

*Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi*  
*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**N.M. Şəmsədinskaya, P.İ. Əliyeva,**  
**N.M. Şəmsədinskaya**

# **MAMALIQDA FARMAKOTERAPİYANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

**Dərs vəsaiti**  
*(İkinci əlavə olunmuş nəşr)*

*Azərbaycan Respublikası Təhsil  
Nazirliyinin 04 aprel 2013-cü il  
tarixli 464 sayılı əmri ilə təsdiq  
edilmişdir*

Bakı – 2014

**Müəlliflər:**

**Naziyə Musa qızı Şəmsədivskaya**  
tibb elmləri doktoru, professor, əməkdar elm xadimi

**Pərvanə İsmayıl qızı Əliyeva**  
tibb üzrə fəlsəfə doktoru, assistent

**Nərgiz Musa qızı Şəmsədivskaya**  
tibb üzrə fəlsəfə doktoru, assistent

**Baş redaktor:**

**Bağirova H.F.**  
tibb elmləri doktoru, AR əməkdar həkimi, professor

**Rəy verənlər:**

**İsrafilbəyli S.N.**  
tibb elmləri doktoru, professor, əməkdar elm xadimi

**Əsmətov V.Y.**  
tibb elmləri doktoru, professor

**Qasımova K.H.**  
tibb elmləri namizədi, dosent

**Kamilova N.M.**  
tibb elmləri doktoru, professor

**Korrektorlar:**

**Hüseynova F.D.**  
tibb elmləri namizədi, dosent

**Nağıyeva D.Ə.**  
filologiya elmləri namizədi, assistent

**Şəmsədivskaya N.M., Əliyeva P.İ., Şəmsədivskaya N.M.** Mamalıqda farmakoterapiyanın xüsusiyyətləri Təbib nəşr., 2014, 280 səh.

*Son illər əczaçılıq sənayesi çoxlu səmərəli dərmanlar buraxır. Bunların içərisində ən lazımını seçməkdə, onu digər müalicə tədbirləri ilə uyğunlaşdırmaqda nəinki cavan həkimlər, çox vaxt təcrübəli həkimlər də çətinlik çəkirlər. Bunları nəzərə alaraq həmin kitabda mamalıqda istifadə olunan dərmanların reseptləri bunların tətbiqinə dair göstərişlər, arzu olunmayan əlavə təsirlər, işlədilmə qaydaları verilmişdir.*

*Kitab mama-ginekoloqlar, rezidentura həkimləri və tələbələr üçün nəzərdə tutulmuşdur.*

**“Təbib” nəşriyyatı**

Ş  $\frac{4108100000}{T - 038 (535)}$  2014

© N.M. Şəmsədivskaya, P.İ. Əliyeva,  
N.M. Şəmsədivskaya

## MÜNDƏRİCAT

Ön söz.....	6
İxtisarlara siyahısı.....	7
<b>I FƏSİL. HAMILƏ QADINLARDA PATOLOJİ VƏZİYYƏTLƏRİN MÜALİCƏSİ.....</b>	<b>8</b>
Emesis gravidarum (Qusma).....	9
Ptyalizm (Ağız suyunun axması) .....	15
Hamilə qadınlarda hipertenziv vəziyyətlər :	
Histasyon arterial hipertenziya, preeklampsiya .....	16
Eklampsiya, HELLP-sindrom.....	20
Hamilə qadınlarda patoloji vəziyyətlərin nadir formaları :	
Hamiləlik dermatozları .....	31
Hamiləlik tetaniyası .....	32
Simfiziopatiya və sakroileopatiya .....	33
Hamiləlik sarılığı .....	34
Qaraciyərin kəskin sarı distrofiyası .....	35
<b>II FƏSİL. ANA VƏ DÖL ARASINDA İZOSEROLOJİ UYĞUNSUZLUQ</b>	
Hamilə qadınlarda rezus uyğunsuzluğunun müalicəsi .....	36
Yenidoğulmuş uşaqların hemolitik xəstəliyi .....	40
<b>III FƏSİL. BƏTNDAXİLİ İNFEKSIYA</b>	
<b>I. EMBRİONUN VƏ DÖLÜN VİRUS XƏSTƏLİKLƏRİ .....</b>	<b>43</b>
Herpes virus.....	43
Sitomeqalovirus .....	48
Məxmərək .....	51
Papillomavirus xəstəliyi .....	53
Hamiləlik və qrip .....	56
Qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu .....	58
<b>II. DÖLÜN BƏTNDAXİLİ BAKTERİAL İNFEKSIYALARI</b>	<b>59</b>
Toksoplazmoz .....	59
Listerioz .....	62
Kandidoz .....	63
Bakterial vaginoz .....	68
Trixomoniaz .....	73
Urogenital xlamidioz .....	78
Mikoplazmoz. Ureaplazmoz .....	85
Hamiləlik və süzənək .....	90
Hamiləlik və sifilis .....	94
<b>IV FƏSİL. CİFT ÇATIŞMAZLIĞI .....</b>	<b>103</b>

V FƏSİL.	BAŞA ÇATMAMIŞ VƏ VAXTI ÖTMÜŞ HAMİLƏLİYİN MÜALİCƏSİ	
	Spontan (özbaşına) abort .....	109
	İnfeksiyalaşmış abort .....	117
	Vaxtından əvvəl doğuş .....	120
	Vaxtı ötmüş hamiləlik.....	122
VI FƏSİL.	HAMİLƏLİYƏ QARŞI TƏTBİQ OLUNAN DƏRMANLAR ...	126
	Hormon preparatları .....	126
VII FƏSİL.	EKSTRAGENİTAL PATOLOGİYASI OLAN HAMİLƏ QADINLAARIN MÜALİCƏSİ	
	<b>Hamilələrdə arterial hipertoniya</b> .....	136
	Pnevmoniya .....	150
	Hamiləlik bronxial astması.....	155
	Dəmir defisitli anemiya .....	158
	Böyrək və sidik ifrazat yollarının xəstəlikləri .....	162
	Şəkərli diabet .....	170
	Qaraciyər xəstəlikləri .....	173
	Aşağı ətrafların varikoz xəstəlikləri .....	178
VIII FƏSİL.	DOĞUŞ FƏALİYYƏTİNİN ANOMALİYALARININ MÜALİCƏSİ	
	Doğuş fəaliyyətinin zəifləməsi: birincili və ikincili doğuş fəaliyyətinin zəifliyi .....	181
	Doğuş fəaliyyətinin həddindən artıq güclü olması (sürətli doğuş).....	187
	Uşaqlığın tetanik yığılması.....	189
	Diskoordinasiyalı doğuş fəaliyyəti .....	190
IX FƏSİL.	DÖLÜN HİPOKSİYASININ VƏ YENİDOĞULMUŞUN ASFİKSİYASININ MÜALİCƏSİ	
	Dölün ana bətnində hipoksiyasının müalicəsi.....	192
	Yenidoğulmuşlarda asfiksiyanın müalicəsi.....	198
X FƏSİL.	PATOLOJİ MAMALIQ QANAXMALARININ MÜALİCƏSİ	
	Uşaqlığın hipotoniya və atoniyası, qanın laxtalanma qabiliyyətinin pozulması.....	204
	Antifosfolipid sindromu .....	214
XI FƏSİL.	DÖLYANI MAYENİN ƏMƏLƏ GƏTİRDİYİ EMBOLİYANIN MÜALİCƏSİ .....	218

XII	ZAHILIQ DÖVRÜNÜN SEPTİKİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN	
FƏSİL.	MÜALİCƏSİ .....	221
	Mastit.....	222
	Zahılıq endometriti.....	228
	Mamalıq peritoniti .....	236
	Sepsis .....	250
	Septiki şok .....	263
	İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYATIN SİYAHISI.....	278

## Ön söz

Son onilliklərdə müasir təbabətdə və elmin digər sahələrində əldə olunan yeni nailiyyətlər nəticəsində dərman maddələrinin çox sayda yeni növləri meydana çıxmışdır. Bununla əlaqədar olaraq həkimlər, xüsusən də gənc həkimlər iş prosesində bu və ya digər preparatlar haqqında qısa məlumat əldə etməyə ehtiyac hiss edirlər.

Professor N.M.Şəmsədinskaya və prof. D.Y. Hüseynovun “Mamalıqda və ginekologiyada dərman müalicəsi” adlı praktiki vəsaitinin ilk nəşrindən artıq 28 il ötmüşdür (Bakı, “Azərneşr”, 1986-cı il, 339 s.)

Son illər Tibb Universitetlərində mamalıq və ginekologiya fənninin tədrisi proqramına yeni mövzular (fetopləsentar çatışmazlıq, urogenital xəstəliklər, antifosfolipid sindromu və s.) daxil edilmişdir və göstərilən patologiyaların müalicəsində tətbiq olunan dərman maddələrinin yeni nəslə meydana çıxmışdır. Məhz bu baxımdan həmin kitabın yenidən nəşrinə böyük ehtiyac hiss olunur. Digər tərəfdən qeyd etmək lazımdır ki, ilk nəşr kiril əlifbasında tərtib olunmuşdur. Hazırkı nəşr isə latın əlifbası ilə yazılmış, bütün başlıqlar yenidən işlənmişdir, yeni dərman maddələri əlavə edilmişdir.

Xəstəliklərin geniş təsviri ona görə verilməmişdir ki, bu materialın həcmi artır və praktikada istifadə olunmasını mürəkkəbləşdirə bilər.

Geniş oxucu kütləsi üçün təqdim olunan əsər 1 hissədən ibarətdir. Kitabın bu hissəsində mamalıq patologiyalarının qısa təsvirinə, dərman preparatının qəbuluna göstəriş və əks göstərişlərinə, dərman maddələrinin əlavə təsirlərinin göstərilməsinə və vacib resept nümunələrinin tərtib olunmasına həsr olunmuşdur.

Hesab edirəm ki, təklif olunan kitab hamiləlik patologiyalarında dərman maddələrinin seçilməsində praktiki həkimlərə kömək edəcək və daha effektiv dərman preparatlarının təyin olunmasında gənc mütəxəssislər üçün faydalı vəsaitlərdən biri olacaq həm də mamalıqda öz biliklərini yeniləşdirmək istəyən həkimlər üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir.

*Tibb elmləri doktoru,  
AR əməkdar həkimi, professor  
H.F. Bağırova*

## İXTİSARLARIN SİYAHISI

ALaT – alaninamino transferaza  
ASaT – aspartatamino transferaza  
A/T – arterial təzyiq  
BKİ – bədən kütləsinin indeksi  
XVÇ – xroniki venoz çatışmazlıq  
İSÇ – istmiko servikal çatışmazlıq  
KTQ – kardiotoqografiya  
MSS – mərkəzi sinir sistemi  
PZR – polimeraz zəncirvari reaksiya  
TQV – turşu qələvi vəziyyəti  
USM – ultrasəs müayinəsi

## I FƏSİL

### HAMILƏ QADINLARDA PATOLOJİ VƏZİYYƏTLƏRİN MÜALİCƏSİ

Hestasion arterial hipertenziya ağır mamalıq patologiyası olub, ana və döl üçün xoşagəlməz nəticələrə gətirib çıxarır. Ana ölümü səbəblərinin 20-25%-i hestasion arterial hipertenziyanın payına düşür. Bu xəstəliklə əlaqədar perinatal ölüm isə orta göstəricidən 3-4 dəfə çoxdur. Patoloji vəziyyətlərin tezliyi (ümumi doğuş sayının) 13%-dən 16%-ə qədər həddədir, bu əsasən ilk doğanlar arasında 18 yaşa qədər və 35 yaşdan yuxarı hamilələrdə özünü göstərir.

Döl yumurtasının uşaqlığa düşməsi ilə əlaqədar olaraq yeni endokrin sistemlərin (sarı cismin və ciftin) fəaliyyətindən, eləcə də başqa amillərin təsirindən hamilə qadının orqanizmində ciddi dəyişikliklər baş verir. Qadın orqanizmi hamiləliklə əlaqədar olaraq yeni şəraitə uyğunlaşmağa başlayır. Hamilə qadının orqanizmində əmələ gələn bu vəziyyət fizioloji hal sayılır.

Hamilə qadının ümumi vəziyyətindən, sinir-endokrin, həmçinin digər sistemlərin fəaliyyətindən asılı olaraq hamiləliyin fizioloji gedişi pozulur, nəticədə patoloji hallar – hamiləliyin patoloji vəziyyətləri meydana çıxır. Eyni zamanda, bu məsələdə yaşayış tərzini, irsi, iş şəraiti və s. amillərin də rolu çox böyükdür.

Hamiləliyin patoloji vəziyyətləri zamanı mərkəzi sinir sisteminin normal fəaliyyəti, beyin qabığı ilə qabıqaltı nüvələr arasındakı qarşılıqlı əlaqə pozulur, nəticədə mərkəzi sinir sistemi vegetativ şöbəsinə aid funksiyaları lazımlıca tənzim edə bilmir.

Hamiləliyin patoloji vəziyyətləri digər üzv və sistemlərdə (qaraciyərdə, böyrəkdə, endokrin sistemdə və s.) pozğunluqlar törədir.

Hamiləliyin patoloji vəziyyətləri 2 yerə bölünür:

1) Hamiləliyin I yarısında əmələ gələn patoloji vəziyyətlər (qusma, ağız suyunun axması, dermatoz, sarılıq, hamiləlik tetaniyası, qaraciyərin kəskin sarı distrofiyası);

2) Hamiləliyin II yarısında əmələ gələn patoloji vəziyyətlər (arterial hipertenziya, preeklampsiya, eklampsiya).

Rusiya Federasiyasının Səhiyyə Sosial İnkişaf Nazirliyinin hesabat sənədlərində beynəlxalq statistik təsnifata uyğun sağlamlıqla əlaqədar xəstəliklərin və çətinliklərin onuncu baxışında (MKB-10) aşağıdakı təsnifatdan istifadə edilir:



1. Ödem, proteinuriya, hipertenziv pozulma;
2. Preeklampsiya və eklampsiya.

Q.M.Savelyeva (2010) təsdiq edir ki, hamiləliyin ağır hipertenziv vəziyyətlərinin təsnifatı yalnız müxtəlif ölkələrdə deyil, hətta bir ölkədə də arabit müxtəlif təsnifatdan istifadə edilir.

İndiki dövrdə ÜST məlumatlarına əsasən və AzRSN-nin təsdiq etdiyi kliniki protokola uyğun olaraq ("Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər üzrə klinik protokol. Bakı, 2009) hestasion arterial hipertenzianın aşağıdakı təsnifatı verilmişdir.

1. Xroniki arterial hipertenziya hamiləliyin 20-ci həftəsinə qədər mövcud olan və doğuşdan 6 həftə keçdikdən sonra saxlanılan hipertenziyadır;

2. Hestasion arterial hipertenziya – hamiləliyin 20-ci həftəsindən sonra arterial təzyiqin yüksəlməsidir;

3. Preeklampsiya (orta və ağır dərəcəli) – adətən arterial təzyiqin yüksəlməsi və proteinuriya ilə müşayiət olunan polisistem sindromdur;

4. Eklampsiya – bir və daha artıq qıcolmanın meydana çıxmasıdır. Eklampsiya hamiləlik, doğuş zamanı və zahılıq dövründə baş verə bilər.

Hamiləliyin I yarısında əmələ gələn patoloji vəziyyətlər zamanı qusma və ağız suyu ifrazının çoxalması müşahidə olunur.

## HAMILƏ QADININ QUSMASI

(Emesis gravidarum)

Q u s m a l a r – adi və arasıkəsilməz qusma şəklində baş verir.

Adi qusmaların tez-tez təkrar olunmasına baxmayaraq, qəbul olunmuş qidanın bir qismi mədədə qalır. Bu zaman iştaha zəifləyir, amma tam kəsilmir, qidaya qarşı ikrah hissi yaranmır. Qusmadan əvvəl ürəkbulanma baş verir, xəstə zəifləyir, arıqlayır, qəbizlik əmələ gəlir. Nəbzi sürətlənir (dəqiqədə 90 vurğuya qədər), hərərəti yüksəlir, qanın mənzərəsi və sidiyin tərkibi dəyişmişdir. Bəzi hamilə qadınlarda hipotenziyaya meyillilik yaranır.

Hamiləliyin patoloji vəziyyətlərinin bu forması (adi qusma) əksər halda asanlıqla müalicə olunur və yaxud müalicəsiz keçir. Bundan sonra iştaha bərpa olunur, əhval-ruhiyyə yaxşılaşır, nəbz normallaşır, bədənin çəkisi artmağa başlayır.

Hamiləliyin patoloji vəziyyətinin aramsız qusma dövründə qusmalar şiddətli və tez-tez olur (gün ərzində 20 dəfədən çox), qəbul olunmuş qida tamamilə xaric olur, nəbz vurğularının sayı 120-yə qədər

artır, hərarət subfebril (37,1 – 37,2<sup>0</sup>C) olur, bəzən də daha çox yüksəlir. Xəstə sürətlə arıqlayır, dərialtı piy toxuması tamamilə itir, dəri sarımtıl , quru olur, elastikliyi itirir, gözlər çuxura düşür. Bir qayda olaraq hipotenziya müşahidə olunur. Ağır hallarda apatiya və adinamiya baş verir. Sidikdə aseton, keton cisimciklər, zülal və silindrlər aşkar edilir.

Xəstəyə baxış zamanı müayinə təyin olunur, qanın və sidiyin ümumi təhlilindən başqa, aşağıdakı göstəricilərin təyin edilməsi vacibdir: qanda–bilirubin, qalıq azot və sidik cövhəri, hemotokrit, elektrolitlər (kalium, natrium xlorid), ümumi zülal və zülal fraksiyaları, transaminazalar, qaraciyərin funksional sınağı, TQV göstəriciləri, şəkər, protrombin, sidik sıxlığı, aseton, urobilin, öd piqmenti, zülal, elektrolitlərin sutkalıq ekskresiyası. Hər gün bədən çəkisinə nəzarət etməli, itkinin və ifraz olunan mayenin miqdarı, göstərməli dinamikada göz dibinin müayinəsi aparılmalıdır.

Aramsız qusma əksər hallarda müalicə olunur və hamiləlik pozulmur. Əgər müalicənin effekti olmasa, o zaman hamiləliyi pozmaq lazımdır.

Hamiləliyin patoloji vəziyyətləri olan hamilə qadınların səmərəli müalicə olunmasının əsas şərtlərindən biri də onlar üçün müalicə-mühafizə rejiminin yaradılmasıdır. Yüngül halda lazımi dərmanlar per os, ağır halda isə inyeksiya şəklində venaya yeridilməsi təyin edilir. Fizioterapevtik təsirdən novokainlə, dimedrolla endonazal elektroforezdən istifadə etmək olar.

Qusmalarla müşayiət edilən hamiləlik patoloji vəziyyətinin müalicəsi xəstəxana şəraitində kompleks tədbirlərin yerinə yetirilməsi ilə aparılmalıdır.

**Onu da qeyd etmək ki, bütün dərman preparatlarının təyinatı ARSN tərəfindən hazırlanan müalicə protokollarına əsasən aparılmalıdır.**

Qusma əleyhinə tətbiq edilən dərmanların resepturası:

### BİTKİ MƏNŞƏLİ SEDATİV MADDƏLƏR

Rp.: Tabul. Extr. Valerianae obductae 0,02

D.t.d. № 50

S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Vameloni

D.t.d. № 50

S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tincturae Valerianae 30 ml

D.S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 25 damcı qəbul etməli.

- Rp.: Tincturae Leonuri 25 ml  
D.S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 40-50 damcı qəbul etməli.
- Rp.: Tincturae Novo-Passiti 30 ml  
D.S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 15 damcı qəbul etməli.
- Rp.: Tincturae Valerianaheel  
D.S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 15 damcı qəbul etməli

Aramsız qusma zamanı tranklivizatorlardan, neyroleptiklərdən istifadə edilir.

### TRANKLİVİZATORLAR

- Rp.: Tabul. Nitrazepamı 0,05  
D.t.d. № 20  
S.Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Yaxud
- Rp.: Sol Diazepamı 0,5% - 2 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S. 1-2 ml əzələyə yeritməli (stress əleyhinə).

### NEYROLEPTİKLƏR

- Rp.: Sol.Droperidoli 0,25% – 5 ml  
D.t.d. № 3 in ampull.  
S. 0,5 -1,0 ml gündə 1-3 dəfə əzələyə yeritməli.
- Yaxud
- Rp.:Tabul.Aethaperazini 0,004  
D.t.d. № 100 .  
S.Gündə 2 -3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

### M –XOLİNOLİTİKLƏR

- Rp.: Sol Atropini sulfati 0,1% - 1ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S.Əzələyə 0,5 ml yeritməli.

### QUSMA ƏLEYHİNƏ MADDƏLƏR - DOFAMİNİN ANTAQANİSTİ

- Rp.: Sol. Cerucali 0,5%- 2ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S.Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 2 ml əzələyə yeritməli.

Rp.: Tabul. Cerucali 0,01

D.t.d. № 50

S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən qabaq 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Vaminori

D.t.d. № 50

S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

## VİTAMİNLƏR, ANTIOKSİDANTLAR, ANTİHİPOKSANTLAR

Rp.: Tabul. Acidi ascorbinici 0,1

D.t.d. № 50

S.Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli. (8 həftəyə qədər acidi ascorbinici əks göstərişdir.

Rp.: Tabul. Acidi folici 0,001

D.t.d. № 50

S.Gündə 1 dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Və ya

Rp.: Tabul. Folio 0,04

D.t.d. № 150

S. Gündə 1 tablet yemək vaxtında qəbul etməli.

Və ya

Rp.: Dragee "Hendeviti "N50

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 draje qəbul etməli.

Rp.: Capsulas "Materna" N30

D.S.Gündə 1 kapsul yeməkdən sonra qəbul etməli.

Rp.: Tocopheroli acetati 0,6

D.t.d. № 15 in caps. gelat.

S.Gündə 1 kapsul qəbul etməli.

Rp.: Cocarboxylasi hydrochloridi 0,05

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Hər ampulun möhtəviyyatını 3 ml həlledicidə həll edilib əzələ, yaxud vena daxilinə 50-100 mq yeritməli.

Rp.: Sol. Cocarnidi 5 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. İki gündən bir əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Riboflavini mononucleotidi 1%-1ml

D.t.d. № 15 in ampull.

S.Gündə əzələ daxilinə 1 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Pyridoxalphosphati 2 ml

D.t.d. № 10

S.Gündə 1 dəfə 2 ml əzələ daxilinə yeritməli.  
Rp.: Tabul. Riboxini 0,2  
D.t.d. № 50  
S.Gündə 3-5 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Rp.: Sol.Glucosi 5% - 400 ml  
D.S.Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.  
Rp.: Sol.Glucosi 10% - 200 ml  
D.S.Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.  
Rp.: Sol. Glucosi 40% - 20 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

### MEMBRANOSTABİLİZATORLAR

Rp.: Tabul.Chophytoli 0,3  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Rp.: Sol. Chophytoli 5 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə tədricən yeritməli.  
Rp.: Tabul. Phospholipidi 0,6  
D.t.d. № 20  
S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Rp.: Sol. Phospholipidi 5 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S.Gündə 5 ml vena daxilinə yeritməli.  
Rp.: Tabul. Lipostabili forte 0,6  
D.t.d. № 50  
S.Gündə 3 dəfə , hər dəfə yeməkdən qabaq 1 kapsula qəbul etməli.

### ANTİHİSTAMİNLƏR

Rp.: Tabul. Diprazini 0,025  
D.t.d. № 10  
S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Rp.: Tabul. Tavegili 0,001  
D.t.d. № 10  
S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

## FERMENTLƏR

Rp.: Dragee "Festalum" N20

D.S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə yeməyin axırında 1 draje qəbul edilməli.

Rp.: Dragee "Mezym forte" N20

D.S. Gündə yeməkdən qabaq 1-3 draje qəbul edilməli.

Rp.: Dragee Vobenzymi N30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3 tablet qəbul etməli.

## İNFUZION TERAPİYA: PARENTERAL QİDALANMA ÜÇÜN MADDƏLƏR - DEKSTRAN, KRISTALLOID, KOLLOID, DÜZLÜ MƏHLULLAR, AMİN TURŞULARI

Rp.: Sol. İnfukoll HES 6 % – 200 ml

D.S. Tədricən 200-400 ml damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. İnfukoll HBS 10 % – 200 ml

D.S. Tədricən 200-400 ml damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Haemodesi 200 ml

D.S. Tədricən 200-400 ml damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Rheopolyglucini 200 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Albumini 5% - 100 ml

D.S. Tədricən 100-200 ml damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Xlosoli 200 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Disoli 200 ml

D.S. Tədricən 200-400 ml damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Yaxud

Rp.: İnf. Trisoli 200 ml

D.S. Tədricən 200-400 ml damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Ringer – Locke 200 ml

D.S. Tədricən 200-400 ml damcı üsulu vena daxilinə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Natrii hydrocarbonati 4% - 400ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicæ 0,9% - 500 ml

Sterilisetur!

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Aminosoli 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

## BÖYRƏKÜSTÜ VƏZİ HORMONLAR

Rp.: Tabul. Dexamethasoni 0,005

D.t.d. № 20

S.Gündə 1 dəfə, hər dəfə  $\frac{1}{4}$  - 2 tablet qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Tabul. Prednisoloni 0,005

D.t.d. № 20

S.Gündə 1 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra  $\frac{1}{4}$  -2 tablet qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Tabul. Metyprednisoloni 0,004

D.t.d. № 20

S.Gündə 1 dəfə, hər dəfə  $\frac{1}{4}$  - 2 tablet qəbul etməli.

## İMMUNOTERAPİYA

- İnsanın normal immunoqlobulini hər 4-6 həftədən bir vena daxilinə yeridilir,

Yaxud:

Rp.: Tabul. Engystoli

D.t.d. №30.

S. Gündə 3, dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (1 ay).

Yaxud

Rp.: Sol. Echinacea compositum S 2,2 ml

D.t.d. №3 in ampull.

S. 2,2 ml əzələyə yeritməli, 3 gündən bir ( 3-5 iynə).

Göstərilən dərman müalicəsi ilə yanaşı patoloji vəziyyət keçirən hamilə qadın qida rejiminə riayət etməlidir. O, xörəyi hər 2 saatdan bir, az miqdarda, soyuq halda yeməlidir. Qida yüksək kalorili, asan həzm olunan və vitaminlərlə zəngin olmalıdır.

Hamiləliyn pozulmasına göstərişlər: 1) aparılan terapiyanın effekti olmadıqda; 2) müalicə fonunda xəstəlik progressivləşdikdə.

## AĞIZ SUYUNUN AXMASI

(Ptyalismus)

Əksər hallarda hamiləliyin patoloji vəziyyətləri qusma, ağız suyunun axması ilə müşayiət olunur. Lakin ağız suyunun axması bu halın əsas əlamətlərindən biri kimi sərbəst də müşahidə edilə bilər. Bu zaman sutkada 1 litrdən artıq ağız suyu ifraz olunur.

Ağız suyunun ifrazının həddindən artıq çoxalması hamilə qadının orqanizmini susuzlaşdırır və nəticədə orqanizm çoxlu miqdarda zülallar, karbohidratlar, vitaminlər, duzlar və s. maddələr itirir. Ağız suyunun axması dodaqların selikli qişasının və dərinin maserasiyası ilə yanaşı, psixi pozğunluqlar da yarada bilər.

Hamiləliyin patoloji vəziyyətinin belə formasını müalicə etmək üçün fizioterapevtik üsullardan (qalvanizasiyadan, boynun simpatik düyünlərinin diatermiyasından və s.) istifadə olunur.

Hipersalivasiyanın əsas müalicə prinsipi analogi olaraq hamiləlik qusmasındakı kimidir. Tüpürcək vəzisinin sekresiyasını azaltmaq məqsədi ilə əzələ daxilinə 0,1% -li 1 ml atropin sulfat məhlulu təyin edilir. Subyektiv yaxşılaşmaya nail olmaq üçün ağız boşluğu tez-tez 1% -li mentol məhlulu, adaçayı, çobanyastığı dəmləməsi və digər büzüşdürücü maddələrlə qarqara edilir.

Rp.: Sol. Atropini sulfati 0,1% - 1,0

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Əzələyə 0,5 ml yeritməli.

Yaxud

Rp.: Atropini sulfati 0,01

Aquae destillatae 10 ml

M.D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 10 damcı qəbul etməli.

Rp.: Mentholi 0,1

Olei Persicorum 10 ml

M.D.S. 15-20 damcı 1 stəkan suya damızdıraraq ağız boşluğunu qarqara etməli.

Rp.: İnf. floris Chamomillae 15-150 ml

D.S. Ağız boşluğunu qarqara etmək üçün.

