унинг 3 та ўзига хос белгилари бўлиб:

- Бўғилиш хуружи (нафас етишмовчилиги), одатда ўз-ўзидан ёки медикаментоз даво таъсирида ўтиб кетади.
- Бронхларнинг кенг қаторли стимуляторларига бўлган юқори сезувчанлиги.
- ЎСОК билан уни дифференциялаш жуда қийин. “Сенная лихорадка” ва экзема каби аллергик касалликлар билан ассоциацияланади.

Болалар ва ўсмир ёшларда триггерли хуружлар билан аниқланувчи астма формалари кенг кузатилади. Ўрта ёшларда триггерлар кам учрайди. Касалликнинг тарқалиши 10-20 ёшлиларда кўп учрайди. Катталардаги астманинг 1-2 % ни касбга боғлиқ бўлган астма ташкил этади.

Дифференциал диагностикаси. Локал бронхлар обструкцияси ўпка саратонида, ёт жисмларда ва трахеотомиядан кейинги стенозларда учрайди. Нафас йўллари генерал обструкциялари – ЎСОК, бронхоэктазлар, облитерловчи бронхиолит, пневмоцистозда учрайди. Астма хуружини кучайтирувчи омиллар: Жисмоний машқлар, руҳий зўриқиш. Об-ҳаво (туман, совуқ,, момақалдирик), ҳавонинг ифлосланиши (тутун ва чанг), уй аллергенлари (уй чанги, ҳайвон жунлари, қушлар патлари), касбга хос аллергенлар (ҳайвонлардан олинган материаллар, жун, дон, кимёвий моддалар), чекиш, инфекциялар (юқори нафас йўлларнинг вирусли инфекциялари), дори воситалари (НПВС, бета-блокаторлар), гастро-эзофагал рефлекс.

Симптомлари, белгилари. Касаллик кечишини яхши назоратга олинганда белгилари кузатилмаслиги мумкин. Хириллашлар, бўғилиш хуружлари (кўпинча форсирланган нафас чиқариш тезлиги камайган тунги ва тонги вақтларда бўлади), тунги йўтал (айниқса, болаларда), бочкасимон кўкрак қафаси, ўпка эмфиземаси ривожланганда.

Текширишлар. Ташхис асосан клиник белгиларига асосланиб қўйилади. Специфик диагностик тестлар йўқ. Кўриб чиқилади:

Пикфлоуметрия сериялари – эрта билан турганда, кундузи ва уйқудан олдин. Астматикларга нафас йўллари обструкциясининг турли вариантлари характерлидир. Пикфлоуметрия профессионал астманинг диагностикаси учун энг ишонарли текшириш усулидир.

- Спирометрия/пикфлоуметрия $>15\%$ бронходиллятаторлар ингаляциясидан сўнг ЖЕЛ ёки ОФВ₁ (ПСВ) кўрсаткичларини яхшиланиши.

- Преднизолонли синама – 30 мг. Ҳар кун 2 ҳафта давомида $>15\%$ га ЖЕЛ ёки ОФВ₁ (ПСВ)ни ошиши ва бемор ҳолатининг яхшиланишига ёрдам берувчи.

- Қон таҳлилида эозинофилияни топиш мумкин.

- Ўпка рентгенида. Одатда нормал кўринишда. (эмфиземада ўпка тўқималарининг ҳаво билан тўйинганини кўриш мумкин). Рентген текширувининг аҳамияти бўғилиш ва пневмоторакснинг бошқа сабабларини инкор қилишда аҳамиятлидир.

- Тери аллерго-тестлари. Аллергик бўғилиш триггерлари бор бўлган ҳолатларда, беморни тери аллергик синамаларга юбориш керак.

Қариялар астмаси.

Кенг доирада дифференциал диагностика ўтказилишини талаб қилганлиги, ташқи нафас функциясини текширишдаги қийинчиликлар ва ўзларидаги касаллик белгилари ҳақида хабар беришни хохламаганликлари сабаб кўпгина ҳолатларда астма қарияларда ташхисланмай қолади. Кекса ёшларда кўпинча астма касаллигини кечиш оғирлигини тўла баҳоланмаслиги ва олиб борилаётган давонинг рисоладагидай эмаслиги кўзга ташланади. Касаллик кечишини мониторинг қилиш учун пикфлоуметрияни қўллаш лозим (ОФВ₁/ПСВ). Бунда кекса кишиларда кўришнинг ёмонлашуви ва қўл

панжалари бўгинлари артритлари бўлиши мумкинлигини унутмаслик керак. Аҳволи оғирлашганда нима қилиш кераклиги ҳақида беморга тавсиялар бериш керак. Агар беморда ёшига хос руҳий ўзгаришлар муаммоси бўлса, у ҳолда даволаш режасини беморнинг яқин қариндошлари билан бирга муҳокама қилиш керак. Бемор ҳолати мунтазам назоратда сақланади.

Оғир астма хуружи симптомлари-белгилари.

Бемор тўхтамасдан ва қўшимча нафас олмасдан туриб, тўлиқ фикрини айта олмайди, тахипноэ (минутига нафас олиш сонлари > 25); тахикардия ЮУС(ЧСС) > 110 в мин.); ОФВ1 (ПСВ) 1 кунига ишлатилса яллиғланишга қарши даво ни бошлаш зарур.

- Узоқ таъсирли В2-агонистлар – Сальметрол, формотерол кортикостероидли даво билан бирга комбинациясида берилади. Айниқса, астманинг тунги хуружларида тавсия этилади. Таъсир давомийлиги 12 соатга яқин.

- Антихоленергик бронходилататорлар Ипратропиум бромид. В2 – агонистлар билан бирга қўшимча даво сифатида самарали қўлланилиши мумкин

- Лейкотриен рецепторлари антогонистлари. Монтелукаст. Ингаляцион кортикостероидлар ва қисқа муддат тасирли В2 агонистлар ёрдамида назорат қилиб бўлмайдиган астманинг ўрта ва юмшоқ кечувчи кўринишларида қўллаш тавсия этилади.

- Ингаляцион кортикостероидлар. Астманинг тезтез симптомлари билан келган беморларнинг барчаси В2агонистларни мунтазам ишлатилишига қарамасдан ингаляцион кортикостероидлар қўллашга зарурат туғилади.

Астманинг кечиши оғирлашса ёки юқори нафас йўллари инфекцияси белгилари бўлганда, беморларга стероидларнинг 2 дозаси тавсия этилади. Яллиғланиш хусусиятидаги турли касалликларда стероидлар билан даволаш тавсия этилади. Ножўя таъсирлари: ↑АД; Na⁺, организмда сувнинг ушлаб қолиниши ва К⁺ нинг

йўқотилиши, қандли диабет; остеопороз ва шу ҳисобига суяклар синиш хавфи, параноидли ва депрессив ҳолатлар. (айниқса беморлар анамнезида руҳий бузилишлар бўлганда), проксимал жойлашган

мушакларогирлигининг йўқотилиши; Кушинга синдроми; болаларда ўсишдан орқада қолиш: 12-бармоқли ичак ва ошқозонни пептик яралари, юкумли касалликлар хавфи кўпаяди, яширин клиник кўринишларда ўтадиган касалликлар (туберкулез, септицимия); буйрак усти беши етишмовчилиги (кортикостероидларни узок вақт кўллагандан сўнг, йиллаб давом этиши мумкин). Стероидларни кўллаш. Астма хуружини олиш учун кўпинча стероидлар катта дозаларда буюрилади, беморнинг аҳволи яхшилангандан сўнг, секин-аста дозалари пасайтирилиб борилади. Мақсадли даволаш беморларни стабил ҳолатини назорат қилиб турадиган гормонларни минимал дозада кўллашга йўналтирилгандир.

- Орал стероидлар: Бемор буйрак усти безларида ишлаб чиқариладиган эндоген кортикостероидларни биоритми бузилишининг олдини олиш мақсадида бемор эрта билан стероид таблеткаларини қабул қилади.

- Ингаляцион стероидлар: Астма касаллигин даволаш самарасини юқори даражага етказиш учун аэрозолли, ингаляцион стероидларни мунтазам қабул қилишлари керак.

Даволаш бошлангандан кейин 3-7 кундан сўнг симптомларнинг енгиллашиши бошланади. Агар ингаляцион стероидлар йўтал чақирадиган бўлса, бунинг олдини олиш учун улардан олдин қисқа таъсирли В2агонистларни кўллаш тавсия этилади. Ингаляцион гормонларни кўллашда учрайдиган энг кўп ноўя таъсирлари орал кандидозлар (5%) ва беморларда овознинг дағаллашувининг пайдо бўлиши, насадкалар, спайсерлар кенг кўламда кўлланганда ёки ингаляциядан кейин оғизни сув билан чайқаб турилганда, бу ноўя ҳолатлар учраши пасаяди. Стероидли ингаляцияни катта дозаларда қабул қилган беморларда остеопороз хавфи кучаяди, шунинг учун беморларга бу ҳақда етарли маълумот бериш керак. Стероидли ингаляция катта дозаларда қабул қилган болаларда ўсишдан орқада қолиш кузатилади. Бунда оғир формадаги астма ҳам болаларнинг ўсишдан орқада қолишини назарда тутмок керак. Стероидларнинг дозаларини пасайтириш ва тўхтатиш. Даврий дозаларда стероидлар қабул қилинганда, поғонама-поғона, секин-аста дозаларни камайтириб бориш тавсия этилади.

Бу касаллик қайталанишига мойил бўлмаган беморларга биринчи навбатда тавсия этилади.

