

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази
«Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш
(Саломатлик-3)» лойиҳаси**

**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЎЙИЧА
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР
ТЎПЛАМИ**

**Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари
врачлари учун**

Тошкент – 2016 йил

831

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази
“Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш
(Саломатлик-3)” лойиҳаси

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЎЙИЧА

КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТЎПЛАМИ

Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари
врачлари учун

Тошкент – 2016 йил

UZBEKISTON RESP
JG'LIQNI SAQLASH
VA ZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI
ISHAKHONASI
SHIFOKORLIK MARKAZI
O'QUV MARKAZI

Клиник протоколлар ҚВП/ОП умумий амалиёт врачлари, қўп тармоқли туман/
шаҳар марказий поликлиника, марказий туман/шаҳар шифохоналари терапевт ва
эндокринологлари учун мўлжалланган

831
Клиник протоколлар 2014 йилда ишлаб чиқилган.

Тузувчилар:

1. ТошВМОИ эндокринология кафедраси мудир, ЎзР ССВ РИИАТЭМ болалар бўлими мудир т.ф.д. Рахимова Г.Н.
2. ЎзР ССВ РИИАТЭМ диабетология бўлими катта и.х. т.ф.н. Алиханова Н.М.
3. “Саломатлик - 3” лойиҳа координатори, т.ф.н. Нармухамедова Н.А.
4. ТТА УАВ малака ошириш ва қайта тайёрлаш ўқув курси ассистенти т.ф.н. Махмудова М.С.

Такризчилар:

1. Акбаров З.С. – профессор, т.ф.д., ЎзР ССВ РИИАТЭМ илмий бўлим раҳбари
2. Рахимджанова М.Т. – т.ф.н., ЎзР ССВ РИИАТЭМ илмий бўлим катта и.х.
3. Рашитов М.М. – т.ф.н., ЎзР ССВ РИИАТЭМ илмий бўлим катта и.х.
4. Рустамова М.Т. – т.ф.д., Эндокринология курси билан УАВ тайёрлаш кафедраси профессори.

Ушбу протокол Соғлиқни сақлаш вазирининг
2016 йил 1 февраль 57-сонли буйруғи билан тасдиқланган

Клиник протоколлар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ва
Халқаро ривожланиш ассоциацияси иштирокидаги «Саломатлик-3» лойиҳаси
доирасида тайёрланди ва нашр этилди.

Мундарижа

1 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ ТАШҲИСЛАШ, ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ	5
ҚВП/ОП даражасида ташҳислаш, даволаш ва олдини олиш	6
Эндокринолог томонидан ТТБда ўтказиладиган чора-тадбирлар	7
МТШда терапевт томонидан ўтказиладиган чора-тадбирлар	8
АСОРАТСИЗ 2 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ	11
ҚВП/ОП даражасида ташҳислаш, даволаш ва олдини олиш	11
КТМП эндокринологи томонидан ўтказиладиган чора-тадбирлар	13
МТШ терапевти томонидан ўтказиладиган чора-тадбирлар	14
ЎТКИР АСОРАТЛИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ	18
Гипогликемия	19
СУРУНКАЛИ АСОРАТЛАРИ МАВЖУД БЎЛГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ	21
Артериал гипертония	21
Оёқларни парваришлаш	29
ЙОД ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ДИФФУЗ (ЭНДЕМИК) БЎҚОҚ	30
ҚВП/ОП даражасида ташҳислаш ва даволаш	30
КТМП даражасида ташҳислаш ва даволаш	31
МТШ даражасида ташҳислаш ва даволаш	32
ТИРЕОТОКСИКОЗ ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН	36
ҚВП даражасида ташҳислаш ва даволаш	36
КТМП даражасида ташҳислаш ва даволаш	37
МТШ даражасида ташҳислаш ва даволаш	39
СЕМИЗЛИК	42
ҚВП даражасида ташҳислаш ва даволаш	42
КТМП даражасида ташҳислаш ва даволаш	45
МТШ даражасида ташҳислаш ва даволаш	45
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	47

Қисқартмалар рўйхати

АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
АГ	Артериал гипертония
АҚБ	Артериал кон босим
АРБ	Ангиотензин рецептори блокаторлари
ААФи	Ангиотензин айлантирувчи фермент ингибитори
ВКТТМ	Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази
ВЭД	Вилоят эндокринологик диспансери
ГСПа	Глюкагонсимон пептид агонисти
ДКА	Диабетик кетоацидоз
ДПП-4и	Дипептилпептидаз-4 ингибитори
ЖССТ	Жахон Соғликни Сақлаш Ташкилоти
ЖЮ	Жисмоний юклама
ИТ	Инсулинга тургунлик
КАТ	Кислота асос таркиб
КОК	Комбинирланган орал контрацептивлар
КФТ	Коптоқчалар фильтрацияси тезлиги
КТМП	Кўп тармоқли туман марказий поликлиникаси
МИ	Миокард инфаркти
МКБ	Халқаро касалликлар таснифи
МТШ	Марказий туман шифохонаси
НБ	Нон бирликлари
НОС	Нафас олиш сони
НПХ	Узоқ тасир доирадаги инсулин
ОП	Оилавий поликлиника
ОХҚТ	Овқат ҳазм қилиш тракти
ПҚКП	Перорал қанд камайтирувчи препаратлар
СМ	Сулфонилмочевина
СБЕ	Сурункали буйрак етишмовчилиги
ТБ	Туман тиббий бирлашмаси
ТГ	Триглицеридлар
ТТГ	Тиреотроп гормон
ТВИ	Тана вазни индекси
ТВИ	Тана вазни индекси
ТошВМОИ	Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
ТТА	Тошкент тиббиёт академияси
УАВ	Умумий амалиёт врач
УТТ	Ультра товуш текшириш
УХ	Умумий холестерин
УКТ	Умумий қон таҳлили
ХО	Хавф омили
ЮИК	Юрак ишемик касаллиги
ЮЗЛП	Юкори зичликдаги липопротеидлар
ЮЕ	Юрак етишмовчилиги
ЮҚТК	Юрак кон-томир касалликлари
ЮҚС	Юрак қисқариш сони
ЮҚТ	Юрак кон-томир
ЭКГ	Электрокардиограмма
ҚВП	Қишлоқ врачлик пункти
ҚД	Қанли диабет
ҚТИ	Қиска таъсирли инсулин

1 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ ТАШҲИСЛАШ, ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ

МКБ-10 бўйича шифр:

E10.0 Инсулинга қарам қандли диабет (қандли диабет 1 –тур)

E10.9 Инсулинга қарам бўлмаган қандли диабет (қандли диабет 2-тур)

Қасаллик таърифи

Қандли диабет-инсулин секрециясини, инсулин таъсирини ёки ушбу икки омилни нуқсонли натижасида келиб чиқадиган гипергликемия билан кечадиган бир гуруҳ модда алмашинуви касалликларидир.(ЖССТ, 1999 й.)

Қандли диабет таснифи (ЖССТ, 1999 й.)

ҚД тури

1 тур қандли диабет

Аутоиммун
Идиопатик

2 тур қандли диабет

Гестацион қандли диабет

Қасаллик тавсифи

Одатда мутлоқ инсулин етишмовчилигига олиб келадиган, МОБ β -хужайралар деструкцияси (шикастланиши)

Асосан инсулинга турғунлик ва нисбий инсулин етишмовчилик ёки инсулин ажралиб чиқишининг нуқсонли ИТ билан ёки ИТ сиз

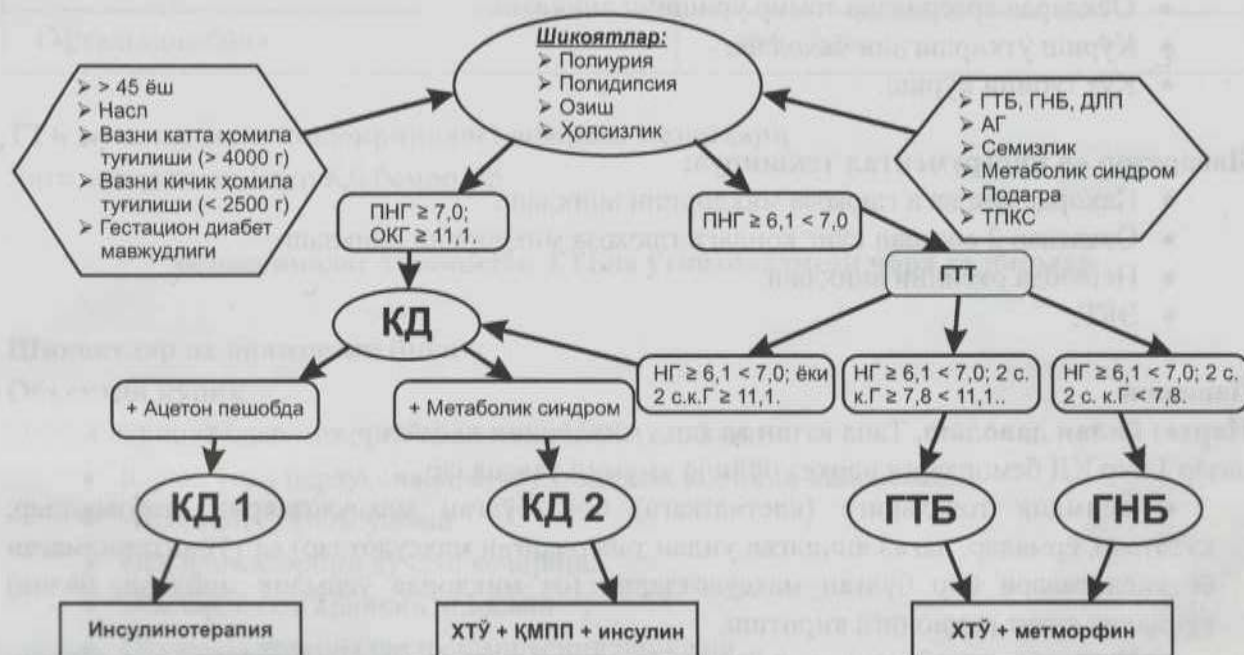
Ҳомиладорлик даврида юзага келади

Қандли диабетни ташҳислаш ва даволаш

(веноз плазмадаги гликемия, ммол/л)

Модифицирланмайдиган ХО
(Ўзгартириб бўлмайдиган ХО)

Модифицирланадиган ХО
(Ўзгартирса бўладиган ХО)



Г-гликемия, ГТБ-глюкозага турғунликни бузилиши, ГНБ-гликемияни наҳорги бузилиши, ДЛП-дислипипротейнемия, ТПКС-тухумдонлар поликистозси синдроми, ПНГ-плазмадаги наҳорги гликемия, ОКГ-овқатдан кейинги глюкоза, НГ-наҳорги глюкоза, ГТС-глюкозага турғунлик синамаси, ХТЎ-ҳаёт тарзини ўзгартириши, ҚМПП-қанд миқдорини пасайтирувчи препаратлар

1 тур ҚД асосида, мутлоқ инсулин етишмовчилигига олиб келадиган меъда ости беши β – хужайраларининг деструкцияси (шикастланиши) ётади.

Эпидемиологияси

Ўзбекистонда 1 тур ҚД билан болалар касалланиш кўрсаткичлари паст бўлиб, 100 000 минг болалар аҳолиси сонига 2-2,5 ни ташкил қилади. Жинсга боғлиқ бўлмаган ҳолда, жинсий етилиш даврида ортиб боради ва 5 ёшдан кичик бўлган болалар орасида кўпайиш мойиллигига эга. Ҳозирги даврда Ўзбекистон бўйича 19 505 нафар 1 тур ҚД билан беморлар рўйхатга олинган бўлиб, улардан 1014 нафарини болалар, 523 нафарини ўсмирлар ташкил қилади.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш, даволаш ва олдини олиш

1 тур ҚД беморларни аниқлаш бўйича скрининг стратегияси ўтказилмайди, шу сабабли касаллик асоратлар ривожланганида аниқланади.

Шикоятлар: тез толиқиш, яққол намоён бўлувчи умумий ҳолсизлик, тана вазнини камайиши, оғиз қуриши, чанқаш, тез-тез ва кўп миқдорда пешоб ажратиш, тери ва ораликни кичиши, ацетон (чириган олма) хиди, шовкинли ва тез-тез нафас (Куссмаул бўйича).

Анамнез: ўтказилган вирусли инфекциялар: грипп, паротит, гепатит В, С ва б., 1 даража қариндошлиқда 1 тур ҚД мавжудлиги, туғилгандаги тана вазнини камлиги, она сути билан овқатлантиришнинг давомийлиги, целиакиянинг мавжудлигига УАВ эътибор қаратиш керак.

Объектив кўрик:

- Бўйи, тана вазни, бел айланаси, ТВИ ҳисоблаш.
- Юрак, ўпка перкуссияси, аускултацияси, қоринни пайпаслаш.
- АҚБ, ЮҚС, НОС ўлчаш.
- Оёқ панжаларини кўздан кечириш.
- Оёқларда сезгирликни аниқлаш.
- Оёқларда артериялар томир уришини аниқлаш.
- Қўриш ўткирлигини баҳолаш.
- Кўз тубини кўриш.

Лаборатор ва инструментал текширув:

- Наҳорда қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Овқатдан 2 соатдан сўнг қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Пешобда оксилни аниқлаш.
- ЭКГ.

Даволаш

Парҳез билан даволаш. Тана вазни ва қанд миқдорини пасайтирувчи даво туридан катъий назар 1 тур ҚД беморларга парҳез бўйича умумий тавсиялар:

- Ўсимлик тодаларига (клетчаткага) бой бўлган маҳсулотларни (сабзавотлар, кўкатлар, ёрмалар, дағал янчилган ундан тайёрланган маҳсулотлар) ва тўйинтирилмаган ёғ кислоталари бор бўлган маҳсулотларни (оз миқдорда ўсимлик мойлари, балиқ) кундалик овқат рационига киритиш.
- Калорияси кам бўлган қанд ўрнини босувчи воситаларни меъёрида истеъмол қилиш мумкин.

Дори воситалари билан даволаш:

1 тур ҚД беморларни даволаш туман эндокринологи томонидан тайинланади ва назорат қилинади. Шунинг учун, УАВ бу касалликни аниқлаши билан беморни КТМП эндокринологи маслаҳатига ва МТШ терапевтия (ёки педиатрия) бўлимга инсулин дозаларини белгилаш учун юборади.

МТШ даволаниб чиққанидан сўнг, ҚВП/ОП умумий амалиёт врачлари беморни диспансер назоратига олади ва қуйидаги чора тadbирларни ўтказишади:

ҚВП/ОП асоратсиз 1 тур ҚД беморни диспансер назорати

Кўрсаткич	Текширувлар сони
Клиник кўрик	Ҳар 6 ойда
АҚБ назорати	Ҳар сафар врач кўригида
Наҳордаги глюкоза миқдори	Ҳар ойда
Овқатдан 2 саотдан кейинги глюкоза миқдори	Кўрсатмага асосан
Пешобни оксилга текшириш ва чўкма микроскопияси	Ҳар 6 ойда
Билирубин, АСТ, АЛТ, мочевино	Кўрсатмага асосан
ЭКГ	Ҳар 6 ойда
Оёқ панжаларини кўздан кечириш ва оёқлар сезгирлигини аниқлаш	Ҳар сафар врач кўригида
Инсулин инъекциялари ўрнини кўздан кечириш	Ҳар 6 ойда
Кўриш ўткирлигини баҳолаш	Ҳар 6 ойда
Офталмоскопия	Ҳар 6 ойда

ТТБ мутахассисга (эндокринолог) юбориш мезонлари

Янги аниқланган 1 тур ҚД беморлар

Эндокринолог томонидан ТТБда ўтказиладиган чора тadbирлар

Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Объектив кўрик

- Бўйи, тана вазни, бел айланаси, ТВИ ҳисоблаш.
- Юрак, ўпка перкуссияси, аускултацияси, қоринни пайпаслаш.
- АҚБ, ЮҚС, НОС ўлчаш.
- Оёқ панжаларини кўздан кечириш.
- Оёқларда сезгирликни аниқлаш
- Оёқларда артериялар пулсациясини аниқлаш.
- Кўриш ўткирлигини баҳолаш.
- Кўз тубини кўриш.