Rp.: İnf. foliorum Salviae 20-200 ml

D.S. Ağız boşluğunu qarqara etmək üçün.

## **HAMİLƏ QADINLARDA HİPERTENZİV VƏZİYYƏTLƏR. HESTASİON ARTERIAL HİPERTENZİYA, PREEKLAMPSİYA, EKLAMPSİYA**

(Hestasion arterial hipertenzia, preeclampsia, eclampsia)

Kliniki protokola əsasən nəzərəçarpan proteinuriya ilə müşayiət olunan hamiləliklə bağlı hipertenziya: orta dərəcəli preeklampsiya; ağır dərəcəli; dəqiqləşdirilmiş preeklampsiya təsnif edilir.



Sistolik təzyiqlin 140 mm c.süt. və diastolik təzyiqlin 90 mm c.süt. olduqu halda xəstəlik sayılmır, lakin kecid vəziyyət kimi qiymətləndirilir, ananın, dölün vəziyyətinə daha ciddi nəzarətin zəruri olduqunu göstərir.

Arterial təzyiql 15 dəqiqə istirahətdən sonra sağ qolda ölçülür, piylənməsi olan pasientlər üçün isə kifayət uzunluqda və enlikdə manjet tapmaq lazımdır.

Histasion arterial hipentenziyanın risk faktorları:

1. Anamnezində arterial hipertoniya olan hamilələr;
2. BKİ > 32,3;
3. 35 yaşdan yuxarı ilk doğanlar;
4. 18 yaşdan aşağı ilk doğanlar;
5. Çoxdöllü hamiləlik;
6. Trofoblastik xəstəliklər (hamiləliyin 20 həftəsinə qədər).

Qan təzyiql normal olan hamilə qadınlarda sistolik təzyiqlin 140mm.c.süt. və diastolik təzyiqlin 90 mm.c.sütunundan yuxarı qalxması hipertoniyanın olmasını göstərir.

Hamiləlik dövründə arterial qan təzyiql dalğavari şəkildə dəyişilir: hamiləliyin əvvəlində bir qədər yüksəlir, 14-28 həftələr arasında aşağı düşür və doğuşa yaxın yenidən yüksəlir. Əgər hamiləlik dövrünün ortalarında arterial təzyiql yüksək səviyyədə qalarsa, bu gələcəkdə proqnozun təhlükəli olmasını göstərir.

Arterial təzyiqlin fizioloji dəyişikliyin qadın məsləhətxanasının həkimi düzgün aydınlaşdırı bilməz.

Preklampsiya anlayışına hamiləliyin 20 həftəsindən sonra eyni zamanda A/T yüksəlməsi və proteinuriyanın, ödemin baş verməsi daxildir. Preklampsiya bütün hamilələrin 3%-ində inkişaf edir və dünyada il ərzində 100000 qadının ölümünə səbəb olur. Doğulan uşaqlar 25% hallarda az çəkiyə malik olur (<1500) və 15 % hallarda isə vaxtıdan qabaq doğuşla müşayiət olunur.

Preklampsiya üçün baş ağrısı, alın və ənsə nahiyəsində narahatlıql, mədə nahiyəsində ağrı, ürəkbulanma, bəzən qusma, görmə qabiliyyətinin pozulması, uzun dərisinin qızarması, burnun və dodaqların sianozu, hipertenziya, ödemlər, proteinuriya və s. əlamətlər xarakterdir. Xəstəliyin ən təhlükəli əlamətləri arterial təzyiqlin şiddətli yüksəlməsindən və gözün torlu qişasının patoloji dəyişikliyə uğramasından ibarətdir. Bununla yanaşı, ifraz olunan sidinin qatılığı və miqdarı arasındakı münasibət və turşu-qələvi müvazinəti pozulur.

Orta dərəcəli preeklampsiyaya ağır preeklampsianın əlamətləri olmadan arterial təzyiqin yüksəlməsi, proteinuriya 1, yaxud  $> 3$  q/sut. baş verməsi aiddir.

Ağır dərəcəli preeklampsiyada arterial təzyiq  $\geq 160/110$  mm. c.süt; proteinuriya  $\geq 3$ , yaxud  $> 5$  q/sut; başağrısı, görmənin pozulması, qarnın yuxarı sağ kvadratında və yaxud epigastriumda ağrı; HELLP - sindrom (hemoliz, qanda qaraciyərin fermentlərinin aktivliyinin artması, trombositopeniya); oliqouriya  $< 500$  ml/sut; ağ ciyər ödemə xarakterdir.

*Etiologiya.* Poliorqanlıdır. Ola bilən səbəblər: neyrogen, genetik, endokrin/metabolik (prostotlandırılmanın əmələ gəlməsinin pozulması daxildir), böyrəklərin xroniki xəstəlikləri, şəkərli diabet, uşaqlığın və ciftin işemiyası, immun sisteminin pozulması (antifosfolipid sindrom).

*Patogenez.* Hal-hazırda hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin gec hestozun patogenezinin əsasında patoloji plasentasiyanın əhəmiyyəti təsdiq olunmuşdur, damarların ümumi toxumalarının funksiyasının pozulmasına, işemiyasına və endoteliozuna gətirib çıxarır.

Preeklampsianı erkən təyin etmək üçün A/T yüksək olan qadınlara bütün hamiləlik müddətində nəzarət edilməsi vacibdir. Preeklampsianın diaqnozunu təsdiq etmək üçün sutkalıq sidikdə zülalın miqdarı 0,5 qram olmalıdır. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün USM, dopplerometriya, KTQ (hamiləlik müddətinin 32-34 həftəliyindən sonra) məsləhətdir. Uşaqlıq arteriyasında dopplerometriya üsulunun köməyi ilə cift qan cərəyanının çatışmazlığını müəyyən etmək olar.

Qadın məsləhətxanasında və ya stasionarda aşağıdakı laborator müayinələr aparılır:

- Qanda hematokrit
- hemoqlobin
- ASaT
- trombositlərin miqdarı
- sidik cövhərinin, azotun miqdarı

Preeklampsiya zamanı qanın qatılaşması ilə əlaqədar hemotokritin səviyyəsi arta bilər

Qan zərdabında transaminazanın aktivliyi artır, qanda trombositlərin miqdarının azalması və sidik cövhəri, azotun miqdarının artması orqanizimdə patoloji prosesin inkişafını göstərir.

*Differensial diaqnostika* zamanı preeklampsianı hipertenziya xəstəliyindən, qlomerulonefritdən, hidronefrozdən və nefroangiosklerozdan fərqləndirmək lazımdır.

Preeklampsiya bəzən ağırlaşaraq beyinə və başqa mühüm üzvlərə qansızma verir və eklampsiyaya keçir. Bundan əlavə ciftin vaxtından əvvəl ayrılması zamanı hipoksiya və dölün ölümü baş verir.

Eklampsiya tutması, tənəffüs fəaliyyətinin kəskin pozulması, arterial təzyiqin şiddətli yüksəlməsi, beyinə qansızma təhlükəsi kimi hallar qəflətən müşahidə edilir. Belə ağır xəstələrə təcili müalicə yardımını anestezioloq-reanimatoloq göstərməlidir.

Ağır olmayan preeklampsiya müalicə tələb etmir, yalnız davamlı nəzarət olunmalıdır. Ağır preeklampsiyada maqnezium-sulfatla və hipotenziv preparatlarla intensiv müalicə edilməlidir.

Preeklampsiyanın müalicəsi orqanizmi mühafizə etmək rejiminə riayət etməklə kompleks şəkildə aparılmalıdır. Hamiləliyin ikinci yarısında patoloji vəziyyətlərin müalicəsini anestezioloq-reanimatoloqun iştirakı ilə geniş miqyasda aparmaq lazımdır.

Qoruyucu müalicə məqsədilə analgeziya altında hamilə qadına vena, yaxud əzələ daxilinə droperidol, diazepam, dimedrol və s. antihistamin preparatları yeridilməlidir.

Bununla yanaşı, preeklampsiyalı hamilə qadınlara hipotenziv maddələr (metildopa, nifedipin, eufillin və s.), qanqliblokatorlar (arfonad, benzoheksonium, pirilen), qlükoza-novokain məhlullarının qarışığı (20%-li 200 ml qlükoza məhlulu, 0,5%-li 20 ml novokain məhlulu və 15 TB insulin), dehidratasion maddələr (mannitol, furosemid), dezintoksikasiyaedici maddələr (hemodez) və hirudoterapiya (zəli müalicəsi) təyin edilir.

Preeklampsiyanın müalicəsi zamanı əsas tədbirlər qan təzyiqinin səviyyəsini və diurezi normal vəziyyətdə saxlamağa, hamilə qadını və dölü müntəzəm müayinə etməyə yönəldilməlidir.

Xəstəni diqqətlə müşahidə etməklə vena daxilinə maqnezium-sulfat yeridilir.

Maqnezial terapiya – preeklampsiya/eklampsiyanın idarə edilməsində daha çox öyrənilmiş, effektiv və nisbətən təhlükəsiz seçim üsuludur: İlk doza – 20 millilitrə qədər fizioloji məhlulda, həll olunmuş 4 qram quru maddə vena daxilinə yavaş sürətdə 5-10 dəqiqə ərzində yeridilir. Saxlayıcı doza – 1-2 qf/saat ( 25 %-li 8 ml məhlul) sürətlə infuzomat vasitəsilə yeridilir. İnfuziyanın müddəti vəziyyətin ağırlıq dərəcəsiindən asılıdır. Məhlulların vena daxilinə davamlı yeridilməsi imkanı olmadığı halda vena daxilinə 4 q maqnezium sulfat (25%-li 16 ml məhlul) 5 dəqiqə ərzində və hər sağrıya 5 q (25%-li 10 ml məhlul) olmaqla yeridilir.

A/T kəskin düşməsinə yol vermək olmaz, sinir-əzələ ötürücüsünün, təzyiqin baş verməsinə diqqət yetirilməlidir. Diz reflekslərini izləmək, sidiyə nəzarət etmək (1 saat müddətində sidiyin miqdarının 30 millilitrdən az olması), tənəffüsü izləmək (tənəffüs mərkəzinin sıxıntısı ola bilər, tənəffüs tezliyi 12-dən az) lazımdır. Maqnezium sulfatın antipodu kalsium qlükonatdır. Maqnezium-sulfatın təsirinin neytrallaşdırılması məqsədi ilə 10%-li 10 ml kalsium qlükonat məhlulu vena daxilinə yavaş sürətdə yeridilməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, maqnezium sulfat sancıları zəiflədir, ona görə də onun doğuşda tətbiq edilməsi arzuolunmazdır.

Adətən preeklampsianın intensiv kompleks müalicəsi 2-5 gün ərzində beyin qan dövranının pozulması əlamətləri aradan qaldırılana, qan təzyiqinin səviyyəsi normal səviyyəyə düşənə və diurez normallaşana qədər aparılır. 3–5 saat ərzində aparılan müalicə müsbət nəticə vermədikdə hamiləlik təcili pozulur. Ana üçün nəticə-eklampsiyadan, böyrək və qaraciyər çatışmazlığından, ağciyər ödemindən, kəllə daxili qansızmadan və s. ibarətdir.

## **EKLAMPSİYA**

(Eclampsia)

Eklampsiya qıcolmalar və şüurun itməsi ilə xarakterizə olunan hamiləliyin gec inkişaf etmiş patoloji vəziyyətinin son və ağır mərhələsidir. Eklampsiya mürəkkəb patoloji proses olub, əsas xüsusiyyəti kortikovisseral münasibətin pozulmasından ibarətdir. Bunun nəticəsində damar-kapilyar dəyişiklikləri, endokrin vəzilərinin fəaliyyətinin pozulması, maddələr mübadiləsinin pozğunluğu meydana çıxır (xüsusilə su-duz mübadiləsi və oksidləşmə prosesləri pozulur).

Eklampsiya zamanı üzv və sistemlərin fəaliyyət pozğunluqları baş verir ki, bunlardan da ən başlıcası arterial təzyiqin şiddətli yüksəlməsi, ümumi qan dövranının pozulması, böyrək fəaliyyətinin pozulması, hemostazın dəyişilməsi və s. əlamətlərdir.

Eklampsianın özünəməxsus klinik gedişinin olmasına baxmayaraq zamanlar onun səciyyəvi xüsusiyyətləri dəyişilməkdədir. Belə ki, əgər əvvəllər eklampsiya xəstəliyinə ən çox doğuş zamanı rast gəlirdiksə, hazırda həmin xəstəliyə hamiləlik dövründə daha çox təsadüf olunur. Eklampsianın gedişində baş vermiş belə ciddi dəyişiklik əsasən preparatları ilə səmərəli müalicə olunmaması və doğuş prosesində anestezioloji xidmətin tətbiqi ilə izah edilir.

Eklampsiya xəstəliyinin tutmaları orta hesabla 1–2 dəqiqə davam edir və 4 mərhələdə keçir:

I m ə r h ə l ə – tutmanın müddəti 15–30 saniyə çəkir. Göz qapaqlarının titrəməsi, sonradan üz və yuxarı ətraf əzələlərinin qıç olması başlayır, xəstənin baxışı süstləşir, müəyyən bir nöqtəyə yönəlir, tənəffüs dəyişilmir.

II m ə r h ə l ə – tutmanın müddəti 15–25 saniyə çəkir. Skelet əzələsinin hamısının eyni vaxtda tonik (tetaniki) qıç olması baş verir, baş arxaya, yaxud yana dartılır, bədən gərgin vəziyyət alır, üz avazıyır, onurğa sütunu əyilir, çənələr gərilir, bəbəklər genəlir, gözlər batır (gözlərin ancaq sklerası görünür). Bu zaman xəstənin tənəffüsünün və nəbzinin itməsi müşahidə olunur ki, bu da ana və döl üçün ən təhlükəli hal sayılır.

III m ə r h ə l ə – tutmanın müddəti 1–1,5 dəqiqə çəkir. Yuxarı və aşağı ətrafların, gövdənin əzələlərinin klonik qıçılması tənəffüsün səthiləşməsi və ritminin pozulması, dilin dişlənməsi nəticəsində ağızdan qanlı köpüyün gəlməsi müşahidə olunur. Tədricən qıçolmalar seyrəlir və zəifləyir, nəhayət kəsilir.

IV m ə r h ə l ə – tutma keçəndən sonra xəstə komatoz vəziyyətə düşür. Bu vəziyyət qısa, yaxud uzun müddət davam edə bilər, xəstənin tədricən şüuru bərpa olunur, başına gələn hadisəni bilmir, başağrısından, ümumi zəiflikdən, əzginlikdən şikayət edir. Bu mərhələdə tutmaların sayı 1-dən 10-a qədər olur.

Hazırda doğuşun aparılmasının xeyli yaxşılaşdırılması ilə əlaqədar ağır eklampsiya tutmalarına nadir təsadüf olunur. Keçmiş müəlliflərin təsvir etdikləri 50–100 tutmalarla müşayiət olunan eklampsiyalara təsadüf edilmir. Vaxtında stasionara göndərilmiş qadınlar arasında eklampsiya tutmalarının sayı 1–3-dən artıq olmur.

Tutmasız eklampsiyaya (eclampsia sine) hazırda çox nadir hallarda təsadüf edilir ki, bu da mərkəzi sinir sisteminin güclü iflicinə səbəb olur.

Hestasion arterial hipertenziyanın ağır fəsadlaşmalarından HELLP – sindromunu qeyd etmək lazımdır. Bu ağırlaşma 4-12% hallarda nefropatiyada və eklampsiyada inkişaf edir və yüksək ana və perinatal ölüm ilə xarakterizə olunur. HELLP oxunuşu H (hemolysis) hemoliz; EL (elevater liver enzymas) qaraciyər fermentlərinin səviyyəsinin yüksəlməsi; LP (low platelet count) trombositopeniya. HELLP – sindromunun kliniki şəklinə simptomların sürəkli şiddətlənməsinin aqressiv gedişi xarakterdir. Daha çox sarılıq, qanla qarışıq qusma, inyeksiya yerinə qansızma, qaraciyər çatışmazlığının artması, qıçolma, koma xarakterikdir. Çox vaxt qaraciyərin kapsulasının partlaması ilə

qarın boşluğuna qansızma müşahidə edilir. Zahılıq dövründə laxtalanma sistemi pozulduğuna görə profuz uşaqlıq qanaxması baş verə bilər.

Eklampsiya tutmaları keçəndən sonra aspirasion pnevmoniya, böyrək və qaraciyər fəaliyyətinin pozulması baş verə bilər. Eklampsiya tutmaları zamanı və yaxud tutmalardan sonra beyinə qansızma, asfiksiya, ürək fəaliyyətinin kəskin zəifləməsi, ağ ciyər ödemi, qaraciyər və böyrək fəaliyyətinin çatışmazlığı nəticəsində xəstə ölə bilər.

Qadın məsləhətxanalarına müraciət etməyən və vaxtında stasionara göndərilməyən qadınlar arasında eklampsiyaya 10 dəfədən çox rast gəlinir və xəstəliyin gedişi daha ağır olur.

Müəyyən edilmişdir ki, arterial qan təzyiqinin artması fonunda da eklampsiya baş verir. Azərbaycanda 425 eklampsiya tutması olan xəstə qadınlar üzərində aparılan tədqiqat göstərdi ki, onlarda sistolik qan təzyiqinin az yüksəlməsi ilə də baş vermişdir. Lakin diastolik təzyiq nisbətən yüksək olmuşdur ( $148,4 \pm 1,24$ ) və xəstələrin sidiyində bir qədər zülal ( $3,52 \text{ q/l} \pm 0,32$ ) tapılmışdır (N.M.Şəmsədinskaya).

Arterial təzyiq qadının vəziyyəti stabilləşənə qədər hər 15 dəqiqədən bir ölçülməlidir. Qadının vəziyyəti stabilləşdikdən sonra arterial təzyiqin ölçülməsi hər 30 dəqiqədən bir aparılmalıdır. Stasionar şəraitində qadının vəziyyəti stabildirsə və qadında patoloji simptomlar qeyd olunmursa, arterial təzyiq hər 4 saatdan bir ölçülməlidir (kliniki protokol, Bakı, 2009).

Eklampsiyanın, eləcə də preeklampsiyanın müalicəsi stasionar şəraitində həkim mama -ginekoloq , anestezioloq və neanatoqun iştirakı ilə müalicə və mühafizə rejimi fonunda intensiv və kompleks şəkildə aparılmalıdır. Eklampsiyaya tutulmuş xəstələr səs-küy və başqa qıcıqlandırıcı amillər olmayan ayrıca palatalarda yerləşdirilməli və bütün manipulyasiyalar (inyeksiya, qan təzyiqinin ölçülməsi, kateterizasiya, uşaqlıq yolunun müayinəsi) ağrısızlaşdırılma altında aparılmalıdır.

Müalicəsi preeklampsiyada olduğu kimi aparılır.

Döln ağ ciyərlərinin yetişməsini sürətləndirmək məqsədilə kortikosteroidlər təyin edilir: antenatal kortikosteroid terapiyası (betametazon 12 mq əzələ daxilinə 24 saat intervalla 2 dəfə - cəmi 24 mq) 34 həftədən az hamiləlikdə bütün preeklampsiyalı qadınlara təyin olunur.

Hamiləlik zamanı hipertonik krizin müalicəsi üçün (yuxarıda göstəriləyi kimi) yüksək dozada hidrolizin, labetalol, nifedipin və nitroqliserin (A/T-nin yüksəlməsi fonunda ağ ciyər ödemi zamanı dil altına 0,5-1 mq effekt olmadıqda 10-15 dəqiqədən bir təkrar etməli, yaxud vena daxilinə damcı üsulu ilə 1%-20 mq 1-2 mq/sut. sürəti ilə,

effekt alınana qədər hər 3-5 dəqiqədən bir doza artırılır və 4 saatdan çox olmayaraq (dölə mənfi təsir edir və anada beyin ödeminin inkişaf riski)) tətbiq edilir.

Doğuş üsulunu seçərkən erqometrindən istifadə etmək olmaz! Qıcolmalar meydana çıxmağa bilər. Nifedipin və maqnezium-sulfatın birgə tətbiqi təsirlənmişdir.

Doğuşdan sonrakı ilk dövrdə tibbi göstərişlərə əsasən dezintoksikasiyaedici, diuretik və tənzimləyici müalicə metodları tətbiq edilir.

Təbii tənəffüsü süni tənəffüslə əvəz etmək, ağ ciyərlərin hiperventilyasiyasını aradan qaldırmaq, qan dövrəni üçün optimal şərait yaratmaq və dölün vəziyyətini yaxşılaşdırmaq aşağıdakı hallarda tələb olunur: 1) eklampsianın ardıcıl tutmalarında; 2) tənəffüs fəaliyyətinin və ürək qan-damar fəaliyyətinin kəskin çatışmazlığında; 3) uzunmüddətli koma vəziyyətində (eklampsiyadan sonrakı komada); 4) kesar kəsiyi aparmaq zərurəti baş verdikdə.

Kesar kəsiyi aşağıdakı ciddi xəstəliklər olduqda aparılır:

1. Hamiləlik və doğuş zamanı doğuşa təcili icazə verilməsi üçün şərait olmadıqda;
2. Beyinə qansızma, torlu qışanın soyulması;
3. Ürək çatışmazlığı, ağciyər ödemi;
4. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq soyulması və digər ağırlaşmalar (dölün hipoksiyası, anuriya, kəskin oliqouriya);
5. Preeklampsianın ağır formasının müalicəsi doğuş yollarının hazır olmadığı zamanı effekt vermədikdə.

Uşaqlıq boynunu tam açıq olduğu halda və şərait olduqda (diri döl, baş çanaq boşluğunda və çıxacağında) doğuş mamalıq maşası ilə başa çatdırılır və perineotomiya aparılır.

Nəticə etibarilə qeyd etmək lazımdır ki, preeklampsianın və eklampsianın müalicəsi xəstənin orqanizmində hamiləliyin II yarısının patoloji vəziyyətlərində baş vermiş bütün dəyişikliklər nəzərə alınmaqla fərdi şəkildə aparılmalıdır.

## SEDATİV PREPARATLAR

Rp.: Tincturae Leonuri 25 ml

D.S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 40-50 damcı qəbul etməli.

Rp.: Tincturae Valerianae 30 ml

D.S.Gündə 3 dəfə hər dəfə 25 damcı qəbul etməli.

Rp.: Tincturae Valerianaeheel

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 15 damcı qəbul etməli.

- Rp.: Tabul. Trioxazini 0,3  
D.t.d. № 20  
S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp.: Tabul. Nozepami 0,01  
D.t.d. № 50  
S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp.: Tabul. Radedormi 0,01  
D.t.d. № 20  
S.Gündə 1 dəfə axşam qəbul etməli.

### HİPOTENZİV TERAPİYA

- Rp.: Tabul. Dopegiti 0,25  
D.t.d. № 20  
S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp.: Tabul. Atenololi 0,05  
D.t.d. № 10  
S.Gündə 1 dəfə qəbul etməli (14 gün)
- Rp.: Tabul. Papaverini hydrochloridi 0,04  
D.t.d. № 20  
S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 2 ml əzələyə yeritməli.
- Rp.: Tabul. Dibazoli 0,02  
D.t.d. № 15  
S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 2 tablet qəbul etməli.
- Rp.: Sol. Dibazoli 1% - 2 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 2 ml əzələ daxilinə yeritməli  
(papaverin hidroxloridlə bir şprisdə).
- Rp.: Tabul. Euphyllini 0,15  
D.t.d. № 30  
S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp.: Sol. Euphyllini 24%-10 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S.Gündə 10 ml əzələ daxilinə yeritməli.
- Rp.: Sol. Labetaloli 1%-5ml (50mq)  
D.S. Vena daxilinə bir anda 2ml (20 mq), hər 10 dəq bir 40 mq,  
yaxud 3 ml (50mq) yeridilir (A/T nəzarət altında olaraq təkrar  
yeridilə bilər).



Rp.: Tabul.Labetaloli 0,1

D.t.d. №30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet (100-200 mq) qəbul etməli  
(sutkalıq maksimum doza 800 mq)

Rp.: Sol. Clophelini 0,01% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S.Əzələyə 0,5 - 1 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Hydralazini hydrochloridi 0,005

D.S.Vena daxilinə 5-10 mq sürətlə yeridilir. (AT nəzarət olmaqla  
təkrar yeridilə bilər).

Rp.: Sol. Nepresoli 0,025

D.t.d. № 10 in ampull.

S.Gündə 1 dəfə 0,25q əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Verapamili 0,25% - 2 ml

D.t.d. № 10

S.2-4 ml 20 % -li 20 ml qlükoza məhlulunda vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul.Clonidini 0,00015

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Pentamini 5%- 1 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S.Əzələyə 0,5-1 ml yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Benzohexonii 2,5%-1,0

D.t.d. № 12 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə əzələyə 1 ml yeritməli.

Rp.: Tabul. Nitroqlicerini 0,0005

D.t.d. №10

S.1 tablet dilin altında sormalı(vəziyyət normal olana qədər).

Rp.: Tabul. Nifedipini 0,01

D.t.d. №10

S. Gündə 1-2 dəfə hər dəfə 1 tablet dilin altında sormalı.

#### QICOLMA ƏLEYHİNƏ MADDƏLƏR.

Rp.: Sol. Maqnezii sulfati 25% - 10 ml

D.t.d. N10 in ampull.

S.Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli (2 q quru maddədən 4  
qrama qədər).

## ANTIÖKSİDANT TERAPİYA

Rp.: Sol.Tocopheroli acetati 20% -0,5ml

D.t.d. № 15 caps. gelat.

S.Gündə 1-2 kapsul qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi qlutaminici 0,01

D.t.d. № 20

S.Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Lipostabili 0,6

D.t.d. № 20

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Essentiale forte 5 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə damççı üsulu ilə 5%-li 10-20 ml glikoza məhlulunda venaya yeritməli.

## SU –DUZ MÜBADİLƏSİNİN TƏNƏZİMLƏNMƏSİ ÜÇÜN

Rp.: Sol. Furosemidi 1% - 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S.Göstəriş əsasında əzələyə yaxud, venaya yeritməli.

Rp.: Tabul. Triampur compositi 0,05

D.t.d. № 50

S. Həftədə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Conefroni

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

## METABOLİZMİ NORMALLAŞDIRMAQ ÜÇÜN

Rp.: Dragee “Hendevitum” № 50

D.S.Gündə 1-2 draje yeməkdən sonra qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi folici 0,001

D.t.d. № 50

S.Gündə 2-3 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Folio

D.t.d. № 150

S. Gündə 1 dəfə 1 tablet qəbul etməli.

PREEKLAMPSİYANIN VƏ EKLAMPSİYANIN MÜALİCƏSİ. MSS-  
nin FUNKSİYASINI NORMALLAŞDIRMAQ (REFLEKTOR VƏ  
MƏRKƏZİ HİPERAKTİVLİYİ AZALTMAQ) ÜÇÜN

Rp.: Sol. Seduxeni 0,5% - 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. 2 ml venaya yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Droperidoli 0,25% - 5 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S.Gündə venaya 4-6 ml yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Promedoli 2%-1 ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S.Gündə venaya 1-2 ml yeritməli.

Rp.: Tabul. Amlodipini 0,005

D.t.d. № 10

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Tabul. Nifedipini 0,01

D.t.d. № 50

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 5-10mq ( $\frac{1}{2}$  – 1 tablet) qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Tabul. Modipini 0,005

D.t.d. № 20

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

### İNFUZYON TERAPİYA

▪ Təzə dondurulmuş plazma 250-300 ml tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Reopolyglucini 400 ml

D.S.Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Albumini 5% - 100 ml

D.S.Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Lactosoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Ringer – Locke 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml  
D.S.Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

### QANIN KOAQULYASİON VƏ REOLOJİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİ NORMALLAŞDIRMAQ ÜÇÜN

6-10% hidrooksietilnişasta(infulcolı-HES) 400ml tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli;

1) Antikoaqulyantlar və dezaqreqantlarla infuzion terapiya: trental 0,1q (1 ampula) 250-500 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda, yaxud 5%-li qlükoza məhlulunda, 350 TV/kq dozada heparin yeridilir.

Rp.: Sol. Solcoseryli 2ml

D.t.d. № 25 in ampull.

S. Gündə 2-4 ml 5%-li 200 ml glükoza, yaxud 0,9%-li 200 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Aktovegini 5 ml

D.t.d. № 20 in ampull

S. Gündə 5-20 ml (200-800 mq) qədər tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli sonra 1-2 ay müddətində gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet (200 mq) qəbul etməli.