Қуйидагитавсияларга амал қилиши керак:

- Стероидларни тез – тез қайта курсларини қабул қилувчи беморларга;
- Олдин узоқ муддат стероидлар қабул қилган беморларга қисқа гормон курсларни буюришда;
- Буйрак усти бези етишмовчилиги билан кечадиган буйрак усти бези касалликлари бўлганда;
- 40 мг дан кўп преднизалон қабул қилган шахсларда (ёки бошқа гормонларни 40 мг эквивалентли преднизалонда).
- Тунги вақтларда стероидлар қабул қилган беморларда .
- 3-ҳафтадан узоқ давр стероид қабул қилган беморлар.

Астма қайталаб қолмаслиги учун стероидлар дозасини камайтириш пайтида беморларнинг ҳолатини доимий баҳолаб туриш керак. Юқорида санаб ўтилган гуруҳларга кирмайдиган кишиларга ва астма қайталаш хавфи йўқ ҳолатларида, 3-ҳафтадан кам муддатга гормонлар билан даволаниш ҳолатида системали стероидларни қўллашни бирданига тўхтатиш мумкин.

Астма назоратининг мустақил режаси. Беморларга касаллик хавфлари, астма кечиши оғирлашиши белгилари ва умумий ҳолати оғирлашганда қандай чоралар кўриши ҳақида тўла маълумотларни бериш керак. Астма назоратининг мустақил режаси: касаллик қайталаниши эҳтимолининг пасайиши ва ҳаёт кечириш сифатининг яхшиланиши. Пикфлуометр мониторинги астманинг оғир формада кечувчи, астма хуружи тез ривожланувчи беморларга ва касалликнинг белгиларини англай олмаган беморларга ўтказилади. Рухий-ижтимоий омиллар, депрессиянинг мавжудлиги, хавотирланиш ҳолатининг борлиги ва даволанишдан бош тортиш ҳолатлари, ўзаро узвий боғлиқликда, беморларнинг астма касаллигидан ўлимга олиб келувчи эҳтимолини келтириб чиқаради.

Астманинг оғир кечишига олиб келувчи бошқа бир қатор омилларни ҳам ҳисобга олиш керак бўлади: ҳаётдаги кризис ҳолатлари, оилавий келишмовчиликлар, беморнинг ижтимоий изоляцияси, ўзига тўлиқ ишонмаслик, газабланиш ва зарарли одатлар (чекиш, кўп

алкоголь қабул қилиш). Даволашдан наф. самара бўлмаётган ҳолатларда, одатда беморлар ҳолатини яхшилашга олиб келувчи, учраши мумкин бўлган онлавий, рухий ва ижтимоий муаммоларини билиш жуда муҳимдир. Бу муаммоларни билиш даволаш самарасига таъсир қилиши мумкин. Мутахассис маслаҳатига юбориш. Диагноз қўйиш қийин бўлганда, олиб борилган давонинг самараси бўлмаганда, юқори дозадагистероидлар талаб этувчи беморлар ва айниқса болалар. Болаларда астма УАШ ёки мутахассис томонидан икки мартаба астма хуружи кузатилганда, астма ташхиси қўйилади. Бу хуружлар қайталанишга мойиллигибўлган ўткир бўғилиш хуружидир.

Диагноз қўйиш қийин бўладиган ҳолатлар:

- Кичик ёшдаги болаларда астма касаллигини ўткир вирусли инфекциялардан дифференциация қилиш қийин бўлади

- Бир ёшдан кичик бўлган болаларда “астма” терминини тушуниш қийин бўлганлиги учун, турли, бошқа терминлар қўлланилади: “инфалтил астма”, “нафас олишнинг қийинлашуви” ва бошқалар.

- Объектив текширувларсиз астма касаллиги кечишининг назорати ва оғирлигини аниқлаш жуда қийин. Агар диагнозда иккиланиш бўлса, иккала диагнозни ҳам бор деб ҳисоблаб, ҳар бир касални маълумвақтлар оралаб даволаб, дифференциал диагностика ўтказиш керак.

Давоси:

1. Касалликка олиб келувчи омиллардан ўзини эҳтиёт қилиш (хайвонлар жуни билан контактда бўлиш, уй чанглари ва бошқалар)

2. Касалликнинг кечиши оғирлигига мос бўлган поғонадан даволашни бошлаш.

3. Преднизалоннинг шошилинич дозаси доимо ўзгарувчан бўлиши мумкин. Преднизалон дозалари < 1 ёшга – 1-2 мг./кг/кунига; 1-5 ёш – 20 мг/ кунига.

4. Астмани даволашда кўп поғонали даволаш қўлланилади – беморнинг клиник ҳолатига қараб, поғаналардан юқорига ёки пастга тушиш ва чиқиш мумкин.

5. Дорилар:

а. В2-агонистлар болалар учун хавфсиз ва самаралидир.

б. Содиум хромогликат: Превентив (профилактик) даво. Жуда кичик бўлган (чақалоқлар) беморлар учун самарасиздир. Енгил кечувчи ҳар кунлик хуружларда кортикостроитли инголяциялар қўллашдан олдин буюрилади.

с. Стероидли ингаляциялар: болаларда сурункали ёки ҳар кун пайдо бўладиган астмаларда самаралидир. Юқори нафас йўллари инфекцияси қўшилиб қолганда ёки вирусли инфекцияларда. Хуружларнинг кучайишида дозаларни икки марта кўпайтириш талаб этилади: мутахассисга юбориш, диагноз қўйишда қийинчилик бўлганда, даволашдан самара бўлмаганда, астманинг оғир кечишида, инголяцион кортикостроитларни қўллаганда, болалар ўсишидан ортда қолганда.

Астмада кечиктириб бўлмайдиган ёрдам.

Катталарда ва ўсмирлар астмасида кечиктириб бўлмайдиган даво чоралари:

- «Гунг ўпка (немое легкое)», кўкариш ёки нафас олиш ҳаракатларининг чегараланиши.
- Брадикардия.
- Қўзғалувчанлик ёки ҳуш даражасининг пасайиши.
- Пикфлометрия кўрсаткичи $\leq 33\%$ нормадан (агар бемор пикфлометрияни бажара олса). Тез ёрдам келгунича беморни ёнидан кетмасдан, зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Изоҳ • Оғир астма хуружи бор ёки кечиктириб бўлмайдиган давога муҳтож беморлар ўз ҳолатининг оғирлигини тушунмасликлари мумкин. Юқоридаги симптомларнинг бўлиши врачларни огоҳликка чақириши керак.

- Агарда небулайзер йўқ бўлса, катта ҳажмдаги насадка (спайсер) қўллаб, В2агонистларни 2-та ингаляциясини бериш тавсия этилади ва 10-20 дақиқадан кейин буни қайтаришни талаб этилади.
- Орал теофиллин олган беморларга аминафиллин болюс давосини буюриш мумкин эмас.

Катталар ва мактаб ёшидаги болаларда оғир астма хуружида ёрдам кўрсатмасдан олдин, беморнинг ҳолатини баҳолаш керак:

- Бемор нафас олишнинг қийинлашуви ҳисобига бир гапни тўлик айтолмайди.
- Пульс ≥ 120 та/ мин.
- Нафас олиш сонлари ≥ 25 марта/ мин.
- Пикфлуометрия кўрсаткичи $\leq 50\%$ нормадан. Юкорида саналган белгилардан 1 тадан ортиғи кузатилса, беморни шифохонага ётқизиш зарур.

Зарур чоралар:

- Имконият бўлса, кислород бериш керак
- Небулайзер ёрдамида – В2 -агонист (сальбутамол 5 мг.ёки тербуталин 10 мг.)
- Ораль преднизолон 30-60 мг, ёки гидрокортизон 200 мг.
- Небулайзерни қўллагандан сўнг, 15-30 дақиқа ўтиб, ўтказилган давонинг мониторинг кузатуви.

Агар астма хуружи белгилари сақланиб турган бўлса, беморни шифохонага ётқизиш. Тез ёрдам келгунича, небулайзердан фойдаланиб, такрор равишда В2 агонистлар беринг.

Агар аҳволи яхшиланса, нафас нормаллашса, пульс ва пикфлуометрия кўрсаткичи $\geq 50\%$ нормадан, олдин қўлланилаётган давога қайтиб ва преднизолон беришни давом эттириш зарур. Кейинги ҳаракатлар. Астма симптомларини мониторинги ва пикфлуометрия. Давони ва астма назорати шахсий режасини қайта кўриб чиқиш, 24 соатдан сўнг қайта кўрув, аҳволи оғирлашганда, зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Бронхиал астма ва ҳомиладорлик.

Бронхиал астма билан касалланганлар орасида ҳомиладорлик 1% учрайди. Астманинг пайдо бўлиши эндоген простагландиннинг сезувчанлиги ўзгариши билан боғлиқ.

Клиничко-патологик шакллари:

- атопик (юқумсиз аллергия);
- юқумли аллергик;
- аутоиммун ;
- нейро-психологик;
- холенергик;

Ҳомиладорлик симпатик асаб тизимининг таъсири остида содир бўлади, қонда кортизол даражаси сезиларли даражада ошади. Бу ўзгаришларнинг ҳомиладорлик жараёнига таъсири. Ҳомиладорларда касалликнинг кечиши қуйидаги белгилар билан намоён бўлади: нафас олиш маркази фаоллашади, физиологик гипервентиляция пайдо бўлади ва онанинг иммун тизими пасаяди. Ҳомиладорда касаллик оғир кечади ва касаллик охири ёмон оқибатлар билан якунланиши мумкин. Даволаш, касалликнинг шаклига қараб ва ҳомиладорлик муддатига, ҳомиллага таъсири ўрганилиб, дори препаратлари тавсия қилинади.