ҚВП/ОП ўтказилган лаборатор ва инструментал текширувларига қўшимча текширувлар:

- Пешобда ацетонни аниқлаш.
- Кўрсатмаларга асосан буйрак ва қалқонсимон без УТТ.
- Кўрсатмаларга асосан кўкрак қафаси рентгени.
- Кўрсатмаларга асосан невропатолог, нефролог, окулист ва кардиолог маслаҳати
- КФТ ҳисоблаш билан қондаги креатинин миқдори

Инсулин дозаларини танлаш учун МТШ терапевтик бўлимида стационар даво зарур.

МТШда терапевт томонидан ўтказиладиган чора тadbирлар

Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Объектив кўрик

- Бўйи, тана вазни, бел айланаси, ТВИ ҳисоблаш.
- Юрак, ўпка перкуссияси, аускултацияси, қоринни пайпаслаш.
- АҚБ, ЮҚС, НОС ўлчаш.
- Оёқ панжаларини кўздан кечириш.
- Оёқларда сезгирликни аниқлаш.
- Оёқларда артериялар пулсациясини аниқлаш.
- Кўриш ўткирлигини баҳолаш.
- Кўз тубини кўриш.

Лаборатор ва инструментал текширувлар:

- Наҳорда қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Овқатдан 2 соатдан сўнг қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Пешобда оксилни аниқлаш.
- Қонда холестеринни аниқлаш.
- ЭКГ.

МТШ асосий даволаш қоидалари

- Инсулинтерапия.
- Диетотерапия.
- Ўқитиш ва ўзини-ўзи назорат қилиш.

1 тур ҚД инсулинтерапияси – тавсия қилинадиган инсулинтерапия усуллари

Кўп ҳолларда интенсифицирланган инсулинтерапия тавсия этилади, инсулинни бўлиниши билан:

- асосий, ёки базал (ўртача ва узок таъсир давомийлигига эга булган препаратлар қўлланилади);
- овқат учун ёки прандиал (қиска ва ўта қиска таъсир давомийлигига эга булган препаратлар қўлланилади).

Инсулин дозасини коррекциялаш кун давомидаги гликемия кўрсаткичлари ва истеъмол қилинадиган углеводлар миқдорига қараб ҳар кун амалга оширилиши зарур.

Парҳез билан даволаш

- 1 тур ҚДда истеъмол қилинадиган углеводлар миқдори соғлом одамникидан фарқланмаслиги керак
- Кундалик рационга таркибида енгил ҳазм бўладиган углеводлари бор маҳсулотлар киритилмайди (шакар, асал, ширин кондитер маҳсулотлари, мураббolar, ширин ичимликлар). Тўйинтирилган ёғ кислоталарини 10% гача чегаралаш, тўйинтирилган ёғ кислоталарини моно- ва политўйинтирилмаганлар билан алмаштириш (1:1:1 нисбатда).
- Қуйидаги маҳсулотларни белгилаб бориш зарур (нон бирликларини ҳисоблаш (НБ): ёрмалар, суюқ сут маҳсулотлари, баъзи бир сабзавот турлари (картошка, жўхори), мевалар (1 иловага қаранг).
- Нон бирликлари тизими бўйича ўзлаштирилаётган углеводларни баҳолаш, овқатдан олдин инсулин дозаларини коррекциялаш учун зарур.

Жисмоний юклама бўйича тавсиялар (1 иловага қаранг).

1 тур ҚД беморларни ўқитиш ҚВПда УАВ томонидан, МТШ стационарида даволаниш давомида туман эндокринологи ва терапевти томонидан ўтказилиши керак.

МТШ жарроҳлик бўлимига юбориш мезонлари:

- Оёқ панжасида яра пайдо бўлиши (хатто кичик хажмдаги);
- Оёқ панжа териси ва тирноқлар рангининг ўзгариши.
- Оёқ панжа шаклини ўзгариши (шиш, деформация).
- Узок вақт битмайдиган яра мавжудлиги.
- Тирноқларни ўсиб қириши.

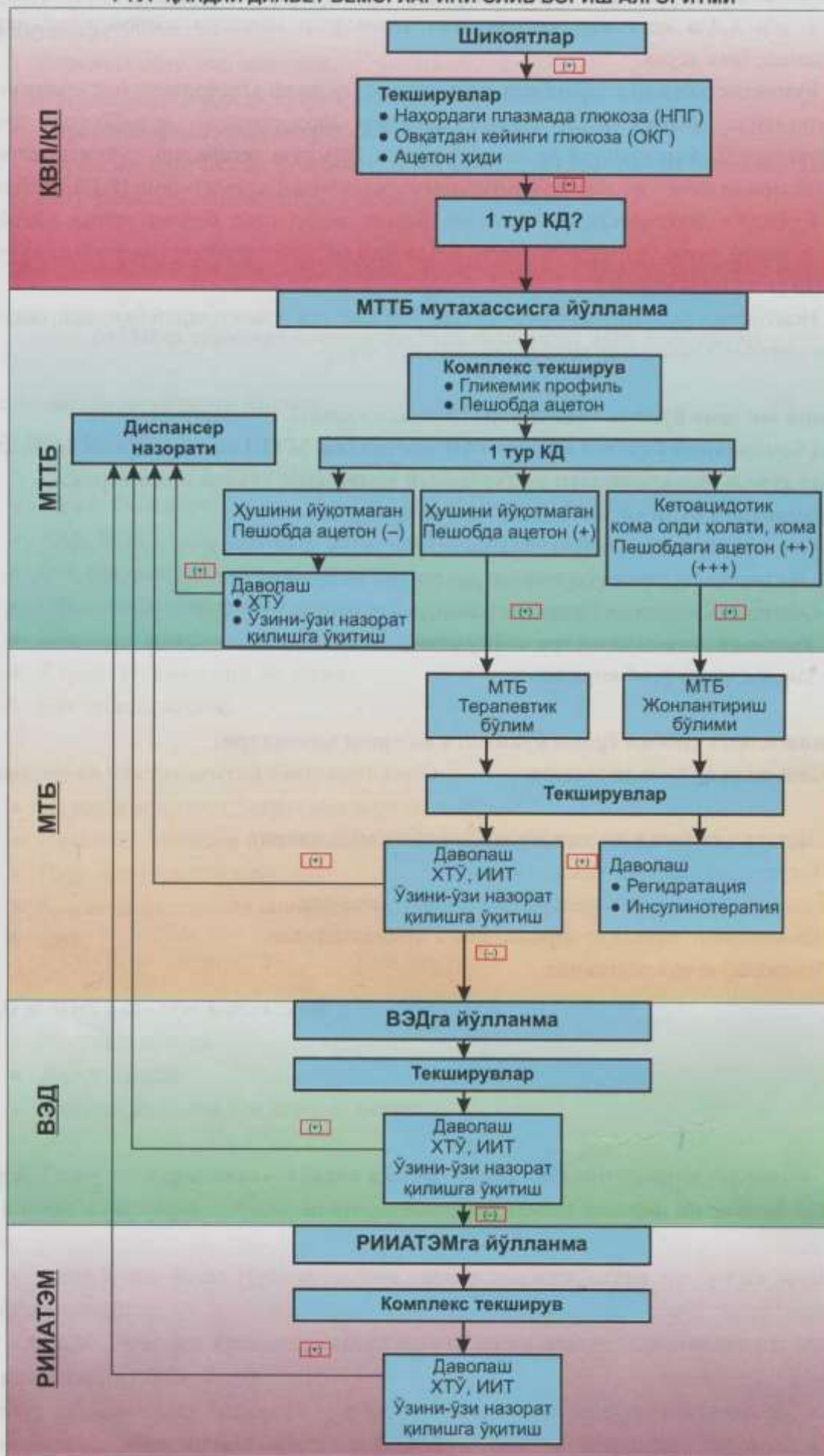
МТШ шошилишч тиббий ёрдам бўлимига юбориш мезонлари:

- Кома олди ва кома ҳолатлари.

Вилоят эндокринологик диспансерига юбориш мезонлари:

- Инсулин дозаларини танлаш учун.
- Ўтказилаётган даво чоралари самарасиз бўлганида.
- Даволашнинг мақсадли даражаларига эришилмаганда
- Асоратлар юзага келганида.

1 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ АЛГОРИТМИ



АСОРАТСИЗ 2 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

МКБ-10 бўйича шифр:

E11.0 Инсулинга қарам бўлмаган қандли диабет

E11.9 Инсулинга қарам қандли диабет, асоратсиз

2 тур қандли диабет кўпроқ инсулинга турғунлик ва нисбий инсулин етишмовчилиги ёки аксарият ҳолларда инсулинга турғунлик ёки инсулинга турғунликсиз инсулин ишлаб чиқарилиш нуқсони билан кечади.

Эпидемиологияси. Қандли диабет беморларнинг сони катталар аҳолисини 8,3%ни ташкил қилиб, улардан 85-95% 2 тур қандли диабетга тўғри келади. Улардан 46% ташхисланмаган бўлиб қолаёпти. Кўпчилик беморлар 40дан 59 ёшгача. Ўзбекистонда тарқалганлик 6% ни ташкил қилади. Ҳар 6 сонияда ер юзиде 1та қандли диабет бемор ҳаётдан кўз юмишини эсда тутиш керак.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш, даволаш ва олдини олиш

Қандли диабетни эрта аниқлашнинг самарали усулларида скрининг – қонда глюкозани аниқлаш ҳисобланади:

- Врачга мурожаат қилиш мақсадидан қатъий назар 40 ёшдан катта бўлган беморларнинг барчасида.
- Семиз ёки юқори тана вазнига эга бўлган беморларнинг барчасида.
- Қуйидаги хавф омилларининг бирортаси мавжуд бўлган беморларда ўтказилади: оилада ҚД билан хасталанганлар ёки глюкозага турғунликни бузилиш ҳолати бўлган кишилар бўлса, ЮЗЛПлар 0,9 ммоль/л дан кам, триглицеридлар 2,82 ммоль/л дан юқори бўлса, артериал гипертонияси бор беморларда, юрак қон-томир касалликлари ва тухумдонлар поликистози мавжуд бўлса.
- Қуйидаги шикоятлари бўлган беморларнинг барчасида.

Шикоятлар: тез чарчаш, умумий ҳолсизлик, қуруқлик, чанқаш, тез-тез ва кўп миқдорда пешоб ажратиш, озиш, тери ва ораликни кичиши.

Объектив кўрик:

- Бўйи, тана вазни, бел айланаси, ТВИ ҳисоблаш.
- Юрак, ўпка перкуссияси, аускультацияси, қоринни пайпаслаш.
- АҚБ, ЮҚС, НОС ўлчаш.
- Оёқ панжаларини кўздан кечириш.
- Оёқларда сезгирликни аниқлаш.
- Оёқларда артериялар пулсациясини аниқлаш.
- Кўриш ўткирлигини баҳолаш.
- Кўз тубини кўриш.

Лаборатор ва асбоб ускуналардаги текширувлар:

- Наҳорда қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Овқатдан 2 соатдан сўнг қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Пешобда оксилни аниқлаш.
- ЭКГ.

Ташхислаш мезонлари

- Агар наҳорда қондаги глюкоза миқдори 7 ммоль/л дан юқори, овқатдан 2 соатдан сўнг - 11 ммоль/л дан юқори бўлса, бу ҳолат **қандли диабетга** ҳос. ✓
- Агар наҳорда қондаги глюкоза миқдори 7 ммоль/л дан юқори, овқатдан 2 соатдан сўнг – 7,8 - 11 ммоль/л бўлса, бу ҳолат **глюкозага тургунликни бузилиши** дейилади. Бундай беморларни хавф гуруҳига киритиб, уларга парҳез, спорт билан шуғулланиш ва тана вазнини камайтириш (ортиқча тана вазни ёки семизлик бўлса), ҳар йили қондаги глюкоза миқдорини назорат қилиш тавсия этилади.
- Агар наҳорги қондаги глюкоза миқдори 6-6,9 ммоль/л, овқатдан 2 соатдан сўнг – 7,8 - 11 ммоль/л бўлса, бу хавф омиллари мавжуд беморлар ҳисобланади ва уларга парҳез, спорт билан шуғулланиш ва ҳар 3 йилда қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш тавсия этилади.

Даволаш

Парҳез ушлаш

- Кундалик рационга ўсимлик толаларига (клетчатка) бой маҳсулотларни (сабзавот ва кўкатлар, ёрмалар, дағал ундан тортилган ва тайёрланган маҳсулотлар), тўйинмаган ёғ кислоталари (кам миқдорда ўсимлик мойлари, балиқ) киритиш.
- Калорияси бўлмаган қанд ўрнини босувчи маҳсулотларни истеъмол қилиш.
- Витамин ва антиоксидантларни узоқ вақт давомида қабул қилганда таъсири ўрганилмаганлиги учун улар тавсия этилмайди.

Жисмоний юкламалар

- ҚД беморларга ҳафтасига 150 дақиқадан кам бўлмаган ҳажмда аэроб жисмоний юкламалар тавсия этилади. Юкламалар қуйидагича тақсимланади: ҳафтасига 3 мартадан кам бўлмаслиги ва шунда 2 кун кетма-кет юкламасиз бўлмаслиги керак.
- Қарши кўрсатмалар бўлмаган ҳолатда ҚД беморларга ҳафтасига 3 мартаба куч сарфланадиган юкламалар тавсия этилади.

ҚД беморларни ўқитиш

- Ташхис қўйилиши билан ҚД беморларни ўқитиш лозим: касаллик ҳақида, унинг асоратлари, олдини олиш ҳолатлари, парҳез ушлаш ва спорт билан шуғулланиш ҳақида маълумот бериш.
- Ўқитишнинг асосий мақсади ўз-ўзини бошқаришда қондаги глюкоза миқдори ва артериал қон босим кўрсаткичларини меъёрида бўлишини таъминлаш.
- Ўқитиш ўз ичида ижтимоий психологик жиҳатларни назарда тутиши лозим, чунки эмоционал ҳолат ҚДни яхши башоратига бевосита боғлиқ.

Дори воситалари билан даволаш

Алгоритмнинг 1 қадами

Агар наҳорги гликемия миқдори 7 ммоль/л гача, овқатдан 2 соатдан сўнг – 10,0 ммоль/л гача бўлса, ҳаёт тарзини ўзгартириш билан бир қаторда метформин 500 мг/сут қабул қилишни бошлаш керак. Ҳар ой гликемия миқдорини назорат қилиш ва бу кўрсаткич пасайиши самарасиз бўлган ҳолларда метформин дозасини секин аста ошириб бориш керак. Максимал қабул қилиш мумкин бўлган доза кунига 2500-3000 мг. ташкил қилади. Препаратни кўтара олмаслик ёки қарши кўрсатмалар бўлган ҳолларда бошқа қанд миқдорини пасайтирувчи препарат буюриш учун КТМП эндокринологи маслаҳати зарур бўлади.

2 тур ҚД олдини олиш

- Глюкозага турғунликни бузилиши аниқланган беморларга тана вазини аввалгисига нисбатан 7% га камайтириш, парҳез ушлаш ва жисмоний юктамаларни кўпайтириш (меърий жисмоний юклама – юриш, ҳафтасига 150 дақиқадан кам бўлмаслиги керак) тавсия этилади.
- Глюкозага турғунликни бузилиши аниқланган беморларда ТВИ 30 кг/м² дан юқори бўлса, диабетни олдини олиш учун метформин буюрилади ва ҳар йили қондаги глюкоза миқдори назорат қилинади.
- 2 тур ҚД хавф омиллари мавжуд бўлган беморларга қанд тутувчи ичимликлар қабул қилиш чегараланади, озуқа толалари ва дон маҳсулотлари буюрилади.

Қандли диабет ташҳиси қўйилган беморларни ҚВП/ОП умумий амалиёт врачлари диспансер назоратига олишлари ва динамикада қузатиб боришлари керак.