Rp.: Dragee Trentali 0,1

D.t.d. № 60

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 draje qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Aqapurini 0,1

D.t.d. № 10

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Curantylı 0,025

D.t.d. № 50

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Complamini 0,15

D.t.d. № 60

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Heparini 5 ml

D.t.d. № 5 in lagenis

S. Əzələ daxilinə 1 ml (5000TV) yeritməli.

Rp.: Fraksiparini 0,3 №5

D.S. Göbək ətrafına dəri altına 1 dəfə yeritməli.

Rp.: Klexani 0,2ml N5

D.S. Göbək ətrafına dəri altına 1 dəfə.

## İMMUNOTERAPİYA

- İnsanın normal immunoqlobulini 25-50 ml 4-6 həftədə 1 dəfə tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (yeridilmə miqdarı fərdi təyin edilir).

Rp.: Suppos. Genpheroni 1000 TV

D.t.d. №10

S. Günaşırı 1 şam düz bağırsağa yeritməli (hamiləliyin 12 həftəsindən sonra)

Yaxud

Rp.: Suppos. Viphroni 1000 TV

D.t.d. №10

S. Gündə 1 şam düz bağırsağa yeritməli (hamiləliyin 12 həftəsindən sonra)

Rp.: Tabul. Engystoli

D.t.d. №30.

S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (1 ay).

Yaxud

Rp.: Sol. Echinacea cocompositum S 2,2 ml

D.t.d. №3 in ampull.

S. 2,2 ml əzələyə yeritməli, 3 gündən bir (3-5 iynə).

## METABOLİZMİ NORMALLAŞDIRMAQ ÜÇÜN

Rp.: Sol. Pananqini 10 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Bir ampulanı möhtəviyyatını 20-30 ml natrium xloridin izotonik məhlulu ilə qarışdırıb vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Natrii hydrocarbonatis 4% - 100 ml

D.S. Venaya damcı ilə yeritməli (TQV nəzarəti altında).

Rp.: Tabul. Magne-B<sub>6</sub> № 20

D. S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 2 tablet səhər və axşam qəbul etməli (10-12, 20- 22və 30-32 həftəliyin müddətində).

Rp.: Tabul. Chophytoli 0,3

D.t.d. № 120

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Chophytoli 5 ml

D.t.d. № 20 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə 5-10ml vena daxilinə tədricən yeritməli.

DÖLÜN BƏTNDAXİLİ HİPOKSIYASININ VƏ BƏTNDAXİLİ  
İNKİŞAFININ LƏNGİMƏSİNİN PROFİLAKTİKA  
VƏ MÜALİCƏSİ ÜÇÜN

Rp.: Sol. Euphyllini 2,4% - 5 ml

D.T.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Essentiale forte 5 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə 5%-li 10-20 ml qlükoza məhlulunda tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Solcoseryli 2ml

D.t.d. № 25 in ampull.

S.Gündə 2-4 ml 5%-li 200 ml glükoza, yaxud 0,9%-li 200 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol.Aktovegini 5 ml

D.t.d. № 20 in ampull.

S. Gündə 5-20 ml qədər tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (200-800 mq) yeritməli, sonra isə 1-2 ay müddətində gündə 3 dəfə hər dəfə 1 tablet (200mq) qəbul etməli.

Rp.:Tabul. Theonicoli 0,15

D.t.d. № 20

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 2 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S.Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. Gyniprali 0,5 mq

D.t.d. № 10

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Placenta cecompositum 2,2 ml

D.t.d. № 3 in ampull.

S.2,2 ml əzələyə 3 gündən bir yeritməli.

Rp.: Tabul. Nifedipini 0,01

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

**HAMİLƏ QADINLARDA PATOLOJİ  
VƏZİYYƏTLƏRİN NADİR FORMALARI  
HAMİLƏLİK DERMATOZU  
(pruritus gravidarum)**

Hamilə qadınlarda dəri qaşınması (pruritus gravidarum) ən çox təsadüf olunan əlamətlərdən biridir. Qaşınma hamiləliyin əvvəlində və axırında müşahidə edilə bilər, bəzən vulva nahiyəsində məhdudlaşır, bəzən də bütün bədənə yayılır. Çox hallarda qaşınma o qədər əziyyət verir ki, yuxusuzluq, əsəbilik və əhval-ruhiyyənin pisləşməsinə səbəb olur.

Hamilə qadınlarda təsadüf edilən dermatozların nadir formalarından biri ekzematır. O, döş vəzilərinin, qarın nahiyəsinin, qıçların və qolların dərisində müşahidə olunur.

Dermatozları müalicə etmək üçün xəstələrə mərkəzi sinir sistemini sakitləşdirici maddələr, trankvilizator və desensibilizəedici preparatlar (bromidlər, trioksazin, diprazin, kalsium-xlorid, dəmir birləşmələri, vitaminlər və s.) təyin edilir. Dərinin xəstə nahiyəsinə hidrokortizon və ya prednizolon məlhəmi sürülür.

Hamiləlik qaşınmasını şəkərli diabet, qurd invaziyası, allergiyada əmələ gələn qaşınma ilə müqayisə etmək olar.

Rp.: Tabul. "Adonis brom" № 50

D. S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05

D. t. d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Diprazini 0,025

D. t. d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10%-200 ml

D.S. Xörək qaşığı ilə gündə bir neçə dəfə qəbul etməli.

Rp.: Ung. Hydrocortisoni acetatis 1%-10,0

D. S. Dərinin xəstə nahiyəsinə sürülməli.

Rp.: Dragee „Materna“ N50

D. S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli.

Rp.: Dragee „Vinset“ N50

D. S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli.

Rp.: Dragee „Zi-natal“ N50

D. S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli.

## HAMİLƏLİK TETANİYASI

(Tetania gravidarum)

Hamilə qadınlarda qalxanabənzər ətraf vəzinin fəaliyyəti çatışmadıqda kalsium duzlarının mübadiləsi pozulur (hipokalsiemiya) və nəticədə tetaniya xəstəliyi inkişaf edir.

Patoloji vəziyyətlərin bu formasında yuxarı ətrafların əzələlərinin qıclığı («akuşer əli»), bəzən də aşağı ətrafların əzələlərinin qıclığı («balerina ayağı»), nadir hallarda da üz əzələlərinin qıclığı («balıq ağzı») və gövdə əzələlərinin qıclığı, qırtlaq və mədə əzələlərinin spazmı baş verir. Həmin xəstəliyin gedişi ağırlaşdıqda hamiləliyi pozmaq məsləhət edilir.

Müalicə məqsədi ilə xəstələrə paratireoidin, D, E vitamini və kalsium duzları təyin edilir. Hamilələrdə tetaniyanın müalicəsi müalicə-mühafizəedici rejimin yaradılması ilə qurtarır. Baş beyin qabığının qabıqaltı stukturunu normallaşdırmaq məqsədi ilə psixoterapiya, elektroyuxu, elektroanalgeziya, sedativ maddələr aktiv tətbiq olunur.

Rp.: Tabul. Calcii gluconati 0,5

D. t. d. № 60

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol.Parathyreodini 1ml

D. t. d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 ml əzələyə yeritməli.

Rp.: Tabul. Neruoheel

D. t. d. № 30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Valerianaheel

D. t. d. № 30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Vameloni

D. t. d. № 30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Calcii-D<sub>3</sub>-nikomedi 0,5

D.t.d. № 20

S. Gündə 1 tablet yeməkdən sonra qəbul etməli.

Rp: Tincturae Novo-Passiti 30 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 15 damcı qəbul etməli.

Rp: Sol.Diazepam 0,5%-2 ml

D.t.d.№ 5 in ampul.

S. 2 ml əzələyə yeritməli.



Yaxud

Rp: Tabul.Nitrazepami 0,01

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Ergocalciferoli spirituosae 0,5%- 5 ml

D. t. d. № 5

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yemək zamanı 30 damcı qəbul etməli.

## **SİMFİZİOPATİYA VƏ SAKROİLEPATİYA** (Symphysiopathia, sacroilepathia)

Bu xəstəliklərə hamiləliyin müxtəlif dövrlərində təsadüf edilir. Bu zaman çanaq həddən artıq hərəkətdə olduğundan fosfor-kalsium mübadiləsinin pozulması nəticəsində sümüklərin deformasiyası baş verir, hərəkət çətinləşir, «ördək yerışı» baş verir. Çanaq və aşağı ətraf sümüklərində ağrı, palpasiya zamanı sümüklərin qasıq bitişməsindən ayrıldığı müşahidə olunur.

Xəstəliyə qarşı aparılan kompleks müalicə yaxşı nəticə verir. Xəstələrə kalsium və fosfor duzları, D vitamini (gündə 3 dəfə, hər dəfə 20 damcı), balıq yağı (gündə 3 xörək qaşığı), progesteron (gündə 5 – 10 mq) və kvars təyin olunur.

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10%-500 ml

D. S. Xörək qaşığı ilə gündə bir neçə dəfə qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Calcii glycerophosphatis 0,5

D. t. d. № 30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Ergocalciferoli spirituosae 0,5%-5 ml

D. t. d. № 3

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 20 damcı qəbul etməli.

Rp.: Olei jecoris Aselli 500 ml

D. S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 xörək qaşığı qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Duphastoni 0,010

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet yeməkdən sonra qəbul etməli.

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1%-1 ml

D. t. d. № 6 in ampull.

S. Əzələyə 1 ml yeritməli.

## HAMILƏLİK SARILIĞI

(İcterus gravidarum toxica)

Hamilə qadınlarda sarılığ sərbəst xəstəlik kimi çox nadir hallarda təsadüf edilir. Sarılıq adətən Botkin xəstəliyinin, Veyl-Vasilyev xəstəliyinin (leptospirozun), öd-daşı xəstəliyinin, orqanizmin intoksikasiyalarının və infeksiyon xəstəliklərin əlaməti ola bilər. Xəstəlik qaraciyərin zədələnməsi, dərinin qaşınması və bəzən də qusma ilə müşayiət olunur.

Sarılığa qarşı intensiv dezintoksikasion müalicə aparılır. Arası kəsilməyən qusma zamanı və iştahasızlıqda venaya 40%-li 10–20 ml qlükoza məhlulu eləcə də 5%-li qlükoza məhlulunu natrium-xloridin izotonik məhlulu ilə qarışdırıb düz bağırsağa yeridirlər.

Bununla yanaşı xəstəyə yataq rejimi və pəhriz, 5 nömrəli stol təyin edilməlidir.

Qaraciyərdə mübadilə proseslərini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə, eləcə də virus mənşəli hepatidə B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, C vitaminləri, kokarboksilaza hidroxlorid, lipoy turşusu ilə müalicə kompleks şəkildə aparılır.

Şiddətli hemorragik diatez zamanı və zülal mübadiləsinin kəskin pozulması baş verdikdə orqanizmə albumin, plazma, yaxud Rh faktorunu, qan qrupunu nəzərə alaraq donor qanı yeridilir. Belə hamilə qadınlarda qanaxma təhlükəsi baş verə bilər. Qaraciyərin ciddi zədələnməsində hamiləlik təcili pozulmalıdır.

Qaraciyər fəaliyyətinin ən kəskin çatışmazlığı zamanı qlükokortikosteroid hormonları ilə müalicə aparılmalıdır.

Rp.: Sol. Glucosi 40%-10ml

D. t. d. № 10 in ampul.

S. Venaya 10-20 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Glucosi 5%-100ml

Sol. Natrii chloridi isotonicae 100ml

M. D. S. Damcı üsulu ilə düz bağırsağa imalə etməli.

Rp.: Sol. Essentiali forte 5 ml

D.t.d. № 5 in ampul.

S. Gündə 1 dəfə damcı üsulu ilə 5%-li 10-20 ml qlükoza məhlulunda venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Chophytoli 5 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə venaya tədricən yeritməli.

Rp.: Tabul. Acidi Lipoici 0,025 № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Acidi lipoici 0,5%-2ml

D. t. d. № 10 in ampul.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə əzələyə 2 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,02%-1 ml

D. t. d. № 10 in ampul.

S. Əzələyə günaşırı 1 ml yeritməli.

Rp.: Tabul. Acidi glutaminici 0,5

D. t. d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

## **QARACİYƏRİN KƏSKİN SARI DİSTROFİYASI**

(Dystrophia hepatis acuta)

Bu, hamiləliyin patoloji vəziyyətlərinin ən nadir və ən ağır formalarından biri olub, həddən artıq arasıkəsilməyən qusma nəticəsində, eləcə də qusma olmadan törənir.

Qaraciyər hüceyrələrində yağ və zülal mübadiləsinin pozulması nəticəsində qaraciyərin həcmi kiçilir, şiddətli sarılıq, qaşınma, qusma, tutma şəklində qıcolmalar və koma baş verir, nəhayət xəstə ölür. Belə patoloji vəziyyətdə hamiləlik təcili pozulmalıdır.

## II FƏSİL

### ANA VƏ DÖL ARASINDA İZOSEROLOJİ UYĞUNSUZLUQ HAMİLƏ QADININ REZUS-UYĞUNSUZLUĞUNUN MÜALİCƏSİ

Ana və döl qanının izoantigen uyğunsuzluğu anada və döldə müxtəlif ağırlaşmaların meydana çıxmasında əsaslı rol oynayır. Bu uyğunsuzluq özbaşına aborta, vaxtından əvvəl doğuşa, yenidoğulmuşun hemolitik xəstəliyə tutulmasına və dölün ölü doğulmasına səbəb olur. Adətən göstərilən ağırlaşmaların hamısı rezus həssaslığı artmış rezus-mənfi qadınlarda baş verir. Bu isə əvvəlki hamiləliyin rezus-müsbət uşağın doğulması ilə nəticələnməsində, yaxud qadına rezus-müsbət donor qanının köçürülüməsində inkişaf edir.

Rh (-) amil üzrə uyğunsuzluq əsasən dölün eritrositlərində Rh (+) olan Rh (D) - antigeni üzrə baş verən ananın izoimmunizasiyası Rh (-) ilə nadir hallarda isə (5%) dölün digər antigenlərinə qarşı (Kell, Daff və Kidd sistemləri üzrə) immunizasiyası ilə əlaqədardır.

Müəyyən edilmişdir ki, dölün və yenidoğulmuşun xəstəliklərinin ağırlıq dərəcəsi ilə ana qanının rezus-anticism titrinin miqdarı arasında asılılıq vardır.

Hazırda rezus-uyğunsuzluğun mexanizmi mükəmməl öyrənilmişdir. Məlumdur ki, dölün rezus antigenləri ciftdən ana qanına keçərək rezus anticismlər əmələ gətirir və onlar da cift vasitəsilə yenidən dölün qanına keçir və onun eritrositlərini parçalayır. Nəticədə tədricən bilirubinemiya inkişaf edir ki, o da hemolitik sarılıq xəstəliyi şəklində təzahür edir.

Rezus (-) mənfi anaların yalnız 9-12%-nin uşaqları rezus-müsbət doğulur, amma yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyinin sarılıqlı forması rezus-mənfi hamilə qadının doğduğu rezus-müsbət uşaqlardan iyirmisindən birində təsadüf olunur. Bu vəziyyət onunla izah edilir ki, rezus-mənfi olan insanların heç də hamısı izoimmunizasiyaya uğramaq və anticism hasil etmək qabiliyyətinə malik deyildir. Bununla belə, dölün rezus izoimmunizasiyasına şübhə ehtimalı qadınlar profilaktik müalicə almalıdırlar.

Rezus uyğunsuzluğu olan hamilə qadınların müalicəsi stasionar şəraitdə 10-12 gün müddətində 3 kursla aparılır. Birinci müalicə kursu hamiləliyin əvvəlində, (10-13 həftə) II-ci müalicə kursu hamiləliyin ortasında - 22-24-cü həftəsində, III müalicə kursu isə hamiləliyin 32-34-cü həftələrində aparılır.

Rezus-uyğunsuzluğu zamanı aparılan müalicə səmərə vermədikdə hamiləliyin 35-36-cı həftələrində təbii yolla vaxtından əvvəl doğuş aparılır: çanaq dar olduqda, cift və göbək ciyəsi düzgün yerləşmədikdə, doğuş fəaliyyəti zəiflədikdə və s. hallarda döl kesar kəsiyi ilə xaric edilir.

Hazırda rezus-uyğunsuzluğunu müalicə etmək üçün aşağıda göstərilən antihistamin preparatlardan geniş istifadə olunur: kalsium-xlorid, dimedrol, diprazin, suprastin, diazolin və s. Bunlarla yanaşı, xəstəyə kortikotropin, kortizon, aminokapron turşusu, reopoliqlükün, hemodez, antirezus qammaqlobulini və s. təyin edilir.

Qeyri-spesifik desensibilizəedici terapiyaya 20 ml 40%-li qlükoza məhlulunda 5%-li 2 ml askorbin turşusu və 100 mq kokarboksilaza hidroxlorid daxildir. Daxilə rutin 0,02 q 3 dəfə, teonikal 0,15 q 3 dəfə, yaxud metionin 0,25 q və kalsium qlükonat 0,5 q 3 dəfə, dəmir preparatları, tokoferol asetat (vitamin E) 1 kapsula (gəcələr) təyin edilir. Antihistamin preparatlarının tətbiqi gecələr məsləhətdir (0,05 q dimedrol, 0,025 q suprastin).

Rp.: Sol. Glucosi 40%-10ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Venaya 5%-li 2 ml askorbin turşusu ilə birlikdə yeritməli.

Rp.: Cocarboxylasi hydrochloridi 0,05

№10 in ampull.

D.S. Gündə 1 dəfə hər ampulun möhtəviyyatını 3 ml həlledicidə həll edib əzələyə yeritməli.

Müalicə kursunda hər gün 20-40 ml qlükoza 4-5 ml 5% askorbin turşusu ilə vena daxilinə, poliqlükün 50-60 ml vena daxilinə 4-5 gündən bir yeridilir. Əlavə olaraq, sutkada bir dəfə 5% 1 ml tokoferol asetat əzələ daxilinə, siankobalamin 200-300 mq günaşırı, dimedrol, yaxud suprastin, prednizolon hamiləliyin II və III üç aylığında 0,005 q sutkada bir dəfə təyin edilir. Rh (-) qadınlarda antigenlə sensibilizasiya olmadıqda doğuşdan, yaxud abortdan bilavasitə sonra 48 saat müddətində rezus sensibilizasiyanın qabağını almaq üçün əzələ daxilinə 1 doza rezus əleyhinə insan immunoqlobulini Rh<sub>0</sub> (D) yeridilir.

Antenatal profilaktika üçün hamiləliyin I üçaylığında (10-13 həftə) 50mqq 28 həftəliyində qadınlara 300 mqq anti-Rh<sub>0</sub> (D) immunoqlobulini (Bey Rou Di), yaxud HiperRou - S/ D təyin edilir. 300 mqq (1500 TV) anti Rh<sub>0</sub>(D) immunoqlobulini immunlaşdırılmamış hər rezus-mənfi qadınlara doğuşdan sonra 350 mqq 72 saat müddətində Rh - müsbət uşaq doğulduqda yeridilir.

Rp.: Sol. Glucosi 40% - 20 ml

D.t.d. № 10 in ampull.  
S. 20 ml venaya yeritməli.  
Rp.: Sol. Polyglucini 400 ml  
D.t.d. № 3  
S. Damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

#### VİTAMİNLƏR

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. 1 ml əzələyə yeritməli.  
Rp.: Tabul. Rutini 0,02  
D.t.d. № 25  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Rp.: Sol. Tocopheroli oleasae 20%-0,5 ml.  
D.t.d. №15 in caps. gelat.  
S. Gündə 1-2 kapsul qəbul etməli.  
Rp. Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1 ml.  
D.t.d. № 30 in ampull.  
S. 1 ml hər gün, yaxud günaşırı əzələ daxilinə 1 ay ərzində yeritməli.  
Rp.: Caps. "Parvulex" №30  
D.S. Gündə 1 dəfə , hər dəfə 1 kapsul qəbul etməli.

#### ANTIİSTAMİN PREPARATLAR.

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05  
D.t.d. № 20  
D.S. Gündə 1 dəfə axşam yatmadan 1 saat əvvəl qəbul etməli.  
Rp.: Tabul. Suprastini 0,025.  
D.t.d. №20  
S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Rp.: Dragee Diazolini 0,05.  
D.t.d. № 20.  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 draje qəbul etməli.  
Rp.: Sol. Diprazini 2,5% - 1 ml  
D.t.d. № 6 in ampull.  
S. Gündə əzələyə 1 ml yeritməli.  
Rp.: Sol. Novocaini 2%- 5 ml  
D.t.d. № 15 in ampull.  
S. Günaşırı əzələyə 5 ml yeritməli.

## DƏMİR PREPARATLARI

Rp.: Tabul. "Ferro-plex" N 30.

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. "Ferrotoni" N 20.

D.S. Gündə 2 dəfə (yeməkdən sonra) 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Maltopheri N30

D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Caps. "Eurofari" N30

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsul (yeməkdən sonra) qəbul etməli.

## REZUS ƏLEYHİNƏ İMMUNOQLOBİLİN

Rp.: Anti-D-immunoqlobulini 0,3 N1

S. Bir dəfə əzələ daxilinə 3mg (1,5ml) yeritməli.

V.R. Sidelnikova fəsadlaşmış mamalıq anamnezi və kəskin sensibilizasiyası olan hamilələrin qeyri-spesifik terapiyasına kiçik dozada prednizolon əlavə etməyi və plazmoferez məsləhət görür.

Rp.: Tabul. Prednizoloni 0,05

D.t.d. № 20.

S. Gündə 6 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet 6-7 gün ərzində qəbul etməli, sonra tədricən sutkalıq dozaları azaltmalı.

Yaxud

Rp.: Tabul. Metypredi 0,004

D.t.d. № 30

S. Gündə 1 dəfə  $\frac{1}{2}$  – 1 tablet qəbul etməli

Bir qayda olaraq, doğuşun təbii yolla aparılmasına icazə verilir. Xoşagəlməz mamalıq situasiyalarında (cift gəlişi, dölün qeyri-düzgün vəziyyətində, uşaqlıqda çapıq, göbək ciyəsinin düşməsi və s.) kesar kəsiyi həyata keçirilir.

Profilaktikası – doğuşdan sonra yaxın 72 saat ərzində rezus sensibilizasiya əleyhinə zərdab yeridilir.

Kesar kəsiyi əməliyyatından, ciftin əllə ayrılmasından, mamalıq məşalarının tətbiqindən sonra, transpləntar qanaxma arta bilər, ona görə də anti – D – qlobulinin dozasını 1,5 dəfə artırmaq lazımdır. Rezus mənfi qanlı qadının izosensibilizasiyası abort zamanı da baş verə bilər. Belə halda rezus əleyhinə qlobulin süni, özbaşına abortdan və uşaqlıqdan kənar hamiləlikdən sonra yeridilir.

## YENİDOĞULMUŞ UŞAQLARIN HEMOLİTİK XƏSTƏLİYİ

Yenidoğulmuş uşaqların hemolitik xəstəliyi ən ağır xəstəliklərdən biri hesab olunur.

Landşteynerin və Vinerin 1940-cı ildə insan qanında yeni rezus-antigenini tapmaları həmin xəstəliyin etiologiyasını aydınlaşdırmağa imkan verdi.

Hazırda müəyyən edilmişdir ki, yenidoğulmuş uşaqların hemolitik xəstəliyi nəinki yalnız ana ilə döl qanının rezus-amilinə həmçinin ABO sisteminin aqlütinogen qruplarına görə uyğunluğu nəticəsində də əmələ gəlir. Hemolitik xəstəlik ən çox ananın qanı O (I) qrup, uşağın qanı isə A (II), yaxud B (III) qrupundan olduqda inkişaf edir.

Yenidoğulmuş uşaqların hemolitik xəstəliyinin 3 forması mövcuddur: 1) ödem forması (anadangəlmə ümumi ödemlər); 2) sarılıq forması (yenidoğulmuşların şiddətli sarılığı); 3) anemiya forması (yenidoğulmuşların anadangəlmə anemiyası).

Ödemli formada uşaq yetişməmiş, bütün toxumaları kəskin ödemli, dəri örtüyü və selikli qişaların avazıması ilə doğulur. Seroz boşluqlara transsudat yığılır. Ürək-ağciyər çatışmazlığı əlamətləri tez bir müddətdə meydana çıxır. Kəskin hepato və splenomeqaliya, anemiya inkişaf edir. Sümük iliynin seyrəlməsi ilə bağlı kəskin anizo-, poykilo-, leykositoz, qanda leykositlərin sola meylliliyi baş verir. Cift böyükdür, ödemlidir, uşaqlar yaşamaq qabiliyyətinə malik olmur, ölüdoğulmalar, yaxud doğulandan ilk saatlarda sonra ölürlər.

Yenidoğulmuşun hemolitik xəstəliyinin sarılıq forması – ağırdır və daha tez-tez rast gəlinir. Əsas simptomları: dəri örtüyü avazıması və sarımtıldır, qaraciyər və dalaq əllənir, hemorraqik sindrom, MSS-nin zədələnməsi, retikulositoz, anemiya və normablastroz. Göbək ciyəsi damarında bilirubin sənviyyəsi 51-170 mmol/l saat hesabı ilə artır, (3,5-17 mmol/l-dən) üçüncü sutkada maksimuma çatır. Vaxtında müalicə və hemotransfuziya əvəz edilərsə, uşaqların həyatını qorumaq olar.

Anemik forma xəstəliyin daha yüngül forması hesab olunur. Onun əsas kliniki simptomları: dəri örtüyünün avazıması, ixtarikliyi, qaraciyərin, bəzən dalağın böyüməsi, hemoqlobinin, eritrositlərin, retikulositlərin aşağı düşməsi doğulandan dərhal, yaxud 2 həftə ərzində inkişaf edir. Düzgün, vaxtında müalicə bir qayda olaraq sağalmaya səbəb olur.

«Bayer» firmasının antirezus qamma-qlobulinin təcili yeridilməsi vacibdir. Bey-Roy-Di hamiləliyin 10-13 həftəsində 50 mkq 28-ci həftəsindən birdəfəlik doza 250 mkq təşkil edir, əzələ daxilinə, hamiləlik



pozulduqdan əvvəl və sonra, eləcə də invaziv üsullardan (xorion biopsiyası, amniosentez, kordosentez) sonra yeridilir. Doğuşdan sonra antirezus qamma-qlobulin 72 saat ərzində ehtimal edilir.

Yenidoğulmuş uşaqların hemolitik xəstəliyinin kompleks müalicəsinin ən mühüm tədbirlərindən biri əvəzedici qan köçürmədir ki, o da xüsusi stasionar şəraitdə aparılır. Bunun üçün doğuş qurtaran kimi yenidoğulmuş uşaqda hemolitik xəstəliyin kliniki əlamətlərinin olmasını müəyyən etmək lazımdır. Uşağın göbək venasından qan götürüb onun qan qrupunu və qanda olan bilirubinin miqdarını təyin edirlər. Əgər uşağın qan qrupu O (I) olarsa, o zaman tədqiqat bununla tamamlanır. Əgər qan A (II), B (III) və ya AB (IV) müəyyən edilərsə, yenidoğulmuş uşaq 6 gün müddətində ciddi nəzarət altında saxlanılır.

Qanı rezus-mənfi olan anadan doğulmuş uşağın həyatının ilk dəqiqələrində hemoqlobinin 15%-dən aşağı düşməsi və bilirubinin 3 mq %-dən artıq olması həmin uşağın qanının hemolizə uğradığını göstərir.

Yenidoğulmuş uşaqların hemolitik xəstəliyinin kompleks müalicəsi aparıldıqda bilirubinemiya ilə mübarizə aparmaq məqsədilə uşağın venasına sutkada 2-3 dəfə qan serumu, eləcə də hər kiloqram çəkiyə 10 ml hesabı ilə hemodez yeridilir. Bununla yanaşı, xəstə uşaqlara B qrupu vitaminləri, metionin, qamma-qlobulin, mərkəzi sinir sisteminin oyanması olduqda isə (qıcolmalarda) oksigen müalicəsi təyin edilir.

Hemolitik xəstəlik zamanı böyrəküstü vəzinin zədələnməsi ilə əlaqədar, xüsusilə xəstəliyin ağır sarılıqlı formasında xəstə uşaqlara steroid hormonların təyin edilməsi zəruridir.

Qaraciyərin bilirubin ifrazedici fəaliyyəti pozulduqda və ödün qatılmaşması ilə əlaqədar uşağın nəcisi rəngsizləşdikdə qaraciyər nahiyəsinə isti qoyulur, öd kisəsi nahiyəsi masaj edilir, uşağa 6-8 gün müddətində gündə 2-3 dəfə, (hər dəfə 1 çay qaşığı) 25%-li maqnezium-sulfat məhlulu verilir.