Астма ҳужумини бартараф этиши учун қуйидаги препаратлар буюрилади:

- адреномиметиклар (сальбутамол)
- хантал пластикалари, банкалар;
- 1 ml 5% езадрин;
- 2,4% 10 ml эуфиллин;

3 соатдан кейин преднизалон 30 ТБ.

Ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши. Ҳомиладорликнинг дастлабки ҳафталарида туғруқхонанинг гинекология бўлимига ётқизилади ва ҳомиладорликни давом эттириш ёки тўхтатиш масаласи ҳал қилинади.

Туғруқдан 2-3 ҳафта олдин, туғруқхонага ётиши тушунтирилади, туғруқ таббий туғруқ йўллари орқали амалга оширилади. Бирор акушерлик ёки перинатал асоратлар қўшилса, ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикаси консилум орқали қайта кўриб чиқилади.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК)-нафас йўлларининг обструкцияси билан характерланадиган секин ривожланувчи касаллик; -40-68 ёшли аҳоли орасида тарқалиши 16% ни ташкил этади. Эркаклар аёлларга нисбатан кўп касалланади. ЎСОК 5% га яқин аҳолини ўлимига сабаб бўлади. Сабаблари: Чекиш, генетик мойиллик, $\alpha 1$ -антитрипсин етишмовчилиги, паст каллорияли овқатланиш, кичик оғирлик билан туғилиш ва бошқалар. Клиник белгилари, йўтал (қуруқ ёки нам), нафас қийинлашуви, қайта-қайта

респиратор инфекциялар, нафас сиқиши (одатда зўриқишда). Касалликнинг оғир кечиши белгилари: тахипноэ, нафас чиқаришнинг чўзилиши, кўшимча мушакларнинг нафас олишда иштирок этиши, ± нафас олганда қовиргалароро мушакларнинг тортилиши, оғизни очган ҳолатда нафас чиқариш, кўкрак қафасини экскурсиясининг (силжувчанлиги) пасайиши. *ЎСОК нинг иккита тури мавжуд:*

- Касалликнинг биринчи варианты кечишида тери ва шиллиқ қаватларнинг одатдаги ранги сақланган бўлади. Нафас сиқиши бор, цианоз бўлмайди. Шишлар камдан кам учрайди, ± юрак етишмовчилиги симптомлари.

- Иккинчи варианты кечишида кучли ривожланган цианоз, шишлар, гипервентиляция ва нафас функциясининг пасайиши кузатилади. Гиперкапния белгилари: периферик вазодилатация, муқобиллашган пульс.

Кечиккан симптомлари: қўл панжаларининг дағал треморлари, хуши бузилиши, ўта уйқучанлик ва кома ҳолати.

Текшириш. Спирометрия. ЎСОК учун хос – Форсирланган нафас чиқариш (ОФВ1).

Маълумотларга кўра, ўтказилган ретроспектив текшириш натижалари шунни кўрсатдики, ҳомиладорлар орасида гестациянинг турли муддатларида ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ) тез-тез учрайди ва қуйидагича аниқланди: 12 ҳафтагача 15 нафар (30%), 13 ҳафтадан 27 ҳафтагача 19 нафар (38%), 28 ҳафтадан 37 ҳафтагача 13 нафар (26%), 38-40 ҳафта давомида 3 нафарида (6%). Ҳомиладор аёлларнинг ярмидан кўпи (51%) плацентациянинг фаол жараёнида 14 дан 20 ҳафтагача бўлган муддатига тўғри келди. Бу ўз навбатида плацентар етишмовчиликка сабаб бўлади. Шундай қилиб ЎРВИ билан икки марта касалланганлар 20 нафар (40%) орасида сурункали бронхитнинг кучайиб бориши 26% ни ташкил қилди. Бу ҳомиладор организмда иммунитетнинг пастлигини, ҳаво-томчи йўли билан юқадиган инфекцияларни юқтириб олишга мойилликни кўрсатади. Ҳомиладорларда ЎРВИ фонида гипервентиляция, иммунитетнинг тушиши, касалликнинг сурункали кечиши билан характерланади. Бу ўз навбатида ўпканинг сурункали обструктив касалликлари

ривожланишига (50%) сабаб бўлади. Шу сабабли ўрВИ ўз вақтида ташхислаш ва даволаш, ўпканинг сурункали обструктив касаликлари профилактикасининг асосий мезонидир.

Ҳомиладор аёллардаги ўткир бронхит, одатда, бирламчи, инфекцияни ёки вирусни генезда келиб чиқади. Бемор совқотганда кўпинча-ларингит, трахеит, ўткир нафас олиш касаллиги кўшилади. Саноатнинг ривожланиши бронхитни юзага келтирувчи сабабларидан бири бўлган хавфли омилдир.

Клиникаси. Бурун битиши, йўтал, кўкракдаги оғриқлар, оз миқдорда балғам ажралиши. Ўткир бронхит ҳомиладорликнинг кечишига таъсир қилмаслиги мумкин, аммо кўпинча касаллик ўз вақтида аниқланмаганда, самарали даволанмаганда, ҳомиланинг инфекцияланиб тугилишига сабаб бўлади.

Даволаш.

1. Тез-тез иссиқ суюқликлар (асал чой, сут, дамлама, сок, компот) истеъмол қилиш, ишқорий ингаляция.

2. Бронхоспазмни йўқотиш учун эуфиллиндан фойдаланиш.

3. Антибактериал терапия.

4. Оддий ва самарали горчичник, банкачалар қўйиш. Сурункали бронхит ва ҳомиладорлик, касаллик, оз миқдорда балғам ажратиш ва узок муддат йўтал бўлиши билан характерланади.

Оддий сурункали бронхит ҳомиладорлик ва туғруқ учун қарши кўрсатма бўла олмайди, нафас етишмовчилиги белгилари бўлмаса. Агар нафас етишмовчилиги кучли ривожланган бўлса, туғруқда кучантириш мумкин эмас. Яллиғланиш жараёнлари ўпкага ўтганда бронхопневмония ёки катарал зотилжам (пневмония) ривожланади. Клиникаси, иситма, йўтал, бутун танаси қақшаб оғриши, умумий ҳолсизлик кузатилади ва бемор зотилжам бирдан бошланганлигини айтади. Ўпканинг перкуссия товуши маълум қисмларида сақланган, яъни чегараланган ўпка функцияси бузилиши белгилари аниқланади. Аускултацияда ўпканинг маълум бир қисмларида везикуляр нафас эшитилади. Касаллик 2-3 ҳафта чўзилиши мумкин, ҳатто абсцесс ёки пневмосклероз юзага келади.

Даво. Антибиотиклар, замбругларга қарши, йўталга қарши дори воситалари, балгам кўчирувчи препаратлар, банкачалар, горчичник, нафас гимнастикалари, кўкрак қафаси массажлари, сульфокамфокаин қўлланади.

Ўткир респиратор вирусли инфекциялардан кейин ҳомиладорларда юқори нафас йўллари сурункали касалликларининг кўзгалиши 50% кузатилади. Бундан ташқари ушбу инфекциялар, амнион пардасининг яллиғланишига ва натижада қоғонок сувларининг ҳосил бўлиши ва қайта сўрилиш жараёнлари бузилишига олиб келади. Оқибатда кам сувлик 8%, кўп сувлик 18% ривожланади. Ҳомиладорлик оқибатида, ЎРВИ билан оғриган ҳомиладорларда, қоғонок сувларининг вақтидан олдин кетиши 28,3% учрайди. Бундай асоратлар туғруқнинг ҳам асоратланишига сабаб бўлади, туғруқ фаолиятининг кучсизлиги, муддатидан олдинги туғруқлар, кечиккан туғруқлар 35% ташкил қилади. 58% ҳолларда туғруқ оператив. кесаркесиш амалиёти билан якунланади. Бундай оналардан туғилган чақалоқлар асосан 86,6% қониқарли аҳволда дунёга келган, АШБ 7-8 балл. Аммо чақалоқлар орасида перинатал касалланиш, асфекциянинг енгил даражаси билан туғилиш 14% аниқланган. Нафас тизими сурункали касалликларининг келиб чиқиш омилларидан бири ЎРВИ бўйича амалдаги стандарт ва протоколлардан фойдаланишни мақсадга мувофиқлигини УАШ ва акушер-гинекологларга эслатиб ўтамиз.

ЎРИ. Грипп, вирусли идентификацияланмаган

- Касаллик давомийлиги 3 суткагача;
- умумий ҳолсизлик;
- тана қақшаши;
- бош оғриғи;
- тана ҳарорати;
- йўтал;
- бурун битиши;
- овоз бўғилиши;
- томоқда қичишиш.

Текшириш

- акушер-гинеколог шифокор кўриги;
- терапевт кўриги;
- тана ҳарорати, АҚБ, пульс, НС;
- монитор картаси тўлдирилади. Лаборатор таҳлиллар:
- умумий қон таҳлили формула билан;
- билирубин, АЛТ, АСТ;
- коагулограмма.

Тактика

ҲПБга ёки изоляторга госпитализация қилинади.

- орал гидратация;
- Вирус юкламаси ва интоксикацияни камайтиришнинг самарали усули орал гидратация: диурез назорати остида кўп суюқлик ичиш ва гемодилюция.