Асоратсиз 2 тур ҚД беморларни динамикада қузатиб бориш

Кўрсаткич	Текширувлар сони
Клиник кўрик	Ҳар 6 ойда
АҚБ назорати	Ҳар сафар врач кўригида
Наҳордаги глюкоза миқдори	Ҳар ойда
Овқатдан 2 саотдан кейинги глюкоза миқдори	Кўрсатмага асосан
Пешобни оқсилга текшириш ва чўкма микроскопияси	Ҳар 6 ойда
Билирубин, АСТ, АЛТ, мочевино	Кўрсатмага асосан
ЭКГ	Ҳар 6 ойда
Оёқ панжаларини кўздан кечириш ва оёқлар сезгирлигини аниқлаш	Ҳар сафар врач кўригида
Инсулин инъекциялари ўрнини кўздан кечириш	Ҳар 6 ойда
Кўриш ўткирлигини баҳолаш	Ҳар 6 ойда
Офтальмоскопия	Ҳар 6 ойда

КТМП эндокринологига юбориш мезонлари

- Яққол намоён бўлувчи белгилари мавжуд бўлган, наҳордаги глюкоза миқдори 9,5 ммоль/л дан юқори, овқатдан 2 саотдан сўнг 13,5 ммоль/л дан юқори бўлган янги аниқланган ҚД беморларни.
- Метформин ёрдамида қондаги глюкоза миқдорини мақсадли кўрсаткичларигача тушира олмаган беморларни.
- Асоратлар ривожланганида: кўз тўр пардасидаги ўзгаришлар; оёқ бармоқлари учларидаги сезгирликни пасайиши; пешобда оқсил аниқланиши.

КТМП эндокринологи томонидан ўтказиладиган чора-тадбирлар

Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Объектив кўрик:

- Бўйи, тана вазни, бел айланаси, ТВИ ҳисоблаш.
- Юрак, ўпка перкуссияси, аускультацияси, қоринни пайпаслаш.

- АҚБ, ЮҚС, НОС ўлчаш.
- Оёқ панжаларини кўздан кечириш.
- Оёқларда сезгирликни аниқлаш.
- Оёқларда томир уришини аниқлаш.
- Кўриш ўткирлигини баҳолаш.
- Кўз тубини кўриш.

ҚВП/ОПда ўтказилган текширувларга қўшимча лаборатор-инструментал текширувлар:

- Пешобда ацетонни аниқлаш.
- Кўрсатмаларга асосан буйрак ва қалқонсимон без УТТ.
- Кўрсатмаларга асосан кўкрак қафаси рентгени.
- Кўрсатмаларга асосан невропатолог, нефролог, окулист ва кардиолог маслаҳати.
- КФТ ҳисоблаш билан қондаги креатинин миқдори.

2 тур ҚД дори воситалари билан даволаш

Алгоритмнинг 2 қадами

Агар 3 ой давомида метформинни максимал дозалари самарасиз бўлса, 2та препарат комбинацияси тавсия этилади. Метформин ва инсулин ишлаб чиқарилишини кучайтирувчи препаратлар: ДПП-4и, ГСПа-1, СМ.

Алгоритмнинг 3 қадами

Агар наҳордаги глюкоза миқдори 9,5 ммоль/л дан юқори, овқатдан 2 соатдан сўнг 13,5 ммоль/л дан юқори бўлиб, яққол намоён бўлувчи декомпенсация белгилари (тана вазнини кескин камайиб бориши, чанқаш, кўп пешоб ажратиш) кузатилмаган ҳолатда, даволашни бошқа вариантини қўллаш мумкин – гипергликемия ривожланишини турли механизмларига (инсулинга турғунлик, инсулин ишлаб чиқарилиши ва глюкогон ишлаб чиқарилиши) таъсир килувчи учта препарат комбинацияси. Метформин+ДПП-4и комбинацияси афзалроқдир, чунки 2 тур ҚД барча патогенетик занжирларига таъсир кўрсатади.

МТШ терапия бўлимга юбориш мезонлари:

- Инсулин дозасини танлаш учун.
- Ўтказилаётган даво чоралар самарасиз бўлганида.
- Даволашнинг мақсадли даражаларига эришилмаганда.
- Асоратлар юзага келганида.

МТШ терапевти томонидан ўтказиладиган чора-тадбирлар

Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Объектив кўрик

- Бўйи, тана вазни, бел айланаси, ТВИ ҳисоблаш.
- Юрак, ўпка перкуссияси, аускультацияси, қоринни пайпаслаш.
- АҚБ, ЮҚС, НОС ўлчаш.
- Оёқ панжаларини кўздан кечириш.
- Оёқларда сезгирликни аниқлаш.
- Оёқларда томир уришини аниқлаш.
- Кўриш ўткирлигини баҳолаш.
- Кўз тубини кўриш.

ҚВП/ОПда ўтказилган текширувларга қўшимча лаборатор-инструментал текширувлар:

- Наҳорда қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Овқатдан 2 соатдан сўнг қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Пешобда оксил ва ацетонни аниқлаш.
- Қонда холестеринни аниқлаш.
- КФТ ҳисоблаш билан қонда креатинин ва мочевиани аниқлаш.
- Кўрсатмага кўра буйрак, қалқонсимон без УТТ.
- Кўрсатмага кўра кўкрак қафаси рентгени.
- Кўрсатмага кўра окулист, невропатолог, нефролог, кардиолог маслаҳати.

Номедикаментоз даволаш:

- Ўзини-ўзи назорат қилишни ўргатиш.
- Нон бирликларини ҳисоблашни ўргатиш орқали парҳез коррекцияси.
- Инсулин инъекциялари техникасига ўргатиш.
- Гипогликемия белгилари ва уларни бартараф қилиш усуллари билан таништириш.

2 тур ҚД дори воситалари билан даволаш

Алгоритмнинг 4 қадами

Агар наҳордаги глюкоза миқдори 9,5 ммоль/л дан юқори, овқатдан 2 соатдан сўнг 13,5 ммоль/л дан юқори бўлса, инсулинтерапияни бошлаш тавсия этилади. Тунда 1 маҳал базал инсулин+метформин комбинацияси афзалроқдир. Агар кўпайиб борувчи тана вазнини камайиши, чанқаш, кўп миқдорда пешоб ажратиш ва глюкозотоксикликнинг бошқа белгилари ривожланса, метформин+СМ+базал инсулин қунига 1-2 маротаба, метформин + ДПП-4и + базал инсулин қунига 1-2 маротаба ёки метформин + ГСПа-1 + базал инсулин комбинациялари қунига 1-2 маротаба қўлланилади.

2 тур ҚДда инсулинтерапияни бошлаш амалиёти

Инсулин юборилиш тартиби	Метформин+ПҚКП
НПХ 8-10 ЕД 1 маҳал уйқудан олдин ёки 2 маҳал эрталаб ва уйқудан олдин	Метформин 850-1000мг 2-3 маҳал + ПҚКП ўргача дозаларда
Узоқ таъсирга эга инсулин 8-10 ЕД эрталаб 1 маҳал	Метформин 850-1000мг 2-3 маҳал + ПҚКП ўргача дозаларда
Аралаш инсулин қунига 2 маҳал	Метформин қунига 850-1000мг 2-3 маҳал

Агар 3 ой давомида 3 та препарат ёрдамида гликемик назорат мақсадли кўрсаткичларига эришилмаса, 4 қадамда интенсив инсулинтерапияга метформин билан ёки метформинсиз ўтилади.

2 тур ҚДда интенсив инсулинотерапия амалиёти

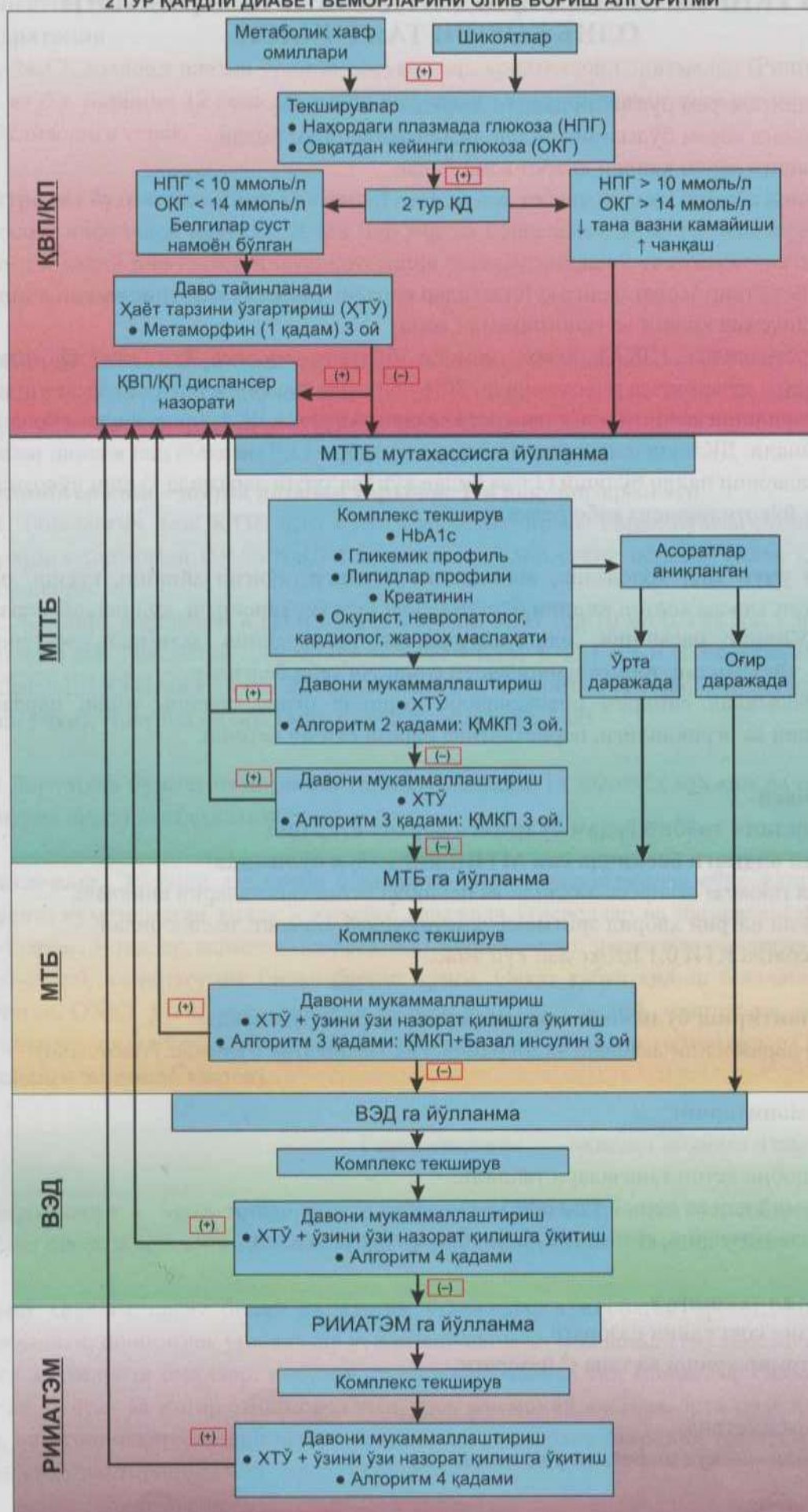
Инсулин юборилиш тартиби	Метформин
НПХ 2 маҳал эрталаб ва уйқудан олдин + ҚТИ 2-3 маҳал овқатдан олдин	850-1000 мг кунига 2-3 маҳал
Узоқ таъсирга эга инсулин эрталаб 1 маҳал + ҚТИ 2-3 маҳал овқатдан олдин	850-1000 мг кунига 2-3 маҳал
Аралаш инсулин кунига 2 маҳал	850-1000 мг кунига 2-3 маҳал

Базал, овқатга мўлжалланган инсулинлар ва уларнинг дозаларини коррекциялашни ҳисобга олган ҳолда тери остига инсулин юборилишини режалаштириш – критик ҳолатда бўлмаган беморлар учун назоратни ушлаб туриш ва унга эришишда афзал усуллардан ҳисобланади.

Вилоят эндокринология диспансерига юбориш мезонлари:

- Даволашнинг мақсадли даражаларига эришилмаганда.
- Ўтказилаётган даво чоралар самарасиз бўлганида.
- Тез-тез учрайдиган гипогликемик ҳолатларда.
- Юрак қон-томир асоратлари ёмонлашганида.
- Оёқ юзида яра юзага келганида (кичик ўлчамда бўлса ҳам).
- Оёқ юзи ёки тирноқ ранги ўзгарганида.
- Тўпиқ шакли ўзгарганида (шиш, деформация).
- Узоқ вақт битмайдиган яра бўлса.
- Тирноқ ўсиб кирганида.

2 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ АЛГОРИТМИ



ЎТКИР АСОРАТЛИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

E11.0 Инсулинга қарам бўлмаган қандли диабет кома билан

E11.1 Инсулинга қарам бўлмаган қандли диабет кетоацидоз билан

E10.0 Инсулинга қарам қандли диабет кома билан

E10.1 Инсулинга қарам қандли диабет кетоацидоз билан

Таърифи

Қандли диабет ўткир асоратларига қуйидагилар киради: диабетик кетоацидоз, кетоацидотик кома, гипогликемия ҳолати ва гипогликемик кома.

Диабетик кетоацидоз (ДКА) яққол намоён бўлувчи мутлоқ ёки нисбий инсулин етишмовчилиги натижасида ривожланади, 80% ҳолларда касаллик ташхисланмаганида ёки инсулин буюрилиши кечиктирилганда юзага келади. Айниқса ДКА кичик ёшдаги болаларда тез ривожланади. ДКА учун наҳордаги глюкоза миқдори 13,9 ммоль/л дан юқори, пешобда кетон таначаларини пайдо бўлиши (++) ва ундан кўп) ва турли даражада хушни йўқотилиши ёки хушини йўқотилишисиз каби белгилар хос.

Клиникаси учун хос: ҳолсизлик, ишгаҳанинг йўқлиги, кўнгил айнаши, қусиш, нафас чиқарилаётган ҳавода ацетон ҳидини бўлиши, бош оғриғи, ҳансираш, кўп пешоб ажратиш, чанкаш, АҚБнинг пасайиши, олиго-ануриянинг ривожланиш эҳтимоли, эс-хушнинг бузилиши – уйқучанлик, тормозланишдан то комагача каби белгилар.

Кўпинча абдоминал синдром ривожланади: қоринда оғриқ, қусиш, қорин парданинг таранглашгани ва оғриқлилиги, перисталтика парези ёки ич кетиши.

УАВ тактикаси

МТШ шошилиш тиббий ёрдам бўлимига дарҳол ётқизиш

Ётқизишдан олдинги босқичда ёки МТШнинг қабул бўлимида:

1. Қонда глюкоза экспресс-таҳлили ва пешобда кетон таначаларни аниқлаш.
2. 0,9 %-ли натрий хлорид эритмаси т/и томчилаб 1 л/соат. тезлик билан.
3. 1-чи соатда ҚТИ 0,1 ЕД/кг дан кўп эмас.

МТШ жонлантириш бўлимида ёки интензив терапия бўлимида

(ДКА енгил даражасини даволаш эндокринологик/терапевтик бўлимда ўтказилади).

Лаборатор мониторинг

- Қондаги глюкоза таҳлили.
- Пешобни кетон таначалари таҳлили.
- Умумий қон ва пешоб таҳлили.
- Қонда мочевино, креатинин, бикарбонат, лактат таҳлили.

Инструментал текширув

- диурезни соат сайин назорати;
- АҚБ, томир уриши ва тана t° назорати;
- ЭКГ;
- пульсоксиметрия;
- эҳтимоли мавжуд инфекция ўчоғини излаш.

Терапевтик тадбирлар

Регидратация

0,9 % NaCl, коллоид плазма ўрнини босувчилар, кристаллоид эритмалар (Рингер, Рингер-Локк ва б.). Биринчи 12 соат давомида инфузияни умумий хажми тана вазнининг 10% дан кўп бўлмаслиги керак.

Электролит бузилишларини тиклаш

Т/и калий инфузияси инсулин билан бир вақтда бошланади. Агар K^+ миқдори номаълум бўлса, т/и калий инфузияси инсулинотерапия бошланганидан 2 соатдан кечиктирмай, ЭКГ ва диурез назорати остида бошланади.

Метаболик ацидоз коррекцияси. Инсулин ва натрий бикарбонат (200 мл 2 % эритма т/и секинлик билан 1 соатда) юборилади. рН/КАТ (кислота асос таркиби) аниқланмасдан бикарбонат юборилиши қарши кўрсатма ҳисобланади!

Инсулинотерапия – кичик дозалар тартиби. Т/и инсулинотерапияси:

1. Бошланғич доза ҚТИ: 0,15 ед/кг т/и болюс билан. Керак бўлган дозани инсулин шприцига тортилади 0,9 % NaCl 1 мл гача тортилиб секин асталик билан (2-3 дақиқа) юборилади.