Postnatal dövrdə olan hemolitik xəstəliyin kompleks müalicəsinə fototerapiya məsləhətdir. Bilirubinin səviyyəsini aşağı salmaqda ən effektiv metod qan köçürülməsidir. Yetişişmiş uşaqlarda Kumbs sınağının müsbət olması, hemoqlobinin miqdarının 90 q/l-dən aşağı olması, bilirubinin 342 mkmol/l olması, bilirubinin artma tempinin (saatda) yüksək olması 6,0 mkmol/l və ciyə qanında onun səviyyəsini 60 mkmol/l olması ona göstərişdir.

Hemolitik xəstəliyin konservativ müalicəsinə zülal tərkibli məhlulların qlükoza ilə birlikdə vena daxilinə yeridilməsidir.

Rp.: Sol. Glucozi 40 % – 20 ml.

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Albumini 10%-100 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

#### QICOLMA ƏLEYHİNƏ MADDƏLƏR

Rp.: Tab. Phenobarbitali 0,01

D.t.d. № 6

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli ( 5 mq/kg).

#### HEPATOPROTEKTORLAR

Rp.: Tabul.Zixorin 0,1

D.t.d. № 10.

S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul.Carboleni 0,25

D.t.d. №10

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi ascorbinici 0,05.

D.t.d. №50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Vikasoli 1%-1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Əzələyə 1 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Tocopheroli oleosae 20% - 0,5 ml.

D.t.d. №15 in caps. gelat.

S. Gündə 1-2 kapsul qəbul etməli.

«Ödün qatılma» zamanı daxilə 5-10%-li maqnezium sulfat təyin etməli, uşağı gündəlik işıq lampası ilə şüalandırmalı.

Rp.: Sol. Magnezii sulfatis 5%-5 ml.

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Hemolitik xəstəlikli uşaqları həyatlarının 5-10-cu günü qidalandırmamağa başlamaq lazımdır. Əgər xəstə uşağa autohemoterapiya edilməyibsə, onu 2-3 həftə ərzində donor südü ilə (steril!) əmizdirmək lazımdır.

Hemolitik xəstəlik keçirən uşaqların III-IV həftəsində çox halda anemiya baş verir. Odur ki, 2 ay ərzində qanda hemoqlobinin miqdarı yoxlanmalı və xəstəyə hemopoezi sürətləndirən dərmanlar təyin edilməlidir.

### III FƏSİL

#### BƏTNDAXİLİ İNFEKSIYA

#### I. EMBRİONUN VƏ DÖLÜN VİRUS XƏSTƏLİKLƏRİ HERPES VİRUS

Herpes virus DNK virusudur, 2 serotipdən ibarətdir: HSV-1 və HSV-2. Herpes virusu (genital HSV-2) 75-80% hallarda neonatal infeksiyalara səbəb olur. Xroniki gedişli herpesdə dölün intranatal infeksiyalaşması 0,5-1%, kəskin gedişlidə isə dölün doğuşda infeksiyalaşma riski 40%-ə çatır.

Herpetik infeksiya zamanı ciftin və dölün zədələnməsi hamiləliyin istənilən müddətində baş verə bilər və anadangəlmə inkişaf qüsurunun formalaşmasına, dölün antenatal ölümünə, yaxud vaxtından qabaq doğuşa gətirib çıxarır.

Döl üçün xoşagəlməz nəticə xəstəliyin transpləntar yolla (hematogen) ötürülməsi ilə bağlıdır. Qalxan yolla (uşaqlıq boynundan) infeksiyalaşma – törədicinin çoxalması, dölyanı mayədə toplanması və çoxsululuq ilə müşahidə edilir.

Postnatal dövrdə yenidoğulmuşun herpetik infeksiyalaşması ananın dərisindən, digər qohumlardan, (habelə tibbi personaldan) yoluxma nəticəsində baş verə bilər.

Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsindən və lokalizasiyasından asılı olaraq prosesin 3 mərhələsi ayırılır:

I mərhələ – xarici cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi;

II mərhələ – herpetik kolpit, servisit, uretrit;

III mərhələ – uşaqlığın, artımların, sidik kisəsinin infeksiyalaşması.

Səpgilərin ağırlılığı, tez sağalması, bərkimənin olmaması, yara kənarının hamar olmaması herpetik infeksiyanın əlamətidir. Virus limfatik sistemlə yayılır.

Sadə herpes virusunu təyin etmək üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə edilir: virusoloji, sitoloji, immunoloji. Müayinə üçün xarici cinsiyyət üzvlərindən (vulvadan) epitel hüceyrələrdən və yaxud uşaqlıq yolundan, servikal kanaldan, endometriumdən qəşıntı götürülür. Laborator diaqnostikaya (İFA, ZPR və s) zədələnmənin kliniki şəkli xasdırsa, bu yüksək dərəcəli dürüst diaqnoz qoymağa imkan verir.

ÜST tövsiyəsinə görə, herpes əlamətlərinin doğuşa 6 həftədən 1 həftəyə qalmışa qədər baş verdiyi hallarda əvvəlcədən döl qişasını deşmədən kesar kəsiyi göstərişdir.

Hamiləliyin erkən müddətində birincili infeksiyalaşma zamanı, onu pozmaq məsələsi vacibdir. Əgər xəstəlik daha gec müddətdə baş veribsə, yaxud qadın hamiləlik başlayana qədər infeksiyalaşıbsa virus əleyhinə terapiya tətbiq edilir.

Herpesin kliniki simptomları baş verdikdə, qadınların əsas müalicəsi hamiləliyin müddətindən asılı olaraq aparılır.

Asiklovir - hamiləliyin 12 həftəsindən sonra tətbiq edilir. İkinci üçaylıqda asiklovir (200 mq) daxilə hər 4 saatdan bir təyin edilir, xəstəliyin ağırlaşmış gedişi zamanı (pnevmoniya, ensefalit, koaqulopatiya) vena daxilinə 7,5 mq/kq (8 saatdan bir - 14 gün) yeridilməsi lazımdır. Eyni vaxtda viferon şam şəklində rektal 5-10 gün (orta kurs doza 2,5 ml TV), E və C vitaminləri, immunomodulyatorlar və qanın lazerlə şüalanması, plazmaferez və enterosorbsiya təyin edilir.

Virusəleyhinə terapiya I trimestrdə yalnız disseminəedilmiş HSV infeksiyasındakı kimi aparılır: 5-10 mq asiklovir vena daxilinə - damcı üsulu ilə (gündə 3 dəfə, 10 gün). Təsiri olmadıqda hamiləliyin pozulması məsləhətdir.

Residiv zamanı immunokorreksiya məqsədi ilə vena daxilinə damcı üsulu ilə 25 ml insanın normal immunoqlobulini yeridilir (günaşırı 3 dəfə) və səpgi zamanı yerli terapiya kimi, 5%-li asiklovir kremi sürülür.

II və III trimestrdə – birincili infeksiyada və ağır residivdə yüksək riskdə virusəleyhinə terapiya olaraq, asiklovir - 200 mq (gün ərzində 5 dəfə daxilə) 7-10 gün, yaxud gündə 3 dəfə 400 mq təyin edilir. 20-ci həftədən sonra «viferon – 1» şamı, 28-ci həftədən sonra «viferon – 2» şamı (1 şam gün ərzində 2 dəfə - 10 gün) tətbiq olunur.

Gec müddətdə asiklovir, qansiklovir 200 mq per os hər 4 saatdan bir (həm də çox ehtiyatla! təyin etmək olar. Asiklovir (zoviraks) xəstəliyin ilkin əlamətləri təzahür etdikdən sonra 72 saatdan gec olmayaraq daxilə təyin edilir.

Ana-cift-döl sistemində hemodinamika pozularsa, II üçaylıqda 250 mq aspirin (günaşırı - 3 həftə müddətində), II və III aylıqda – 100 mq pentoksifillin (trental) sutkada, yaxud dipiridimol (kurantil - 75 gündə 2-dəfə), eyni vaxtda 400 ml reopoliglükün vena daxilinə (tədricən - damcı üsulu ilə) yeridilir (5 infuziya). Hamiləlik zamanı 12 həftəyə qədər (18-20, 28-30, 37-38-ci həftələrdə) qadını müayinə etmək lazımdır.

Herpesin ağır forması zamanı remissiya fazasında herpetik vaksinanın tətbiqi mümkündür: 3 gündən bir dəri altına 0,25 ml (5 inyeksiya), 2 həftə fasilə, sonra 7 gündən bir 0,25 ml (5 inyeksiya).

Belə vəziyyətlərdə tələb olunur:

1. Cinsi tərəf - müqabilin mütləq müalicə olunması.
2. Hamiləliyin erkən müddətində kəskin herpetik infeksiya aşkar olunarsa, bu hamiləliyin pozulmasına göstərişdir.
3. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məsləhəti: herpes əlamətlərinin təzahür etdiyi hallarda 1 həftənin gedişindən doğuşa lay qalmışa qədər əvvəlcədən (döl kisəsini yırtmadan) kesar kəsiyi aparmaq lazımdır.

I trimestr - virus əleyhinə yerli terapiya aparılır.

#### XARİCƏ TƏTBİQ ÜÇÜN VİRUS ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Cremoris Acicloviri 5%-5,0

D. S. Gündə 2-3 dəfə 0,1-0,2 sm səpgilər itənə qədər sürtməli  
(herpetik səpgilər zamanı).

Rp.: Sol. Miramistini 0,01% -30 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə uşaqlıq yolunun işlənməsi, 8-10 gün (qarışıq infeksiya zamanı) təyin edilir.

Rp.: Aerosoli Epigen intimi 60 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə uşaqlıq yoluna çiləməli, (8-10 gün).

Rp.: Creamoris Epigen intimi 0,1% - 5 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 0,2-0,3 sm, olmaqla uşaqlıq yolunun işlənməsi, 8-10 gün.

Rp.: Gelii Viru-Merz Serol 1% - 5,0

D.t.d. № 1

S. Gündə 3-5 dəfə, hər dəfə 0,2-0,3 uşaqlıq yoluna sürtməli.  
8-10 gün.

II-III trimestr

#### SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN VİRUS ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Acicloviri 0,2

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 4-5 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5 gün.

Rp.: Valacicloviri 0,5

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

## XARİCƏ TƏTBİQ ÜÇÜN PREPARATLAR

Rp.: Unguenti Acicloviri 5%-5,0

D.t.d. № 1

S. Gündə 2-3 dəfə (0,1-0,2 sm) səpgilər itənə qədər sürtməli (herpetik səpgilər zamanı).

Rp.: Sol. Miramistini 0,01%-30ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə uşaqlıq yolunun işlənməsi, 8-10 gün (qarışıq infeksiya zamanı təyin edilir).

Rp.: Aerosoli Epigen intimi 60 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə uşaqlıq yoluna çiləməli, 8-10 gün.

Rp.: Creamoris Epigen intimi 0,1% -5 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 0,2-0,3 sm uşaqlıq yolunun işlənməsi, 8-10 gün.

Rp.: Suppos. Povidon yodidi 0,2

D.t.d. № 12

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 şam olmaqla uşaqlıq yoluna yeritməli 7 gün.

Rp.: Creamoris Virazoli 7,5% -30ml

D.t.d. № 1

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,2-0,3 sm uşaqlıq yoluna yeritməli, 5-7 gün.

## İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

Immunoterapiya I-II trimestrdə və 37-38 həftədə aparılır.

*Immunomodulyatorlar.*

▪ İnsanın normal immunoqlobulini (0,25 q/kq) günəşırı vena daxilinə - damcı üsulu ilə yeridilir (3 dəfə).

Rp.: Suppos. Kipferoni 1000000 TV

D.t.d. №-10

S. Gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli.

Rp.: Tabul. Lavomaksi 0,125

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə 1 tablet (2 gün), sonra günəşırı 1 tablet qəbul etməli (cəmi 20 tablet).

*Bitki mənşəli immunomodulyatorlar*

▪ Jenşen ekstraktı - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.

- Limonnik meyvəsinin dəmləməsi gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.
- Eleuterokokk kökünün ekstraktı - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.

*Enzim sistemləri*

Rp.: Dragee Wobenzymi 0,9

D.t.d № 50

S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 3-5(0,9-1,5q) draje qəbul etməli, 30 gün gündəlik doza 8,1-22,5q.

Virus infeksiyasının residivi zamanı metabolik terapiya aparılması məqsəduyğundur. Preparatlar 10 gün 2-3 həftə fasilə ilə təyin edilir. Bu zaman vitamin kompleksi mikroelementlərlə istifadə edilir (materna, preqnavit, parvulex və s.).

Rp.: Tabul. "Materna" N50

D. S. Gündə 1 dəfə, (hər dəfə 1 tablet) qəbul etməli.

Rp.: Tabul. "Pregnaviti" "N 30

D. S. Gündə 1 dəfə, (hər dəfə 1 tablet) qəbul etməli.

Rp.: Caps. "Parvulex" N30

D. S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsul II-III trimestrdə - 2 kapsula qədər qəbul etməli.

## VİTAMİNLƏR

*I kompleks*

Rp.: Cocarboxylasi hydrochloridi 0,05

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Hər ampulun möhtəviyyatını gündə 1 dəfə 3 ml həlledicidə həll edib hər dəfə 0,1 qram əzələ daxilinə yeritməli (5 gün).

Rp.: Tabul. Ribolflavini 0,005

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet olmaqla (0,005-0,1q) daxilə qəbul etməli, (5 gün).

*Yaxud*

Rp.: Sol.Riboflavini 0,01% - 10 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S.Gündə 1 dəfə, hər dəfə 10 ml əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. Acidi lipoici 0,025

D.t.d.№ 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, 5 gün (gündəlik doza 0,03 - 0,15 qram)

Rp.: Tabul. Calcii pantothenatis 0,1

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet daxilə qəbul etməli, 5 gün.

Rp.: Sol. Tocopheroli oleosae 20%-0,5 ml

D.t.d № 15 in caps. gelat.

S. Gündə 3dəfə hər dəfə 1kapsul olmaqla (0,05- 1q) daxilə qəbul etməli, 5 gün (gündəlik doza 0,15-0,3 qram)

## *II kompleks*

Rp.: Tabul. Riboxini 0,2

D.t.d.№ 50

S.Gündə 2 dəfə daxilə qəbul etməli (5 gün).

Rp.: Tabul. Kalii orotatis 0,5

D.t.d.№ 30

S.Gündə 3 dəfə yeməkdən 1 saat qabaq daxilə qəbul etməli (5 gün).

Rp.: Tabul. Pyridoxini 0,002

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,02qram daxilə qəbul etməli, (5 gün) gündəlik doza 0,06.

Rp.: Sol. Tocopheroli oleosae 20%-5 ml

D.t.d № 15 in caps. gelat.

S.Gündə 3 dəfə hər dəfə 1 kapsul olmaqla (0,05-0,1q) daxilə qəbul etməli 5 gün.

Rp.: Tabul. Acidi folici 0,001

D.t.d № 30

S.Gündə 3 dəfə daxilə qəbul etməli (5 gün).

Rp.: Folacini 0,005

D.t.d № 10 in tabl.

S.Gündə 1 dəfə daxilə qəbul etməli (5 gün).

- Herpetik infeksiyanın residivi zamanı plazmaferez tətbiq edilir, 1-2 gün fasilələrlə (2-3 seans).

## **Sitomeqalovirus.**

Sitomeqalovirus (SMV) – məlum viruslardan daha geniş yayılmışdır, döl bətdaxili inkişaf dövründə yoluxur.

Yenidoğulmuşlarda birincili, yaxud ikincili infeksiya olmasına baxmayaraq, anadangəlmə infeksiya əlamətləri aşkar edilə bilər. Avropa statistikasına əsasən 1000 doğuşdan 3-5-ində anadangəlmə SMV-yə rast



gəlinir. Xarici müəlliflərin son tədqiqatları ilə razılaşmaq olar ki, dölün infeksiyalaşması riski yüksəkdir və bütün yenidöğülmuşlərdə 0,2-2% təşkil edir.

Sitomegalovirus DNT virusudur- herpes ailəsi virusuna aiddir (herpes virusu, Epstein- Barr, su çiçəyi). Bu virusun adı infeksiyalaşmış toxumada müəyyən edilən iri hüceyrələrin (bəzən isə “bayquş gözünü” xatırladan) tapılması ilə əlaqədardır. SMV müxtəlif toxumaları infeksiyalaşdırır: sümük iliği hüceyrələrini, mədə-bağırsaq traktını, genital üzvləri və s. SMV müxtəlif kliniki əlamətlərlə müşayiət edilir.

Dölün birincili infeksiyalaşması və zədələnməsi ananın xroniki latent infeksiyalaşması hallarında baş verə bilər. SMV opportunist infeksiya hesab edilir, kliniki şəkli birincili, yaxud ikincili immunodefisit şəraitində olur. Hamıya məlum olan bütün amillər arasında fizioloji immun depressiya – birinci yerdə hamiləlik SMV-nin yayılmasına və reaktivləşməsinə səbəb olur. Xəstəlik hamilə qadınlarda latent formada keçir. Nəticədə çox halda özbaşına abort baş verir, ana bətinində döl tələf olur. Adətən döl hamiləliyin birinci 3 ayında xəstəliyə tutulur.

SMV insan orqanizmində davamlı latent yaşamaq qabiliyyətinə malikdir. Orqanizmdə persistensiya edən virus uzun müddət ətraf mühətdən ayırd edilə bilər.

Birincili və ikincili infeksiya orqanizm mayesində virus ifrazı ilə bağlıdır – sidik, tüpürcək, sperma, uşaqlıq boynu seliyi və ana südü. Bundan başqa, SMV-nin cinsi yolla, qan köçürmə və trasplantasiya, çox sıx məişət əlaqələri zamanı ötürülməsi də müəyyən edilmişdir. Vitus ətraf mühitin, zəif antiseptiklərin (sabun), istinin təsirindən tez məhv olur. Qısa müddətli ünsiyyətdə infeksiyalaşma nadir hallarda müşahidə edilir. SMV ilə infeksiyalaşmanın tezliyi seksual aktiv insanlarda yüksəkdir. Birincili infeksiyalaşmaya çoxlu miqdarda Jq M hasili xarakterlidir. İmmun cavabın inkişafı həddində Jq M titri azalır, lakin JqG titrinin xeyli artması baş verir. Sonra isə JqG azalmır, lakin JqM-dən fərqli olaraq bütün həyatı boyu qanda müsbət titrlə qalmaqda davam edə bilər.

Bətdaxili infeksiyalaşma I trimestrdə baş verərsə MSS-nin qüsurları mikrosefaliya, hidrosefaliya, baş beyində kalsinatlara gətirib çıxarır. Ürək qüsuru, qulaq seyvanının defarmasiyası, digər inkişaf qüsurları ola bilər. MSS ilə yanaşı, gözün zədələnməsi də baş verə bilər. (xorioretint, kataratka, görmə sinirinin atrofiyası). Anadangəlmə sitomeqaliya zamanı pnevmoniya və böyrəklərin zədələnməsi müşahidə edilir. İnfeksiyanın kliniki şəkli ilə yenidöğülmuşün ölümü 30 %-ə çatır, yaşayanların 90 %-dən çoxunda nevroloji simptomlar qeyd olunur,

eşitmənin itirilməsi, əqli və psixomotor inkişafın ləngiməsi, epilepsiya, görmənin patologiyası, nitqin müxtəlif pozulmaları baş verir. SMV-nin laborator diaqnostikasına qanın immunoferment (İFA) analizi daxildir. JqG və JqM təyin edilməlidir. Dinamikada JqG-nin təyin edilməsi əsasən də onun səviyyəsinin dördüfəlik yüksəlməsi, eləcə də JqM spesifikliyi hamilənin birincili infeksiyalaşmasına daha tutarlı sübutdur. İndiki vaxtda diaqnostika seroloji müayinə sırasında daha həssas üsul olan ZPR-dən istifadə edilir. Bu üsul sitomeqalovirusu, DNT-ni kiçik dozada müəyyən etməyə imkan verir. Müayinə üçün material burun- udlaqdan, servikal kanaldan, uretradan və qandan götürülür. Dölün bətnədaxili infeksiyalaşmasının diaqnostikasında ultrasəs müayinəsi və uşaqlıq arteriyasında dölün göbək arteriyasında və orta beyin arteriyasında dopplermetriya əhəmiyyətli rol oynayır. Hamiləliyin I trimestrində SMV ilə birincili infeksiyalaşma təsdiq olunan hallarda hamiləliyin pozulması, III trimestrində isə- nəzarət məsləhətdir.

SMV-nin müalicəsi üçün qansiklovir, foskarnet, valsiklovir, (axırınının qanda konsentrasiyası asiklovirdən 3-5 dəfə yüksəkdir daha münasibdir. Hamiləliyin 20-ci həftəsindən sonra suppozitorium viferon - 1, 28-ci həftəsindən sonra viferon-2 (sutkada 2 dəfə 1 şam -10 gün) istifadə edilir. Eləcədə metabolik terapiya (bax: herpesin müalicəsi) və göstərişlə- plazmaferez və EVLŞ (endovaskulyar lazer şüalanması) təyin edilir.

Hamiləlik zamanı SMV-nin müalicə sxemi  
İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ  
KORREKSİYASI

İmmnomodulyatorlar

Rp.: Sol. Sitotekti 5 ml

D.t.d № 4 in ampull.

S. Həftədə 2 dəfə vena daxilinə 5ml yeritməli (14gün).

Hər 2 gündən bir-2 ml/kq çəkiyə olmaqla-kliniki əlamətlər itənə qədər passiv immunizasiya aparmaqla qutarır. Müalicəsi sitomeqalovirus əleyhinə immunoqlobulindir.

Kliniki praktikada insanın normal immunoqlobulinin vena daxilinə sutkada 0,25-0,5 q/kq damcı üsulu ilə günaşırı 3 dəfə yeridilməsindən müvəffəqiyyətlə istifadə edilir.

▪ İnsanın normal immunoqlobulini vena daxilinə damcı üsulu ilə 3 dəfə 0,25-0,5 q/kq olmaqla günaşırı, hamiləliyin I, II, III üçaylığında – F-4 ml/kq bədən çəkisinə-14 gündən bir (3 kurs).

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$  2 $\beta$  500000 TV.

D.t.d. № 10

S. Gündə 1-2 dəfə 500min-1mln TV düz bağırsağa yeritməli (hər üçaylığında 10 gün).

Yaxud

Rp.: Suppos. Viferoni 500000 TV

D.t.d.№10

S.Gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli, 10gün (sutkalıq doza 500min -1 mln.TV

Yaxud

Rp.: Suppos. Kipferoni 1 000000.TV

D.t.d.№10

S. Gündə uşaqlıq yoluna 1 şam yeritməli, (10gün).

Rp.: Suppos. Genferoni 500000TV

D.t.d. №10

S.Gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli (10gün).

Yaxud

Rp.:Sol İmmunofani 0,05 % - 1 ml

D.t.d. №10

S.Günaşırı əzələ daxilinə 1 ml yeritməli (10 gün).

Bitki mənşəli immunodulyatorlar və ensim sistemləriVİTAMİNLƏ VƏ

## II KOMPLEKSİN DƏRMANLARI (BAX: HAMILƏLƏRDƏ HERPES XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİ) ANTİTOKSİK TERAPİYA

Rp.: Engystoli 0,3

D.t.d. № 50 in tabl.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet dil altında sormalı. (10 gün).

Rp.: Exinaseya compozitum C 2,2

D.t.d. № 50 in ampull.

S. Həftədə 2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (kurs 3-5 inyeksiya).

### Məxmərək

Embrionun teratogen təsirinə görə daha təhlükəli olan infeksiyalardan biri məxmərəkdir.

Əgər ananın qanında məxmərək virusunun antigeninə qarşı antiteli yoxdursa, hamiləlik zamanı məxmərəklə yoluxma riski olur. Embrionun məxmərək virusu ilə yoluxması onun ölümü ilə nəticələnə (embriotoksik effekt), yaxud ürəyin anadangəlmə qüsuru – karlıq,

katarakta, mikrooftalmiya, xoreoretinit və mikrosefaliya ilə nəticələnə bilər. Dölnün daha gec müddətdə infeksiyalaşması yenidogulmuşun tipik dəri səpgisinin baş verməsi ilə müşayiət edilir. Yüngül virus infeksiyasında hamiləliyin klinikası – səpgi, artralgiya (JgM, yaxud JgG titrinin yüksəlməsi) qeyd olunur. JgM mövcudluğunda və JgG yüksək titrdə olduqda hamiləliyi pozmaq lazımdır.

Hamilələrin 20% seroneqativdir. Hava-damcı yolu və s. ilə yoluxur. Anadangəlmə məxmərək sindromunun dölə təsirinin inkişaf riski aşağıdakı əlamətləri göstərilməmişdir.

90% - 11 həftəlikdən aşağı müddətdə infeksiyalaşdıqda; 11 % - 13-14 həftəlikdən aşağı müddətdə infeksiyalaşdıqda; 4% – 15-16 həftəlikdən infeksiyalaşdıqda; 0% - 17 həftəlikdən çox müddətdə.

Spesifik müalicəsi yoxdur. Vaksinasiya və immunoterapiya məsləhətdir.

Hamilənin məxmərəkli xəstə ilə əlaqəsi ehtimal olunursa, əgər o uşaqlıqda, yaxud gec yaşlarında xəstələnmişsə, onu - hestasiyanın 8-10 həftəliyindən tez olmayaraq vaksinasiya etmək məsləhətdir. BST məsləhətinə görə qadınlarda hamiləliyə qədər qanda antitelin olub - olmamasına dair test aparılır. Profilaktika məqsədi ilə məktəblərin və uşaqdogma yaşlarında olan qadınların məxmərək vaksini ilə immunizasiyası həyata keçirilir.

Hamiləliyin ilk 3 ayında xəstəliyin inkişafı hallarında, embriopatiyanın yaranmasının yüksək riskinə görə, onu pozmaq lazımdır. Hamiləlik zamanı məxmərək keçirən qadıncan doğulan uşaq virus daşıyıcısı olur və buna görə də onların təcrid edilməsi lazımdır. Adətən, məxmərək xəstəliyində yataq rejimindən başqa heç bir müalicə tələb olunmur. Yalnız fəsadlaşmalarda müalicə tələb olunur. Artralgiya zamanı analgetiklər və yerli isti təyin edilir, nadir hallarda meningoensefalopatiya baş verir, lakin belə hallarda infeksiyon xəstəxanalarda təcili hospitalizasiya və iltihab, dezintoksikasion, qıcolma əleyhinə, dehidratasion və digər maddələrlə kompleks müalicə aparılması lazımdır.

Hamiləliyin müddəti nə qədər az olsa virusun teratogen təsiri daha çox təzahür edir. Uşaqların xəstə doğulması ehtimalı olduğuna görə, hamiləliyin I, II və hətta III trimestri də təhlükəlidir.

Məxmərəklə xəstələnən qadınlara, sağaldıqdan sonra - 6 aydan tez olmayaraq profilaktika və perspektiv təhlükəsizlik məqsədi ilə vaksinasiya aparılır. Yenidogulmuşlarda məxmərəyin diaqnozu kliniki laborator məlumatlara əsaslanır (virusun faringeal sekretdə və sidikdə ifrazı).

Yenidoğulmuşun qanında JgM antitelinin aşkar edilməsi - məxmərəyin vacib spesifik diaqnostik testidir.

Profilaktika məqsədi ilə seroneqativ qadınların və uşaqların vaksinasiyası aparılır (hamiləlikdən kənar).

### **Papillomavirus infeksiyası**

Papillomavirus infeksiyası ginekoloqlara çoxdan məlumdur. Hələ Qədim Yunanıstanda həkimlər «kondiloma» adı ilə tanıyır, yazır bəzən də onu “cinsi ziyillər” adlandırırdılar. İnsanın papillomavirusu (İPV) ilk dəfə elektron mikroskop vasitəsilə hələ 1949-cu ildə ayırd edilmişdir, xəstəliyin virus etiologiyalı olması gümanı isə 1907-ci ildə meydana çıxmışdır.

Papillomavirusda virus - DNT tərkibli, epitel hüceyrənin nüvəsində çoxalır. İnsanın papillomavirusunun müxtəlif genotipi (100-dən çox) yazılmış və bunlardan yalnız İPV – 16 və 18 insan kanserogeninə aiddir.

Tezliklə İPV-nin digər ştamları - uşaqlıq boyunun xərçənginə apara bilən İPV – 45 və 31 də məlum olmuşdur. Daha sonra İPV-nin bir sıra ştamları da (İPV-6 və 11) aydınlaşdırılmışdır ki, onlar uşaqlıq boynu xərçəngini assosiyalaşdırmır, əsasən, genital ziyillər kimi xoşxassəli vəziyyət törədir.