• соатлик суюқлик қабул қилиш: камида 2 стакан сув/соатда. уйқудан ташқари;

• Тамойил: ичилган=диурез, мос келмаганда етишмовчиликни 3 баробар тўлдириш.

- ацетоминофен (парацетамол) по 0,5 мг 1 табл. 2-3 маҳал;
- вирусга қарши дори воситалари (ДВ) касаллик 72 соатгача давом этганда тайинланади:

• Озельтамивир (Тамифлю) 75 мг (1 капс. ёки суспензия) 2 маҳал 5 кун, гриппнинг оғир шаклларида 150 мг 2 маҳал 5 кун.

- Мониторинг:
 - тана ҳарорати;
 - пульс;
 - нафас сони;
 - диурез.

Клиник белгилари 3 кундан ортиқ:

- умумий ҳолсизлик;
- тана қақшаши;
- бош оғриғи;
- тана ҳарорати $\leq 37,5$ °С;
- йўтал;

- бурун битиши;
- акушер-гинекологнинг анестезиолог-реаниматолог билан бирга кўриги;
- тана ҳарорати, АҚБ, пульс, НС, кислород сатурациясини ўлчаш;
- ЭКГ;
- индивидуал ҳолатда консилиум билан рентгенологик текшириш масаласи ҳал қилинади. Ҳомиладордан маълумотли розилигини олгандан сўнг;
- лаборатор текширишлар: умумий қон таҳлили, билирубин, ферментлар, умумий оқсил, мочевина, креатинин, коагулограмма, қон гуруҳи ва резус омил, умумий пешоб таҳлили;
- лозим бўлса, пульмонолог маслаҳати;
- бачадон, ҳомила, жигар, буйракни УТТ, лозим бўлса, бачадон ва ҳомила доплерометрияси;
- терапевт кўриги ҳар куни.

Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш.

- вирус юкламаси ва интоксикацияни камайтиришнинг самарали усули орал гидратация: диурез назорати остида кўп суюқлик ичиш ва гемодилюция.
- Соатли суюқлик қабул қилиш: камда 2 стакан сув/соатда, уйқудан ташқари.
- Тамойил: ичилган=диурез, мос келмаганда етишмовчиликни 3 баробар тўлдириш;
- Инфузион дастур масаласи: физ. эритма 0,9% . индивидуал тартибда консилиум билан ҳал қилинади.
- тана ҳарорати ошганда (38°C дан юқори) танлов препарати ацетоминофен (парацетамол) 0,5мгдан 2-3 марта/кунига;
- небулайзер терапия;
- ҳомилага таъсирини ҳисобга олган ҳолда антибактериал терапия. Антибактериал ДВни тайинлаш масаласи консилиум билан ҳал қилинади;
- Монопрепаратдан бошланади: 2 ёки 3 авлод цефалоспоринлари 3 марта/суткада 6-7 кун давомида.

• Антибактериал терапиянинг монопрепарат сифатидаги самараси, клиникаси ва лаборатор кўрсаткичларни 3 суткада баҳолаб ўтказилади.

• Мониторинг:

– тана ҳарорати;

– пульс;

– нафас сони;

– сатурация; диурез;

– лаборатор таҳлиллар: Нв, Нт, умумий қон таҳлили формула билан, билирубин, АЛТ, АСТ;

– фибриноген, ПТИ, қон ивиш вақти, тромботест. (халқаро ностардартлашган нисбатлар) ХНН/МНО.

• Нафас етишмовчилиги белгиларида қўшимча кислород берилади: ниқобда, бурун канюласи, респиратор кўмак: SPAP, ЎСВ/ИВЛ тартибда.

• Аҳволи ва лаборатор кўрсаткичлари яхшилангандан сўнг ҚПБга ўтказилади.

Профилактика

«Йўтал этикети» – йўтал ва аксирешда оғиз ва бурунни салфетка билан ёпиш ва ишлатилган салфеткани ахлатга ташлаш.

Тез-тез қўлни совунлаб ювиш, айниқса, йўтал ёки аксирешдан сўнг.

Қўлни ювиш учун спирт сакловчи эритмалардан фойдаланиш.

Беморлар билан яқиндан мулоқотда бўлишдан (кўришиш, кучоқлашиш, ўпишиш) сақланиш.

Кўз, бурун ва оғизга қўл билан тегмасликка ҳаракат қилиш.

Беморда гриппсимон белгилар пайдо бўлса, бошқа одамлар билан мулоқотни чегаралаш. Бошқаларни зарарламаслик учун 1 метрли масофани сақлаш лозим.

Грипп эпидемияси вақтида жамоат жойларида ниқоб тақиб юриш лозим.

Грипп белгилари пайдо бўлганда зудлик билан тиббий ёрдамга мурожаат этиш лозим.

Асоратсиз гриппда антибиотиклар тайинланмайди! Овқат таркибида С витаминига бой маҳсулотларни истеъмол қилиш. Иш ва

дам олиш тартибини тўғрилаш. ЖССТ тавсияларига кўра ҳомиладорларнинг анализ жавобларини кутмасдан, зудлик билан даволашни бошлаш лозим.

Зотилжам билан хасталанган ҳомиладорликни олиб бориш ва тугдириш стандарти.

Зотилжам – ўпканинг альвеола ичи экссудацияси билан ўчоқли зарарланиши билан ифодаланадиган, ўпканинг ўткир инфекцион яллиғланиши.

Клиник белгилари:

Гриппнинг асорати бўлган зотилжамнинг уч хил шакли фарқланади:

Бирламчи вирусли зотилжам; вирусли-бактериал (иккиламчи) зотилжам; бактериал (учламчи) зотилжам. Бирламчи вирусли зотилжам: касаллик бошлангандан сўнг 1–3-суткада ривожланади. Летал зотилжамларнинг асосий қисми ёндош бактериал инфекция билан эмас, балки бевосита вируснинг ўпкага инвазияси ва кўпайиши билан боғлиқ.

Касалликнинг бошланғич симптомлари гриппга хос бўлади, аммо 12–36 соат давомида беморларда кам миқдордаги балгам ва қон аралашмалари билан йўтал, ҳансираш кузатилади. Баъзан кучли қон тупуриш кузатилади. Гоҳида плеврал оғриқлар кузатилиши мумкин. Асосан нафас етишмовчилиги белгилари кузатилади: тахипноэ, тахикардия, цианоз.

Касаллик авж олиши билан аускультатив манзараси ўзгариб боради. Бошланғич босқичларида ўпканинг пастки бўлақларида кучсиз дағал нафас, крепитация, инспиратор гижжилловчи хириллашлар ва баъзан куруқ ҳуштаксимон хириллашлар эшитилади. сўнг хириллашлар ўпканинг бошқа қисмларига тарқалиб, нафас сустлашади. Терминал босқичларида хириллаш ва нафас деярли эшитилмайди, аммо кучли тахипноэ кузатилади.

Бирламчи вирусли зотилжамда рентгенологик маълумотлар суст бўлади – ўпка тасвирининг кучайиши. Касаллик авж олганда ўпка томиридан тарқаладиган икки томонлама қўшилган инфилтратив соялар аниқланиб, ўпканинг кардиоген шиши каби кўринади. Шунингдек, кўп бўлмаган плеврал ёки бўлақлараро суюқлик

аниқланиши мумкин.

Бир қатор ҳолатларда вирусли зотилжам ўткир буйрак етишмовчилиги ва диссеминацияланган томир ичи қон ивиши кузатилади.

Вирусли-бактериал (иккиламчи) зотилжам: грипп билан касаллангандан сўнг биринчи ҳафта охирида кузатилади. Зотилжамнинг бу турида биринчи респиратор симптомлар пайдо бўлишидан жараён ўпка тўқимасига ўтишигача бўлган оралиқ 4 суткани ташкил қилиши мумкин. бу даврда ҳатто беморнинг аҳволи бироз яхшиланиши ҳам мумкин.

Клиникаси кўп ҳолларда: йирингли ёки қонли балғам билан йўтал, кучли қалтираш ва плеврал огриклар билан кузатилади. Кучли нафас етишмовчилиги белгилари: оғир диспноэ, тахипноэ, цианоз.

Физикал текширишларда ҳар хил манзарани кўриш мумкин. Кўпгина беморларда локал яллиғланиш белгилари ўпканинг бир ёки бир нечта бўлагида кузатилиши мумкин. бу манзарага ўпка парехемасининг массив шикастланиши қўшилиши мумкин (диффуз қуруқ инспиратор ғижжилловчи хириллашлар, ҳуштаксимон инспиратор ва экспиратор хириллашлар). Баъзан фақат локал ўпка инфильтрациясиз қуруқ ғижжилловчи хириллашлар ва ҳуштаксимон хириллашлар бўлиши мумкин.

Ўпканинг рентгенографик манзарасида диффуз инфилтратив соялар бўлиб, бирламчи гриппоз зотилжам ёки фокал ўпка инфильтрацияси ўчоқлари билан диффуз инфилтратлар комбинациясига ўхшаш бўлади.

Бактериал (учламчи) зотилжам: грипп касаллиги бошланишининг иккинчи ҳафтасида ривожланади. Бу кўп кузатиладиган асорат, вируснинг цилиар эпителийни зарарлаши, лейкоцитлар мобилизациясини секинлаштириш, полиморф ядроли фагоцитлар томонидан бактериялар нейтрализациясининг бузилиши натижасида юзага келади. Кўпгина беморларда иккиламчи бактериал зотилжам ташхиси анамнези асосида қўйилиши мумкин.