2. Кейинги соатларда: ҚТИ 0,1 ед/кг соатига, ҚТИ 1ед/10 мл 0,9 % NaCl эритмаси т/и томчилаб ёки 1чи соатда 1000 мл 0,9 % NaCl + ҚТИ 6-12 ЕД т/и, 2-3 соатда 500 мл 0,9 % NaCl + 6 ЕД ҚТИ т/и (+ 4 мл. 20 % альбумин/100 мл эритма инсулин сорбциясини олдини олиш учун). Инсулин юборилиши узлуксиз бўлиши керак!

ДКА баргараф бўлиш мезонлари: глюкоза миқдори 11 ммоль/л дан кам ва оз миқдорда кетонурия бирор вақт сақланиши мумкин.

Овқатланиш. Эе-хуши ва ютиш қобилияти тўлиқ тикланганидан сўнг, кўнгил айнаши ва қусиш кузатилмаган ҳолда – етарлик даражада углеводлар ва чегараланган миқдорда оксилларни (бўтқалар, картошка пюреси, нон, шўрва, омлет, аралашган шакарсиз шарбатлар) бўлиб-бўлиб, эҳтиёткорлик билан бериш лозим. Овқат қабул қилиш бошланганидан 1-2 кун ўтгач, ОХҚТ ўткир касалликлари бўлмаган ҳолда, - оддий овқатланиш ва интенсив инсулинотерапияга ўтилади. Кенг спектр таъсирига эга бўлган антибиотиклар (ДКА сабаби бўлганлиги эҳтимоли юқори).

Гипогликемия

Гипогликемия – Қанд миқдорини пасайтирувчи даво оладиган беморларда капилляр қондаги глюкоза миқдори 3,0 ммол/л дан кам бўлганида кузатиладиган ҳолат.

Асосий сабаби: овқат билан қирадиган углеводларга нисбатан организмда инсулинни ортикчалиги, шунингдек углеводлар утилизациясининг тезлашиши (мушаклар иши).

Юзага келтирувчи омиллар: инсулин, сулфонилмочевина ёки глинидлар дозасини ортиб кетиши, буйрак ва жигар етишмовчилиги, узоқ жисмоний юклама, эрта тугрукдан кейинги давр, алкоголь, овқатланишни чегараланиши, хомиладорлик (биринчи триместр) ва кўкрак билан овқатлантириш.

Клиникаси: юрак уриб кетиши, калтираш, тери рангпарлиги, холсизлик, терлаш, кўнгил айнаши, кучли очлик, безовталик, хавотирлик, агрессия, эътиборни бузилиши, бош оғриши, бош айланиши, уйқучанлик, парестезиялар, кўришнинг бузилиши, мидриаз, ўзини йўқотиб кўйиш, дезориентация, дизартрия, ҳаракат координациясини бузилиши, эс-хушнинг чалкашлиги, тиришишлар ва кома.

Қонда глюкоза 2,8 ммоль/л дан кам, комада 2,2 ммоль/л дан кам.

Даволаш гипогликемияни оғирлик даражасига боғлиқ.

Енгил гипогликемия эс-хуши йўқолмаган: қанд истеъмол қилиш (3-5 бўлакча 5 г дан, эритиш афзалроқ), ёки асал, мураббо (1–1,5 ош қошиқ), ёки 100–200 мл мева шарбати. Агар гипогликемия таблеткалар натижасида юзага келган бўлса, айниқса тунда, кўшимча нон ёки бўтқа қабул қилиш керак.

Эс-хушини йўқотиш ёки йўқотмаслик билан кечадиган оғир гипогликемияда: беморни ёнбошга ётқизиш керак, оғиз бўшлигини овқат қолдиқларидан бўшатиш, оғиз бўшлиғига ширин эритмалар қуйиш мумкин эмас. В/и оқим билан 40-100 мл 40%-глюкоза эритмасини хуши тўлиқ тиклангунига қадар юбориш.

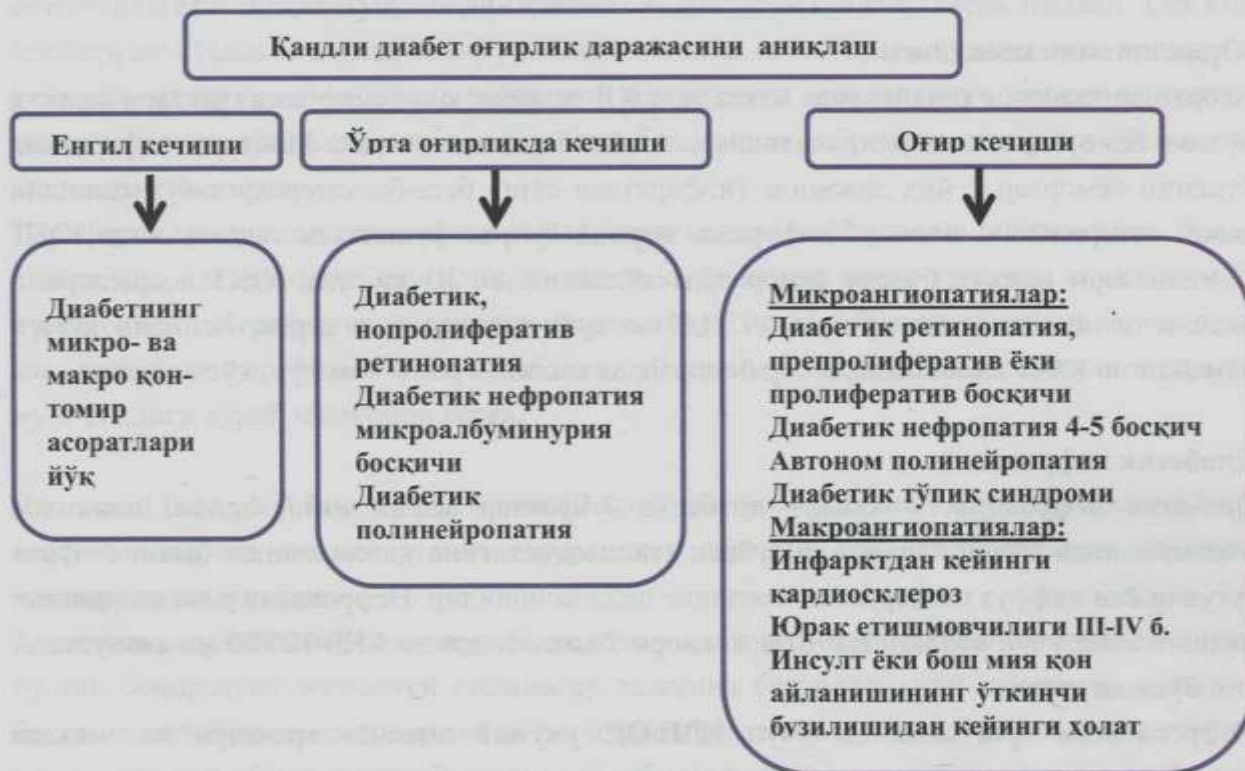
Агар беморга в/и га 100 мл 40% - глюкоза эритмаси юборилганидан сўнг эс-хуши тикланмаса, в/и 5-10% глюкоза эритмаси томчилаб юборишни бошлаш керак ва зудлик билан МТШнинг шошилич тиббий ёрдам бўлимига ётқизиш керак.

СУРУНКАЛИ АСОРАТЛАРИ МАВЖУД БЎЛГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ

Шифр МКБ-10:

E10.2-8 1 тур қандли диабет сурункали асоратлари билан

E11.2-8 2 тур қандли диабет сурункали асоратлари билан



Қандли диабет беморларни диспансер назоратида ҚВП/ОП умумий амалиёт врачлари касалликнинг оғирлик даражасини аниқлашлари керак.

Енгил даражада ташхислаш ва даволаш ҚВП/ОП шароитида ўтказилади.

Ўртача оғирлик даражасида эндокринолог маслаҳати, бемор назорати ва даволаш ҳамкорликда олиб борилиши керак.

Оғир даражадаги беморни вилоят эндокринологик диспансерига ёки ВКТТМ йўллантормок керак.

Артериал гипертония

Қандли диабет беморлар доимий равишда артериал қон босимларини ўлчаб туришлари керак. Ҳамроҳ артериал гипертония аниқланганидан сўнг ангиотензин айланттирувчи фермент ингибиторлар ёки ангиотензин рецепторлари блокаторлари берилиши зарур. Қандли диабет беморларда АҚБ мақсадли кўрсаткичлари 120-130/80-85 мм.сим.уст. бўлиши керак. ААФи ва АРБ ҳомиладорлик вақтида қўлланилмайди.

Барча ҚД беморларга, айниқса ортикча тана вазнига эга ёки семизлик бўлганида қонда холестерин ва липидлар спектри аниқланиши керак. Дислипидемияда ҚД беморларга ҳаёт тарзини ўзгартириш, тана вазнини камайтириш, жисмоний юкламаларни кўпайтириш,

тўйинган ёғ кислоталарини чегаралаш ва ўсимлик клетчаткаси ҳамда кайишқоқ озуқа толаларини кўпроқ истеъмол қилиш тавсия этилади.

Липидлар кўрсаткичларининг қандай бўлишидан катъий назар 40 ёшдан ошган юрак қон-томир касалликлари ва уларнинг хавф омиллари бўлган ҚД беморларга статинлар буюрилади. Статинлар ҳомиладорликда қабул қилинмайди.

Юрак ишемик касаллиги

Асоратлар хавфини камайтириш мақсадида ҚД ва юрак қон-томир касалликлари мавжуд бўлган беморларга аспирин, статинлар, ААФи берилиши керак. Миокард инфарктини ўтказган беморлар 2 йил давомида (инфарктдан сўнг) бета-блокаторлар қабул қилишни давом эттиришлари лозим. Метформин нормал буйрак функцияси сақланганида ЮҚТ касалликлари мавжуд бўлган беморларда қўлланилади. Шунингдек ЮҚТ асоратларини олдини олиш мақсадида аспирин (75-162 мг/сут) қўлланилиши керак. Аспирин кўтара олмайдиган ЮҚТ касалликлари бор беморларда клопидогрел (75 мг/сут) қўлланилади.

Диабетик нефропатия

Диабетик нефропатия – қандли диабетда буйраклар майда томирларини ўзига ҳос шикастланиши бўлиб, сурункали буйрак етишмовчилигини ривожланиши билан кечувчи тугунли ёки диффуз гломерулосклерознинг шаклланишидир. Нефропатия ривожланишини олдини олиш учун қондаги глюкоза миқдори 7 ммол/л дан ва АҚБ 120/80 мм.с.м.уст.дан кам бўлиши керак.

Нефропатияни эрта аниқлаш учун ҚВП/ОП умумий амалиёт врачлари динамикада пешобда оксил миқдорини (ҳар 6 ойда) ва қондаги креатин миқдорини (ҳар йили ёши катта беморларда, КФТ аниқлаш билан) аниқлашлари керак. Микро- ва макроалбуминурияси мавжуд бўлган беморларни даволаш асосида уларга ААФи ва АРБ буюрилиши ётади. Оксил истеъмоли 0,8-1,0 г/кг тана вазнигача чегараланади, бу ўз навбатида буйраклар функциясини яхшиланишига олиб келади. Буйраклар касаллигини ноаниқ этиологиясида, беморни олиб бориш қийинчиликларида ва ривожланиб боровчи буйрак касаллигида бемор нефролог маслаҳатига юборилади.

Диабетик ретинопатия

Диабетик ретинопатия – ҚД да кўз тўр пардаси микроангиопатияси бўлиб, терминал босқичида кўришнинг тўлиқ йўқотилишига олиб келади.. Ретинопатия ривожланишини олдини олиш учун қондаги глюкоза миқдори 7 ммол/л дан ва АҚБ 120/80 мм.с.м.уст.дан кам бўлиши керак. Катталар ва болаларда ҚД 1 ва 2 тури аниқланганда, улар офталмолог комплекс текширувидан ўтмоқликлари даркор. ҚД беморлар ҳар йили офталмолог қайта текширувидан ўтишлари керак. Ҳомиладор ёки ҳомиладорликни режалаштираётган диабет олди ҳолати мавжуд бўлган аёлларга кўзларнинг комплекс текшируви тайинланиши ва уларга диабетик ретинопатияни юзага келиш хавфи ва ривожланиши ҳақида маълумот бериш керак.

Даволаш. Диабетик ретинопатияни барча оғирлик даражасида беморларни офталмолог маслаҳатига юбориш керак.

Диабетик полинейропатия

Диабетик полинейропатия - қандли диабет касаллигида нерв тизимини шикастланишидир. Полинейропатия ривожланишини олдини олиш учун қондаги глюкоза миқдори 7 ммол/л дан кам бўлиши керак. Барча беморларда ташхис қўйилганидан сўнг дистал симметрик полинейропатияни аниқлаш мақсадида текшириш амалга оширилади. Кейинчалик бундай текширишлар йилига 2 маротаба ўтказилиши керак. Бунда қўл ва оёқ бармоқлари учларини сезувчанлигини аниқлаш учун оддий клиник синамаларни қўллаш тавсия этилади. Оёқ юзи текшируви: кўздан кечириш, томир уришини аниқлаш ва сезгирлик йўқолганини текшириш учун синамалар (монофиламент, вибрацион сезгирликни аниқлаш учун камертон, оғрикни текшириш учун тўғнағич, ахилл рефлексини баҳолаш ва вибрацион сезгирлик бўсағасини аниқлаш) ўтказилади.

Периферик артериялар касалликларини аниқлаш мақсадида бирламчи текширувлар, бемор анамнезида алмашинувчи оқсоқлик, шунингдек оёқ юзида томир уришини аниқлашни ўз ичига олади. Периферик артериялар касалликлари мавжуд бўлган кўпчилик беморларда касаллик белгилар бўлмаганлиги сабабли, тўпик-елка индексини аниқлашни мақсадга мувофиқлиги кўриб чиқилиши керак.

Даволаш. Барча ҚД беморларда йилига 2 маротаба ёки кўрсатмага кўра яра хосил бўлиш хавф омилларини ёки ампутация зарурлигини аниқлаш мақсадида оёқ юзи комплекс текшируви ўтказилади.

Аҳамиятли даражадаги алмашинувчи оқсоқлиги мавжуд бўлган ва тўпик-елка индекси паст бўлган беморларни жисмоний юкламалар ҳажмини белгилаш учун қон-томир ҳолатини баҳолаш, шунингдек медикаментоз ва/ёки жарроҳлик даволаш усулини танлаш учун кейинги текширувларга юбориш керак. Қандли диабет беморларни оёқларни парваришlashга ўқитиш лозим (Илова1). Беморларни ҳаёт сифатини яхшилаш учун полинейропатияни ўзига хос белгиларини бартараф қилиш мақсадида дори воситаларини буюриш тавсия этилади.

Нон бирликларини ҳисоблаш

1НБ = 10-12 г углеводлар

Сут ва суюқ сут маҳсулотлари		1НБ=
1 стакан	Сут	200 мл
1 стакан	Кефир	200 мл
1 стакан	Каймоқ	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 курук нон	15 г
Макарон маҳсулотлари		1НБ=
1-2 ош қошиқ	Вермишел, лапша, рожки, макаронлар	15 г
Ёрмалар, ун		1НБ=
1 ош қошиқ	Маржумак	15г
½ сўта	Жўхори	100г
2. ош қошиқ	Жўхори парчалари	15г
1 ош қошиқ	Буғдой ёрмаси	15г
1 ош қошиқ	Ун (ихтиёрий)	15г
1 ош қошиқ	Сули ёрмаси	15г
1 ош қошиқ	Сули парчалари	15г
1 ош қошиқ	Арпа ёрмаси	15г
1 ош қошиқ	Оқланган тарик	15г
1 ош қошиқ	Гуруч	15г
Картошка		1НБ=
1 дона товук тухумидек	Қайнатилган картошка	65г
2 ош қошиқ	Картошка пюреси	75г
2 ош қошиқ	Қовурилган картошка	35г
2 ош қошиқ	Қурук картошка	25г
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	Қлупнай	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	Қорағат	140г
1 дона ўртача	Хурмо	70г
7 ош қошиқ	Черника, қора қорағат	140г
1 дона ўртача	Олма	90г

Жисмоний юклама бўйича тавсиялар

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

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

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

- Қисқа вақтли ЖЮ (2 соатгача) да гипогликемияни 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 ммол/л дан юқори бўлганида ва ЖЮ 2 соат давом этадиган ҳолатда, ЖЮдан олдин қўшимча НБ қабул қилмаса ҳам бўлади.