İPV-nin iti uclu kondiloma, yastı və intraepitelial kondiloma növü ayırd edilir. İti uclu kondiloma (papilliyar) ekzofit böyüməyə malik olur, əsasən böyük və kiçik cinsiyyət dodaqlarında, bəzən uşaqlıq yolunda və uşaqlıq boynunda yerləşir. Kondilomanın inkişafı bəzən uretranın xarici dəliyində və anusun kənarında da müşahidə edilir. İti uclu kondiloma nazik ayaqcığa – daha da az geniş ayaqcığa malik olub, əsasən, dəri səthi üzərində və selikli qişalarda olur. Onun konsistensiyası yumşaq, yaxud bərkdir. Kondiloma güclü artmada gül kələmini, yaxud xoruz pipiyini xatırladır.

İPV-nin ötürülməsi yalnız cinsi yolla baş verir. İnfeksiya əsasən müxtəlif partnyorlarla aktiv cinsi həyat sürən gənc qadınları zədələyir.

Xəstəliyin gedişi uzun sürür, bəzən ikicili bakterial və protozoy infeksiyalarla birləşərək ağırlaşır, çoxlu ağıl ifrazatın baş verməsi isə bəzi vaxtlarda xoşagəlməz qoxu ilə müşayiət edilir.

Döşlə qidalanma zamanı uşaq üçün risk ehtimalı yüksələ bildiyinə görə, o halda əgər ananın vaksinasiya olunmasına potensial imkan varsa, serveraks təyin edilir.

Hamilələrdə İPV-nin müxtəlif formalarının rast gəlmə tezliyi yüksəkdir (30-60%), buna görə də onkogen riski 20-30% təşkil edir.

İnsanın papillomavirusu dölə transplasental və intranatal yolla ötürülür. İnfeksiyalaşma riski susuz dövrün davam etmə müddətinə və ağırlığa görə müəyyən edilir. Dölün infeksiyalaşma riskinin azaldılmasında kesar kəsiyinin əhəmiyyət kəsb etməsi qeyd edilir.

Papiloma virus infeksiyası yenidoğulmuşlar üçün ciddi nəticə törətmir. Müvəqqəti məskunlaşma dövründən – doğuşdan bir neçə ay sonra tam itir. Uşaqların PZR üsulu ilə təkrar müayinəsi zamanı virus aşkar edilmir.

İPV-nin ştammini təyin etmək üçün diaqnostika məqsədi ilə sitoloji üsuldən və PZR-dən istifadə edilir. Virus spesifikli protein əleyhinə antitel aşkar etmək üçün seroloji diaqnostika üsulu (ELİSA) tətbiq edilir. Əgər ELİSA testi onu yüksək səviyyədə göstərsə, bu halda qadınları uşaqlıq boynu xərçənginin inkişafına görə yüksək risk qrupuna daxil etmək lazımdır.

Papilomavirus infeksiyasının müalicəsi – yanaşı xəstəlikləri nəzərə almaqla aparılır. Kolpitin, servisit, uşaqlıq boynu eroziyası və digər xəstəliklərin müalicəsi uğurlara təkan verir. Hamiləlik zamanı kondilomanın müalicəsi xüsusi ehtiyatla aparılır. Hamiləlikdə kondilomanı məhv edən preparatların istifadəsi (podofillin, 5-ftorurasil və s.) əks göstərişdir.

Üçxlorsirkə turşusundan hamiləlik zamanı 80-90% konsentrasiyada istifadə edilir. Əgər aplikasiyadan sonra (həftədə 1 dəfə) dinamika yoxdursa, krio- və lazerterapiyaya keçmək olar. Lazer koagulyasiyası hamiləliyin III trimestrində edilir və bu, doğuş zamanı dölün infeksiyalaşması riskini aşağı salır.

İnfeksiyanın residivinin profilaktikası üçün həftədə 1-2 dəfə leykositar İFH 500000 TV (kurs 10 inyeksiyadır), günəşirı leykiferon 10000 TV (10-15 inyeksiya), və yerli immunomodulyator imikvimod tətbiq edilir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, bütün bu preparatlar dölə əlavə təsir göstərə bilər.

Virusəleyhinə preparatlardan toksiki olmayanları epigen hamiləlik zamanı təhlükəsizdir.

## ZİYİLLƏRİN VƏ QABARLARIN MÜALİCƏSİ ÜÇÜN PREPARATLAR

- Solkoderm kondiloma nahiyəsinə yerli istifadə edilir, 0,2 ml/həftə (1 ampula), 5-6 prosedur.

## XARİCƏ TƏTBİQ EDİLƏN MİKROB ƏLEYHİNƏ DİGƏR PREPARATLAR

### *Virus əleyhinə preparatlar*

Rp.: Creamoris Acicloviri 5% - 5,0

D.t.d. № 1

S.Gündə 2-3 dəfə (0,1-0,2 sm) sürtməli (8-10 gün).

Rp.: Sol. Miramistini 0,01% - 30 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə uşaqlıq yolunun işlənməsi (8-10 gün).

Rp.: Aerosoli Epigen intimi 60 ml

D.S.Gündə 3-4 dəfə uşaqlıq yolunun işlənməsi (8-10 gün).

Yaxud

Rp.: Creamoris Epigen intimi 0,1% - 5 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə (hər dəfə 0,2-0,3 sm) uşaqlıq yolunun işlənməsi, 8-10 gün.

Rp.: Gelii Viru-Merz Serol 1% - 5,0

D.t.d. № 1

S. Gündə 3-5 dəfə (hər dəfə 0,2-0,3) uşaqlıq yoluna sürtməli, 8-10 gün.

## ANTİSEPTİKLƏR VƏ MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Suppos. Yodoxidi № 12

D.S.Gündə 2 dəfə (hər dəfə 1 şam) uşaqlıq yoluna yeritməli (7-8 gün).

Rp.: Suppos. Hexconi 0,016

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli (7-8 gün).

Rp.: Suppos. Plivasept N 10

D.S. Gündə 1-2 dəfə uşaqlıq yolunun işlənməsi üçün (8-10 gün).

Rp.: Suppos. Terjinan N 14

D.S. Gündə 1 dəfə (hər dəfə 1 şam) uşaqlıq yoluna yeritməli (10 gün).

## İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

Hamiləliyin I-III trimestrində xəstəliyin kəskinləşməsi zamanı immunoterapiya aparılır.

Rp.: Sol. Cytotecti 10% - 10 ml

D.t.d. № 1 in ampull.

S. Vena daxilinə tədricən damcı üsulu ilə 0,9 % -li 100 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda yeritməli  
İmmunomodulyatorlar

- İnsanın normal immunoglobulini vena daxilinə (damcı üsulu ilə) günəşırı 3 dəfə (0,25-0,5 q/kq olmaqla).

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  500 000, TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 şam (500 min.-1mln. TV) düz bağırsağa yeritməli (10 gün).

Rp.: Suppos. Kipferoni 1 000000, TV

D.t.d № 10

S.Gündə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli (10 gün).

#### *Bitki mənşəl immunomodulyatorlar*

- Jenşen ekstraktı gündə 2-3 dəfə (hər dəfə 15-20 damcı) daxilə qəbul etməli (30 gün).
- Limonnik meyvəsinin dəmləməsi gündə 2-3 dəfə (hər dəfə 15-20 damcı) daxilə qəbul etməli, 30 gün.
- Eleuterokokka kökünün ekstraktı gündə 2-3 dəfə (hər dəfə 15-20 damcı) daxilə qəbul etməli (30 gün).

#### *Enzim sistemləri*

Rp.: Dragee Wobenzymi 0,9

D.t.d № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3-5 draje (0,9-1,5q) qəbul etməli, 30 gün (gündəlik doza 8,1-22,5q).

Virus infeksiyasının residivi zamanı metabolik terapiya aparılması məqsəduyğundur və proses 10 gün (2-3 həftə fasilə ilə) davam edir. Bu zaman vitamin kompleksi mikroelementlərlə istifadə edilir (materna, preqnavit, prenatal və s.).

VİTAMİNLƏR I və II KOMPLEKS hamilələrdə sadə herpesin müalicəsinə bax.

### **Hamiləlik və qrip**

Hamilə qadınlarda qrip ağır formada keçən zaman embrion və döl zədələnə bilər. Hamiləliyin özbaşına pəzulması, inkişaf anomaliyası, dölün ölümü, vaxtından əvvəl doğuş və funksional yetişməni zəif uşaqlar müşahidə edilir. Perinatal ölüm yüksəkdir.



Qrip infeksiyası nəinki ciftə və dölə birbaşa təsir edir, eləcə də kəskin intoksikasiya, hipertermiya və dölün uşaqlıq – cift qan dövranının pozulması ilə sərtləşən hipoksiyasına gətirib çıxarır.

Qriplə xəstələnən hamilə qadınların müalicəsi ev şəraitində aparılır. Xəstəliyin ağır formasında pnevmoniya, mərkəzi sinir sisteminin və miokardın zədələnməsində infeksiyon xəstəxanada hospitalizasiya olunmalıdır. Xəstələr izolə edilməlidirlər. Qablar qaynar su ilə zərərsizləşdirilməlidir. Ödemlər olmadıqda bol maye (daha yaxşısı turşulu) məsləhətdir (isti süd borjomi ilə).

Aşağıdakı preparatlar təyin edilir:

Rp.: Tabul. Acidi acetylsalicylici 0,25

D.t.d. № 10.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Analgini 0,5

D.t.d. № 10.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Ung. Oxolini 0,25%-10,0

S. Gündə 2-3 dəfə 3-4 günün müddətində burnun selikli qişasına sürtməli.

Rp.: Sol. Natrii hydrocarbonatis 0,5%-200 ml

D.S. Ağız boşluğunu qarqara etməli.

Rp.: Sol. Furacilini 0,02%-200 ml

D.S. Ağız boşluğunu qarqara etməli.

Rp.: Tabul. Acidi ascorbinici 0,05

D.t.d. № 50.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Rutini 0,02

D.t.d. № 50.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Ephedrini hydrochloridi 2%-10 ml

D.S. Hər 3-4 saatdan bir burun dəliyinə 5 damcı damızdırmalı.

Rp.: Tabul. Engystol N 50

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet dilin altına qoyulur.

Fəsadlaşmış qripin gedişində antibakterial maddələr məsləhət görülmür. Antibiotiklər və sulfanilamid preparatları hamilələrdə qripin ensefalitlə, haymoritlə, bronxit və pnevmoniya ilə fəsadlaşdığı hallarda istifadə olunur.

Stasionarda yerləşən ağır xəstələrə qrip əleyhinə  $\gamma$  - qlobulin (3-5 ml əzələ daxilinə), damcı üsulu ilə plazma, hemodez, poliqlükün vena daxilinə yeridilir.

Beyin və ağ ciyər ödemı, ensefalit əlamətləri baş verdikdə furosemid (laziks) preparatlarından istifadə edilir. Ürək çatışmazlığı zamanı korqlükon, strofantin, kordiamin, efedrin hidroxlorid preparatları tətbiq olunur.

Rp.: Sol. Corglyconi 0,06%-1 ml

D.t.d № 10 in ampull.

S. 0,5-1 ml - 20 ml 20%-li qlükoza məhlulunda tədricən venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Strophanthini K 0,05%-1 ml

D.t.d № 10 in ampull.

S. 0,5- 1 ml - 20 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda tədricən venaya yeritməli.

Rp.: Cordiamini 1 ml

D.t.d № 10 in ampull.

S. Dəri altına gündə 1-2 ml yeritməli.

Qripin profilaktikası məqsədi ilə qadınlara hamiləliyin gedişinə təsir etməyən qripəleyhinə canlı və ya inaktivləşmiş vaksinasiya aparılır. İnsanın leykositar interferonu ilə profilaktika aparılır.

### **Qazanılmış immün çatışmazlığı sindromu**

Qazanılmış immün çatışmazlığı sindromu zamanı yenidə doğulmuşların yoluxması 20-30% təşkil edir. Belə halda döl çox vaxt az çəki ilə doğulur. Cift baryerindən virusun keçməsi 3 yolla olur: 1) plasental baryerin zədələnməsi və dölün limpositlərinin T<sub>4</sub> – reseptorlarla qarşılıqlı təsiri nəticəsində sərbəst virusun dağılması; 2) ciftin birincili zədələnməsi, ikincili - döl; 3) doğuş vaxtı uşaqlıq boynu nahiyəsindən və uşaqlıq yolundan zədələnmiş hüceyrələri dölün selikli qişası vasitəsi ilə.

Xəstələr zəiflik, yorğunluq, ürəkbulanma, qusma, ishal və çəkinin azalmasından şikayət edirlər. Hərərət tez-tez yüksəlir və cinsi yolla ötürülən xəstəliklərlə birləşir.

HİV (humano immunovirus) diaqnozu ELİSA seroloji müayinəsinin köməkliliyi ilə antitelin aşkar edilməsinə əsaslanır. Müsbət cavabda bu müayinəni təkrar etmək lazımdır. Qeyd etməliyik ki, əgər ikinci müayinə də müsbət nəticə verirsə, diaqnozu təsdiq etmək üçün “Western blotting” reaksiyasından istifadə olunur.

Virus əleyhinə müalicə II trimestrin əvvəlindən başlanır və doğuşa qədər davam edilir. Hamiləliyin II və III trimestrində zidovudin təyin edilir. Doğuş müddətində zidovudin 2 mq/kq olmaqla infuziyada aparılır (1mq/kiloqramdan gec olmayaraq).

Kesar kəsiyi planlı əməliyyatı - gözlənilən vaxta 2 həftə qalmış aparılır və bu zaman əməliyyata 3 saat qalmış zidovudin infuziyası başlanılır.

Təbii yolla doğuşa icazə əgər müalicə aparılmış və qanda kiçik virusun miqdarı az olmuşdursa, mümkündür. Döşlə qidalandırma zamanı infeksiyanın ötürülməsi riski artır 7-22% və buna görə də qidalandırmaq yaxşıdır. Yenidoğulmuşların müalicəsinə doğuşdan 8-12 saat sonra başlamaq lazımdır. Zidovudin (2mq/kq) siropu hər 6 saatdan bir təyin edilir və bu müalicə 6 həftəyə qədər davam edilir.

Qazanılmış immun çatışmazlığının müalicəsi üçün nuklosidlərin analoqu - virus əleyhinə aktivliyə malik olan zidovudin, suramin, foskarnet tətbiq edilir. Zidovudin 300-dən 1200 mq/sut qədər təyin edilir

Rp.: Tabul. Zidovudini 0,1

D.t.d. № 10

S. Gündə 5-6 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Ribamidili 0,2

D.t.d. № 20

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Lavomoxi 0,125

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə 1 tablet (2 gün), sonra 1 tablet günəşırı (cəmi 20 tablet) qəbul etməli.

## II. DÖLÜN BƏTNDAXİLİ BAKTERİAL İNFEKSİYALARI

### Toksoplazmoz

Xəstəliyin törədicisi Toxoplasma qondii 1908-ci ildə «qonda» adlı Afrika gəmiricilərində tapılmışdır. Xəstəlik insanlara xəstə heyvanlardan və xəstə quşlardan, pişiklərdən və s. keçir. Heyvanlar arasında xəstəlik epizod şəklində yayılır. Adətən xəstəlik latent formada müşahidə olunur. Törədicilər insan orqanizminə yaxşı bişirilməmiş heyvan mənşəli qida məhsulları qəbul etdikdə, eləcə də zədələnmiş dəridən və selikli qişadan keçir.

Toksoplazmozun anadangəlmə və qazanılmış formaları ayırd edilir.

Toksoplazmoz endometritlə, ciftin zədələnməsi, hamiləliyin pozulması təhlükəsi, BDİL (dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsi) ilə müşayiət edilir. İnfeksiyanın ötürülməsi transpləntar yolla baş verir.

Hamiləliyin erkən dövründə embrionun infeksiyalaşması daha çox onun ölümü ilə nəticələnir. Dölün inkişafının daha da gec mərhələsində onun doğulmasında üçlük əlamətlər - hidrosefaliya, xoriorətinin və beyindəxili pertifikatlarla meninqoensifalit xarakterdir.

Əgər xəstəliyin kəskin və yarımkəskin forması bətdaxilində keçirsə, o zaman uşaq xroniki toksoplazmozla doğulur. Belə uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi nəticəsində anadangəlmə eybəcərliklər və inkişaf qüsurları, Daun və Littlyə xəstəlikləri, hidrosefaliya, mikroşefaliya, oliqofreniya, idiopatiya, epilepsiya, mikroftalmiya, onurğa-beyin yırtığı, katarakta, çəpgözlük, hermofraditizm və s. inkişaf etməyə başlayır.

Hamilələrdə toksoplazmanın çox çətinliklə başa gələn diaqnozu toxumalarda və xəstənin mayesində törədiciyin aşkar edilməsinə, seroloji tədqiqatın nəticəsinə və spesifik antitelin immunoflüoresensiyada aşkar edilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Müayinə üçün infeksiyalaşmanın baş verdiyi vaxtdan 4 həftədən az olmayaraq keçməlidir. Müayinəyə qədər pirimetaminin (xloridin) və sulfadimezinin birlikdə terapiyasını aparmaq olmaz!

Toksoplazmozun müalicəsi parazitə sistdən kənar formasının qanda dövr etdiyi zamanda xəstəliyin kəskin və persistensiyalı gedişində effektivdir, hansılar ki, parazitə fol turşusunun sintezində iştirak edən fermentlərinin (reduktaza və sintebaza) funksiyasını blokada edirlər. Pirimetaminin sulfanilamidlərlə kombinasiyalı preparatları daha da effektivdir. Bütün antifolatların əlavə təsirini aradan qaldırmaq üçün fol turşusu təyin edilir.

Törədiciyin zülal sintezini dayandıran makrolidlər effektivliyinə görə ikinci yerdə durur. Onlardan biri olan daha aktiv rovamisin antibiotiki (spiramisin) məsləhət görülür. Bu preparatı hamiləliyin birinci həftəsindən tətbiq etmək olar. O, yüksək konsentrasiyaya malik olmaqla cift toxumasında və dölyanı mayədə toksoplazmanın embriona və dölə keçməsinin qarşısını almağa imkan verir. Təsir mexanizmi toksoplazmanın zülal sintezini pozmaqla bitir. Hamiləlikdə latent toksoplazmoz aşkar olunduqda (JgG seroloji sınaqda müsbət nəticələndikdə və kliniki əlamətlər olmadıqda) müalicə aparılmır.

Hamiləlik zamanı kəskin toksoplazmozun terapiyası, diaqnoz qoyulduqdan və hamiləliyin 15-ci həftəsinə qədər rovamisin təyin etməklə aparılır - sutkada 3 qram (9 mln/TV). 16 həftədən 36 həftəyə qədər rovamisinlə öndə gedən terapiyadan asılı olmayaraq, 4 həftəlik kombinasiyalı terapiya aparılır: sulfadimezin (1 qram - sutkada 4 dəfə), pirimetamin (1 gün 50 mq, sonra gündə 25 mq). Fol turşusu gündə 10-15 mq; rovamisinlə 4 həftəlik kursla növbəlişir.

Hamiləliyin 36 həftəsindən hemoliz təhlükəsinə və yenidoğulmuşun sarılığına görə sulfadimezin rovamisinlə əvəz olunur. Bununla yanaşı, oksigen müalicəsi aparılır - xəstə 10 gün müddətində (gündə 30-40 dəqiqə) nəm oksigenlə nəfəs alır. Toksoplazmozla xəstə olan bütün qadınlar və uşaqlar tam sağalana qədər dispanser qeydiyyatında olmalıdırlar.

Rp.: Tabul. Rovamisini 1500000 (3 000000) TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet (1500000-3000000TV) yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Tabul. Pyrimethamini 0,025

D.t.d. №10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 günün müddətində 10 gün fasilə verməklə, 2-3 kurs müalicə aparılır.

Rp.: Tabul. Acidi folici 0,001

D.t.d. № 30

S. Gündə 1 dəfə yeməkdən qabaq qəbul etməli.

Yenidoğulmuşun toksoplazmozunda pirimetamin (xloridin 2,5 mq gündə 2 dəfə) sulfadimezin preparatları ilə kombinasiyalı şəkildə tətbiq edilir.

Rp.: Tabul. Sulfadimezini 0,5

D.t.d. №10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1-1/2 tablet yeməkdən sonra qəbul etməli

Yaxud

Rp.: Tabul. Sulfadiazini 0,5

D.t.d. №10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə ½ tablet yeməkdən sonra qəbul etməli.

Hamiləliyin ikinci və üçüncü semestrində qazanılmış kəskin toksoplazmozun müalicəsi (əgər yoluxma hamiləliyin ikinci və üçüncü yarımilliyində təyin edilibsə)

#### Fansidar

İlk 2 gündə 4 həbdən hər gün (1 həb x 4ədəd gündə). Sonra isə gündə 2 dəfə və ya sulfadimetoksin / sulfademezın ilk iki gün gündə 4 həb, sonra 2 həb). 10-15 arası ilə 30 gün ərzində minimum iki sikl fansidarla müalicə təyin etməli və ya müalicəni rovamisinlə əvəz etməli

Hamiləliyin ilk üçaylığında qazanılmış kəskin toksoplazmoz; müalicə 17 həftəyə qədər rovamisinlə aparılır (çünki hamilə qadınlara 17 həftəyə kimi fansidar verilmir).

#### **Listerioz**

Xəstəliyin törədicisi *Listeria monocystogenes* bakteriyalarıdır. Xəstəlik qoyun, keçi, donuz, at, inək, it, pişik və gəmiricilərdə təsadüf olunur.

Xəstəlik insanlara listeriozlu heyvanların südündən və ətindən istifadə etdikdə, eləcə də infeksiyalaşmış hava ilə nəfəs aldıqda yoluxur. Ağız və burun-udlaq, badamcıqlar, göz və həzm yollarının selikli qişaları infeksiya qapısı hesab olunur. Dölün listerioza tutulması hamiləliyin hər dövründə ola bilər.

Listeriozun 4 klinik forması mövcuddur: 1) anginoz-septik; 2) beyin; 3) septik-qranulomatoz; 4) göz-vəzi formalar. Hamilə qadınlarda ən çox anginoz-septik və beyin formasına təsadüf edilir.

Xəstəliyin gedişi kəskin, yarımkəskin, xronik və abort şəklində olur.

Hamilə qadınların listerioz xəstəliyi zamanı ana bətnində dölün ölməsi, özbaşına abort, uşağın ölü doğulması, dölün anomaliyası müşahidə edilə bilər. Temperatur yüksəlir, qanda leykositoz, limfositoz və monositoz, onurğa beyin mayesində sitoz müəyyən edilir.

Xəstəliyin diaqnozunu qoymaq üçün ana və döl qanında spesifik antitelin müəyyən edilməsinin vacib əhəmiyyəti olur. Bakterioloji müayinəyə infeksiya törədicisinin dəri papulasının tərkibindən, mekoniyadan, sidikdən, serebral mayedən alınmaqla nail olunur.

Yenidoğulmuşlarda anadangəlmə listeriozun klinik şəkli aspirasion pnevmoniya və beyin qan dövranının pozulması kimi təzahür edir. Daha çox eşitmə orqanları (otit), MSS (menengial hadisə) və qaraciyər zədələnir. Tez-tez xarakter dəri səpgisi: sancaq başı böyüklüyündə, yaxud periferiyada darı dənəsi şəklində, kürəkdə nazik

haşiyə kimi, sağrıda və ətraflarda lokalizasiya edir. Eyni səpgiləri konyuktivaya, udlağın selikli qişasına baxış zamanı görmək olar.

Listeriozun müalicəsi antibiotiklər və sulfanilamid preparatlarının kombinasiyası ilə aparılır. Makrolid qrupu antibiotiklərinin preparatları daha effektivdir, lakin hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər teratogen təsiri göstərə bildikləri üçün həmin antibiotikləri tətbiq etmək məsləhət görülmür.

Rp.: Rowamicini 1500 000 TV

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet (150 min – 3 mln) qəbul etməli (7- 10 gün).

Rp.: Erythromycini phosphatis 0,25

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (7-10 gün).

Rp.: Ampicillini-natrii 250000 TV

D.t.d. №10 in caps. gelat.

S. Gündə 4-6 dəfə, hər dəfə 2 kapsul qəbul etməli.

10 günlük antibiotik müalicəsindən sonra 7 gün xəstəyə sulfadimezin verilir.

Hamiləlik dövründə bu qayda ilə 3 kursa qədər müalicə aparılır.

Rp.: Cephtriaxonu 1,0

D.t.d. №1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 1-2 dəfə tədricən vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Rocephini 1,0

D.t.d. № 5

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 1-2 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli.

### **Kandidoz**

Reproduktiv yaşlı qadınlarda uşaqlıq yolu xəstəliklərindən olan bakterial kandidoz geniş yayılmışdır. Onun baş verməsi disbakterioz törədən ekzogen və endogen amillərlə, eləcə də göbələyin patogenliyi ilə şərtlənə bilər.

Sağlam qadınların 40% -ində vaginal kandidoza rast gəlinir. Lakin onlar xəstə hesab edilmirlər. Candida göbələyi normal vaginal floranın göstəricisi olmaqla ağız boşluğu və həzm üzvlərində də tapılır.

Şəkərli diabet, antibiotiklərin tətbiqi (tetrasiklinlər, bir qədər-penisilinlər və sefalosporinlər və daha az sulfanilamidlər) kandidozun riskini artırır.

Candida cinsindən maya göbələyinin 100 növü müəyyən edilir və qeyd olunmalıdır ki, tibbi mikrobiologiya üçün Candida albicans cinsindən olan göbələyin xeyli əhəmiyyəti vardır. Onlar birhüceyrəli orqanizmdə nisbətən böyük həcmdə, oval, dairəvi, bəzən oval-uzadılmış formadadır. Kandidoza yoluxma bütün yaş dövrlərində bətdaxili dövr də daxil olmaqla baş verir.

Selikli qışaların zədələnməsi, karbohidrat və zülal mübadiləsinin pozulması hipo- və avitaminoz, antibiotiklərin qeyri rəasional tətbiqi kandidozun inkişafına gətirib çıxarır.

Candida cinsindən olan göbələk bilavasitə bakterial infeksiyanın törədicilərinə stimulyasiyaedici təsir göstərir, eləcə də bakteriyaların antibiotiklərə və digər kimyəvi preparatlara həssaslığının azalmasına gətirib çıxarır.

Hamilə qadınlarda kandidoz (daşıyıcılar da daxil olmaqla), hamiləlik zamanı yaranan endokrin və digər sistemlərin dəyişikliyi ilə bağlı tez-tez aşkar edilir. Genital kandidozun kliniki təzahürlərinə əsasən ağıl ifrazat və qaşınma daxildir. Ağıl ifrazat mayeşəkili, qırıntılı, kəsmiyəbənzər və qarışıq ola bilər. İfrazat qatı, yaxmaşəkili, yaşılımtıl və aq rəngli olur. Kandidoz zamanı turşulu, xoşagəlməz qoxu olur. Cinsiyyət üzvlərinin əsasən vulvanın güclü zədələnməsində kandidozun əlaməti tez-tez qaşınmadır. Güclü qaşınma sinir sisteminin pozulması ilə bağlı yuxusuzluğa gətirib çıxarır. Xəstəliyin xarakter əlaməti selikli qışanın və endoservikisin zədələnməsinə görə bozumtul-ağ rəngli ərpin olmasıdır.

Kandidozun diaqnostikasında anamnezin, güzgülərin köməkliyi ilə baxışın və xüsusi müayinə üsullarının əhəmiyyəti böyükdür. Daha geniş yayılmış üsullardan biri selikli qışadan ərpin metal ilgəklə götürülməsidir. Preparatlar rənglənməmiş və rənglənməmiş Romanovski - Gimze üsulu ilə və s. müəyyən edilir. Eyniləşdirilmiş göbələk kulturasından sonra alınmış material qidalı mühitdə əkmə üsulu tətbiq edilir (morfoloji və digər xüsusiyyətlərlə).

Cinsiyyət üzvləri kandidozunun müalicəsi (törədiciyə təsiri nəzərdə tutulmaqla) – kompleks və yanaşı xəstəliklərin, funksional pozulmaların terapiyasına yönəldilməlidir. Buna görə də hamiləliyin fəsadlaşmasının profilaktik terapiyası aparılır: pozulma təhlükəsi,



bətndaxili infeksiya, plasentar çatışmazlıq, dölün xroniki hipoksiyası və s.

Vulvovaginal kandidozun müalicəsi yalnız yerlidir (ağırlaşmamış gedişdə partnyorun müalicəsi məsləhət deyildir).

Birinci növbədə (I) bor turşusu (14 günə qədər gündə 2 dəfə) kapsulada 600 milliqramdan və 1% Qensian- violet məhlulu olmaqla (3-4 gündən bir 2-3 dəfə sürtülür), eləcə də nistatin (vaginal tablet 100000 TV gündə 1 dəfə, 14 gün) tətbiq edilir.