Клиникаси: одатда бемор одатий грипп ўтказиб, сўнг аҳволи яхшиланади, баъзи беморлар ҳатто ишга тушиб кетиши ҳам мумкин. Бироқ гриппнинг биринчи белгиларидан 3–14 кундан сўнг беморнинг

аҳволи бирдан ёмонлашади: иккинчи марта қалтираб иситмалайди. кўкрак қафасида плеврал оғриқлар, йиринг аралаш, баъзан қонли балғам ажралади. 2/3 ҳолатларда касаллик икки фазали бўлмайди ва зотилжам белгилари грипп белгилари “устида” кечади.

Физикал текширишлар фокал паренхиматоз жараёни кўрсатади, бу маълумотлар рентгенографияда тасдиқланади.

Текширишлар.

- формула билан умумий қон таҳлили;
- қонни биохимик текшириш: АЛТ, АСТ, умумий оксил, билирубин ва фракциялари,
- мочевина, глюкоза миқдори;
- коагулограмма;
- қон гуруҳи ва резус-омил;
- умумий пешоб таҳлили;
- балғамни бактериологик экиш ва антибиотикларга сезгирликни аниқлаш.

Ўлчаш:

- тана ҳарорати, АҚБ, пульси, нафас сони, SpO₂;
- ЭКГ;
- эхокардиография.
- Терапевт, пульмонолог кўриги;
- Рентгенография
- бачадон ва ҳомилани, жигар, буйрак ва талоқни УТТ.
- бачадон-йўлдош-ҳомила қон айланиши доплерометрияси.

Тактика:

РИТБга госпитализация: беморда иситма, тана ҳарорати 37,5⁰ С дан юқори ёки 36,0⁰ С дан паст, касаллик давомийлиги 3 суткадан ортиқ, нафас етишмовчилиги 2-3 даража, (НС > 28, SpO₂ < 95%) ва бошқа аъзолар етишмовчилиги белгилари бўлганда.

ҲПБга госпитализация (интенсив палата, изолятор): аҳволи қониқарли, тана ҳарорати 37,5⁰С гача, йўтал, бурун битиши, қувватсизлик, умумий ҳолсизлик бўлганда.

Реанимация ва интенсив терапия бўлимида:

Ҳомиладор аёлни акушер-гинеколог, терапевт ва анестезиолог-реаниматолог билан бирга олиб борилади.

Даволаш:

1. Антибактериал терапияда антибиотиклар кенг спектрлилиги, ҳомилага таъсир қилиши, терапевтик дозалари ва дорининг фармакокинетикасини ҳисобга олиб тайинланади. Антибиотиклар комбинацияси қўлланилади: ингибитор ҳимояланган бета-лактамлар (пенициллинлар, цефалоспоринлар карбопенемлар, монобактамлар);

- фторхинолонлар;
- макролидлар;
- метронидазол.

2. Тана ҳарорати юқори бўлганда:

ацетоминофен (парацетамол) рег ос ёки в/ига томчилатиб юборилади.

3. Инфузион дастур: физ. эритма 0,9% суткалик диурез, тана ҳарорати, ичилган суюқлик ва гиповолемия даражаси назоратида.

Орал гидратация вирус юкламаси ва интоксикацияни камайтиришнинг самарали усули бўлиб ҳисобланади: кўп суюқлик ичиш, диурез назоратида гемодилюция. Соат бўйича суюқлик қабул қилиш: камида 1 соатда 2 стакан сув, уйқудан ташқари.

4. НМГ билан тромбоземболик асоратлар профилактикаси. Коагулограмма ва қон ивиш вақти, МНО назорати остида.

5. Небулайзер терапия. Респиратор кўмак:

- ниқоб ёки бурун канюлалари орқали намланган тиббий кислород ингаляцияси:

- ноинвазив ўпка вентиляцияси: СРАР тартиби; инвазив ўпка вентиляцияси: ЎСВ/ИВЛ.

7. Глюкокортикоидларга кўрсатма – нафас йўлларининг кучли обструкцияси, ўпка шиши, аъзоларнинг аутоиммун шикастланиши билан оғир инфекцион касалликларда (вирусли перикардит ва миокардит).

8. Меъданинг стресси шикастланишининг олдини олиш учун протон помпаси ингибиторлари тайинланади.

9. Симптоматик терапия: балғам кўчирувчи воситалар. десенсибиловчи терапия.

10. Нутритив кўмак. Суюқликни энтерал йўл билан бериш ва эрта энтерал озиқлантириш мақсадга мувофиқ.

11. Қон воситалари:

– альбумин 10% в/ига плазманинг коллоид – осмотик босимини кўтариш учун кўрсатма (умумий қон оқили 60г/л ва кам):

– эритроцитар масса аъзо ва тўқималарнинг кислород – транспорт фаолиятини тиклаш учун кўрсатма: Нв – 70г/л ва паст, Нс24%, қондаги эритроцитлар 3 млн. ва кам.

ХПБ га ўтказишга кўрсатма: аҳволи яхшиланиши ва асосий ҳаётний кўрсаткичлар стабиллашуви.

Ҳомиладорлар патологияси бўлимида.

1. Тана ҳарорати юқори бўлганда: ацетоминофен (парацетамол) per os.

2. Антибактериал терапияда антибиотиклар кенг спектрлилиги. ҳомилага таъсир қилишини ҳисобга олиб монопрепаратдан бошланади.

Орал гидратация вирус юктамаси ва интоксикацияни камайтиришнинг самарали усули бўлиб ҳисобланади: кўп суюқлик ичиш, гемодилюция диурез назоратида. Соат бўйича суюқлик қабул қилиш: камида 1 соатда 2 стакан сув, уйқудан ташқари.

3. Респиратор даво: небулайзер терапия.

4. Симптоматик терапия: балғам кўчирувчи воситалар, десенсибиловчи терапия ва б.

Касалхонадан чиқариш мезонлари: қониқарли аҳволи, 3 кун давомида нормал тана ҳарорати, стабил гемодинамика, лаборатор кўрсаткичлар ва ўпка аускультатив маълумотлари нормаллашуви.

Даволаш муддати ўртача 7 кундан 14 кунгача.

Ҳомилдорликни олиб бориш тактикаси:

– Зотилжам ҳомилдорликни тўхтатишга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

– Фақат мутлақ акушерлик кўрсатмалари бўйича ҳомилдорлик тўхтатилади. Аёлнинг маълумотли розилиги билан консилиумдан сўнг тугдириш усули аниқланади.

– Мутлақ акушерлик кўрсатмалари бўйича кесар-кесиш ўтказилади.

– Тугруқ мустақил бошланганда, тугруқ акушерлик ҳолатлардан келиб чиққан ҳолда олиб борилади.

- Ўз-ўзидан ҳомила тушиши клиникаси кузатилганда, тактика ҳолатга ва гестация муддатига боғлиқ бўлади.

- Бачадонда чандиқ бўлиши, кесар-кесиш йўли билан туғдиришга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

- Нафас етишмовчилигининг авж олиши ва ЎСВга ўтказиш ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

- Аъзолар етишмовчилиги авж олганда, ҳомиладорликнинг 32 ҳафта ва ундан кўп муддатида, муддатдан олдин туғдириш лозим.

- Ҳомиланинг антенатал ўлими, ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар, зудлик билан туғдиришга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

- Кўп ҳомилалик ва ҳомилалардан бирининг нобуд бўлиши ҳам ҳомиладорликни шошилиш тўхтатишга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

- Кучли нафас етишмовчилиги билан бачадонда чандиқ бўлиши, шошилиш кесар-кесиш йўли билан туғдиришга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

- Бачадонда чандиқ бўлганда нафас етишмовчилигини даволагандан сўнг консилиум билан туғдириш усули масаласи ҳал қилинади.

- Олиб бориш тактикаси гестация муддатига қараб ишлаб чиқилади.

- Туғдириш ҳақидаги барча масалалар аёл ва қариндошларининг маълумотли розилиги асосида консилиум билан ҳал қилинади!!!

“Зотилжам билан ҳомиладорларни олиб бориши ва туғдириши” стандарти бўйича умумий тавсиялар:

1. Госпитализацияга кўрсатмалар: зотилжамга шубҳа бўлган барча ҳомиладорлар госпитализация қилиниши шарт!!!

2. Ҳомиладорлик даврида, зотилжам чақирадиган микроорганизмлар спектри ҳомиладор бўлмаган вақтдагисидан фарқ қилмайди. Энг кўп зотилжам чақирадиган кўзгатувчилар: Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, грипп Haemophilus, легионеллалар.

3. Оғир зотилжам мезонлари:

- самарасиз йўтал билан кузатиладиган ҳансираш (!);

- нафас актида кўшимча мушаклар иштирок этиши (бурун қанотлари, тўш-ўмров-сўргичсимон, қовургалараро мушаклар);
- кўкрак ва қорин нафаси дискоординацияси;
- цианоз;
- психомотор бузилишлар, ҳушининг бузилишлари;
- гипотензия (систолик АҚБ < 90 мм сим.уст., диастолик АҚБ < 60 мм сим.уст.);

- лейкопения < 4.0×10^9 /л (вирусли зотилжам учунхос);
- лейкоцитоз 10×10^9 /лдан ортиқ;
- билирубин, АЛТ, АСТ ортиши;
- гипоксемия ($SaO_2 < 90\%$);
- анемия (гемоглобин < 90 г/л, гематокрит < 30%);
- ўпканинг икки ва ундан ортиқ бўлақларининг зарарланиши;

4. Нохуш эпидемиологик шароитда, қабул бўлимида эпидемиологик анамнезни қайд қиладиган журнал тўлдирилади;

5. Шошилиш хабарнома берилади: тана ҳарорати $38,0^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқори, нафас етишмовчилиги ва бошқа асоратлар кузатилганда;

6. Рентгенологик текширишга кўрсатмалар: касалликнинг оғир кечиши; зотилжам ва ўпка шишига шубҳа бўлганда; нафас етишмовчилиги кучайиб борганда; ўтказилган даво самара бермаганда;

7. Кўкрак қафасини рентгенологик текшириш учун аёлдан маълумотли розилиги олинади;

8. Нохуш эпидемиологик шароитда, бурундан суртма олиб, ПЗР усули билан вирус аниқланади ва Грипп Марказига юборилади.