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

- Узоқ 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 узоқ таъсирга эга инсулинлар дозасини 20-50%га камайтириш.

- Жуда узоқ вақт ва/ёки интенсив ЖЮда тунда ЖЮ дан кейин ва эртасига эрталаб таъсир қиладиган инсулин дозаларини камайтириш.

- Узоқ давом этадиган ЖЮ вақтида ёки ундан сўнг: ҳар 2-3 соатда қўшимча гликемия назорати, зарурият бўлса, яъни (плазмадаги глюкоза миқдори < 7ммол/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 узоқ вақтли ЖЮда 10 НБдан кўпроқ углевод бўлиши керак.

Ўзини-ўзи назорат қилиш ва гипогликемияни олдини олиш кўникмаларига эга бўлган ҚД беморлар қуйидаги қарши кўрсатмалар ва эҳтиёт чораларини ҳисобга олган ҳолда ЖЮлар ни барча турлари ва спорт билан шуғулланишлари мумкин.

ЖЮга вактинчалик 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).

Жадвал 2

1 тур ҚД беморларда қўлланилиши учун тавсия этиладиган инсулинлар руйхати

Инсулинлар	Препаратлар руйхати	Таъсирининг бошланиши	Таъсир қилиш чўккиси, соат.	Таъсир давомийлиги, соат.
Ультрақисқа таъсирли (одам инсулинлари аналогли)	Хумалог (ЛизПро) НовоРапид (Аспарт)	15 дақиқадан сўнг	0,5-2 дан сўнг	3-4
Қисқа 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 Протафан Хумулин Н Инсуман базал Гансулин Н Восулин Н Генсулин Н	2,5 соатдан сўнг 1,5 соатдан сўнг 1 соатдан сўнг 1 соатдан сўнг	7-9 дан сўнг 4-6 дан сўнг 4-8 дан сўнг 3-4 дан сўнг	18-20 12-14 18-20 18-20
Узоқ таъсирли	Гларгин (Лантус) Детемир (Левемир)	1 соатдан сўнг	Таъсир чўккилари йўқ	24-29 18-24

2 тур ҚД даволашда канд микдорини камайтирувчи препаратлар

Тадбир	Препаратлар	Афзалликлари	Камчиликлари
1 қадам: бошланғич Тана вазнини камайтириш учун ҳаёт тарзини ўзгартириш ва жисмоний юкламалар микдорини ошириш	Метформин	Афзалликлари кўп Тана вазнига нисбатан нейтрал Дозасида чегараланиш йўқ,	Кўпчилик беморлар учун 1 йил давомида самарасини камайиши Ножўя таъсирлар ОХҚТ фаолияти томонидан, СБЕ ва ЮЕ 3-4 боскичида қарши кўрсатма
2 қадам: комбинирланган терапия	3 авлод сулфонил-мочевина препаратлари: Глимепирид, гликлазид MR, глипизид	Таъсирининг тезлиги, липид профил яхшиланиши	Тана вазнини ошиши, гипогликемия. Суюклик ретенцияси, суяклар синиши, нархининг юқорилиги.
3 қадам: комбинирланган терапия	Тиазолидиндионлар: Пиоглитазон ГСП -1 агонистлари: Лираглотид	Таъсирининг тезлиги Липид профил яхшиланиши, МИ ривожланиш частотасини камайиши	Инъекциялар зарурлиги, ОХҚТ фаолиятига таъсири, узок қабул қилиш хавфсизлиги аниқланмаган, нархининг юқорилиги
4 қадам: комбинирланган терапия + Инсулин	ДПП-4 ингибиторлар: Ситаглиптин Вилдаглиптин	Тана вазнининг камайиши Тана вазнига нисбатан нейтрал	Узок қабул қилиш хавфсизлиги аниқланмаган, нархининг юқорилиги

2 тур ҚДда қўлланилиши учун тавсия этилган инсулинлар руйхати

Инсулинлар	Препаратлар руйхати	Таъсирининг бошланиши	Таъсир қилиш чўққиси, соат	Таъсир давомийлиги соат
Ультрақисқа таъсирли (одам инсулинлари аналоги)	Хумалог (ЛизПро) НовоРапид (Аспарт)	15 дақиқадан сўнг	0,5-2 дан сўнг	3-4
Қисқа 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 соатдан сўнг	7-9 дан сўнг	18-20
	Протафан			12-14
	Хумулин Н Инсуман базал	1,5 соатдан сўнг	4-6 дан сўнг	18-20
	Гансулин Н Восулин Н Генсулин Н	1 соатдан сўнг	4-8 дан сўнг	18-20
		1 соатдан сўнг	3-4 дан сўнг	
Узоқ таъсирли	Гларгин (Лантус) Детемир (Левемир)	1 соатдан сўнг	Таъсир чўққилари йўқ	24-29 18-24
Турли нисбатда аралаш инсулинлар	Микстард НМ (30) Инсуман Комб (15-25-50) Новомикс 30, Гансулин 30, Восулин 30, Генсулин 30	Фармакокинетика аралаш инсулинлар нисбатига қараб		

Коптокчалар фильтрацияси тезлигини текшириш усуллари**Реберг – Тареев синамаси** (суткалик эндоген креатинин клиренси):

норма 80 - 120 мл/дақ.

Кокрофт - Голт формуласи бўйича ҳисоблаш усули:

Эркақлар учун (норма 100 - 150 мл/дақиқа):

$$1,23 \times [(140 - \text{ёши (йил)}) \times \text{тана вазни (кг)}]$$

$$\text{КФТ} = \frac{\text{кондаги креатинин (мкмоль/л)}}{\text{кондаги креатинин (мкмоль/л)}}$$

Аёллар учун (норма 85 - 130 мл/дақ):

$$1,05 \times [(140 - \text{ёши (йил)}) \times \text{тана вазни (кг)}]$$

$$\text{КФТ} = \frac{\text{кондаги креатинин (мкмоль/л)}}{\text{кондаги креатинин (мкмоль/л)}}$$

Оёқларни парваришlash

- Ҳамма ҚД беморларни мустақил оёқларни парвариш қилишга ўқитиш.
 - Оёқларни парвариш қилиш учун оддий тартиб ишлаб чиқиш. Бу қуйидагилардан иборат: кундалик ювиш, қуритиш, намлаш ва яралар ёки тери рангини ўзгаришини назорат қилиш.
 - Тирноқлар ва терига тез ишлов бериш ва доимий равишда бармоқларни кузатиб туриш.
 - Агар ўзгаришлар энди пайдо бўлган бўлса, ҳаракатни тез амалга ошириш керак. Яраларни парваришlashни билиш ва муаммо жиддийлашса қимга ва қаерга муружат қилишни билиш.
 - Оёқларни ушлаб турадиган ва саклайдиган яхши, қулай ва юмшқок пайафзал танлаш
- Ҳеч вақт яланг оёқ юрмаслик.
- Пахтадан тайёрланган пайпоқ кийиш.
 - Иссиқлик манбалари олдида оёқларни иситмаслик.
 - Оёқ панжаси деформацияси ҳисобига оддий оёқ кийим тўғри келмаса, ортопедик оёқ кийим харид қилиш.
 - Доимий жисмоний машгулотлар ва бемор фаоллигини ошириш.

ЙОД ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ДИФФУЗ (ЭНДЕМИК) БЎҚОҚ

Код МКБ-10:

E 01.0 Йод етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган диффуз (эндемик) бўқоқ.

Таърифи

Диффуз (эндемик) бўқоқ - йод танқислиги натижасида қалқонсимон безнинг катталашини холати.

Эпидемиологияси

Тарқалиши йод танқислик холатига боғлиқ. Енгил йод танқислик бўлган минтақаларда эутиреод бўқоқнинг тарқалиши аҳоли сонига нисбатан 10%ни ташкил қилса, оғир йод танқислик минтақаларида бу кўрсаткич 100%ни ташкил қилиши мумкин. ЎзР ССВ РИИАТЭМ эпидемиологик текширувларига кўра Ўзбекистон Республикаси учун оғир йод танқислик холати хос.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

а) Компрессия (босувчи) синдром билан кечадиган қалқонсимон безнинг аҳамиятли катталашинида беморлар бўйин соҳасидаги нохуш ҳисга шикоят қиладилар. Кўринадиган бўқоқ косметик муаммо бўлиб, беморлар шу туфайли врачга мурожат қилишлари мумкин.

б) Қалқонсимон безнинг фаолияти камайган бўлса гипотиреоз белгилари намоён бўлади: тери қопламларининг қуруқлиги ва саргимтирлиги, эт увишиши, лоқайдлик, уйқучанлик, хотиранинг пасайиши, ковокларда шиш, тилда тиш излари, соч тўкилиши, тирноқларнинг мўрт ва синувчанлиги.

2. Клиник кўрик: ҳаёт учун муҳим кўрсаткичларни баҳолаш: томир уриши, артериал қон босими, тана ҳарорати; бўй ва вазн ўзгариши, ТВИ ҳисоблаш; тери ранги; тилни кўздан кечириш.

Қалқонсимон без пайпасланганда унинг катталашганлик даражаси аниқланади (жадвал.5)

Жадвал 5

ЖССТ тавсия қилган бўқоқ таснифи (2001)

Даражаси	Тавсиф
0	Бўқоқ йўқ (ҳар бир бўлак ҳажми текширувчи кўлининг бош бармоғи дистал фалангасидан катта эмас)
1	Бўқоқ пайпасланади, лекин бўйинни нормал холатида кўринмайди. Бу ерга қалқонсимон без ўлчамларини ўзгартирмайдиган тугунлар ҳам киради
2	Бўйин нормал холатида қалқонсимон безнинг кўзга кўриниб туриши

3. Лаборатор-инструментал текширувлар

а) Умумий қон анализи (гипотиреозда гемоглобин миқдори пасаяди).

б) ЭКГ (гипотиреозда брадикардия кузатилади, АҚБ ва тишчалар волтажи пасаяди).

Гипотиреозга шубҳа бўлганида УАВ ташхисни тасдиқлаш учун беморларни КТМП эндокринологи маслаҳатига юбориши керак.

4. ҚВПда даволаш

Қалқонсимон без фаолияти ўзгармаган ҳолда унинг бир оз катталашishi, айниқса кексаларда, даво талаб қилмайди. Ёш беморларга физиологик дозаларда (100-200 мкг кунига) йод препаратлари билан даво талаб қилинади ва қабул қилиш фонида пайпаслаш усули билан қалқонсимон без ҳажми динамик кузатиб турилади. Йод қабул қилиш нормалари 6 жадвалда келтирилган.

Жадвал 6

Йод қабул қилиш нормалари (ЖССТ, 2005)

Одамлар гуруҳи	Йодга бўлган талаб, мкг/сут
Мактаб ёшигача бўлган болалар (0 дан 59 ойгача)	90
Мактаб ёшидаги болалар (6 дан 12 ёшгача)	120
Катталар (12 ёшдан катта)	150
Ҳомиладорлар ва кўкрак билан овқатлантириш даври	250

Калий йодид препаратлари турлари: йодомарин – ҳар куни, йодбаланс – ҳар куни, йодид – ҳар куни, антиструмин – ҳафтада 1 марта.

Одатда 6 ой давомида қалқонсимон без ҳажми сезиларли кичиклашади ва нормаллашади. Агар бу ҳолат кузатилмаса беморни қайтадан КТМП эндокринологи маслаҳатига юбориш керак.

Кейинги кузатув

УАВ ҳар 6 ойда КТМПда даво буюрилган беморларни таклиф қилиши ва қуйидаги текширувларни ўтказиши шарт: қалқонсимон без ҳажмини пайпаслаб аниқлаш, УҚА, ЭКГ ва врач тавсияларини назорат қилиш. Олдини олиш мақсадида УАВ йодланган туз ишлатишни тавсия қилиши керак.

УАВ беморни КТМП эндокринологи қайта кўригига 6 ойдан сўнг юборади. Эндокринолог олиб борилаётган даво самарадорлигини аниқлаш учун қайтадан қалқонсимон без УТТ ва қондаги ТТГ миқдорини текширишни буюради.

КТМП эндокринологига юбориш мезонлари

1. Гипотиреоз белгилари намоён бўлса: тери қопламларининг қуруқлиги ва сарғимтирлиги, эт увишиши, лоқайдлик, уйкучанлик, хотиранинг пасайиши, қовоқларда шиш, тилда тиш излари, соч тўкилиши, тирноқларнинг мўрт ва синувчанлиги.
2. 6 ой давомида ўтказилган давонинг самараси бўлмаса.
3. Катта ўлчамли бўқок, тугунли бўқок ва аралаш бўқок.

КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятларни сўраб суриштириш ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик

Катталашish даражасини аниқлаш учун қалқонсимон безни пайпаслаш.

3. Лаборатор-инструментал текширувлар (ҚВПда ўтказилганларга қўшимча):

- а) қон биохимияси: липидлар спектри гипотиреозда - дислипидемия, УХ ва унинг фракцияларини ортиши, ТГ;
- б) ЭКГ (гипотиреозда брадикардия, камқонлик бўлган ҳолларда тахикардия ва волтажлар пасайиши кузатилиши мумкин);

в) УТГ – тугуни хосилалар бўлмаган ҳолда, қалқонсимон без ҳажми эркаларда 25 мл, аёлларда эса 18 мл дан катта бўлиши диффуз катталашини хисобланади. Қалқонсимон без ҳажми куйидагича хисобланади: бунда безнинг эни, бўйи ва ҳар бир бўлакнинг қалинлиги ва эллипсга тўғирлаш коэффициентини хисобга олинади:

V қалқонсимон без = [(ўнг бўлак эни x ўнг бўлак бўйи x ўнг бўлак қалинлиги) + (чап бўлак эни x чап бўлак бўйи x чап бўлак қалинлиги)] x 0,479.

Ташҳисни аниқлаш ва адекват даво буюриш учун, эҳтимол ВЭДа қилиниши мумкин бўлган ТТГ ва эркин Т4 аниқланади (гипотиреозда ТТГ ошади (норма 0,17-4,05 мМЕ/л), эркин Т4 миқдори камаяди (норма 60-160 нмоль/л)).

4. КТМП да даволаш

- Гипотиреозни даволаш учун **левотироксин** тавсия қилинади. Ўринини босувчи терапия адекватлиги бир томондан клиник белгилар (гипо-ва гипертиреоз), иккинчи томондан гормонал статус (ТТГ ва эркин Т4 нормал кўрсаткичлари) ёрдамида баҳоланади. Тиреоид гормонларнинг бошланғич дозалари тиреоид етишмовчилик даражасига, беморнинг ёшига, ёндош касалликлари мавжудлигига қараб белгиланади.

- Бирламчи гипотиреози бор кўпчилик беморларда касалликнинг самарали компенсациясига, эрталаб овқатдан 20-30 дақиқа олдин тана вазнига нисбатан 1,6-1,8 мкг. **тироксин** буюриб эришиш мумкин.

- Семизлиги бор ва кекса беморларда **L-тироксинини** бошланғич дозаси 25 мкг/сут ташкил қилиб, секин-асталик билан беморни субъектив маълумотлари ва гемодинамик кўрсаткичлар назорати остида кўтариб борилади. ТТГ миқдорини 2,0-2,5 мЕд/л оралиғида бўлиши танланган дозани адекватлигидан далолат беради. ТТГ миқдори даво бошланганидан 3 ойдан сўнг қайта аниқланади ва препарат дозаси тўғри танланганидан сўнг йилига 1 марта назорат қилиб турилади.

5. МТШ терапия бўлимига йўналтириш мезонлари

- Олиб борилаётган даво чораларининг самарасизлиги.
- Узоқ вақт давом этган гипотиреозни юрак қон-томир тизимига таъсири кузатилганида (брадикардия, аритмия).
- Оғир даражали камқонликда.

МТШ даражасида ташҳислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни сўраб суриштириш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор - инструментал текширувлар (ҚВП, КТМПда қилинган текширувларга қўшимча):

- Умумий қон анализи (ёйилган).
- ЭКГ.