İkinci növbədə (II) sintetik imidozol tətbiq edilir: Clotrimazolum 100 milliqram - 6 gün, yaxud 200 milliqram -3 gün, 500 milliqram - birdəfəlik), mikonazol (Gino – Daktarin, Mikonal) 100 milliqramdan -7 14 gün, 1,2 qramdan - birdəfəlik.

Üçüncü növbədə (III) axırda sintetik imidazol tətbiq edilir (Qino – Travoqen 600 milliqramdandan 1-3 dəfə, yaxud Gyno – Pevaril 50 milliqramdan 14 gün, 150 milliqramdan 3 gün).

## ANTİSEPTİKLƏR VƏ MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

### *I trimestr*

Rp.: Suppos. Pimafucini 0,1

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna axşamlar yeritməli, 6-9 gün.

Rp.: Tabul. Pimafucini 0,1

D.t.d. № 10

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5 gün.

Rp.: Acidi Borici 5,0

D.S. Həllədicidə həll edib uşaqlıq yolunu işləməli.

Yaxud

Rp.: Creamoris Pimafucini 2%

D.t.d. № 1

S. Uşaqlıq yoluna sürtməli, 6 gün (3-5 q/sut).

Yaxud

Rp.: Suppos. Hexiconi 0,032

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 5-7 gün.

### *II-III trimestr*

Rp.: Suppos. İmidazoli

D.t.d. № 10

S. Uşaqlıq yoluna 1 şam yeritməli

Rp.: Suppos. Gino-Travogen Ovulum 0,6  
D.t.d. № 10  
S. Uşaqlıq yoluna 1 şam yeritməli, birdəflək!

Yaxud

Rp.: Creamoris Gino-Travogen Ovulum 1%  
D.t.d. № 1  
S. Uşaqlıq yoluna sürtməli, 5-6 gün (3-5 q/sut.)

Rp.: Suppos. Nizaroli  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 3-5 gün (0,4 q/sut).

Rp.: Clotrimazoli (İmidil)  
D.t.d. № 10 in tabl.  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 6 gün (0,1 q/sut).

Yaxud

Rp.: Cremoris Clotrimazoli 1%  
D.t.d. № 1  
S. Uşaqlıq yoluna sürtməli, 6-12 gün (3-5 q/sut)

Rp.: Mikonazoli  
D.t.d. № 10 in tabl  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 6 gün (0,2 q/sut).

Yaxud

Rp.: Creamoris Mikonazoli 2%  
D.t.d. № 1  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə uşaqlıq yoluna sürtməli, 6-10 gün (3-5 q/sut).

Rp.: Suppos. Livaroli (Ketanazol) 0,4  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə gecələr uşaqlıq yoluna yeritməli, 10 gün.

Rp.: Tabul. Diflucani (Flukonazol) 0,15  
D.t.d. № 2  
S. Həftədə 2 dəfə daxilə qəbul etməli, birdəflək!

Yaxud

Rp.: Hecnazoli 0,1  
D.t.d. № 4 in caps.  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsula yeməkdən sonra qəbul etməli 3-4 gün.

Rp.: Suppos. Exmykehli  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə gecələr düz bağırsaga yeritməli.

Rp.: Klion-D  
D.t.d. № 12 in tabl.  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli,  
6-10 gün (0,2 q/sut).

Yaxud

Rp.: Suppos. Neo-Penotran  
D.t.d. № 10  
S. Uşaqlıq yoluna 1 şam yeritməli, 7 gün (0,6 q/sut).

Rp.: Suppos. Nystatini 250 000 TV  
D.t.d. № 10  
S. Uşaqlıq yoluna gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 şam yeritməli, 14  
gün (250-500 min TV)

Yaxud

Rp.: Cremoris Nistatini 100 000 TV  
D.t.d. № 1 tubax.  
S. Gündə 2 dəfə (1qram) uşaqlıq yoluna, hər dəfə 3-5 q  
sürtməli, 14 gün.

Rp.: Suppos. Makmiror Complex  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 8-  
10 gün.

Yaxud

Rp.: Creamoris Makmiror Complex  
D.t.d. № 1 tubax.  
S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna sürtməli, 8-10 gün (2,5  
q/sut).

Rp.: Tabul.Terjinani  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna 1 şam  
yeritməli, 6-10 gün (0,4 q/sut).

Rp.: Suppos. Gino-Pevaryl  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna, yeritməli, 3-  
6 gün (0,15 q/sut).

Rp.: Suppos. Cyclopirox  
D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 6 gün (0,05-0,1 q/sut).

Yaxud

Rp.: Cremoris Cyclopirox 1% - 30,0

D.S. Gündə 2 dəfə uşaqlıq yoluna 0,2-0,3 sm sürtməli, 3-6 gün.

### İMMUNOMODULYATORLAR

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  500 000 TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə düz bağırsağa 1 şam yeritməli, 10 gün (500min -1 mln TV)

*Bitki mənşəli immunomodulyatorlar*

1. Jenşen ekstraktı gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.
2. Eleuterokokk kökünün ekstraktı gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.

*Enzim sistemləri*

Rp.: Drajee Wobenzymi № 30

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3-5 draje qəbul etməli, 30 gün.

Uşaqlıq yolu suppozitorimu olan “livarol” 400 mq, ketokonazol tərkibli dir, diflukan (flükanaazol) preparatı ilə birlikdə per oral qəbulu təyin edilir. Qəbul sxemi - diflukan (flükanaazol) 150 mq per os birdəfəlik, livarol (ketokonazol) preparatı hər gün uşaqlıq yoluna 1 suppozitorim 10 gün təyin edilir. Sonrakı təyinatda residiv əleyhinə terapiya olaraq livorol preparatını aybaşından 5 gün əvvəl uşaqlıq yoluna axşamlar 1 suppozitorim yeridilməlidir.

### Bakterial vaginoz

Bakterial vaginoz (BV) reproduktiv yaşda qadınlarda 21-64%, hamiləlik zamanı isə 10%-dən – 26%-ə qədər rast gəlinir (Makarov U.O., 2006).

BV anaerob bakterianın assosiasiyası kimi təqdim edilir (eyni ilə Gardnerella vaginalis BV-nin köhnə adı – vaginal Gardnerella). Bakterial vaginoz – kliniki sindromdur, vaginal florada laktobasillərin şərti patogen anaerob mikroorqanizmlərlə əvəz edilməsindən baş verir. Hazırkı vaxtda bakterial vaginoza cinsi yolla ötürülən infeksiya kimi baxılır. BV qeyri-normal vaginal mikroekologiya ilə xarakterizə olunan polimikrob

mənşəli sindromdur. Adətən o seksual əlaqə ilə bağlıdır (çoxlu cinsi partnyor, homoseksual əlaqəsi olan), amma veneroloji xəstəlik sayılmır.

Uşaqlıq yolunun mikrobiosenozunun patoloji dəyişikliyi müxtəlif patogen amillər törədə bilər: neqativ sosial-məişət, şəxsi gigiyena vasitələrindən həddən artıq istifadə, uşaqlıqdaxili kontraseptiv maddələr, ekstragenital infeksiya xəstəliklərin olması, neyroendokrin xəstəliklər (həmçinin yumurtalıqın funksiyasının pozulması ilə müşayiət edilən), antibiotiklərin və immunodepressantların tətbiq edilməsi, hormonal terapiya, cərrahi müdaxilə, onkoloji xəstəliklərdə şüa və kimyəvi terapiya ilə sərtləşən vəziyyətlər.

Hidrogen peroksid hasil etməyən normal laktobasilərlə floranın süd-türşüsü bakteriyaları ilə əvəz edilən patogen mikrofloranın inkişafı üçün əlverişli şərait yaradır. Bundan başqa, süd türşüsü çöplərinin (Doderleina çöpləri) miqdarının azalması süd türşüsünün azalmasına və anaerob mikroorqanizmləri stimülə edən pH-ın 4,5-dən 7,0-7,5-ə qədər yüksəlməsinə gətirib çıxarır.

Bakterial vaginoz xəstəliyində uşaqlıq yolu epitelinin iltihabi reaksiyasının (leykositozun, ödemliyi və s. olması) xarakter əlaməti olur. Hamilələrdə BV xorioamnionitin, dölyanı mayenin vaxtından qabaq axmasının, vaxtından əvvəl doğuşun, zahılıq endometritinin və dölün az çəkiddə doğulmasının inkişaf riskini artırır.

Xəstə uzunmüddətli, çoxlu mayeli, süd, yaxud bozuntul - ağ rəngli homogen ifrazatdan (ağlı ifrazat) şikayət edir. Daimi, yaxud menstrasiya, cinsi əlaqə zamanı dövrü olaraq xoşagəlməz balıq qoxusunun olması xarakterikdir. Bu əlamətlərin mövcudluq müddəti illərlə qeyd edilir. Proqressivləşmə prosesində ifrazat uşaqlıq yolunun divarına bərabər yayılır, sarımtıl-yaşılı rəngə, daha yapışqanlı köpüyəbənzər xassəyə malik olur.

BV-nin diaqnostikası çətinlik törətmir. Anamnezdə əlamətlərin tam xarakterini toplamaq, onların davam etməsini və kəskinliyini qiymətləndirmək lazımdır. Laborator müayinə üçün servikal kanaldan, tağdan və uşaqlıq yolundan, uretradan ayrılan material götürülür. Reproduktiv yaşda uşaqlıq yolu pH-ın göstəricisi sağlam qadınlardakına nisbətən 4,5-dən aşağıdır. BV-li pasiyentdə bu göstərici xeyli yüksəkdir və adətən 5,0-6,0 təşkil edir.

Amin testini yerinə yetirmək üçün uşaqlıq yolunun orta ücdə bir hissəsindən möhtəviyyət götürülür və tamponun köməyi ilə əşya şüşəsinə çəkilir. Bir neçə damcı 10% kalium hidroksid (10% KOH) əlavə edilir. BV zamanı balıq qoxusunun yaranması mikroflorada aralıq anaerob

metabolizm prosesində aminlərin əmələ gəlməsi ilə izah edilir. Bakterial vaginozda daha spesifik diaqnostik kriteriyalardan biri qeydə alınmış uşaqlıq yolu möhtəviyyatında “açar şəkilli” hüceyrələrin aşkar edilməsidir (1955-ci ildə). “Açar şəkilli” hüceyrələr mikroskopik müayinədə 98%-ə qədər aşkar edilir və uşaqlıq yolu epitelində çoxlu miqdar adheziya edilmiş mikroorqanizmlər özünü yetişmiş hüceyrələr kimi göstərir (trixomonadlar, candida, cardnerella vaginalis, peptostrepto coccus spp., mikoplazma hominis və s.).

Hamiləlikdə BV-nin müalicəsi çox vacibdir, lakin istifadə edilən preparatların xoşagəlməz təsirinin də olması inkar edilmir.

Çox saylı tədqiqatlar və meta-analizlər hamiləlik müddətində metranidazolun istifadəsinin dölə teratogen və mutagen effektinin olmadığını aydınlaşdırmışdır.

Metranidazol 7 gün müddətində per os təyin edilir (vaginal şamlar az effektivdir). Müalicə hamiləliyin 20-ci həftəliyinə qədər başlanır (vaxtından qabaq doğuşun profilaktikasına görə).

Kəskin gedişdə antibiotiklərdən yalnız 2 preparat tətbiq edilir; klindamisini və amoksisillin. Qeyd etmək lazımdır ki, qadının şikayəti yoxdursa, müalicə aparılır.

*I etap* – kəskin antianaerob aktivlikli mikrob ələhinə dərman preparatları

Rp.: Metronidasoli 0,25

D.t.d. № 20 in tabl.

S. Daxilə 2 qram, yaxud 1 qram birdəfəlik qəbul etməli.

İstifadə edilən dərmanların uşaqlıq yoluna təyin edilməsi məqsədəuygundur.

Rp.: Geli Metronidasoli 0,75

D.t.d. № 1

S. Gündə 1-2 dəfə uşaqlıq yoluna sürütməli.

Rp.: Ornidozoli 0,25

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 1,5 q/sut. birdəfəlik, yaxud 1 q/sut. daxilə qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Suppos. Clindamisini

D.t.d. № 10

S. Gündə 1dəfə, hər dəfə 1şam uşaqlıq yoluna yeritməli 3-6 gün (0, q/sut.)

Yaxud

Rp.: Creamoris Clindamisini 2% - 30,0

D.t.d. № 1 in tubax.

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna sürtməli, 3-6 gün.(5q/sut)  
Rp.: Sol. Benzidamini 0,1% – 140 ml  
D.S. Uşaqlıq yolunu şırınqa etməli 5-7 gün.  
Rp.: Suppos. Vaginorm C  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 5-6 gün

### MİKROB ƏLEYHİNƏ VƏ ANTİBAKTERİAL TƏSİRLİ (KOMBİNASİYALI) DƏRMAN PREPARATLARI

Rp.: Klion-D  
D.t.d. № 10 in tabl.  
S.Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli,8-10 gün (0,2 q/sut).

Yaxud

Rp.: Suppos. Neo-Penotrani  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 7 gün (0,6 q/sut).  
Rp.: Suppos. Makmiror Complex  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli (8 gün).

Yaxud

Rp.: Creamoris Makmiror Complex  
D.t.d. № 1  
S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna sürtməli, 8 gün (2,5 q/sut).  
Rp.: Terjinani  
D.t.d. № 10 in tabl.  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 8-10 gün(0,4 q/sut.)

### QARIŞIQ İNFEKSİYALARDA

Rp.: Suppos. Hexiconi 0,016  
D.t.d. № 10  
D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə uşaqlıq yoluna 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 7-10 gün.  
Rp.: Tabul. Nystatin 250000 TV  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli.

## KANDİDOZUN PROFİLAKTİKASI

Göbələk əleyhinə tətbiq edilən yerli dərman preparatları

Rp.: Tabul.Clotrimazoli

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli 6 gün (0,1 q/sut).

Rp.: Suppos. Pimafucini

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 6 gün (0,1 q/sut.)

Yaxud

Rp.: Creamoris Pimafucini 2%-30,0

D.t.d. № 1

S. Uşaqlıq yoluna sürtməli, 6 gün (3-5 q/sut)

Rp.: Suppos. Gino-Pevarili

D.t.d. № 3

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli 3 gün(0,15 q/sut.)

Rp.: Suppos. Gino-Travogen Ovulum 1% - 30,0

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 5-6 gün(0,6 q)

Yaxud

Rp.: Cremoris Gino-Travogen Ovulum 1% - 30,0

D.t.d. № 1 in tubax.

S. Uşaqlıq yoluna sürtməli, 5-6 gün (3-5 q/sut)

Son zamanlar “Vaginorm C” tətbiqi təklif olunur.

Rp.: Suppos. Vaginorm C

D.t.d. № 10.

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna 1 şam yeritməli, 5-6 gün.

## II MƏRHƏLƏ - EUBİOTİKLƏR

Rp.: Suppos. Bifidobacterii bifidum

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə axşamlar 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Suppos. Acidi Lactobacterii

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 7-10 gün.



## İMMUNOMODULYATORLAR

▪ İnsanın normal immunoqlobulini 0,25 q/kq (günaşırı 3 dəfə) vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  1 000000 TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam düz bağırsağa gendə 1 dəfə yeritməli, 10 gün (1 mln TV/sut)

## BİTKİ MƏNŞƏLİ İMMUNOMONDULYATORLAR

- Jenşen ekstraktı gündə 30-40 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.
- Limonik meyvəsinin dəmləməsi gündə 30-40 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.
- Eleuterokokka kökünün ekstraktı gündə 30-40 damcı daxilə qəbul etməli, 30gün.

## ENZİM PREPARATLARI

Rp.: Drajee Wobenzymi

D.t.d. № 30

S. Gündə 3-5 draje qəbul etməli, 30 gün (yeməkdən 40dəq. qabaq)

Bundan başqa desensibilizəedici terapiya dimedrol, yaxud pipolfen, diazolin, klaritin təyin edilir.

## **Trixomoniaz**

İnsanın sidik cinsiyyət üzvlərinin trixomoniazında uşaqlıq yolunun trixomonada ifrazı ilə şərtlənən cinsi və sidik yollarının distal hissəsinin (qadınlarda və kişilərdə) iltihabı xəstəlikləri nəzərdə tutulur. Cinsiyyətdən kənar zədələnmə nadir hallarda məsələn, dölün doğuş yollarından keçməsi zamanı ola bilər.

Uşaqlıq yolu trixomonadı 10-dan 20 mikrona qədər uzunluqda (ovoid formada, geniş proksimal hissədə 3-5 qamcıli düz trixomonadın yarısına bərabər) olur. Əlverişli mühit şəraitində onlar (tez bölünmə yolu ilə) hərəkətliliyə malikdirlər (qamcılar, dalğavari hərəkətli, membranı ilə). Optimal inkişaf mühit şəraiti pH 5,9-6,5; 35-37<sup>0</sup>C temperaturdur.

Sidik cinsiyyət trixomoniazında əksər hallarda çoxocaqlı xəstəliklərdə də (bağırsaqda, ağız boşluğunda) uşaqlıq yolu florasının III və IV təmizlik dərəcəsi müşayiət edilir.

T. vaginalis sidik cinsiyyət üzvlərinin hüceyrələrarası sahələrinə düşür, subepitelial birləşdirici toxumaya yapışır, iltihabi reaksiya törədir. İnfeksiyalaşmış selikli qişanın yerində iltihabi proses hiperemiya, ödem, eksudasiya, zədələnmiş epitel hüceyrənin deskvaması, kiçik qansızma və yaralanma inkişaf edir. Bununla bağlı olaraq, T.vaginalis yastı epiteli zədələyir. Qadın orqanizmində məskunlaşdığı əsas yer uşaqlıq yoludur. İkincili vestibulit, bartolinit, servisit inkişaf edə bilər.

Qalxan prosədə T.vaginalis servikal kanaldan daxili cinsiyyət üzvlərinə və kiçik çanaq peritonuna yayılır. Bu, əksər hallarda doğuşdan və uşaqlıqdaxili müdaxilədən sonra baş verir. Xəstəliyin və onun simptomlarının davam etməsinə görə genital trixomoniazın aşağıdakı formaları ayırd edilir: 1) təzə trixomoniaz -kəskin, yarımkəskin və torpid (az simptomlu) formaya bölünür; 2) xroniki trixomoniaz torpid gedişlidir; 3) uşaqlıq yolu möhtəviyyatında trixomoniyada olanda simptomların olmaması trixomonada daşıyıcısı üçün xarakterikdir.

Xəstəliyin kəskin və yarımkəskin formalarında xəstə çoxlu ağlı ifrazatdan, xarici cinsiyyət üzvlərində qaşınma və göynəmədən, bəzən isə qarının aşağı hissəsində ağırlıq hissiyatından, yuxunun pozulmasından (kəskin qaşınma zamanı) şikayət edir. Uretranın zədələnməsində göynəmə və sidik ifrazının ağırlı olması baş verir.

Hamilələrdə urogenital trixomoniaz hamiləlikdən kənar olduğu kimi - kliniki əlamətlərlə keçir. İltihabi prosesə hamısından çox uşaqlıq boynu, uşaqlıq yolu və xarici cinsiyyət üzvləri (vulva) məruz qalır. Trixomoniaz hamiləliyin gedişinə xoşagəlməz təsir edir: hestasiyanın müxtəlif dövrlərində hamiləliyin özbaşına pozulması tezliyi artır; bətdaxili infeksiyanın inkişafı baş verə bilər (plasentit, xorioamnionit, bətdaxili infeksiyalaşma, xroniki çift çatışmazlığı).

Doğuş prosesində dölyanı mayenin vaxtından qabaq axmasının, yumşaq doğuş yolları travmasının (uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolu divarının, aralığın cırılması) say artımı, zahılıq dövrü xəstəliklərinin yüksəlməsi, endometrit, salpingit, yaranın infeksiyalaşması tezliyinin xeyli çoxalması qeyd edilir. Bir qayda olaraq, fəsadlar qarışıq bakterial-trixomonadlı, trixomonadlı-qonoreyalı, trixomonadlı-kandidozlu infeksiya ilə şərtlənir.

Urogenital trixomoniazın diaqnozu xəstəliyin kliniki əlamətlərinə və müayinə olunan materialda T.vaginalis aşkar edilməsinə əsasən qoyulur. Laborator diaqnoz üçün adətən, uşaqlıq yolu möhtəviyyatından hazırlanmış nativ preparatın (təzə, rənglənməmiş) və metilen abısı ilə

rənglənmiş preparatın Qram və Romanovski – Gimza üsulu ilə mikroskopiyası tətbiq edilir.

Hamilə qadınlarda kandidoz, bakterial vaginoz, xlamidioz, qonoreya, və s. infeksiyaların öyrənilməsi üçün əlavə müayinə aparılır.

Trichomonos vaginalis QİÇS-in ötürülməsi aktına malikdir və hamiləliyin nəticəsinə mənfi təsir edir.

Ana-cift-döl sisteminin vəziyyətini qiymətləndirməkdə uşaqlığın, ciftin, dölün USM, doppleroqrafiya müayinəsi üsulu ilə uşaqlıq və fetoplasentor qan cərəyanını, dölün kardiotoqorafiyasından istifadə edilir.

Müalicə yalnız simptomlu trixomoniazda, simptomuzda isə hamiləliyin 37-ci həftəsindən sonra edilir (uşaqlıq yolunun sanasiyasına görə).

Hamiləliyin I trimestrində infeksiyanın yaranmasında yalnız yerli dərman maddələri ilə (heksikon, brilyant abısı, süd, yaxud spirtli məhlullar və s. ilə) müalicə aparılır. II üçaylıqda 16-18-ci həftəlikdən spesifik müalicə təyin edilir.

*I trimestr*

#### YERLİ MÜALİCƏ

Rp.: Suppos. Hexiconi 0,016

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə hər dəfə uşaqlıq yoluna 1 şam yeritməli, 10 gün

Rp.: Viridis nitentis 0,3

Spir. Aethyici 70% - 10 ml

Aq. destill. 20 ml

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yolunun işlənməsi, 7-10 gün.

*II-III trimestr*

Spesifik müalicə hamiləliyin 16-18-ci həftəsindən sonra aparılır.

#### SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

*Nitroimidazollar*

#### TRIXOMONIAZIN SPESİFİK MÜALİCƏSİ

Rp.: Tabul. Metronidazoli 0,75

D.t.d. № 20

S. Birdəfəlik 2 qram daxilə qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Tabul. Seknidazoli

D.t.d. № 20

S. Birdəfəlik 2 qram daxilə qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Tabul. Tinidazoli

D.t.d. № 20

S. Birdəfəlik 2 qram daxilə qəbul etməli.

Belə ki, Nitroimidazolların birdəfəlik dozada təyini 95% hallarda effektiv olur. Lakin anada və döldə arzuolunmaz dərman reaksiyalarını azaltmaq üçün qısa kursun aparılması məqsədəuyğundur.

Rp.: Tabul. Metronidazoli 0,75

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet daxilə qəbul etməli, 5-7 gün (gündəlik doza 1qram)

Rp.: Tabul. Ornidazoli

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə hər dəfə 1 tablet daxilə qəbul etməli, 5-7 gün (gündəlik doza 1,5 q)

*Nitrofuronlar*

Rp.: Tabul. Nifurateli

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 0,6 q (1 tablet) daxilə qəbul etməli, 7 gün (gündəlik doza 0,6 q)

## YERLİ MİKROB ƏLEYHİNƏ YERLİ ANTİSEPTİK PREPARATLAR

Rp.: Suppos. Metranidazoli

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 10 gün (0,5q/sut)

Rp.: Tabul. Clotrimazoli

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-10 gün (0,1-0,2 q/sut).

Rp.: Tabul. "Clion-D" N 10

D.S. Gündə 1 dəfə hər dəfə tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 8-10 gün (0,2 q/sut).

Rp.: Suppos. Macmiror Complex N12

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 8-10 gün.

Rp.: Creamoris Macmiror Complex

D.t.d. № 1

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna sürtməli (2,5-5 q/sut).

Rp.: Tabul. Terjinani N12

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-10 gün (0,4 q/sut).

Rp.: Suppos. Hexiconi 0,016

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna 1-2 şam yeritməli, 7-10 gün.

#### UŞAQLIQ YOLUNUN İŞLƏNMƏSİ ÜÇÜN PREPARATLAR

Rp.: Sol. Tantum Rose 0,1% -100 ml

D.S. Uşaqlıq yolunun şırınqa edilməsi 5-10 gün (140ml/sut)

Rp.: Sol. Miramistini 30 ml

D.S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yolunun şırınqa edilməsi 5-7 gün.

#### İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

##### *Immunomodulyatorlar*

▪ İnsanın normal immunoqlobulini (0,25 q/kq) günaşırı tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeridilir, 3 dəfə. Xəstəliyin residivi zamanı təkrar kurs məsləhətdir.

Yaxud

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  500 000TV

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam düz bağırsağa yeritməli, 10 gün (500 min.-1mln.TV/sut.).

Yaxud

Rp.: Suppos. Cenferoni 2000000 TV

D.t.d № 10

S.Gündə 1dəfə, hər dəfə 1 şam düz bağırsağa yeritməli.

##### *Bitki mənşəli immunomodulyatorlar*

▪ Jenşen ekstraktı - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.

▪ Limonnik meyvəsinin dəmləməsi - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı qəbul etməli,30 gün.

##### *Enzim sistemləri*

Rp.: Drajee Wobenzymi N 20

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3-5 draje qəbul etməli.

#### ALLERGİYA ƏLEYHİNƏ TƏSİR EDƏN MADDƏLƏR

Histaminin H<sub>1</sub>-reseptorlarının blokatorları.

Rp.: Tabul.Dimedroli 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Tabul. Diprazini 0,025

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Tabul. Suprastini 0,025

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Tabul. Diazolini 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Tabul. Cetotifeni 0,001

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

### **Urogenital xlamidioz**

Hamilələrdə xroniki urogenital xlamidioz xəstəliyinin rastgəlmə tezliyi 51-70%-ə çatır. Rusiya müəlliflərinin məlumatına əsasən, bu xəstəlik 5-15 % halda aşkar edilir və müxtəlif mamalıq və perinatal ağırlaşmalara gətirib çıxarır.

Urogenital xlamidioz cinsi yolla ötürülən infeksiyalar arasında ən geniş yayılanlardan biridir. ÜST məlumatlarına əsasən, hər il xəstəliyin dünyada 90 milyona yaxın halı qeydə alınır. Xəstəliyə qonoreyadan 2-4 dəfə, sifilisdən isə 7,5 dəfə çox rast gəlinir.

Xlamidiya infeksiyası hamiləliyin gedişinə xoşagəlməz təsir edir. Müxtəlif müəlliflərin məlumatına əsasən, daha çox rast gəlinən fəsadlaşmalar: özbaşına düşüklər (13-85%), vaxtından qabaq doğuşlar (16%), dölyanı mayenin vaxtından qabaq axması (32%), xorioamnionit (0,2%), zahılıq dövründə tezliyi artan irinli-septiki xəstəliklər. Xlamidiya dölün perinatal ölümünə, bətdaxili infeksiyalaşmasına gətirib çıxara bilər.

Urogenital xlamidiozun törədicisi-Chlamidiya trachomatis və D, E, T, G, H, İ, K immuno tipləri ayırd edilir (sidik cinsiyyət üzvlərinin epitelində yerləşir). Chlamidia trachomatis özünü kiçik qram mənfi kokkabənzər bakteriyalar kimi biruzə verir. Ayrı-ayrı hüceyrənin ölçüsü 0,25-1,5 mkm təşkil edir.

Döln antenatal yolla yoluxması transplasentər və infeksiyalaşmış dölyanı mayeni udması zamanı baş verir. İntranatal yolla yoluxma doğuş zamanı döl doğuş yolundan keçərkən baş verir.

Xlamidiyalı fetopatiya (xroniki hipoksiya, döln inkişafının ləngiməsi, konyuktivit və pnevmoniya) döln inkişafına və boyuna neqativ təsir edir. Eyni vaxtda anadangəlmə xlamidiozun digər əlamətləri meydana çıxır: farinqit, otit, vulvovaginit, uretrit. Ən təhlükəlisi yenidogulmuşlarda xlamidiya mənşəli meningit və ensefalitdir.

Hamiləlik zamanı dölyanı mayenin vaxtından qabaq axması və vaxtından qabaq doğuş eləcə də zahılıq endometriti tez-tez müşahidə edilir.

UX-nin aparılması hamiləlik dövründə 10-14 günlük antibakterial terapiya kursu ilə bitir. Antibiotiklərdən rovamisin, eritromisin və onun analoqunun seçilməsindən ibarətdir. Cozamisın (wilprofen) effektivdir və əlavə təsir vermir.