9. Антибактериал даво 4 соатдан кеч қолмасдан тайинланиши лозим;

Антибактериал дорини воситаларини тайинлаш консилиум билан ҳал қилинади;

10. Комбинацияли антибактериал даво самараси касалликнинг клиник кечиши ва лаборатор кўрсаткичларга қараб, даво бошланган 24 соатдан 72 соат ичида баҳоланади;

11. Кислородотерапияга кўрсатмалар: SpO_2 до 94 % га камайганда юз ниқоби ёки бурун қанюласи оркали

намланган кислород ингаляция қилинади;

12. CPAP тартибида кислород беришга кўрсатма: нам кислород 10л/дақиқада берилиш фонида сатурация

< 95% га камайганда, нафас сони > 28-32 тезлашганда, нафас актида қўшимча мушаклар иштирок этганда;

Ўпканинг ноинвазив вентилляцияси: ЎСВ/ИВЛ аппаратида CPAP+PSV ёки NPPV+CPAP+PSV тартиби, каравотнинг бош томони 30°, кислород нафас олишда 35% ошмаслиги керак. PSV 10 см сим.уст.гача, PEEP 5 см сим.уст.гача. ИИВЛ мос ўлчамли юз ниқобини намлаб ва нафас аралашмаси иситилган ҳолда ўтказилади. Самарадорлиги: НЕ/ДНда 4-6 соат давомида нафас сони 23-26 гача камайиши, SpO₂ -92-95%;

13. Ноинвазив респиратор кўмак қуйидаги ҳолатларда ман этилади: нафас тўхташи ёки парадоксал нафас;

- ностабил гемодинамика;
- нафас йўллари ни ҳимоя қилиш имкони бўлмаганда (йўтал ва ютишнинг бузилишида) ва аспирация хавфи юқори бўлганда;
- бронхиал секреция жуда кўп бўлганда;
- ҳуши бузилишларида ёки бемор тиббий ходимлар билан мулоқот қила олмаганда;
- семизлик оғир даражаларида;
- юқори нафас йўллари обструкциясида;
- ниқобда ноқулайлик сезганда.

14. Респиратор кўмак самарасиз бўлиши, ўпкани инвазив вентилляция қилишга ўтишга кўрсатма бўлади (ижобий динамика бўлмаганда беморни СЎВга ўтказиш масаласини 6-12 соатдан кеч қолдирмасдан ҳал қилиш лозим);

15. Зотилжамда инвазив ЎСВ/ ИВЛга кўрсатма:

- ноинвазив ЎСВ/ ИВЛ усуллари самара бермаганда;
- ҳансираш ёки тахипноэ 30-35та/дақиқадан ортиқ сақланса, тана ҳарорати тушгандан сўнг ҳам сақланса.
- PaO₂/FiO₂ < 250 мм сим.уст. (ёки < 200 ўпканинг сурункали обструктив касалликлари мавжуд бўлганда);
- Артериал босим < 90/60 мм сим.уст.;
- Диурез < 20 мл/соат (гиповолемия кузатилмаганда);

- Рентгенологик маълумотларга кўра, зотилжам тез тарқалса (инфильтрация ҳажми 48 соатда 50% га ортса);

- 4 соат давомида вазопрессор дориларга эҳтиёжтутилса;

- Нафас аралашмасидаги кислород фракцияларидан қатъий назар SpO_2 90% дан камайса;

- FiO_2 юқори бўлишига қарамасдан, PaO_2 80 мм сим.уст. камайишни давом этса;

- $PaCO_2$ камайиши авж олса;

ЎСВ/ИВЛ параметрлари: каравотнинг бош томони 30° . нафас олишнинг узайиши ($Ti:e$ 1:1,5– 1:1 1,5:1), инспиратор пауза 0,2-0,7с, P пик ≤ 35 см сим.уст., P плато ≤ 30 см сим.уст., PEEP 5-15 см сим.уст SpO_2 боғлиқ ҳолда (стресс-норма 88-93%), шиширилган ўпка (Sigh). $SpO_2 < 85-88\%$ бўлганда FiO_2 0,6 дан ортиши, пропозитсия 12 соат/сутгача бўлиши мумкин, НХ/ДО 5-7 мл/кг идеал тана вазнида). МОДни сақлаш учун НС/ ЧД ортиши, рекрут маневрларни эрта ўтказиш (ўпкани очиш);

Миокардиал етишмовчиликда: коррекцияланмайдиган тахикардия, юрак қисқариш фаолиятининг камайиши, гемодинамиканинг пасайиши добутамин 20мкг/кг/дақиқагача юборишга кўрсатма бўлади.

Хулосалар. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари: ЎРВИ ўз вақтида тўғри ва самарали даволанмаганда ўпка зотилжамни ривожланади, бу касалликлар билан тез – тез касалланиш ва мақсадли даволамаганда ўпканинг сурункали обструктив касалликлари, бронхиал астма касалликлари ривожланади. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари – ҳомиладорлик ва туғруқнинг оғир асоратларига олиб келади. Шу жумладан оналар ўлими пенринатал ўлимлар орасида асосий ўрин тутди. Ўпканинг сурункали обструктив касалликларини ўз вақтида аниқлаш, диагноз қўйиш ва профилактик ишларни олиб бориш ишларни кучайтириш керак. Кўрсатма бўлганда ҳомиладорликни вақтидан олдин тўхташи, нафақат тиббий муаммо ҳисобланиб қолмасдан, у ижтимоий муаммо ҳам ҳисобланади. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари фонидagi ҳомиладорликни Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқилган стандарт ва протоколлар.

клиник қўлланмалар асосида олиб бориш тавсия қилинади. Натижада ҳомиладорлик ва туғруқ оқибати яхши тугаш имкони тугилади. Оналар ўлими, перинатал ўлим кўрсаткичлари камайишига эришамиз. Умумий амалиёт шифокори, терапевт, пульмонолог ва акушер-гинекологлар амалиётда кўп учрайдиган бу асоратларни мукамал билишлари лозим.

Тавсиялар:

Ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасигача, касалликнинг ўрта оғир ва оғир шакллари билан касалланган ҳомиладорларда, перинатал асоратлар билан туғиш хавфи юқорилиги сабабли, даводан сўнг ҳомиладорликни тўхтатиш масаласи ҳал қилинади.

Ҳомиладорликни тўхтатишга норози бўлганда, хорион сўргичларидан биопсия олинади, ҳомила хромосом нуқсонларини аниқлаш мақсадида.

Ҳомиладор касал бўлган вақтида, туғруқ бошланиб кетса, туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилади. Аёл ва ҳомила аҳволи мониторингда назорат қилиб борилади. Туғруқ оғриқсизлантириш остида олиб борилади.

Туғруқнинг иккинчи даврида ҳам юрак – қон томир ва нафас етишмовчилигининг олдини олиш мақсадида, кучаниқлар вақтида ҳам оғриқсизлантирилади, ҳамда, туғруқни тезроқ тугатиш мақсадида вакуум-экстракция ёки акушерлик қисқичлари қўйилади.

Кесар-кесиш операциясига абсолют акушерлик кўрсатмаси бўлганда ва ҳаётий кўрсатма билан аёлни ўлимдан асраб қолиш мақсадида ўтказилади.

Агар туғруқни операция йўли билан яқунлашга тўғри келса, албатта маҳаллий (регионар) –эпидурал ёки спинал анестезия қўлланади.

Касалликнинг энг авжига чиққан вақтида ёки оғир кечаётганда ҳомиладорлик тўхтатилмайди. *Чулки кўпинча асоратларни юзага келишига олиб келади:*

- нафас етишмовчилиги ривожланади;
- акушерлик қон кетишлари, ҳомиланинг интранатал ўлими ва йирингли септик касалликларга сабаб бўлади;
- Зудлик билан шошилиш равишда кесар-кесиш операцияси

ўтказишга кўрсатмалар:

- ЎСВ фонида ҳам гипоксия аломатларининг йўқолмаганлиги;
- нафас етишмовчилиги ривожланиб борган сари, ўпка альвеолаларда ўпка шиши (отёка легких) келиб чиқади;
- при рефрактер септик шокда, аёл ҳаётини асраб қолиш мақсадида, ҳаётий кўрсатма билан.

Барча ҳомиладорларда, гестация муддади қанча бўлишига қарамай, қон кетиш профилактикаси ўтказилади.

Бошқа барча ҳолларда ҳомиладорликни қачон, қандай йўл билан тўхтатиш масаласини консилиум орқали индивидуал ҳал қилинади.