4. МТШда даволаш

- Йод тутувчи препаратлар, L-тироксин.
- Гипохолестеринемик, камқонликга қарши ва метаболик препаратлар.
- Клиник-лаборатор кўрсаткичлар нормализацияси.

5. Вилоят эндокринология диспансерга йўналтириш мезонлари

- Қалқонсимон без УТТда тугун ёки кистоз ўзгаришлар бўлиши.
- Гипотиреодид кома.
- Жароҳлик амалиётининг зарурати.

6. ҚВПда бемор реабилитацияси ва касаллик қайталанишини олдини олиш

- Агар қалқонсимон безнинг тотал резекцияси амалга оширилган бўлса, беморга бутун умри давомида ўринни босувчи гормонал терапия, яъни ҳар куни эрталаб нонуштадан 30 дақиқа олдин 1 кг. тана вазнига нисбатан 1,6-1,8 мкг ҳисобидан L-тироксин қабул қилиш тавсия этилади.

- ТТГ миқдорини 2,0-2,5 мЕд/л оралиғида бўлиши танланган дозани адекватлигидан далолат беради. ТТГ миқдори даво бошланганидан 3 ойдан сўнг қайта аниқланади ва препарат дозаси тўғри танланганидан сўнг йилига 1 марта назорат қилиб турилади.

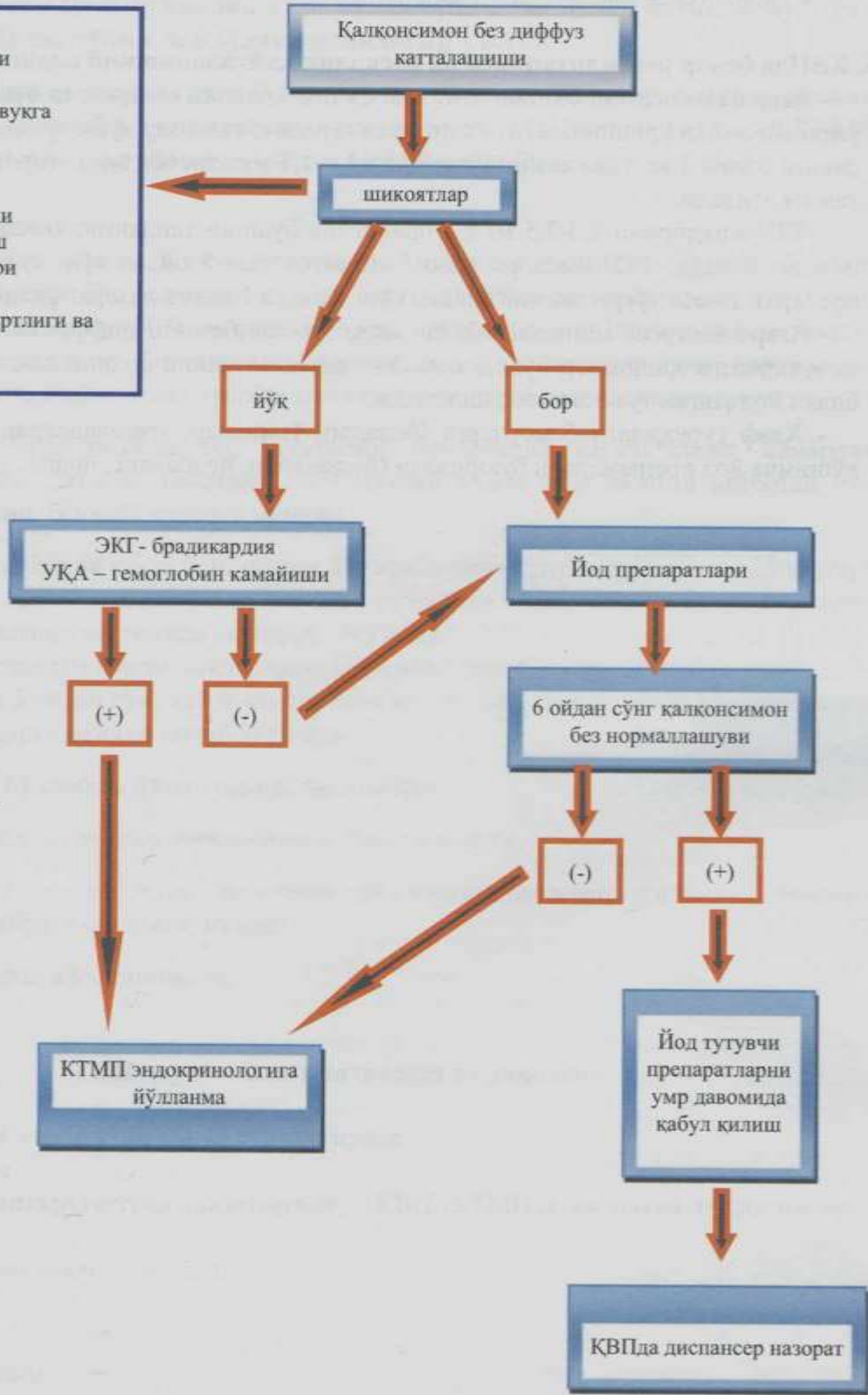
- Агар гипотиреоз клиникаси билан қалқонсимон безнинг диффуз катталаниши бўлган ва эутиреозга эришилган бўлса, касаллик қайталанишини олдини олиш мақсадида овқат билан йодланган туз истеъмол қилинади.

- Хавф гуруҳидаги беморларга (болалар, ўсмирлар, ҳомиладорлар ва эмизиклилар) кўшимча йод препаратлари буюрилади (йодомарин, йодбаланс, йодид, антиструмин).

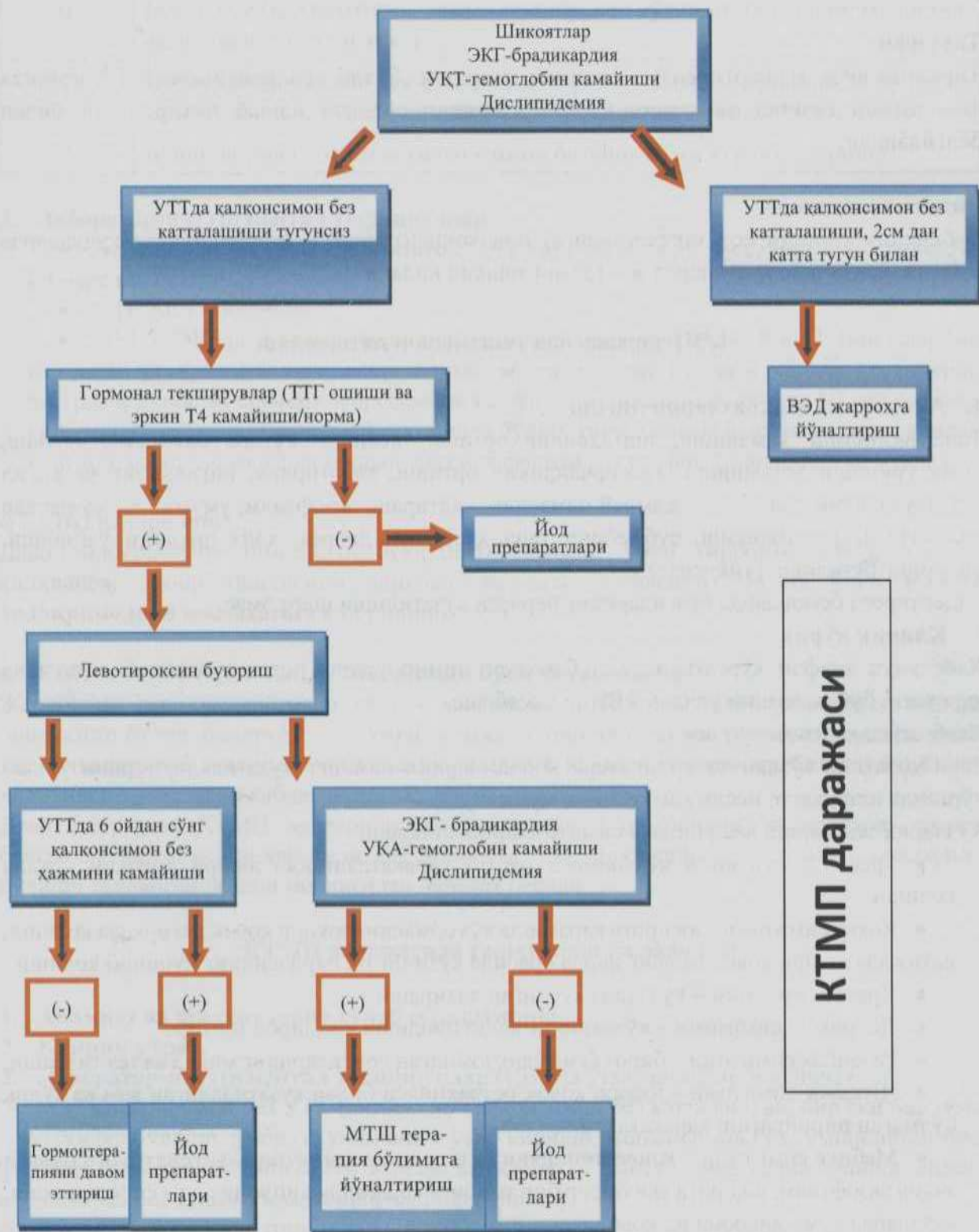
Беморларни олиб бориш алгоритми Йод етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган диффуз (эндемик) бўқоқ

- куруклик
- тери қопламлари сарғимтирлиги
- эт увишиши (совуқга чидамсизлик)
- лоқайдлик
- уйқучанлик
- хотира пасайиши
- қовоқларда шиш
- тилда тиш излари
- соч тўкилиши
- тирноқларни мўртлиги ва синувчанлиги

ҚВП даражаси



**Беморларни олиб бориш алгоритми.
Йод етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган диффуз (эндемик) бўқоқ**



ТИРЕОТОКСИКОЗ ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН

Шифр МКБ-10:

E05.0 Тиреотоксикоз диффуз бўқоқ билан

Таърифи

Тиреотоксикоз (гипертиреоз) – клиник синдром бўлиб, қалқонсимон без гормонал фаоллигини ошиши ва тиреоид гормонларнинг ортиқча ишлаб чиқарилиши билан белгиланади.

Эпидемиологияси

Субклиник гипертиреоз тарқалганлиги, йод концентрацияси етарли бўлган худудларда 6,5%ни, йодтанқис худудларда эса 15%ни ташкил қилади.

ҚВП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Анамнез ва шикоятларни йиғиш

Тана вазнининг камайиши, иштаҳанинг ортиши, иссиқни кўтара олмаслик, терлаш, юрак уришини тезлашиши, таъсирчанликни ортиши, хавотирлик, йиғлоқилик ва енгил кўзгалувчанлик, эътиборни жамлай олмаслик, қалтираш, экзофтальм, умумий ва мушаклар ҳолсизлиги, тез толиқиш, субфебрил тана ҳарорати, диарея, хайз циклини ўзгариши, уйқунинг бузилиши (уйқусизлик).

Гипертиреоз беморларда белгиларнинг барчаси кузатилиши шарт эмас.

2. Клиник кўрик

Ҳаёт учун хавфли кўрсаткичларни баҳолаш: томир уриши, артериал қон босим, тана ҳарорати; бўй ва вазни ўлчаш, ТВИни ҳисоблаш.

Асаб- мушак тизими кўриги.

Тери ҳолатини кўздан кечириш (тери қопламларини намлиги кузатилади, терини ушлаб кўрганда илик ҳатто иссиқ ҳам бўлиши мумкин).

Кўзларни текшириш ва қуйидаги симптомларни аниқлаш:

- Грефе симптоми – кўз олмаси пастга ҳаракатланганда юқори ковокни орқада қолиши.
- Кохер симптоми – юқорига қараганда кўз олмасини юқори ковокдан орқада қолиши, натижада юқори ковок ва ранг парда орасида кўзнинг оқ пардасининг кўриниб қолиши.
- Краузе симптоми – кўзларда кучайган ялтираши.
- Делримпл симптоми – кўзларнинг катта очилиши - «хайрон нигоҳ».
- Розенбах симптоми – бироз ёки тўлиқ юмилган ковокларнинг майда ва тез титраши.
- Штелваг симптоми – юқори ковок ретракцияси билан кузатиладиган кам ва тўлиқ бўлмаган пирпиратиш ҳаракатлари.
- Мебиус симптоми – конвергенцияни бузилиши; асимметрик хусусиятга эга бўлган яққол экзофтальм, юқорига ёки бирор бир томонга қараганда диплопия, кўз ёшини оқиши, «кўзларда қум» ҳис қилиш, ковокларнинг шишиши.

Қалқонсимон безни пайпаслаш ва аускултация қилиш (ўлчамларини, тугунларни ва қон-томир шовкинларини аниқлаш учун). Қалқонсимон без пайпасланганда қуйидаги вариантлар бўлиши мумкин: қалқонсимон без диффуз катталаниши, унинг каттиқлашиши, оғриқлилиги, тугунлар борлиги), жадвал 7.

ЖССТ тавсия қилган бўқоқ таснифи (2001)

Даражаси	Тавсиф
0	Бўқоқ йўқ (хар бир бўлак ҳажми текширувчи қўлининг бош бармоғи дистал фалангасидан катта эмас)
1	Бўқоқ пайпасланади, лекин бўйинни нормал ҳолатида кўринмайди. Бу ерга қалқонсимон без ўлчамларини ўзгартирмайдиган тугунлар ҳам киради.
2	Бўйин нормал ҳолатида қалқонсимон безнинг кўзга кўриниб туриши

3. Лаборатор-инструментал текширувлар

- Умумий қон таҳлили - лейкоцитоз, ЭЧТ ўрта ҳисобда 30 мм/с, айрим ҳолларда 50-60 мм/с.гача етади.
- АЛТ, АСТ – кўпайиши.
- ЭКГ – ЭКГда кўпинча юрак қисқаришлар сони тезлашади; Р ва Т тишчаларини юқори ва ўткирлашганлиги; асоратланган ҳолларда юрак бўлмаси мерцал қисқариши, экстрасистолия, ST сегмент депрессияси, манфий Т тишча, беморларнинг 1/3 чап қоринча гипертрофияси кузатилади, бу функционал бўлиб, тиреотоксикоз баргараф қилинганидан сўнг йўқолади. Кексаларда мерцал аритмия фониди дистрофик ўзгаришлар кузатилади.

4. ҚВПда даволаш

Даво эндокринолог томонидан буюрилади, шунинг учун тиреотоксикоз белгилари аниқланса, бемор ташҳисини аниқлаш ва даво схемасини танлаш учун **КТМП эндокринологи** маслаҳатига юборилиши керак.

5. ҚВПда беморларни қайта тикланиши бўйича тавсиялар

Жарроҳлик даво амалиётидан сўнг - қалқонсимон безнинг тотал резекцияси амалга оширилган бўлса, беморга бутун умри давомида ўринни босувчи гормонал терапия, яъни хар куни эрталаб нонуштадан 30 дақиқа олдин 1 кг. тана вазнига нисбатан 1,6-1,8 мкг ҳисобидан L-тироксин қабул қилиш керак.

Даво буюрилгач КТМП эндокринологи томонидан 3 ойдан сўнг ва препарат дозаси белгиланганидан кейин хар йили ТТГ назорати. ТТГ миқдорини 2,0-2,5 мЕд/л оралиғида бўлиши танланган дозани мослигидан далолат беради.

КТМП даражасида ташҳислаш ва даволаш**1. Анамнез ва шикоятларни сўраб суриштириш****2. Клиник кўрик****3. Лаборатор-инструментал текширувлар (ҚВПда ўтказилганларга қўшимча):**

- Қалқонсимон без УТТ (эхтимоли: қалқонсимон без қатталашуви, бир ёки бир неча тугунлар бўлиши, фиброз тўқиманинг ўсиб кириши, қалқонсимон без тузилишининг бир текис бўлмаслиги, гипозхоген жойлар аниқланиши, қапсуланнинг қалинлашиши, айрим ҳолларда без тўқимасида қалцификатлар бўлиши).
- ТТГ ва тиреонид гормонлар (Т4 и Т3) эркин шакллари аниқлаш.
- Антитиреоглобулин ва антимиросомал антитаналарни (АТ-ТПО, АТ-ТГ) вилоят эндокринология диспансери лабораториясида аниқлаш (нормада антитиреоглобулин ва антимиросомал антитаналар титри 1:100 дан ошмайди, 1:400дан ошган титирларнинг аниқланиши аутоиммун тиреонидитни кўрсатади, бу 95% ҳолатларда аниқланади)
- Кўз симптомлари бўлганида – офталмолог маслаҳати.