Cozamisinin bakteriostatik aktivliyi bakteriyada zülal sintezini ingibə etməklə şərtlənir. O, iltihab ocağına malik olduqda, yüksək konsentrasiyada bakteriostatik təsir göstərir. Cozamisın hüceyrədaxili mikroorqanizmlə - xlamidiya, mikoplazma, ureoplazma eləcə də qrammüsbət bakteriyalara (qızılı stafilakokk, streptokokk, pnevmokokk, qrammənfi bakteriyalara, Neisseria gonorrhoeae və bir sıra anaerob bakteriya əleyhinə (Reptococcus, Peptostreptococcus, Clasidium perfringens) münasibətdə yüksək aktivliyə malikdir. 14 yaşdan yuxarı yeniyetmələrə və yaşlılara gündəlik doza 1-dən 2 qrama qədər məsləhətdir, 2-3 qəbula bölünməlidir.

Orqanizmdə proses olduqda antibakterial terapiya hamiləliyin 12 həftəsindən sonra təyin edilir.

Viferon virus əleyhinə immunomodulyator və antiproliferativ aktivliyə malik olub, immun prosesini aktivləşdirir, virus və xlamidiyanın çoxalmasının qarşısını alır. Hamilə qadınlarda kompleks terapiyaya bakterial və virus, bətdaxili infeksiyalarda (xlamidioz, herpes, sitomeqalavirus, ureoplazma, mikoplazma, trixomoniaz, bakterial vaginoz və s.) tətbiq edilir. Viferon-1 hestasiyanın 28 və 34 həftəliyindən rektal 2 şam (gün ərzində 12 saatdan bir) günəşırı yeridilir (kurs-10 suppozitorium) Viferon – 2 35 və 40 həftədən hər gün 2 şam (12 saat intervalla) 5 gün müddətində təyin edilir. 12 həftə müddətində cəmi 7 kurs (kurslar arasında 7 gün fasilə). Müalicənin davam etməsi fərdi təyin edilir. Əks göstəriş – makrolid antibiotiklərnə hiper həssaslığın olması.

## SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

### *Seçilmiş dərman maddələri*

Rp.: Tabul. Wilprafeni 0,5

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli 7-10 gün.

Rp.: Tabul. Rovamisini 1500000TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet (1,5-3 mln TV) yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Roxybeli 0,15 (Roxitinomisini)

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 2 tablet - 3 gün, 4 gün gündə 2 dəfə hər dəfə 1 tablet yeməkdən sonra qəbul etməli (müalicə kursu 21-28 gün).

### *Alternativ dərman maddələri*

Rp.: Tabul. Amocsillini clavulanat

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli 7-10 gün (0,625- 1q).

Rp.: Tabul. Erythromycini phosphati 0,25

D.t.d. № 20

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün,

yaxud

0,25 q gündə 4 dəfə, 12-14 gün.

Rp.: Tabul. Sumamedi 0,5

D.t.d. № 6

S. Daxilə birdəfəlik 1 q daxilə qəbul etməli.

## ZAHILIQ DÖVRÜNDƏ TƏYİN EDİLƏN DƏRMAN MADDƏLƏRİ (YUXARIDA GÖSTƏRİLƏN DƏRMAN MADDƏLƏRİNDƏN BAŞQA)

Rp.: Tabul. Tarividi 0,3

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Tabul. Rulud 0,15

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Tabul. Macsacvini

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə daxilə qəbul etməli 7-10 gün (0,6 q/sut)



Urogenital xlamidioz assosiyalı infeksiyadır və yuxarıda göstərilən dərman maddələri sxeminə nitromidazol və antimikotik preparatların sistemli və yerli tətbiqinin daxil edilməsi vacibdir.

Rp.: Tabul. Metronidazoli 0,5

D.t.d. № 20

S. Daxilə birdəfəlik 2 qram, yaxud 0,5 q gündə 2 dəfə qəbul etməli, 7gün.

Rp.: Tabul. Ornidazoli 1,5

D.t.d. № 20

S. Birdəfəlik 2 qram, yaxud gündə 0,5 q 2 dəfə qəbul etməli, 7 gün (1,5 q/sut.).

Rp.: Tabul. Tinidazoli 0,5

D.t.d. № 20

S. Daxilə birdəfəlik 2 q daxilə qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Fluconazoli 0,15

D.t.d. № 1

S. Daxilə birdəfəlik 0,15 q qəbul etməli.

#### KANDİDOZUN PROFİLAKTİKASI

Rp.: Tabul. Diflucani

D.t.d. № 10

S. Həftədə 2 dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Tabul. Nystatini 500000 TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

#### GİNEKOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN MÜALİCƏSİ ÜÇÜN ANTİSEPTİKLƏR VƏ MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR VAGİNAL FORMALI DƏRMAN MADDƏLƏRİ

*I trimestr*

Rp.: Suppos. Pimofucini 0,1

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-12 gün.

Yaxud

Rp.: Cremoris Pimofucini 2% - 3,0

D.t.d. № 1in tubax

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 3-5 q uşaqlıq yoluna sürtməli, 6 gün.

Rp.: Suppos. Hexiconi 0,016

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 7-10 gün.

*II-III trimestr*

Rp.: Suppos. İzokonozoli (Gino-Travogen ovulum)

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-12 gün (0,1 q/sut).

Yaxud

Rp.: Creamoris İzokonozoli 1 %

D.t.d. № 1 in tubax

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 3-5 q uşaqlıq yoluna sürtməli, 5-6 gün.

Rp.: Suppos. Nizorali

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 3-5 gün (0,4 q/sut).

Rp.: Tabul. Klotrimazoli

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 6 gün (0,1 q/sut)

Rp.: Tabul. "Klion-D"

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-7 gün (0,2-0,4 q/sut).

Rp.: Tabul. Neo-Penotran

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna 0,2-0,4 q yeritməli, 6 gün.

Rp.: Suppos. Macmirori Complex

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorim uşaqlıq yoluna yeritməli, 8 gün.

Rp.: Tabul. Terginani

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-10 gün. (0,4 q/sut).

Rp.: Suppos. Hexiconi 0,016

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Suppos. Econazoli 0,05

D.t.d. № 5

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 3 gün 0,15 q/sut).

Rp.: Sol. Miromistini 0,01 % - 50 ml

D.t.d. № 1 in flac.

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yolunun işlənməsi, 7-10 gün.

Bağırsağ disbakteriozunun profilaktikası üçün eubiotiklər təyin etmək lazımdır.

### BAĞIRSAQ MİKROFLORASININ TARAZLIĞINI TƏNZİMLƏYƏN BİOLOJİ MƏNŞƏLİ DİAREYA ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Dragee. Linex

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 draje qəbul etməli, 10 gün.

Rp.: Tabul. Hylak forte

D.t.d. №

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 10 gün.

Rp.: Bactisuptil

D.t.d. № 10 in capsul.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10 gün.

Rp.: Bifoforum

D.t.d. № 10 in capsul.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10 gün.

Rp.: Hylak forte 100 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 30-40 damcı qəbul etməli, 10 gün.

Rp.: Bifidumibacterini 5 doz

D.t.d. №5

S. Gündə 3 dəfə daxilə 5 doz qəbul etməli, 10 gün.

Rp.: Tabul. Bifidumibacterini

D.t.d. №

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 10 gün.

Rp.: Tabul. Laktofiltrumi

D.t.d. №

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli, 10 gün.

## ALLERGİYA ƏLEYHİNƏ TƏSİR EDƏN MADDƏLƏR

Histaminlərin H<sub>1</sub> – reseptorlarının blokatoru.

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05

D.t.d. № 10

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Yaxud

Rp.: Tabul. Diprazini 0,025

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Yaxud

Rp.Tabul. Suprastini 0,025

D.t.d. № 10

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Yaxud

Rp.: Dragee Diazolini 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 draje qəbul etməli, 5-7 gün

Yaxud

Rp.: Tabul. Cetotifeni 0,001

D.t.d. № 7

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

## İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

### *Immunomodulyatorlar*

▪ İnsanın normal immunoglobulini 0,25 q/kq tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə günaşırı yeridilir, 3 dəfə (lazım olarsa müalicəni hamiləliyin I, II trimestrində və doğuşun gözlənilən müddətinə 10-14 gün qalmış müalicə aparılır).

Rp.: Suppos. Viferoni 150 min TV

D.t.d. № 10

S. Viferon 1 gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 şam düz bağırsağa yeritməli, 28-34 həftədə; Viferon 2500 min TV gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli 35-40 həftədə, 10 gün.

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  500 min TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli, 10 gün (1 mln. TV/sut.hamiləliyin 37-38-ci həftəsində).

Yaxud

Rp.: Suppos. Cenferoni 1000000 TV

D.t.d № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 10 gün (kursu 37-38 həftədə təkrar etməli).

Rp.: Lavomaxi 0,125

D.t.d № 10

S. 2 gün 1 tablet, sonra 1 tablet günəşırı qəbul etməli (müalicə kursu –10 gün).

*Bitki mənşəli immunomodulyatorlar*

- Jenşen ekstraktı - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.
- Limonnik meyvəsinin dəmləməsi - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı qəbul etməli 30 gün.

*Enzim preparatları*

Rp.: Drajee Wobenzymi

D.t.d № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3-5 draje qəbul etməli.

Təkrar kurslar 7 gündən sonra 28-40 həftə arasında aparılır.

- İnsanın normal immunoglobulini 0,25 q/kq sutkada 1 dəfə təyin edilir.

### **Mikoplazmoz. Ureaplazmoz.**

Mikoplazma məlum olan bütün növlərindən Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum dölün infeksiyalaşmasında əsas rol oynayır. Qram mənfidir – Mikoplazma polimorfdur, bakteriyanın hüceyrəsində divarı yoxdur. Yenidoğulmuşların genital mikoplazmaya yoluxması doğum kanalından keçən zaman baş verir. Yenidoğulmuş qız uşaqlarının təxminən 30%-dən 50%-ə qədəri genital mikoplazma daşıyıcı olur. Oğlan uşaqlarında isə bu yoluxmaya praktiki cəhətdən rast gəlinməyib. Cinsi yetişkənlikdən sonra sidik cinsiyyət sistemində yoluxma qadınlarda və kişilərdə seksual aktivliklə əlaqədardır.

Dölün mikoplazma infeksiyası tez-tez spontan abortun və vaxtından qabaq doğuşun baş verməsinə səbəb olur.

Yenidoğulmuşlarda pnevmoniya, meningit, konyuktivit, dərialtı abses kimi hallar baş verir. Pnevmoniya mikoplazma meningiti və meningial ensefalitlə yanaşı ola bilər. Hidrosefaliya və beyin absesi də mümkündür.

Xəstə uşaqların qanında neytrofil xarakterli davamlı leykositoz, yetişməmişlərdə isə leykopeniya müəyyən edilir.

Törədici bəzən qanda, traxeyanın içində, qırtlağın arxa divarının seliyində, onurğa beyni mayesindən aşkar olunur. Bətndaxili infeksiya əlamətləri ilə doğulmuş uşaqlarda göbək ciyəsi qanında JgM miqdarı yüksəlir, daha çox JgA müəyyən edilir.

Bətndaxili mikoplazmanın diaqnozunun təsdiqi üçün ciftin və qişaların histoloji müayinəsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Hamilələrdə servikal kanalda və uşaqlıq yolunda yayılmasının çox təsiri olur.

Spesifik terapiya – atitibiotiklər desensibilizəedici ilə və yerli vaginal formalı şamlarla yanaşı tətbiq edilir.

## SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

### *Seçilmiş dərman maddələri*

Rp.: Tabul. Wilprafeni 0,5

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Tabul. Rovamisini 1,5 mln. TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün (1,5-3 mln. TV, yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl)

Rp.: Tabul. Roxybeli 0,15

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet yeməkdən 15 dəqiqə əvvəl qəbul etməli.

### *Alternativ dərman maddələri*

Rp.: Tabul. Erythromycini phosphati 0,5

D.t.d. № 16

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün, yaxud 0,25 q gündə 4 dəfə, 12-14 gün.

Rp.: Tabul. Sumamedi 0,005

D.t.d. № 6

S. Daxilə birdəfəlik 1 q qəbul etməli.

UGM assosiyalı infeksiyadır. Yuxarıda göstərilən dərman maddələrinin sxemi ilə birlikdə nitroimidazol və antimikotik preparatların sistemli və yerli tətbiqinin daxil edilməsi vacibdir.

Rp.: Tabul. Tiberali 0,5

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet, 7 gün, yaxud daxilə birdəfəlik 1,5 q qəbul etməli.

- Rp.: Tabul. Metronidazoli 0,5  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet, 7 gün, yaxud birdəfəlik 1,5 q. daxilə qəbul etməli.
- Rp.: Tabul. Tinidazoli 0,5  
D.t.d. № 20  
S. Daxilə birdəfəlik 2 q qəbul etməli.

#### KANDİDOZUN PROFİLAKTİKASI

- Rp.: Tabul. Diflucani  
D.t.d. № 1  
S. Həftədə 2 dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Yaxud

- Rp.: Tabul. Nystatini 500000 TV  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

#### ANTİSEPTİKLƏR VƏ MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR, VAGİNAL FORMALI DƏRMAN MADDƏLƏRİ

*I trimestr*

- Rp.: Suppos. Pimofucini 0,001  
D.t.d. № 12  
S. Gündə bir dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-12 gün.
- Rp.: Suppos. Hexiconi 0,016  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli

*II-III trimestr*

- Rp.: Suppos. İzokonozoli 0,6  
D.t.d. № 12  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli.
- Rp.: Suppos. Clotrimazoli 0,1  
D.t.d. № 12  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli 6 gün.
- Rp.: Tabul. "Clion-D"  
D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna yeritməli, 6 gün (0,2-0,4 q/sut).

Rp.: Tabul. Neo-Penotran

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə uşaqlıq yoluna yeritməli, 6 gün. ( 0,2-0,4 q/sut)

Rp.: Suppos. Pimofucini 100 mq

D.t.d. № 12

S. Gündə bir dəfə, hər dəfə 1 suppozitorium uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-12 gün.

Rp.: Suppos. Macmirori Complex

D.t.d. № 12

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorim uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-8 gün.

Rp.: Tabul. Terjinani

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə uşaqlıq yoluna yeritməli, 6-8 gün (0,4 q/sut).

Antibakterial terapiya aparıldıqdan sonra uşaqlıq yolunun mikrosenozunu bərpa etmək üçün eubiotiklərlə müalicə məsləhətdir.

Rp.: Suppos. Bifudum Bifidobakteri

D.t.d. № 12

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorim uşaqlıq yoluna axşamlar yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Suppos. Laktobakterini

D.t.d. № 12

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 suppozitorim uşaqlıq yoluna axşamlar yeritməli, 7-10 gün.

## BAĞIRSAQ MİKROFLORASINI TƏNZİMLƏYƏN BİOLOJİ MƏNŞƏLİ DİAREYA ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Linex

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, (10-12 gün).

Yaxud

Rp.: Bactisuptil

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10-12 gün.



Yaxud

Rp.: Bifoforum

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10-12 gün.

Yaxud

Rp.: Hylak forte 100 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 30-40 damcı qəbul etməli 10-12 gün.

Yaxud

Rp.: Bifidumibacterini 5 doz

D.t.d. № 5

D.S. Gündə 3 dəfə daxilə 5 doz qəbul etməli, 10-12 gün.

Rp.: Tabul. Laktofiltrumi

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli, 10 gün.

ALLERGİYA ƏLEYHİNƏ TƏSİR EDƏN MADDƏLƏR

Histaminlərin H<sub>1</sub> – reseptorlarının blokatoru.

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05

D.t.d. № 10 in tabl.

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Yaxud

Rp.: Tabul. Diprazini 0,025

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Yaxud

Rp.: Tabul. Suprastini 0,25

D.t.d. № 10

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Yaxud

Rp.: Dragee Diazolini 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 draje qəbul etməli, 5-7 gün

Yaxud

Rp.: Tabul. Cetotifeni 0,001

D.t.d. № 7

S.Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

## İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

### *Immunomodulyatorlar*

▪ İnsanın normal immunoglobulini 0,25 q/kq vena daxilinə (damcı ilə) günəşırı yeridilir (3 dəfə). Təkrar kurs hamiləliyin 37-38-ci həftəsində məsləhətdir.

Yaxud

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  1 000000 TV

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli 10 gün (1 mln TV/sut).

Yaxud

Rp.: Suppos. Cifferoni 1000000TV

D.t.d № 10

S.Gündə 1 şam düz bağırsağa yeritməli, 10 gün.

### *Bitki mənşəli immunomodulyatorlar*

▪ Jənşen ekstraktı - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.

▪ Limonnik meyvəsinin dəmləməsi - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı qəbul etməli 30 gün.

### *Enzim sistemləri*

Rp.: Drajee.Wobenzymi

D.t.d. № 20

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3-5 draje qəbul etməli.

## **Hamiləlik və süzənək**

Daxili cinsiyyət üzvlərinə aid süzənək xəstəliyinin törədicisi Neyser qonokoklarıdır (diplokokklar). Hamiləlik zamanı uşaqlığın və onun artımlarının xroniki iltihabı kəskinləşə bilər. Belə hallarda kolpit, endoservisit əlamətləri, uşaqlıq yolunda və xarici cinsiyyət üzvlərinin dərisində iti uclu kondilomanın inkişafı müşahidə olunur. Uşaqlıq yolundan çoxlu irinli ifrazatın axması hamilə qadını narahat edir. İnfeksiya uşaqlıq boynundan uşaqlığa keçərsə, döllənmiş yumurtanı məhv edərək hamiləliyin pozulmasına səbəb olur. İnfeksiyanın keçməsi uşaqlığa ən çox doğuş zamanı və doğuşdan sonra baş verir.

Hamilələrdə bu xəstəliyin diaqnozu qadın məsləhətxanalarında, doğuş zamanı və zahılıq dövründə isə stasionar həkimi tərəfindən müəyyən edilməlidir. Hazırda doğum vaxtı uşağın başı kiçik çanaq

çıxacağından görünən zaman başdan yaxma götürülür. Doğum evlərində doğuşun üçüncü günü zahı qadınların uretrasından, uretra ətrafından, uşaqlıqdan və uşaqlıq boynundan bakterioloji analiz üçün yaxma götürülür. Yenidoğulmuşlarda qonoreyanın əsas əlaməti irinli konyuktivit simtpomları ilə qonoblenoreyadır. Müalicə edilməmiş blenoreya çox vaxt korluğa gətirib çıxarır (24%). Tez-tez dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsi, erkən neonatal dövrdə çəkisinin patoloji azalması, adaptasiya reaksiyasının zəifləməsi müşahidə edilir.

Zəifləmiş və yetişməmiş yenidoğulmuşda ümumi qonokokk infeksiyasının inkişafı müşahidə edilir. Qonoreya xəstəliyi olmayan hamilə qadınlarda Borde-Janqu reaksiyası müsbət ola bilər və ona görə də bu reaksiya həlledici rol oynamır. Xəstəliyin diaqnozunun dəqiq təyin edilməsində anamnezin, uşaqlıq yolunda, uşaqlıq boynunda, xarici cinsiyyət üzvlərində baş vermiş iltihabi dəyişikliklərin böyük əhəmiyyəti vardır. Hamiləlik zamanı xəstəliyin diaqnozunu təyin etmək üçün qonovaksinadan, induktotermiyadan, kimyəvi maddələrdən istifadə etmək olmaz.

Hamilələrdə qonoreyanın müalicəsi - dölə mənfi təsiri aşkar olunmayan antibakterial preparatlarla, hestasiyanın hər hansı müddətində stasionar şəraitdə həyata keçirilməlidir. Preparatlardan hamiləlik zamanı bir sıra benzilpenisillin, makrolidlər, sefalosporinlər, spektinomisin seçilir. Tetrasiklinlər, ftorxinol, aminoqlikozidlər əks göstərişdir. Qonokokk infeksiyası zamanı immunomodulyator və biostimulyator preparatlarının tətbiq edilməsi ciddi əsaslandırılmalıdır.

Qonoreyanın sağalma kriteriyasını müəyyən etmək üçün müalicə kursu qurtarıqdan 7-20 gün sonra yanaşılır. Sağalma kriteriyasına: xəstəliyin subyektiv və obyektiv simptomlarının olmaması, mikroskopik və kultural müayinənin nəticəsinin mənfi olmasıdır. Klinik-laborator məlumatların mövcudluğu iltihabi prosesin saxlandığına sübutdur və yanaşı infeksiyanı inkar etmək üçün mütləq təkrar kultural müayinəni yoxlamaq məsləhətdir.

Hamiləliyin II yarısında xəstə qadının orqanizminə sutkada 3000000 TV benzilpensillin yeritmək məsləhət görülür. Çox ehtiyatla autohemoterapiya, yaxud qonovaksinasiya da aparıla bilər (adətən, 100-150 milyon mikrob cismindən başlayaraq, doza tədricən artırılır).

Hamiləliyin ikinci-üçüncü aylarında vaksin müalicəsi aparmaq məqsədəuyğun deyildir. Eləcə də hamiləlik dövründə uşaqlıq əzələsinin yığılmalarını gücləndirən dərman maddələrinin uşaqlıq boynu kanalına

yeridilməsi əks göstərişdir. Uşaqlıq boynu kanalından yaxma götürmək olmaz - yaxma ancaq uşaqlıqdan axan ifrazatdan götürülməlidir.

Qonoreya xəstəliyinə tutulmuş hamilə qadınlar doğuşa qədər nəzarət altında olmalıdırlar və onlar haqda qadın məsələhətxanalarına məlumat verilməlidir. Zəhı qadınlarla yanaşı, yenidoğulmuş uşaqlar da nəzarət altında saxlanmalıdır.

Doğuşdan sonrakı dövrdə antibiotiklərlə müalicə adi qaydada, yaxud autohemoterapiya fonunda aparılmalıdır. Uşaqlıq boynunun müalicəsinə doğuşdan üç həftə sonra başlamaq lazımdır.

Fəsadlaşmamış süzənəyin müalicə sxemi:

### SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

*Seçilmiş dərman maddələri:*

Rp.: Spectinomycini 0,2

D.t.d. № 6 in lagenis

Rp.: Aq.pro injectionibus 2 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatım 3,2 ml həlledicidə əridib gündə birdəfəlik əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Cefotaxini 0,15

D.t.d. № 6 in lagenis

Rp.: Aq.pro injectionibus 2 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyətını 2 ml həlledicidə əridib gündə 2 dəfə 5 gün əzələyə yeritməli.

Rp.: Ceftriaxoni 0,25

D.t.d. № 6 in lagenis

S. Hər flakondakı məhlulu 2 ml lidokain tərkibli həlledicidə həll edib gündə birdəfəlik əzələyə yeritməli.

*Alternativ dərman maddələri*

Rp.: Tabul. Cefuroximi 1,0

D.t.d. № 10

S. Daxilə 1 q dozanı birdəfəlik qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Erythromycini phosphati 0,5

D.t.d. № 10

S. Gündə 6 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 3 gün.

Fəsadlaşmış süzənəyin müalicə sxemi.

Fəsadlaşmış süzənəkdə antibakterial terapiya kursu daha uzun müddətlidir.

Rp.: Cefoperozoni 1,0

D.t.d. № 6 in lagenis.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə həll edib gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 q əzələ, yaxud vena daxilinə kliniki əlamətlər imkan verənə qədər yeritməli, 1-2 gün.

Rp.: Cefuroximi 1,0

D.t.d. № 6 in lagenis

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 q vena daxilinə kliniki əlamətlər imkan verənə qədər yeritməli, 1-2 gün.

*Xlamidiya infeksiyası ilə yanaşı olduqda* seçilmiş preparatlar, yaxud alternativ dərman maddələri makrolidlərlə, yaxud amoksisilinlə birlikdə tətbiq edilir.

Rp.: Tabul. Rovamisini 3 000000 TV

D.t.d № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Tabul. Azitromisini 0,1

D.t.d № 10

S. Daxilə 1 q dozada birdəfəlik qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Amocisillini 0,5

D.t.d № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet daxilə qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Tabul. Amocsillini clavulanat 0,625

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet (0,625-1 q) qəbul etməli, 7-10 gün.

Lazım olduqda fəsadlaşmış hamiləliyin müalicə və profilaktikası aparılır: hamiləliyin pozulma təhlükəsinin, cift çatışmazlığının, bətdaxili hipoksiyasının, dölün bətdaxili inkişafının ləngiməsinin və s.

## İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

### *Immunomodulyatorlar*

▪ İnsanın normal immunoqlobulini 0,25 q/kq vena daxilinə tədricən damcı üsulu ilə günəşirni yeridilir, 3 dəfə, xəstəliyin residivi zamanı – kurs təkrarlanır.

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  500 min TV

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli, 10 gün ( 500 min - 1 mln. TV/sut.)

Rp.: Suppos. Cipferoni 1mln. TV

D.t.d № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 10 gün.

Rp.: Suppos. Viferoni 150 min TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 şam düz bağırsağa yeritməli, 10 gün.

*Bitki mənşəli immunomodulyatorlar*

▪ Jənşen ekstraktı - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.

▪ Limonnik meyvəsinin dəmləməsi - gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı qəbul etməli, 30 gün.

▪ Eleuterokokka kökünün ekstraktı gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 15-20 damcı daxilə qəbul etməli, 30 gün.

*Enzim sistemləri*

Rp.: Drajee Wobenzymi

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3-5 draje qəbul etməli, 30 gün.

Müalicənin effektivliyi onu qutardıqdan 7-10 gün sonra qiymətləndirilir.

*Qadınlarda süzənəyin sağalmasının kriteriyaları:*

- sidikxarı kanalından, servikal kanaldan, düz bağırsaqdan ifrazatın müayinəsi zamanı *N.gonorrhoeae* olmaması;

- dinamik müşahidə zamanı kliniki və laborator müayinədə xoşagəlməli nəticənin olması;

- dölün bətdaxili infeksiyalaşması əlamətlərinin olmaması.

### **Hamiləlik və sifilis**

Hamilə qadının sifilis xəstəliyinə tutulması döl üçün çox böyük təhlükə törədir. Sifilisin törədicisi – solğun spiroxeta – asanlıqla ciftədən dölün orqanizminə keçir, hamiləliyin axır aylarında döl sifilis xəstəliyinə tutulur, uşaq çox hallarda vaxtından əvvəl və ölü doğulur.

Anadangəlmə sifilis zamanı – əgər ana hamiləliyə qədər xəstələnmişdirsə dölün zədələnməsi yalnız hamiləliyin ikinci yarısında baş verir.

Bir sıra yenidoğulmuşlarda xarakter əlamətlər təzahür etmir. Lakin 4 gün – 3 həftədən sonra xəstəliyin müxtəlif simptomları meydana çıxır. Qripə bənzər sindrom, meningial simptom, göz sulanması, angina, selikli qişaların hiperemiyalaşması, ödemli, eroziyalaşmış sahədə çoxlu

solğun triponema müşahidə edilir. Ətraflarda aktiv hərəkət olmur, xüsusilə də böyük baldır sümüyündə (qılıncvarı diz), rentgenoqrammada ostexondrit əlamətləri görünür, periostit qeyd edilir. Eləcə də bütün qrup limfatik düyünlərin böyüməsi, hepatosplenomeqaliya, ağır hallarda anemiya, sarılıq, purpura, ödem, hipoalbuminemiya müşahidə edilir. Xarakter səpgi, papuloz ləkə və papuloz zədələnmənin birləşməsində geniş kondiloma əmələ gəlir.

Hamilələrdə sifilisin kəskin forması nadir təsadüf olunur, ən çox xəstəliyin gizli forması müşahidə edilir ki, bu da qadının ümumi vəziyyətinə ciddi təsir göstərmir.

Erkən sifilisdə vaxtından qabaq doğuş (25% hallarda) və uşaq ölümü (14%) müşahidə edilir

Hamilə qadınlarda sifilis diaqnozunun vaxtında (anamnez, kliniki analiz və seroloji reaksiyalar əsasında) müəyyən edilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Xəstəliyin diaqnozu Vassermanın seroloji reaksiyasına əsasən qoyulur. Bu məqsədlə xəstədən 2 dəfə (hamiləliyin I və II yarısında) qan götürülür. Bu xəstəliyə tutulmuş hamilə qadınların müalicəsi çox intensiv aparılmalıdır.

Sifilisin diaqnozu erkən inkubasion dövrdə mümkün deyildir (ilk 25 gün). Aparılan spesifik müalicənin nəticəsində ana tam sağalır və uşaq sağlam doğulur. Lazım gəldikdə doğuşdan sonra da sifilis əleyhinə anaya və uşağa dərmanlar təyin edilir.