МУСТАҚИЛ ТАЙЁРЛАНИШ УЧУН ЎЗ-ЎЗИНИ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги нима, изох беринг.
2. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги турлари.
3. Ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули.
4. Бронхиал астма касаллигининг сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
5. ЎРВИнинг сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
6. Зотилжамнинг сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули, акушерлик тактикаси.
7. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги протокол буйича даволаш.
8. Ҳомиладорликни давом эттириш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш масаласини ҳал қилиш.
9. Ўпканинг сурункали обструктив касаллигида кесар-кесиш операцияси ўтказишга кўрсатмалар, абсолют кўрсатма билан.
10. Ўпканинг сурункали обструктив касалликларида, ҳомиладорлик ва туғруқ асоратлари ҳамда перинатал асоратлар.
11. Ўпканинг сурункали обструктив касаллигини бошқа касалликлардан фарқлаш.
12. Ўпканинг сурункали обструктив касаллигини эрта аниқлаш.
13. Ўпканинг сурункали обструктив касалликларида ҳомиладорлик ва туғруқдаги асоратларининг олдини олиш чоралари.

Вазиятли масалалар ва тестларнинг комплекси.

Тестлар:

1. Нафас олиш функциясининг кўрсаткичларини ўлчаш.

а) Пикфлоуметрия (пневмотахометрия) – кучли нафас чиқаргандаги ҳавонинг энг юқори ҳажми ёки нафас чиқаришнинг энг юқори тезлиги (ОФВ1 или ПСВ).

б) Ҳаттоки бир кишини ўзида ҳам пикфлоуметрия кўрсаткичларида сезиларли фаркли бўлиши мумкин.

в) Пикфлоуметрия ЎСОК(ХОБЛ) да касалликни ишончли диагностика ва мониторинг усулидир.

г) Пикфлоуметрияда, рисоладагидек кўрсаткичдан ПСВ > 90% бўлиши-меъёр эканлигини ҳисобга олиш керак.

д) Пирометрия – бу нафас олишни ҳажмий ва тезлик кўрсаткичларини ўзига жамлаган ташқи нафас функциясни аниқлаш усулидир.

2. Йўтал:

а) Ярим ўткир ва сурункали йўтал, юқори ва қуйи нафас йўлларидаги ўткир вирусли инфекцияларида кузатилади.

б) Йўтал амбулатор-поликлиника амалиётида учрайдиган нафас олиш тизими касалликларининг энг кўп тарқалган симптомларидан биридир.

в) Йўлнинг давомийлиги йўталнинг келиб чиқишини топишдаги энг муҳим, дифференциал, диагностик мезон бўлиб хизмат қилади.

г) Ўтказилган респиратор яллиғланишлар, сурункали бронхит (чекувчиларда) ва ўпкани сурункали обструктив касаллиги энг кўп учрайдиган сабабларидандир.

д) Спонтан пневмоторакс йўталнинг энг хавфли асоратидир.

3. Йўтал:

а) Ҳозирги пайтга келиб, балғамни кўчирувчи дори воситалари асосан икки гуруҳга бўлинади: балғам ажралишини стимулловчи воситалар (секретомотор); муколитик (секретолитик) дори воситалари.

б) Йўталда резорбтив таъсирга эга бўлган воситаларга термопсис, истода, алтея ва бошқа гиёҳ дорилар, натрий бензоат, терпингидрат ва .б.

в) Йўталда реффлектор тасирга эга воситаларга натрий ва калий йодид, аммоний хлорид, қисман-натрийгидрокарбонат киради.

г) Мукорегуляторлар сурфактант альвеолоцитларининг синтезини стимуллаб, уларни парчаланишини блоклайди. Бромгексин ва амброксол бу гуруҳ дорилари вакиллари дир.

д) SH-гуруҳли аминокислоталар балгамнинг бижғиган полисахаридлари дисульфидли боғламларини ёриб, сўлак шилимшиқлигини камайтиради. Ацетилцистеин, карбоцистеин шу гуруҳга киради.

4. Бронхиал астма

а) Бўғилиш хуружи (нафас етишмовчилиги), кўпгина ҳолларда ўз-ўзидан ёки дори воситалари билан даволаш таъсирида ўтиб кетади.

б) ЮИК ни ривожланишига хавф омили бўлиб хизмат қилади.

в) Стимуляторларнинг кенг қаторига бронхларни юқори сезувчанлиги.

г) Бронхлардаги яллиғланиш жараёнининг борлиги, тез-тез такрорланувчи бўғилиш хуружлари, сурункали нафас етишмовчилигига олиб келади.

д) Касалликни қайталаш даврида пикфлоуметрия кўрсаткичлари $> 90\%$ -юқори бўлади.

5. Бўғилиш хуружини кучайтирувчи омиллар:

а) Жисмоний машқлар, руҳий зўриқиш, об-ҳаво (туман, совук, момақалди роқ).

б) Ҳавони ифлосланиши (чанг ва губор), уй аллергенлари (уй чанги, ҳайвонлар жуни, қушлар пати).

в) Профессионал аллергенлар (ҳайвонлардан олинган матолар, жунлар, дон, химиявий моддалар).

г) Чекиш, яллиғланишлар (асосан юқори нафас йўлларининг вирусли яллиғланишлари).

д) Дори воситалари (НПВС, бета-блокаторлар), гастро-эзофагал рефлекс.

6. Бронхиал астмада текширишлар.

а) Ташхис асосан клиник белгиларга асосланиб қўйилади. Специфик ташхис тестлари йўқ. Қуйидагилар кўриб чиқилади:

б) Пикфлоуметрия сериялари – эрта билан кундузги ва уйқудан олдинги кўтарилишлари.

в) Спирометрия/пикфлоуметрия – бронходилитаторлар ингаляциясидан кейин $>15\%$ ЎТС(ЖЕЛ) кўрсаткичларининг яхшиланиши ёки ОФВ1 (ПСВ)нинг яхшиланиши.

г) Преднизолонли синама – 30 мг. 2 ҳафта давомида ҳар куни. $>15\%$ ЎТС (ЖЕЛ) ёки ОФВ1 (ПСВ) ўсиши ва беморнинг ҳолатини яхшиланишига олиб келувчи.

д) Қон таҳлилида эозинофилияни кўриш мумкин. Тери аллерго-тестлари. Ўпканинг рентген текшируви.

7. Кечиктириб бўлмас ҳолатли белгилари.

а) Марказий цианоз. «соқов ўпка» аускултацияда нафас эшитилмаслиги.

б) Тахипноэ (минутига нафас олиш сонлари > 25) в) Беморнинг мунгли ва қийналган ҳолати г) ОФВ1 (ПСВ) 25).

в) Тахикардия (ЧСС >90 бир минутга).

г) ОФВ1 (ПСВ) 90% зарурий катталиқдан-меъёрда, ПСВ = 80-89% зарурий катталиқдан – шартли меъёрда бўлиб, динамик кузатувга муҳтож.

д) ПСВ = 50-79% зарурий катталиқдан – ўртача пасайган бўлиб, беморга кучли даво қўллаш талаб этилади. ПСВ $< 50\%$ зарурий катталиқдан – кескин пасайган, беморни шифохонага ётқизиш зарур.

Тестлар, ТМА УАШ таёрлаш маркази директори, доцент Нармухамедова Н.А. томонидан тузилган.

Масала 1.

Ҳомиладор Н. 22 ёш, ҳомиладорлиги муддати 37 ҳафталик. Шикояти 3 кундан буён бурун битиши, тамоқ ачишиши, йўталга, нафас етишмаслигига, тана ҳароратининг $38.8\text{ }^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилишига. Умумий аҳволи ўрта оғирликда, АҚБ 110/70 мм.сим.ус., пульс 82 та. Ўпкаларда аускультация ва нам хириллашлар эшитилади, ўпканинг пастки қисмларида нафас сусайган.

Ташхис. Режа. Акушерлик тактикаси.

Ҳомиладорлик 37 Ҳафта. ўрви асорати. зотилжам.

Госпитализация. Стандарт буйича даволаш. тугрук фаолияти бошланиб қолса, тугрукни табиий тугрук йўллари орқали олиб бориш.

Масала № 2.

Ҳомиладорлик 10 ҳафта. Ҳомиладорда ЎРВИ белгилари кузатилади. АҚБ 100/70 мм. сим. ус. тенг, пульси 80 зарба 1 мин.га. УАШ тактикаси.

Ташхис. УАШ тактикаси. Даволаш.

Ҳомиладорлик 10 ҳафталик. ЎРВИ. Стандарт буйиса даво бошлаш. Терапевт назоратида даволаш.

Масала № 3.

Аёллар маслаҳатхонасига 25 ёшдаги ҳомиладор, буғилишга, нафас етишмаслигига шикоят қилиб келди. Мажбурий ўтирган ҳолатда. Ҳомиладорлик муддати 33 ҳафта. АҚБ 120/80 мм.си.ус. Анемнезидан ёшлигидан бронхиал астма касаллиги билан даволаниб туради ва “Д” назоратида туради.

Ташхисни аниқланг. Тактика. Даво.

Ҳом-к 33 ҳафта, бронхиал астма касаллиги хуружи. госпитализация. даволаш, сальбутамол таб қабул қилиш ва спреини сепиш. анигистаминлар буюриш. гормонлар тавсия қилиш. Ҳомиладор ва Ҳомила аҲволини баҲолаш.

Масала № 4.