КТМПда ТТГ ва тиреоид гормонлар (Т4 и Т3) эркин шакллариининг аниқлаш, тиреотоксикоз сабабларини, касалик кечиши оғирлик даражаси ва танланган давони мослигини баҳолаш учун зарур.

Клиник-лаборатор ва инструментал текширувларидан олинган натижалар асосида эндокринолог ташхис қўяди, гипертиреозни клиник шаклини (жадв.8) ва кечиш оғирлик даражасини (жадв.9) аниқлайди.

Жадвал 8

Гипертиреознинг клиник шакллари

Субклиник	Аниқ клиник белгилар йўқ, эркин ва умумий Т ₄ нормал чегараларда, ТТГ миқдори 0,1мU/L дан кам клиник гипертиреозда сезувчан усуллар билан аниқланганда
Манифест	Якқол клиник белгилар ва қон гормонал текширувида ўзига хос ўзгаришлар билан
Асоратланган	Қалқонсимон без дисфункцияси натижасида юзага келган асоратлар билан, масалан, гипертиреозда мерцал аритмия

Тиреотоксикоз кечишида 3та оғирлик даражаси фаркланади, жадв.9.

Жадвал 9

Тиреотоксикоз оғирлик даражалари

Енгил кечиши	Юқори асаб қўзғалувчанлик, терлаш, тахикардия 100 зарба/дак. гача, тана вазнини 15% гача камайиши (3-5 кг), кўз симптомларининг йўқлиги аҳамиятли, меҳнатга лаёқатлик сақланган
Ўрта оғирликда кечиши	Тахикардия 120 зарб/дак, тана вазнини 20% гача камайиши (8-10 кг), ҳолсизлик, гипергидроз, якқол тремор, систолик АҚБ кўтарилиши ва диастолик АҚБни камайиши, меҳнатга лаёқатликни пасайиши
Оғир кечиши	Тиреотоксикозда тана вазнини 50% дан юқори (кахексия), томир уриши 140 зарб/дак. дан юқори, ФП юзага келиши, жигарда ўзгаришларни юзага келиши, буйрак усти бези пўстлок қисми фаолиятини пасайиши; беморлар меҳнатга лаёқатсиз.

4. КТМПда даволаш

Тионамидларни (мерказолил, тирозол) бета-блокаторлар (атенолол 50 мг х 2 марта/сут ёки анаприлин 0,04 мг х 2-3 марта/сут) билан биргаликда узоқ буюриш, ҚВП да ҳар ҳафта кейинчалик ҳар ойда лейкоцитлар миқдорини назорат қилиш.

Мерказолил 30 мг дозада берилади (енгил тиреотоксикозда – 10-20 мг). Кўрсатилган доза 4 кабулга бўлинади (ҳар 6 соатда).

Тирозол таркибида 5 ёки 10 мг тиамазол бўлиб, 30 мг дозада кунига 1 марта овқатдан кейин (даво бошланишида – тирозол таблеткалари аниқ бир вақтда) берилади. Одатда бундай дозада 2-3,5 ҳафтада, тиреотоксикоз белгилари камаяди, беморларнинг тана вазни ортади.

Эутиреоид ҳолат юзага келганидан сўнг (тиреотоксикоз белгиларини йўқолиши ва тиреоид гормонлар миқдори нормаллашиши) КТМП эндокринологи антитиреоид препаратлар

дозасини секин аста камайтириши керак. Антитиреоид препаратларнинг ушлаб турувчи дозада 1-1,5 йил давомида қабул қилиш керак. Препаратни муддатдан олдин бекор қилиниши тиреотоксикозни қайта ривожланишига ва антитиреоид препаратларнинг катта дозада берилишига олиб келади.

Транзитор гипотиреоид ҳолатни юзага келиши давомида (индивидуал), бета-блокаторлар, кейинчалик тиреостатиклар (мерказолил, тирозол) бекор қилинади. Даволаш томир уриши, АҚБ назорати остида 1,5-2 йил давомида олиб борилади.

5. КТМП эндокринологи диспансер назорати

Ҳар 6 ой ВЭДда бемор ҳолатини назорати олиб борилади, яъни препаратларни қабул қилиш ва ТТГ, эркин Т4 таҳлиллари ўтказилади.

6. МТШ терапия бўлимга йўналтириш мезонлари

- Узоқ давом этган гипертиреозни мавжудлиги.
- Мерцал аритмия.
- Юрак бўлмачалари фибрилляцияси.
- Тиреотоксик юрак.
- Тана вазнини кескин камайиши ва диарея.
- АЛТ, АСТ ортиши.

МТШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Анамнез ва шикоятларни сўраб суриштириш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор-инструментал текширувлар (ҚВП ва КТМПда ўтказилганларга қўшимча):

- Умумий қон таҳлили (ёйилган).
- ЭКГ.
- Қалқонсимон без УТТ.

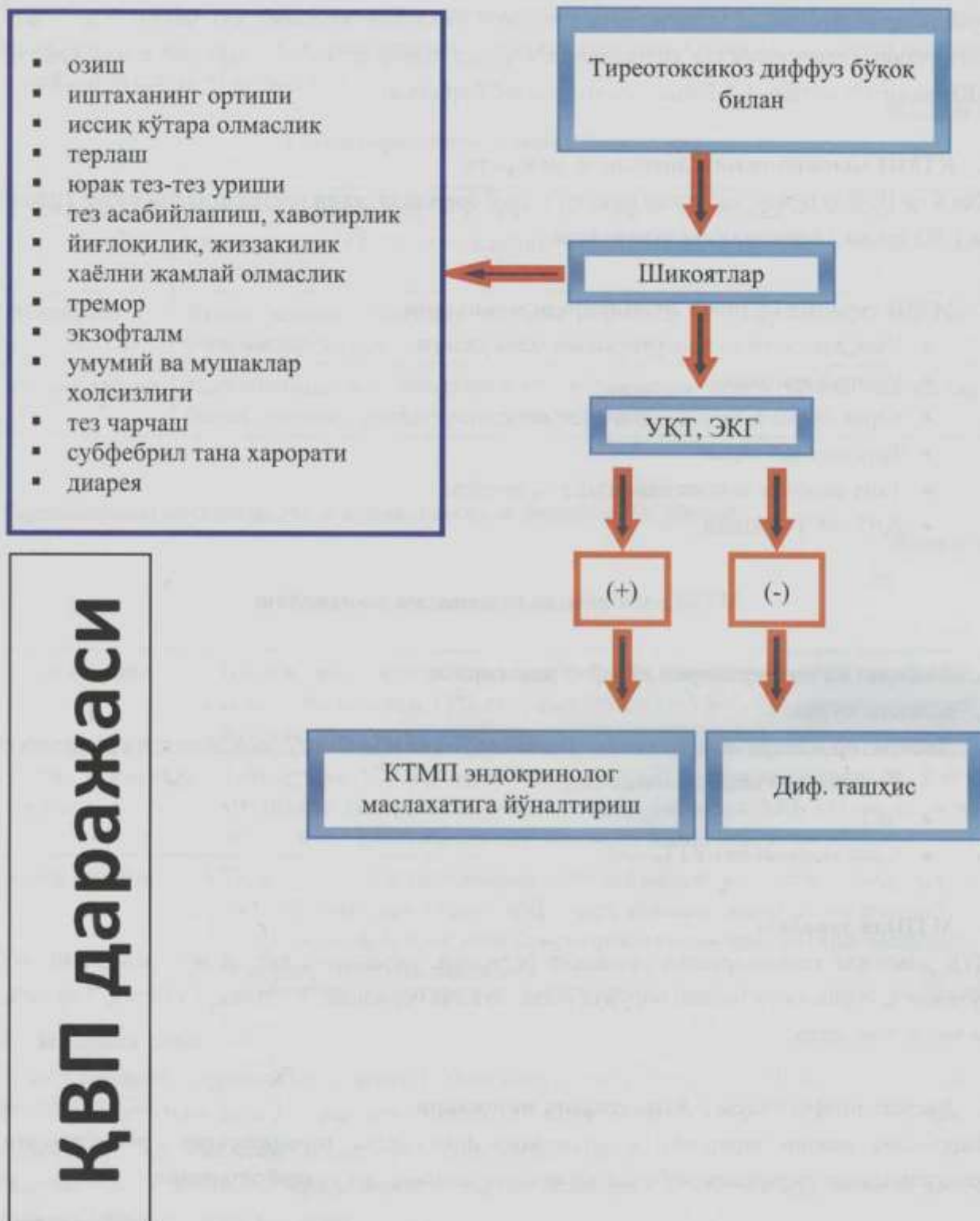
4. МТШда даволаш

ДТБ давосида глюкокортикостероидлар берилади, анъанавий тарзда перорал 30-40 мг/суткасига, турли хил камайиб борувчи схема бўйича берилади: 3 кунлик, 5 кунлик, 7 кунлик ва метаболик даво.

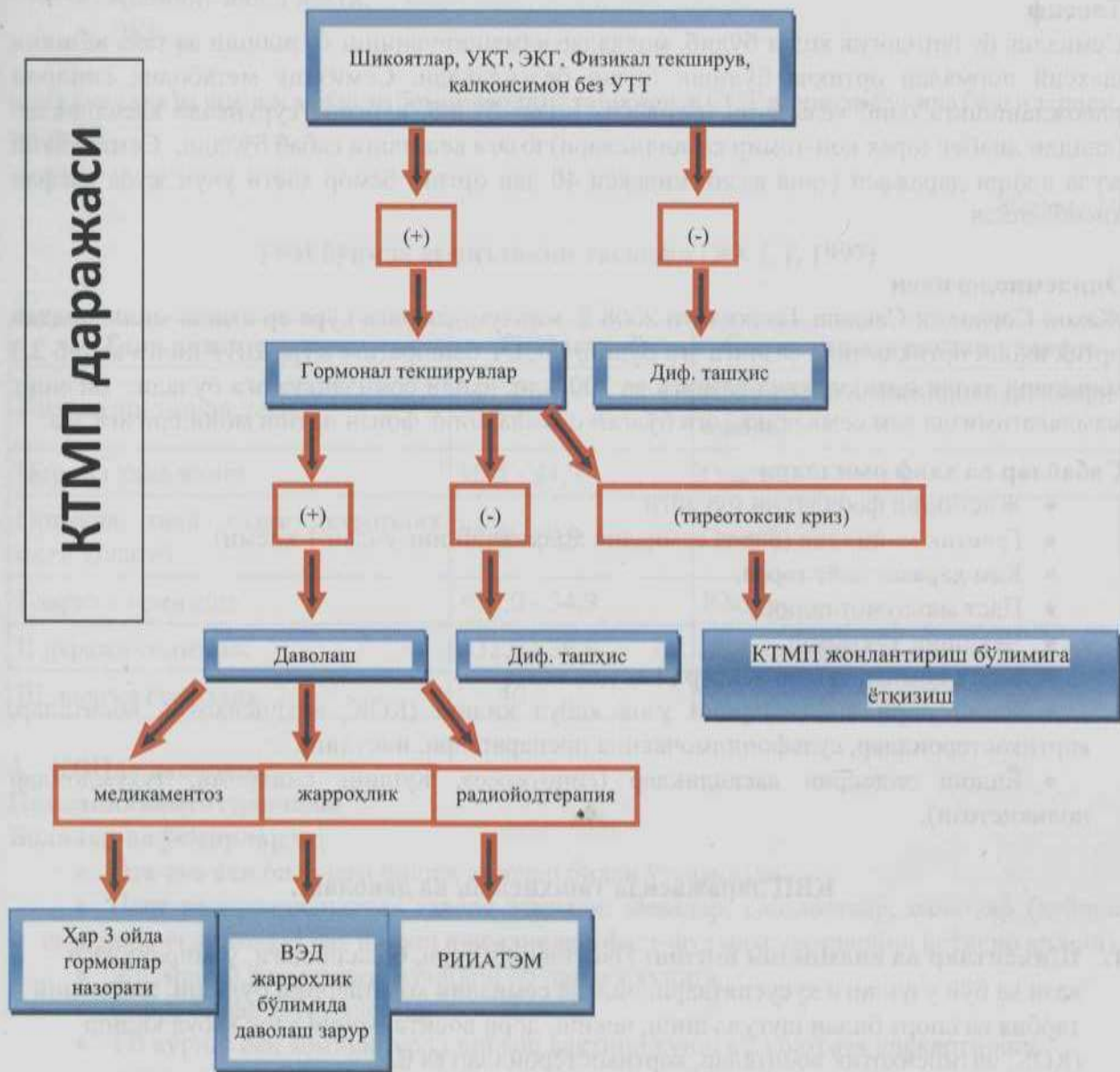
5. Вилоят шифохонасига йўналтириш мезонлари

Жаррохлик давони зарурлиги – терапевтик даво билан тиреотоксикоз ремиссиясига эришилмаганда қалқонсимон безни тотал олиб ташлаш ёки радиойодтерапия.

Беморларни олиб бориш алгоритми Тиреотоксикоз диффуз бўқоқ билан



Беморларни олиб бориш алгоритми Тиреотоксикоз диффуз бўқоқ билан



СЕМИЗЛИК

МКБ бўйича шифр-10:

E -66.0

Тавсиф

Семизлик бу патологик ҳолат бўлиб, моддалар алмашинувининг бузилиши ва тана вазнини шахсий нормадан ортиқча бўлиши билан белгиланади. Семизлик метаболик синдром ривожланишига олиб келадиган патологик ҳолат бўлиб, кўпгина сурункали касалликлар (қандли диабет, юрак қон-томир касалликлари) юзага келишига сабаб бўлади. Семизликни жуда юқори даражаси (тана вазни индекси 40 дан ортиқ) бемор ҳаёти учун жуда хавфли ҳисобланади.

Эпидемиологияси

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти 2008 й. маълумотларига кўра ер юзидида миллиарддан ортиқ аҳоли ортиқча тана вазнига эга бўлиб, ЖССТ башоратига кўра 2015 йилга келиб 2,3 миллиард аҳоли ортиқча тана вазнига ва 700 млн. аҳоли семизликка эга бўлади. Бизнинг мамлакатимизда ҳам семизликка эга бўлган одамларнинг фоизи ортиш мойиллигига эга.

Сабаблар ва хавф омиллари

- Жисмоний фаолликни йўқлиги.
- Генетик мойиллик (барча семизлик ҳолатларининг учдан 1 қисми).
- Кам ҳаракат ҳаёт тарзи.
- Паст маълумотлилик.
- Чекишни тўхтатиш.
- Катта ҳомила туғган аёллар (4 кг дан катта).
- Баъзи дори воситаларини узоқ қабул қилиш (КОК, антипсихотик воситалар, кортикостероидлар, сульфонилмочевина препаратлари, инсулин).
- Ёндош эндокрин касалликлар (гипотиреоз, Кушинг синдроми, тухумдонлар поликистози).

ҚВП даражасида ташхислаш ва даволаш,

1. **Шикоятлар ва анамнезни йиғиш:** Овқатланиш тури, болаликдаги, ўсмирликдаги вазн ва бўй узунлиги хусусиятлари, оилада семизлик ҳолатларини бўлиши, жисмоний тарбия ва спорт билан шугулланиш, чекиш, дори воситаларини узоқ қабул қилиш (КОК, антипсихотик воситалар, кортикостероидлар ва б.).

2. Клиник кўрик

а) ҳаёт учун муҳим кўрсаткичларни баҳолаш: томир уриши, артериал қон босим, тана ҳарорати;

б) бўй ва вазни ўлчаш, 18-65 ёшдаги ҳар бир беморга ТВИни формула орқали ҳисоблаш. Тана вазнини кг.да бўйнинг метрда квадратига нисбати, масалан бўйи 1,75 м. вазни 70 кг. бўлган эркекни $ТВИ = 70 \text{ кг} : (1,75 \text{ м})^2 = 70 : 3,0625 = 22,9$;

в) бел айланасини сантиметрли лента билан ўлчаш (бел айланасини эркекларда 90 смдан, аёлларда эса 80 смдан ортиши ЮКТК ва ҚД хавфини 3 баробар оширади);

г) терини кўздан кечириш: липомалар, ксантелазмалар, ксантомалар, целлюлит;

д) пайпаслаш, тукиллатиб кўриш (юрак чегералари), юрак аускултацияси (чап қоринча гипертрофияси белгилари);

е) қоринни пайпаслаш;

ж) шишларни аниқлаш учун оёқларни кўздан кечириш.