Ҳомиладор Р. 22 ёшда, ҳомиладор 24 ҳафталик. Қишлоқ врачлик пунктига, қуйидаги шикоятлар билан келди: қурук йўталларга, нафас қийинлашуви, қайта-қайта шамоллаётганига, юрганда нафас сиқишига. Объектив: тахипноэ, нафас чиқаришни чўзилиши, кўшимча мушакларни нафас олишга иштирок этиши, нафс олганда ковургалараро мушакларни тортилиши, оғизни очган ҳолатда нафас чиқариш, кўкрак қафасини экскурсиясини пасайиши кузатилади. Умумий аҳволи ўрта оғир. АҚБ 110/70 мм.си.ус. пульси 90 зарба минутига ритмик. УАШ тактикаси?

Ташхис, тактика, даво.

Ҳомиладорлик 24 ҳафта. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги. Йўлланма госпитализация учун. Реанимация бўлимига ётқизилади. Терапевт, пульмонолог, реаниматор, акушер-гинеколог мутахассислари томонидан даво ўтказиш ва назорати. Даводан сўнг УАШ, терапевт, акушер-гинеколог назорати.

Масала № 5.

Ҳомиладор Д. Ҳомиладорлик 27 ҳафта. 2 ҳафта олдин грипп билан касалланиб тузалган. Ишлаб юрган. Бироқ ҳомиладорнинг аҳволи бирдан ёмонлашган: иккинчи марта қалтираб иситмалайди, кўкрак қафасида плеврал оғриқлар, йиринг аралаш, баъзан қонли балғам ажралади. Анамнезидан 2 кундан буён нафас етишмай, тана ҳарорати 38 С га кўтарилишига шикоят қилиб ҚВПга мурожаат қилиб келди. Умумий аҳволи ўрта оғир. АҚБ 100/70 мм.сим.ус. пульси 86 зарба 1 мин.га. ритмик. Бачадонда тонус аниқланмайди. Ажиралмалари оқчил.

Ташхис. Тактика. Даво.

Ташхис: Ҳомиладорлик 27 ҳафта. Зотилжам. УАШ стационарга йўлланма бериб олиб келади.

Реанимация бўлимига госпитализация қилинади. Ҳомиладор аёлни акушер-гинеколог, терапевт ва анестезиолог-реаниматолог билан бирга олиб борилади. Стандарт бўйича текширишлар ўтказилади. Даволаш.1. Антибиотиклар комбинацияси қўлланилади: ингибитор ҳимояланган бета-лактамлар (пенициллинлар, цефалоспоринлар карбопенемлар, монобактамлар);

- фторхинолонлар;
- макролидлар;
- метронидазол ва инфузион дастур ўтказилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Айламазян Э.К. Акушерство. -М., 1998 г.
2. Айламазян Э.К. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе Санкт-Петербург, 2000 г.
3. Аюпова Ф.М., Жаббарова Ю.К. Гинекология.
4. Тошкент, 2006 г.
5. Бекманн Ч.Р., Линг Ф., Баржански Б. и др. Акушерство и гинекология/ Перевод с английского А. Шур. – М.: Мед. лит., 2004 г.- 548 с.
6. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство.М. 2004 г.
7. Василевской М. Гинекология. под ред. 2007 г. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей М.: ООО «медицинское информационное агенство», 2007 г. – 664с.
8. Нажмутдинова Д.К. и другие. Ведение беременности и родов у женщины с экстрагенитальными заболеваниями. Методическое пособие., Т., 2000 г.
9. Савельева Г.М. Акушерство. -М.:Медицина, 2002 г.
10. Савельевой Г.М. Бреусенко В.Г. Гинекология:учебник / Под ред– 3-е изд.. М.: ГЭОТАР Медицина 2008 г.-432с.
11. Савельевой Г.М. и Сичиной Л.Г.. Акушерство и гинекология под. ред. М. ГЭОТАР Медицина, 1998 г.
12. Стрижакова А.Н. Клинические лекции по Акушерству и Гинекологии -М.: Медицина 2000 г.
13. Шехтман М.М. Экстрагенитальные заболевания и беременность. М., 2005 г.
14. Стандарты антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи/ташкент 2016 г. “Ўзбекистон республикасида аёллар, болалар ва ўсмирларга самарали акушерлик-гинекологик хизматини ташкиллаштириш ҳамда кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 11 июндаги №386-сон буйруғи.
15. “Бирламчи тиббий-санитар ёрдам муассасаларида

ҳомиладорларга тиббий ёрдам кўрсатиш, антенатал парваришни таъминлаш ва ташкиллаштириш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги 2012 йил 18 май № 137-сонли буйруғи.

Кўшимча адабиётлар

1. Асадов Д.А., Горбунова И.Г. “Состояние здоровья населения Узбекистана” Илмий-амалий тиббиётжурнали.-Т.2010 г.-№1
2. Архипов В.В., Валеев Р.Ш., Махмудходжаев А.Ш. Заболевания легких и беременность. Под редакцией А.Г. Чучалина, В.И. Краснопольского, Р.С. Фасахова. М.: Атмосфера, 2002 г. 87 с.
3. Айламазян Э.К. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе. Санкт-Петербург, 2000 г.
4. Башмаков Н.В., Михайлова С.В. Роль острой респираторной вирусной инфекции в формировании перинатальной патологии. Российский вестник акушера-гинеколога.2002 г.№6.с.31
5. Избасарова Б.А., Койжигитова Д.Б., Кулмыразаева Ж.П. и др. Особенности влияния хронических заболеваний легких на беременность. 2002 г.
6. Қосимов Ш.З., Абдурахимов З.А., Ахмедов Х.С., Нармухамедова Н.А. ва б. “Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК). Бронхиал астма. Нафас олиш функциясининг кўрсаткичларини ўлчаш. Йўтал. Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси ISSN 2181-4864 Тошкент 2012 йил.
7. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей / М.: ООО «медицинское информационное агенство», 2007 г. – 664с.
8. Лобзин Ю.В., Михайленко В.П., Львов Н.И. Воздушно-капельные инфекции //Фолиант.С.-Петербург.2000 г.
9. Мурзабекова Г.С., Кудаманова А.Б. Осложнения беременности и исход родов, а также прогнозирование перинатальных осложнений у женщин с ХНЗЛ // Медицина. – 2002 г. № 1. С. 64 68.
10. Нисвандера К., Эванса А. Акушерство Справочник Калифорнийского университета под ред. М., 1999 г.

11. Селькова Е.П., Учайкин В.Ф., Шумилов В.И., Шустер А.М. Организационно-методические подходы к совершенствованию профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ //Русский медицинский журнал. Том 10.№ 20.2002 г.-С.3
12. Сигуа Д.Ш. Перенатальные исходы после перенесенной матерью гриппозной инфекции. Российский вестник акушера-гинеколога.№6.2003 г.с.50
13. Серов В.Н., Стрижаков А.М., Маркин С.А., М., Руководство по практическому акушерству. МИА 1997 г. Кулаков В.И.,Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии 2006 г.
14. Таранов А.Г. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии М. 2004 г.с13-14.
15. Тинджер Л., Босметр Д., Макинтош Н. Профилактика инфекций. Руководство для медучреждений с ограниченными ресурсами. 2004 г.
16. Шевченко Ю.Л., Денисова И.Н., Кулакова В.И., Хаитова Р.М. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / 2-е изд., испр.-М.: ГЭОТАР-МЕД,2002 г.-1248 с.
17. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: 2011 г. С.39.
18. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. "ЭЛБИ" СПб 2002 г.
19. Энкин Мэрри, Китре М., Нейлсон Дж. (пер. С англ, под редак. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. СПб. 2003 г.
20. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом, септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т. 2008 г.
21. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236с
22. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ.Европейское региональное бюро.
23. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007 г.

МУНДАРИЖА

Аннотация	3
Қисқартмалар	4
Кириш	6
I Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла давридаги гипертензив бузилишларини олиб бориш стандарти	9
II. Қандли диабет касаллиги фонндаги ҳомиладорларни антенаталь парваришlash ва тиббий ёрдам кўрсатиш	41
III. Сурункали нафас олиш касалликлари	100

**ЮҚУМЛИ БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАР (ГИПЕРТЕНЗИВ
БУЗИЛИШЛАР, ҚАНДЛИ ДИАБЕТ, ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ
ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ) ФОНИДА
ҲОМИЛАДОРЛАРНИ АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШЛАШ ВА
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

(Монография)

«O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi»

Давлат илмий нашриёти

Тошкент – 2021

Мухаррир	<i>Махмуд Бўронов</i>
Бадий муҳаррир	<i>Шавкат Илҳомов</i>
Техник муҳаррир	<i>Умид Яхшибоева</i>
Кичик муҳаррир	<i>Зилола Маҳкамова</i>
Мусаҳҳих	<i>Тўхтамурод Ҳасанбоев</i>
Саҳифаловчи	<i>Дилафруз Юнусова</i>

Нашриёт лицензияси А1 № 160, 14.08.2009 й.

02.03.2020 да босишга руҳсат этилди. Қогоз бичими 84x108 ¹/₃₂.

Офсет қоғози. «Times New Roman» гарнитурасида офсет усулида босилди.

Шартли босма табоги 8.8 Нашриёт-ҳисоб табоги 7.3 Адади 3 000.

Шартнома № 08–20.

Буюртма раками

«O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi» Давлат илмий нашриёти.

100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси 30-уй.

Н 79 Норқобил, Кўчкор.

Олисларда осмон йўк эди. – [Матн]: Қиссалар ва хикоялар / Қ. Норқобил
– Т.: «O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi» давлат илмий нашриёти. 2020 – 148 б.

УЎК: 84(5Ў)6КБК 821.512.133-3



9

789943

077430