3. Лаборатор-инструментал текширувлар

- Гемоглобинга қон таҳлили.
- Оқсилга пешоб таҳлили.
- Қондаги глюкоза.
- Қоннинг ивиш вақти.
- ЭКГ.

Ортиқча тана вазнига эга бўлган беморларнинг ташхиси ЖССТ таснифи бўйича белгиланади, жадв.10.

Жадвал 10

ТВИ бўйича семизликни таснифи (ЖССТ, 1997)

Тана вазни турлари	ТВИ (кг/м ²)	Семизлик асоратлари хавфи
Тана вазни танқислиги	<18,5	Паст (бошқа касалликлар хавфи юкори)
Нормал тана вазни	18,5 - 24,9	Одатий
Ортиқча тана вазни (семизлик олди ҳолати)	25,0 - 29,9	Ошган
I даража семизлик	<30,0 - 34,9	Юкори
II даража семизлик	<35,0 - 39,9	Жуда юкори
III даража семизлик	>= 40	Ўта юкори

4. ҚВПда даволаш

Номедикаментоз даволаш

Болалар ва ўсмирларда

- Ота-она ёки оиладаги бошқа аъзолар билан ўтказилади.
- Паст калорияли парҳез тавсия этилади: мевалар, сабзавотлар, салатлар (ҳайвон ёғларини, ёғлик овқатлар, ширин ичимликлар, фаст-фуд маҳсулотларини истисно қилиш).
- Жисмоний фаолликни кўтариш 60 дақиқа/кунига.
- Спорт билан шугулланиш.
- ТВ кўриш ёки компьютерда ишлаш вақтини кунига 2 соатгача қисқартириш.

Катталарда семизликни даволаш

- Паст калорияли парҳез тавсия этилади: мевалар, сабзавотлар, салатлар (ҳайвон ёғларини, ёғлик овқатлар, ширин ва алкоголь ичимликларини истисно қилиш).
- Жисмоний фаолликни кўтариш – жисмоний тарбия ва спорт билан шугулланиш 45-60 дақиқа/кунига.
- Хулқ-атвори ўзгартириш – телевизор олдидаги вақтни камайтириш.
- Гуруҳли машғулотларга бориш.
- Дори воситалар билан даволаш.

Паст калорияли парҳез. Одатда, овқатдаги калория камайтирилса семизликка эга бўлган одамлар вазни камаяди. Реал мақсад – ҳафтасига тана вазнини 0,5-1 кг.га камайишига кунига 1000-1500 ккал. истеъмол қилиб эришса бўлади. ТВИ мақсадли кўрсаткичи 25га тенг. Биринчи ҳафталарда тана вазнини камайиши асосан организмдаги гликоген ва сув захираларини ишлатилиши ҳисобига бўлади.

Жисмоний фаоллик. Доимий равишда бажариладиган аэробика вазни камайишига ва соғлиқни мустаҳкамлашга ёрдам беради. Айримлар учун юриш ва енгил жисмоний машғулотлар фойдали бўлиши мумкин.

Жисмоний фаоллик тана вазни ортишини олдини олади ва кўкрак ва йўғон ичак саратон касалликлари хавфини камайтиради; модда алмашинувини яхшилайти, айниқса кексаларда мушаклар ва суяк тўқимаси зичлигини мустаҳкамлайди.

Гуруҳли ёки хулқ-атворни даволаш ортиқча тана вазни ёки семизликка эга бўлганлар учун («семизлар» мактаблари). Бу ерда паст калорияли парҳез ушлаш, хаддан зиёд еб юбормаслик учун ўзини ушлаш, вазн назоратини ўтказиш, дори воситаларини тўғри қўллаш борасида маслаҳатлар берилади.

Дори воситалари билан даволаш

Дори воситаларини қўллаш фақатгина хулқ-атворни ўзгартириш, парҳез ушлаш ва жисмоний машғулотлар билан биргаликдагина самарали бўлади. Фармакотерапия ТВИ 30 дан юқори ва ёндош касалликлари бор беморларга узок вақт қабул қилганда самараси кузатилади. Дори воситалари билан даволаш сифатида орлистат (ксеникал) тавсия қилинади. Орлистат 120 мг, овқат маҳалида 3 ой давомида тавсия этилади, натижада овқат билан истеъмол қилинган юқори калорияли ёғларни сўрилиши камаяди. Орлистат узок вақт қабул қилинганида витаминлар берилиши мақсадга мувофиқ. Орлистатни 6 ойдан ортиқ қабул қилиш тавсия этилмайди.

Ортиқча тана вазнига эга ёки семизлиги бўлган беморларда УАВ тактикаси

Мезонлар	Ортиқча тана вазни		Семизлик		
			I даража	II даража	III даража
ТВИ	23,0-24,9	25,0-29,9	30,0-34,9	35,0-39,9	40,0 и болес
Бел айланаси					
Эркакларда	90дан кам	90дан кам	90дан кўп	90дан кўп	
Аёлларда	80дан кам	80дан кам	80дан кўп	80дан кўп	
Даволаш мезонлари					
Ёндош касаликларсиз	Парҳез Жисмоний машғулотлар	Парҳез Жисмоний машғулотлар	Парҳез Жисмоний машғулотлар Хулқ-атвор терапияси	Назорат қилинадиган парҳез Парҳез Жисмоний машғулотлар Хулқ-атвор терапияси	Жаррохлик йўли билан даволаш Парҳез Дори билан даволаш
Ёндош касалликлар бўлганида	Парҳез Жисмоний машғулотлар Хулқ-атвор терапияси	Парҳез Жисмоний машғулотлар Хулқ-атвор терапияси	Парҳез Жисмоний машғулотлар Хулқ-атвор терапияси Парҳез Жисмоний машғулотлар Хулқ-атвор терапияси	Назорат қилинадиган парҳез Дори билан даволаш Жаррохлик йўли билан даволаш	Жаррохлик йўли билан даволаш Парҳез Дори билан даволаш

5. КТМП мутахассисларига юбориш мезонлари

ТВИ 35 кг/м² дан юқори ва беморни қуйидаги ёндош касалликлар безовта қилганида, УАВ уларни КТМП эндокринологи маслаҳатига юбориши керак

- Артериал гипертония.
- Қандли диабет.
- Бош мия ичи гипертензияси.
- Уйқудаги апноэ.
- Вентиляция бузилиши синдромида.
- Тос-сон ва тизза бўғимлари артритида.
- Ўпка гипертензияси ёки юрак ўнг бўлмача етишмовчилиги синдроми.
- Тухумдонлар поликистози синдроми.

КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятларни сўраб-суриштириш ва анамнез йиғиш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор-инструментал текширувлар ҚВПда ўтказилганларга қўшимча:

- а) кон липидлари спектри;
- б) кўрсатмага кўра УТТ;
- в) кўрсатмага кўра рентгенография;
- г) кўрсатмага кўра КТМП мутахассислари маслаҳати: кардиолог, невропатолог, пулмонолог, ревматолог, гинеколог.

4. МТШ юбориш мезонлари

- Семизлиги (ТВИ 35 кг/м² дан катта) ва ҳамроҳ касалликлари бор беморларни, яъни семизлик натижасида юзага келган ҳамроҳ касалликлари мавжуд беморларни МТШ бўлимига даволаш учун юбориш керак.
- Амбулатор давонинг самарасизлигида.

МТШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятларни сўраб-суриштириш ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор-инструментал текширувлар ҚВП ва КТМП да ўтказилган таҳлиллар натижаларини баҳолаш.

4. МТШ терапия бўлимида даволаш

КТМП мутахассислари тавсия қилган давони ўтказиш.

5. ВКТТМ йўналтириш мезонлари

МТШдаги даво самарасизлиги ва тана вазни камайганида, ТВИ 40,0дан ортиқ бўлган беморларни ВКТТМ жаррохлик бўлимига семизликни жаррохлик йўли билан даволаш учун юбориш.

Жаррохлик йўли билан даволаш – бариатрик жаррохлик ёки тана вазнини камайтирувчи жаррохлик.

Бу усуллар аввалги усуллар самарасиз бўлган ҳолда қўлланилади.

1. Меъдани лапароскопик бошқариладиган бандажлаш (МЛББ) – меъдани тортиб туриб ҳажми камайтирилади, натижада овқат истеъмол қилиш камаяди.
2. Меъданинг тана ва туби бир қисми резекцияси, ҳажмини 2,5 л дан то 200 мл гача камайтиради.
3. Меъданинг бир қисми, 12 бармоқли ичак ва ингичка ичакнинг бир қисми резекцияси, озука моддаларни сўрилишини камайтиради.
4. Вазн камайтирувчи эндоскопик усуллар – меъда ичи баллонини киритиш.

6. ҚВПда қайта тикланиш

- Камайтирилган тана вазнини сақлаб қолиш ва ушлаб туриш.
- Паст калорияли пархез тавсия этилади: мевалар, сабзавотлар, салатлар (хайвон ёғларини, ёғлик овқатлар, ширин алкохол ичимликларини истисно қилиш).
- Жисмоний фаолликни ошириш – жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш.
- Хулқ-атворни ўзгартириш – телевизор олдида ўтказиладиган вақтни камайтириш.
- Гурухли машғулотларга бориш.
- Дори воситалари билан даволаш.

Методлар	Ўзгаришлар	Ўзгаришлар	Ўзгаришлар	Ўзгаришлар
Лапароскопик бандажлаш (МЛББ)	Меъданинг тана ва туби бир қисми резекцияси	Меъданинг бир қисми, 12 бармоқли ичак ва ингичка ичакнинг бир қисми резекцияси	Меъданинг тана ва туби бир қисми резекцияси	Меъданинг тана ва туби бир қисми резекцияси
Эндоскопик усуллар	Меъда ичи баллонини киритиш	Меъда ичи баллонини киритиш	Меъда ичи баллонини киритиш	Меъда ичи баллонини киритиш
Дори воситалари билан даволаш	Меъданинг тана ва туби бир қисми резекцияси	Меъданинг бир қисми, 12 бармоқли ичак ва ингичка ичакнинг бир қисми резекцияси	Меъданинг тана ва туби бир қисми резекцияси	Меъданинг тана ва туби бир қисми резекцияси

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. 6 выпуск. М. 2013г.
2. Александрова Г.Ф. Болезни щитовидной железы//Руководство по терапии/Под ред. Н.Р.Палеева. - М.: Медицина, 1995. - С. 163-231.
3. Бронштейн М.И., Макаров А.Д., Артемова А.М. и др. Морфологические особенности тироидной ткани при многоузловом эутиреоидном зобе//Пробл. эндокринологии.-1994. - № 2. - С. 36-39.
4. Дедов И.И. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы. -М., 1995. - 250 с.
5. Исмаилов С.И. Гипертиреоз. – Ташкент, 2013-26с
6. Исмаилов С.И. и соавт. Отдаленные результаты после субтотальной тиреоидэктомии с интраоперационной аутотрансплантацией щитовидной железы и без нее при лечении ДТЗ. Хирургия узбекистана, №4, 2009г, стр 17-20.
7. Исмаилов С.И., Муратова Ш.Т., Аллаярова Г.И., Рашитов М.М., Юлдашева Ф.З. Йод-дефицитные состояния в Республике Узбекистан// Методическое пособие. Ташкент, 2014, 28 стр.
8. Исмаилов С.И., Рашитов М.М., Муратова Ш.Т., Юлдашева Ф.З., Эълов А.А., Атаджанова М.М. Результаты эпидемиологических исследований распространенности йод-дефицитных заболеваний в РУз. Вестник врача. Самарканд 2014г, №2, стр 29-33
9. Исмаилов С.И., Рашитов М.М., Мухамедов Т.М., Юлдашева Ф.З., Бердикулова Д.М. Распространенность заболеваний щитовидной железы по обращаемости и мониторинг ЙДС среди населения РУз за 2003-2012гг. Журнал теоретической и клинической медицины. Спец.выпуск. Эндокринология 2013, стр. 27-31.
10. Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертиреоза и гипотиреоза. Американская ассоциация клинических эндокринологов. Перевод под редакцией проф. Исмаилова С.И. Ташкент 2011г.
11. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. //Доклад от 12-15.09 2011, Шестьдесят первой сессии// ВОЗ.
12. Рахимова Г.Н. Новые рекомендации по ведению больных сахарным диабетом 1 и 2 типа// Руководство для врачей. Ташкент, 2011. 110с.
13. Рахимова Г.Н., Исмаилов С.И., Алимова Н.У., Акбаров А.З., Ташманова А.Б., Алиева А.В. Национальные стандарты оказания помощи детям и подросткам, больным сахарным диабетом I типа.
14. Bahn R., Burch H., Cooper D. et al. Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis: Management Guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid. 2011; 21(6):593-646.
15. Burrow G.N., Oppenheimer J.H., Volpe R. Thyroid Function and Disease. — Philadelphia: Saunders, 1990. - 300 p.
16. Canaris G., Manowitz N., Mayor G., Ridgway E. The Colorado thyroid disease prevalence study. Arch. Intern. Med. 2000; 160: P.526-534.
17. Charib H., Papini E., Valcavi R. American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules // Endocr. Pract. – 2006. – Vol. 12, # 1. – P. 63-102.
18. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. 2013. C.234.

19. Diabetes Atlas // IDF.-2013
20. European Diabetes Policy Group. Guidelines for a desktop guide to Type 1 and 2 Diabetes Mellitus. – International Diabetes Federation European Region. – 1998 – 1999.
21. Guidelines on the management of diabetes, prediabetes and cardiovascular disease (ESC and EASD). // Eur. Heart J. -2007.-V.28.-P.88-136.
22. Gussekloo J., van Exel E., de Craen A. et al. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. JAMA. 2004; 292:2591-2599.
23. Hollowell J., Staehling N., Flanders W. et al. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J Clin Endocrinol Metab. 2002; 87: 489-499.
24. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2013// Pediatric Diabetes.-2013.-N7.-P.343-351; Pediatric Diabetes.-2013.-N8.-P.408-418.
25. Kanaya A., Harris F., Volpato S. et al. Association between thyroid dysfunction and total cholesterol levels in an older biracial population. The Health, Aging and Body Composition Study. Arch Intern Med 2002; 162:773-779.
26. Management of Obesity. A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) A national clinical guideline, 2010, C.96.
27. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes //Diabetes Care 2012;32(1):193–203;
28. Natan DM, Buse JB, Davidson MB et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes // Diabetes Care (Suppl.1) – 2008. –Vol.31, №12- P.1 – 11.
29. Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline. 2006, c.84.
30. Obesity. World Gastroenterology Organization Global Guidance. 2009
31. S.Ismailov et al. Long-term results after total thyroidectomy in patients with Grave's disease in Uzbekistan: retrospective study. WJOES, May-August 2011, 3(2): 79-82.
32. Vanderpump M. et al. The epidemiology of thyroid diseases. In: Braverman L., Utiger R., eds. Werner and Ingbar's the Thyroid: A Fundamental and Clinical Text. 2005, 9th edn, pp 398-406. JB Lippincott-Raven, Philadelphia.
33. WHO. Report of Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus // Diabetes Care. - 1999.-Vol.23 (Suppl.1).-P.S4 - S19.
34. Yadav R., Magar N., Poudel B. et al. A prevalence of thyroid disorder in Western part of Nepal. J Trace Elem Med Biol. 2013; 27(2):122-125.
35. Zou S., Wu F., Guo C., Song J., Huang C. et al. Iodine nutrition and the prevalence of thyroid disease after salt iodization: a cross-sectional survey in Shanghai, a coastal area in China. PLoS One. 2012;7(7): e40718



Босишга 14.09.2016 да рухсат этилди.

Бичими 60x84 1/8. Офсет босма. «Таймс» гарнитураси. Ҳажми 6,0 б. т. Шарҳли б. т. 358
Адади 3458 нусха. 34-16 ракамли буюртма.

«Yangiyo'l poligraf servis» МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
112001, Тошкент вилояти, Янгийўл тумани, Самарқанд кўчаси, 44-уй.