Anadangəlmə sifilis xəstəliyini (ostexondritləri, periostitləri) aşkar etmək məqsədilə yenidoğulmuşlarda rentgenoloji, xorioretinitin olmasını bilmək üçün isə oftalmoloji tədqiqatlar aparılmalıdır.

Sifilisin və dölə infeksiyanın qarşısının alınması üçün xüsusən də onun gizli formasında müalicənin aktualığı hamilələrə çox ciddi şəkildə bildirilir.

Penisillinin novokain duzu 600000 TV sutkada 2 dəfə olmaqla əzələ daxilinə yeridilir. Sifilisin təzə forması zamanı müalicənin müddəti 16 gün, ikincili residivdə erkən gizli sifilisdə 28 gündən ibarətdir. Ümumi kurs dozası xəstəliyin mərhələsindən asılıdır 19200000 TV, və 33600000 TV-yə bərabərdir. 28 günlük müalicə zamanı antibiotikoterapiyanın 2-ci həftəsindən teonikal gün ərzində 0,15 q (yeməkdən sonra) 3 dəfə təyin edilir.

Anadangəlmə sifilisin profilaktikası üçün seroloji müayinəni hamilələrdə üç dəfə, hamiləliyin birinci (qeydiyyatə götürmək üçün həkimə müraciət zamanı) və ikinci yarısında (VI-VII ay daha məsləhətdir) aparılmalıdır.

Hamilələrin profilaktikası, müalicəsi aşağıdakı üsulla aparılır.

**I üsul.** Suda həll olunan benzilpenisillin 400000 TV (sutkada 8 dəfə -14 gün ərzində), kurs dozası 44800000 TV. Bu üsulda ana orqanizmində və döl toxumasında penisillinin yüksək konsentrasiyasının alınması nəzərdə tutulur, ona görə də yüksək effektivdir, lakin yalnız stasionar şəraitdə aparılır.

**II üsul.** Müalicə penisillinin dyurant preparatlarının biri ilə aparılır, bisillin-1, bisillin-3, bisillin-5 1200000 TV dozada, 1800000 TV, yaxud 1500000 TV (həftədə 2 dəfəyə uyğun gəlir və kurs 7 iynədir). Bu üsul ambulator şəraitdə əlverişlidir.

Sifilis xəstəliyinə tutulmuş hamilə qadınları penisillin və onun preparatları ilə müalicə etdikdə, orta hesabla, hər kiloqram çəkiyə 140 000 TV antibiotik götürülür və hər müalicə kursunda 8 400 000 TV preparat işlədilir.

Hamilələrin müalicəsində penisillin sıralı preparatlarına davam gətirmək mümkün olmur, eritromisin tətbiqi məqsədəuyğun deyildir. Belə ki, anaya yaxşı effekt göstərir, amma ciftədən tam keçmir və uşaqda anadangəlmə sifilisin baş verməsinin qarşısını almır. Tetrasiklin sıralı preparatları anadangəlmə sifilisin qarşısını alır, amma sümük toxumasına və dölün dişlərinə çökür.

Sifilisli xəstələrdə hamilələr üçün müalicənin seçilməsi zamanı penisillin sıralı preparatlara dözülməyəndə, bir sıra antibiotiklər təyin etmək olar: tarivid, siprobay, dioksilin, brulamisin, ristomisin və s. Hamilələrə 1000000 TV (əzələ daxilinə) oksasillin təyin edilməsi məqsədəuyğundur. 6 saat fasilə verməklə xəstəliyin mərhələsindən asılı olaraq 14 və 28 gün müddətində sutkada 4 dəfə, tətbiq olunur.

Müalicə nəticəsində baş verən ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün xəstələrə antihistamin preparatlar (dimedrol, diazolin, suprastin, diprazin) verilməsi münasibdir.

Hamiləliyin 18 həftəsinə qədər birincili sifilisin müalicə sxemi:

## SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ DƏRMAN PREPARATLARI

*Seçilmiş dərman maddələri*

Rp.: Bicillini – I 2,4 mln. TV/həftə

D.t.d. №6 in lagenis

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib  
həftədə 1 dəfə əzələyə yeritməli, 2 inyeksiya.



- Rp.: Bicillini – III 1,8 mln. TV.  
D.t.d. № 3 in lagenis  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib  
həftədə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 5 inyeksiya.
- Rp.: Bicillini – V 1,5 mln. TV.  
D.t.d. № 3 in lagenis  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib  
həftədə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 5 inyeksiya.
- Rp.: Prokain - benzylpenicillini 1,2 mln. TV/sut.  
D.t.d. №10 in lagenis
- Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml.  
D.t.d. №10-in ampull.  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 3 dəfə əzələyə yeritməli, kurs 10 gün.

#### Yaxud

- Rp.: Prokain - benzylpenicillini 0,6 mln. TV  
D.t.d. №10 in lagenis
- Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml.  
D.t.d. №10-in ampull.  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 10 gün.
- Rp.: Benzylpenicillini 1 mln. TV  
D.t.d. №10 in lagenis
- Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml.  
D.t.d. №10-in ampull.  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 10 gün.

#### *Alternativ dərman maddələri*

- Rp.: Tabul. Azitrimicini  
D.t.d. № 5  
S. Gündə 1 dəfə daxilə qəbul etməli, 5 gün. (0,5 q/sut).
- Rp.: Ampicillini 0,01  
D.t.d. №10 in lagenis
- Rp.: Aq. pro injectionibus 2 ml.  
D.t.d. №10-in ampull.  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 14 gün.
- Rp.: Ceftriaxonu 0,5  
D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2ml həlledicidə həll edib  
günaşırı 0,5q əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Ristomycini sulfatis 500000 TV

D.t.d. №10 in lagenis

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 40 ml 5%-li qlükoza  
məhlulunda həll edib sutkada 2 dəfə damcı üsulu ilə  
venaya yeritməli.

Rp.: Tabul.Erythromycini 0,5

D.t.d. №10

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 15 gün.  
Eritromisin az terapevtik effektə malikdir – o yalnız digər  
dərman maddələrinin tam mənimsənilməməsi zamanı tətbiq  
edilir.

Hamiləliyin 18 həftəsindən sonra birincili siflisin müalicə sxemi:

## SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

*Seçilmiş dərman preparatları*

Rp.: Benzylpenicillini – natrii 1 mln. TV

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml.

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 10 gün.

Rp.: Benzylpenicillini 0,6 mln. TV

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml.

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 10 gün.

*Alternativ dərman maddələri*

Rp.: Tabul. Azitrimicini

D.t.d. № 5

S. Gündə 1 dəfə daxilə qəbul etməli, 5 gün (0,5 q/sut).

Rp.: Ampicillini 1,0

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Aq. pro inectionibus 2 ml.

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 14 gün.

Rp.: Ceftriaxonu 0,5

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib, günaşırı 0,5 q əzələ daxilinə yeritməli.

### İKİNCİLİ VƏ ERKƏN GİZLİ SİFİLİS

Hamiləliyin 18 həftəsinə qədər uzunmüddətli təsir edən penisilinlər təyin edilir (orta təsir davamı birincili sifilisdən daha uzun müddətli kursdur).

### 18 HƏFTƏLİYƏ QƏDƏR İKİNCİLİ VƏ ERKƏN GİZLİ SİFİLİSİN MÜALİCƏ SXEMİ SISTEMLI TƏTBIQ ÜÇÜN MIKROB ƏLEHİNƏ DƏRMAN PREPARATLARI

*Seçilmiş dərman maddələri*

Rp.: Bicillini – I

D.t.d. №6 in lagenis

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib 7 gündən bir əzələyə yeritməli, 3 inyeksiya (2,4 mln. TV/həftə)

Rp.: Bicillini – III

D.t.d. № 3

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib həftədə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 10 inyeksiya (1,8 mln. TV).

Rp.: Bicillini – V

D.t.d. № 3 in lagenis

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib həftədə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 10 inyeksiya (1,5 mln. TV).

Rp.: Benzylpenicillini 1 mln. TV

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml.

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib, gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 20 gün.

Rp.: Prokain - benzylpenicillini

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml.

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 20 gün (0,6 mln. TV/sut).

*Alternativ dərman maddələri*

Rp.: Ampicillini 1,0

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Aq. pro injectionibus 2 ml.

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 28 gün.

Rp.: Ceftriaxonu 0,5

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə həll edib,  
günaşırı 0,5 q əzələ daxilinə yeritməli, 10 gün.

Rp.: Tabul.Erythromycini 0,5

D.t.d. №10

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 30 gün.

## İKİNCİLİ VƏ ERKƏN GİZLİ SİFLİSİN 18 HƏFTƏLİKDƏN SONRA MÜALİCƏ SXEMİ

### SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

*Seçilmiş dərman preparatları*

Rp.: Benzylpenicillini – natrii 1 mln. TV

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 20 gün.

Rp.: Benzylpenicillini 0,6 mln. TV

D.t.d. №10 in lagenis

Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml

D.t.d. №10-in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 20 gün.

*Alternativ dərman maddələri*

Rp.: Ceftriaxonu 0,5

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə həll edib  
günaşırı 0,5 q əzələ daxilinə yeritməli, 10 gün.

Hamiləliyin 20 həftəsindən sonra profilaktik müalicə aparılır.  
Spesifik müalicəyə gec başlandıqda, xoşagəlməz nəticələr olur.

Rp.: Benzylpenicillini – natrii 1 mln. TV  
D.t.d. №10 in lagenis  
Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml  
D.t.d. №10-in ampull.  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 4 dəfə əzələyə yeritməli, 10 gün.  
Rp.: Benzylpenicillini 0,6 mln. TV  
D.t.d. №10 in lagenis  
Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml  
D.t.d. №10-in ampull.  
S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib,  
gündə 2 dəfə əzələyə yeritməli, 10 gün.

### BAĞIRSAQ MİKROFLORASINI TƏNZİMLƏYƏN BİOLOJİ MƏNŞƏLİ DİAREYA ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Tabul. Acipoli  
D.t.d. № 10 in capsul  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10 gün.  
Rp.: Linex  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 draje qəbul etməli, 10 gün.  
Rp.: Bactisuptil  
D.t.d. № 10 in capsul.  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10 gün.  
Rp.: Bifoforum  
D.t.d. № 10 in capsul.  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10 gün.  
Rp.: Hylak forte 100 ml  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 30-40 damcı qəbul etməli, 10 gün.  
Rp.: Tabul. Laktofiltrumi  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli, 10 gün.  
ALLERGİYA ƏLEYHİNƏ TƏSİR EDƏN MADDƏLƏR  
Histaminlərin H<sub>1</sub> – reseptorlarının blokatoru.  
Rp.: Dimedroli 0,05  
D.t.d. № 10 in tabl.  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün.  
Rp.: Tabul. Diprazini 0,025  
D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp. Tabul. Suprastini 0,25 № 10

D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Dragee Diazolini 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 draje qəbul etməli, 7-10 gün

Rp.: Tabul. Cetotifeni 0,001

D.t.d. № 7

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-10 gün.

## İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

### *Immunomodulyatorlar*

▪ İnsanın normal immunoqlobulini 0,25 q/kq vena daxilinə damçılı ilə günaşırı yeridilir (3 dəfə), lazımi halda təkrar kurs 37-38 həftəlikdə aparılır.

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  500 min.

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 1 dəfə düz bağırsağa yeritməli, 10 gün ( 500 min-1 mln. TV/sut. lazım olduqda hamiləliyin 37-38-ci həftəsində).

Rp.: Suppos. Cipferoni 1mln. TV

D.t.d № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 şam uşaqlıq yoluna yeritməli, 10 gün.

Rp.: Lavomaxi 1,25

D.t.d № 10

S. 2 gün 1 tablet, sonra 1 tablet günaşırı qəbul etməli (müalicə kursu –10 gün).

### *Bitki mənşəli immunomodulyatorlar*

▪ Jenşen ekstraktı - gündə 2-3 dəfə, (15-20 damcı) daxilə qəbul etməli, 30 gün.

▪ Limonnik meyvəsinin dəmləməsi - gündə 2-3 dəfə, (15-20 damcı) qəbul etməli (30 gün).

### *Enzim sistemləri*

Rp.: Drajee Wobenzymi

D.t.d № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 3-5 draje qəbul etməli.

## IV FƏSİL

### CİFT ÇATIŞMAZLIĞI

Cift çatışmazlığı – kliniki sindromdur, üzvün yararlı funksiyasını təmin edən ciftə morfofunksional dəyişikliklə və kompensator uyğunlaşma mexanizminin pozulması ilə sərtləşir. Belə ki, hamiləliyin inkişaf prosesində ciftin funksiyası və döl sıx əlaqədardır. Ona görə də çox vaxt “fetoplasentar sistem”, yaxud “fetoplasentar kompleks” terminindən istifadə edirlər.

Hamiləliyin 16 həftəsinə qədər inkişaf edən birincili və daha gec müddətdə müşahidə edilən ikincili cift çatışmazlığı ayırd edilir. Birincili cift çatışmazlığı implantasiya, erkən embriogeneza və plasentasiya dövründə müxtəlif amillərin təsirindən (endokrin, infeksiya, immunoloji və s.) inkişaf edir. İkincili cift çatışmazlığı ekzogen amillərin təsiri altında və hamiləliyin ikinci yarısında inkişaf edir.

Kəskin cift çatışmazlığı son dölün ölümünə gətirib çıxaran normal yerləşmiş ciftin vaxtından qabaq soyulması, yaxud cift gəlişinin soyulması nəticəsində baş verir. Xroniki cift çatışmazlığı hamiləliyin gedişinin ağırlaşması, yaxud ekstragenital xəstəliklər fonunda (ürək damar patologiyası, şəkərli diabet, hipertenziv sindromlu, böyrək patologiyası, immunouyğunsuz hamiləlik, vaxtı ötmüş hamiləlik və s.) inkişaf edir. Xroniki cift çatışmazlığının əsas kliniki təzahürü dölün boyunun bətdaxili ləngiməsi, bətdaxili hipoksiya və onun birləşməsi olur.

Cift çatışmazlığının erkən əlaməti fetoplasentar sistemdə bütün hormonların sintezinin aşağı düşməsi olur (estrogen, progesteron, plasentar laktogen). Ciftin vəziyyəti barədə daha da qiymətli məlumatı ultrasəs müayinəsi verir, hansı ki, tək onun lokalizasiyasını yox, eləcə də quruluşunu və böyüməsini qiymətləndirir. Xüsusi qiyməti dopplerometriya uşaqlıq-cift və döl-cift damarlarının qan cəryanı əldə edir. Dopplerometriya ilə uşaqlıq arteriyasında, ciyə arteriyasında, dölün orta beyin arteriyasında uşaqlıq-cift-döl sistemində hemodinamik pozulmanı təyin etmə dərəcəsini qan cəryanının sürətinin əyriliyinə görə qiymətləndirilir. Əsas həlqə ciftin funksiyasını normallaşdırmağa, uşaqlıq cift qan cəryanını yaxşılaşdırmağa, damar genişləndirici maddələr və üsullar, yaxud preparatlar tətbiq etməyə nail olmağa, uşaqlığın yığılma qabiliyyətini bərpa edən tədbirlərlə yanaşı, mikrosirkulyasiyanı və qanın reoloji xüsusiyyətini normallaşdırmağa yönəlməlidir. Damar genişləndi-

rici maddələrdən eufillin şırnaqla, yaxud damcı şəklində vena daxilinə yeridilməsi tətbiq edilir. Bu məqsədlə komplamin, teonikol, trental istifadə olunur. II trimestrdə ana-cift-döl sistemində hemodinamik pozulma olduqda aspirin (250 mq günaşırı 3 həftə) II və III trimetsrdə pentoksifillin (trental 100 mq sutkada 3 dəfə yaxud, dipiridimol (kurantil 75 daxilə gündə 2 dəfə) eyni vaxtda reopoliglükün (400 ml vena daxilinə damcı üsulu ilə, 5 infuziya) təyin edilir.

Rp.: Complamini 15%-2 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə əzələyə 2 ml yeritməli.

Rp.: Tabul.Eufillini 24% - 5 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S.Gündə 1 dəfə, əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul.Eufillini 0,15

D.t.d. № 30

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet daxilə qəbul etməli, 14 gün

Rp.: Tabul. Theonicoli 0,15

D.t.d. № 200

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Trentali 2%-5 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. 5 ml 500 ml %%-li glükoza məhlulunda damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

Trental qanın reoloji xüsusiyyətini və mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırır, stasionar (venadaxilinə yeridilir) və qadın məsləhətxanası şəraitində (tabletkə per oral) tətbiq edilir. Terapiyanın müddəti 4-dən 6 həftəyə qədərdir.

Trentalı vena daxilinə tətbiq etdikdən 30 dəqiqə əvvəl maye yükündən sonra və əvvəlcədən uşaqlığın qan dövranının «soyma» sindromunun olmasına görə venadaxilinə 1 ml 0,06% korqlükon məhlulu yeridilir.

Uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin normallaşmasını və cift qan cərəyanını yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə kiçik dozada tokolitik təsirli prerapatların ( $\beta$ -miməftik) istifadəsi məqsədə uyğundur və sigetlə birlikdə vermək olar (uşaqlıq – cift qan cərəyanını gücləndirmək üçün).

Tokoliz stasionarda hamiləni yanı üstə vəziyyətində olmaqla həyata keçirilir. Preparatın yeridilməsinə başlamazdan əvvəl 30 dəqiqə-



nin gedişində məhlullardan biri yeridilir (qlükoza, reopoliqlükün). Eyni vaxtda daxilə 1 tablet verapamil (izoptin, finoptin) təyin edilir.

Rp.: Sol. Corglyconi 0,06% - 1 ml

D.t.d. №6 in ampull.

S. 0,5 - 1 ml 20 ml 20%-li qlükoza məhlulunda tədricən venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Partusisteni 0,05% - 10 ml

D.t.d. № 10 in ampul

S. 10 ml 500 ml 5%-li qlükoza məhlulunda damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

Rp.: Gyniprali 5 ml

D.t.d. № 5

S. 5 ml 0,9 %-li 200 ml NaCl məhlulunda damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Glukosi 5% - 400 ml

D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Qlükoza 5%-li 200-250 ml tədricən damcı üsulu ilə

vena daxilinə yeridilir (4 q quru maddə qlükozaya 1

TV insulin hesabı ilə).

Rp.: Rheopolyglucini 400 ml

D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. İsoptini 0,04

D.t.d. №100

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 tablet qəbul etməli (2-3 gün).

Rp.: Tabul. Niphedipini 0,01

D.t.d. №30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Reopoliglükün və heparin birlikdə verilən zaman yaxşı nəticə qeyd edilir, periferik qan damarını genişləndirir, ciftdən keçmir və dölə zədələyici təsir etmir. Miometriumda və ciftdə damar yerinin inkişafına malikdir, onlarda mikrosirkulyasiyanı normallaşdırır.

Hiperkoagulyasiyanın kəskin əlamətləri zamanı heparin, fraksiqarin təyin edilir, hamiləliyin 37 həftəsindən və təcili doğuşa icazə veriləndən 2-3 sutka əvvəl preparatların qəbulu təxirə salınır. Kiçik molekullu heparin, fraksiqarin uzunmüddətli dəri altına (10 gündən 7 həftəyə qədər) antiaqreqantlarla yanaşı yeridilir.

Heparin kiçik dozalarda 500-1000 TV qarnın dərisi altına (vaxtı uzadılma effekti məqsədi ilə) sutkada 4 dəfə, 3-5 günün ərzində (sutkalıq

doza 2000-4000 TV) reopoliglükünün ikiqat infuziyası ilə yanaşı təyin edilir.

Fraksiyaların də həmçinin dəri altına 2500 TV hər gün, gündə 1 dəfə yeridilir. (Əks göstəriş – hipokoaqulyasiya, qan xəstəlikləri, hər hansı qanaxmada, cift gəlişində, xora xəstəliyində, şişlər olduqda).

Rp.: Heparini 5 ml

D.t.d. 5

S. Hər 4 saatdan bir 500-1000 TV qarının dərisi altına yeritməli.

Rp.: Sol. Fraxiparini 0,2

D.S. Gündə bir dəfə dəri altına yeritməli.

Rp: Sol. Klexani 0,2

D.S. Gündə bir dəfə dəri altına yeritməli.

Cift çatışmazlığının kompleks terapiyasına cift də qaz mübadiləsinə və metabolizmi yaxşılaşdıran maddələr daxildir. Onlara oksigenoterapiya energetik qarışıq, aminturşular, vitaminlər, dəmir preparatları, qeyri-steroid anabolik preparatlarla birlikdə aiddir.

Döl-cift qan axınının izolə olunmuş pozulmasında aktovegin təyin edilir.

Xofitol antioksidant və sitoprotektor təsirə malik olub, zədələnmiş amillərdə hüceyrə membranını müdafiə edir (gün ərzində 200 mq 3 dəfə, yaxud 5 ml vena daxilinə damcı üsulu ilə 200 mq 0,9% NaCl məhlulunda 10 dəfə). Cift çatışmazlığının əsas əlamətlərindən biri hemodinamikanın pozulmasıdır. Xofitolun cift çatışmazlığının kompleks terapiyasına tətbiqi ana-cift- döl sistemində hemodinamikanı yaxşılaşdırır, güclü hepatoprafektor effektə malikdir. Allergik reaksiya törətmir və yaxşı mənimsənilir.

Rp.: Sol. Aktovegini 5 ml

D.t.d. № 5

S. Vena daxilinə gündə 1 dəfə, 0,9%-li 200 ml NaCl məhlulunda damcı üsulu ilə yeritməli (5-10 gün).

Rp.: Tabul. Aktovegini 0,2

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (30 gün).

Yaxud

Rp.: Tabul. Chophytoli 0,3

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Chophytoli 10 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Tədricən venaya yeritməli.

### VİTAMİNOTERAPİYA

Rp.: Tabul. "Preqnavit" № 30

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. "Vinset" № 30

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. "Vitrum prenatali" № 30

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə səhər yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Calcii pantothenatis 0,1

D.t.s. №50

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10-14 gün).

Rp.: Drajee Corinfari 0,01

D.t.d. №50

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli (2-3 həftə).

Rp.: Tabul. Magne B<sub>6</sub> №50

D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Capsulam Essentiale forte №50

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən əvvəl 2 kapsul qəbul etməli.

### METABOLİK TERAPİYA KOMPLEKSİ

Rp.: Cocarboxylasi hydrodrlaridi 0,05

D.t.d. № 10 in ampull

S. Gündə 1 dəfə, hər ampulun möhtəviyyatını 3 ml həlledicidə həll edib əzələyə yeritməli.

Rp.: Acidi folici 0,004

D.t.d. №50

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (5 gün, fasilə 10 gün).

Rp.: Tabul Acidi ascorbinici 0,05

D.t.d. №50

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Riboflavini 0,01%-1 ml

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 ml əzələyə yeritməli (10-14 gün).

Rp.: Tabul. Piridoxini 0,05

D.t.d. № 50

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Əzələ daxilinə günəşırı 1 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Tocopheroli oleosae 0,2

D.t.d. № 10 in caps. gelat.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsul qəbul etməli.

Rp.: Tabul. İnasie-F obductam 0,2

D.t.d. № 50

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 2-3 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi acetylesaliaylici 0,25

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Curantili 0,025

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Etamivani 0,05

D.S. 0,9%-li 200 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda 50 mq tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (N5-10).

Yaxud

Rp.: Sol. İnstenoni 2 ml

D.S. 0,9%-li 200 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda 2 ml tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (N5-10).

Dölün bətdaxili boyunun kəskin ləngiməsi və hipoksiya hallarında, dölün böhranlı vəziyyətdə doğuşa kesər kəsiyi yolu ilə icazə verilir.

*İmmunoterapiya aparılır.*

#### DÖLÜN HİPOTROFİYASININ MÜALİCƏSİ.

Rp.: Sol. Levamini 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (N5).

Rp.: Sol. İnfezoli 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (N5).

## V FƏSİL

### BAŞA ÇATMAMIŞ HAMİLƏLİYİN MÜALİCƏSİ 1. SPONTAN (ÖZBAŞINA) ABORT

Hamiləliyin ilk həftəsindən 37-ci həftəsinə qədər pozulması başa çatmamış hamiləlik adlanır. Əgər hamiləlik 28 həftəyə qədər pozulursa ona düşük (abort) deyilir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) təsnifatına görə hamiləliyin 22 həftəlikdən 28 həftəyə qədər müddətdə pozulması çox erkən vaxtından qabaq doğuş adlanır. Əksər inkişaf etmiş ölkələrdə perinatal ölüm hamiləliyin bu müddətindən etibarən hesablanır. Bizim ölkəmizdə isə 22-28 həftəlik hamiləlik pozulduqda yenidoğulmuş 7 gün yaşamış olarsa, bu, vaxtından qabaq doğuş adlanır. Əgər yenidoğulmuş 7 gündən az yaşayarsa, bu özbaşına gecikmiş düşük hesab olunur. Bu halda yenidoğulmuşun ölümü perinatal ölümə aid edilmir. Yenidoğulmuş 7 gün yaşayıb, sonra ölürsə, bu perinatal ölüm hesab olunur, bu halda patoloji – anatomik təşrih aparılır. Özbaşına baş verən abortların səbəbi müxtəlifdir. Hamilə qadın orqanizmində cinsiyyət hormonları (estrogenlər və progesteron) çatışmadıqda, endokrin fəaliyyətinin pozğunluğu olduqda; uşaqlığın daxili dəliyinin anatomik və funksional çatışmazlığında; xromosom və gen anomoliyalarında; yumurtahüceyrənin və spermatozoidin anomoliyalarında özbaşına aborta səbəb ola bilər. Məsələn, yüksək temperatur və intoksikasiya ilə müşayiət olunan kəskin infeksiyon və s. xəstəliklər (tiflər, qrip, malyariya, pnevmoniya, sepsis, appendisit, sifilis, süzənək və s.); infantilizm və uşaqlığın xroniki iltihabı; zoonoz xəstəliklər (toksoplazmoz, listerioz); rezus ABO sistemləri üzrə ana ilə döl arasında törənmiş hematoloji konflikt; qan dövranının pozulması ilə müşayiət olunan ürək-damar xəstəlikləri; endokrin vəzilərin xəstəlikləri; qida maddələrində tokoferolun və mikroelementlərin çatışmazlığı; güclü psixi travma və s.

Bundan əlavə, civə, qurğuşun, dəm qazı, anilin törəmələri, alkohol, morfin və s. maddələrlə zəhərləndikdə; rentgen və radio şüaları ilə şüalandıqda və s. səbəblərdən də özbaşına abort baş verir.

Cinsiyyət üzvlərinin inkişafdan qalması, hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sisteminin müxtəlif disfunksional vəziyyəti ən çox ilkin və qismən də təkrar abortların baş verilməsinə şərait yaradır. İlk hamiləliyin süni surətdə pozulması (süni abort) gələcək uşaqsalmaların əsas səbəbi ola bilər.

Abortdan sonra qarının aşağı və bel nahiyəsində əmələ gələn ağrılar, qanaxmalar hamiləliyin müddətindən asılıdır. Güclü qanaxmalar ilkin abortdan sonra baş verir. Gec abortun (hamiləlik böyük olduqda) gedişi doğuşa bənzəyir; uşaqlıq boynu hamarlaşır və kanal açılır, dölyanı maye axır, döl onun ardınca da cift xaric olur.

Abortun aşağıda göstərilən kliniki formaları mövcuddur:

- 1) abort təhlükəsi (abortus imminens);
- 2) başlanmış abort (abortus incipiens);
- 3) hazır abort (abortus progediens);
- 4) natamam abort (abortus incompletus);
- 5) tam abort (abortus completus).

Abortun birinci və ikinci kliniki formasında hamiləliyi saxlamaq mümkündür müalicəsi konservativdir, digər üç halda isə hamiləliyi saxlamaq mümkün deyildir.

Abort təhlükəsi baş verdikdə hamilə qadınlar stasionar şəraitində müalicə olunurlar. Əgər hamilə qadın istirahətə, yataq rejiminə riayət etsə, cinsi yaxınlığa yol verməsə, hamiləliyi axıra qədər saxlamaq mümkündür.

Abortun baş verməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə birinci növbədə aborta səbəb olan amilləri aradan qaldırmaq lazımdır.

Natamam abort zamanı:

- Gözləmə (A)
- Konservativ (A)
- Cərrahi taktika seçilə bilər(A)

Əgər qanaxma güclüdürsə və qeyd edilməyən digər hallar təsadüf edilərsə, aktiv müdaxilə zəruridir: (A)

- əzələ daxilinə 1, qram erqometrin təyin edilib, uşaqlıq boşluğu evakuasiya edilir (vakuüm ekstraksiyası və ya küretaj üsulu ilə) (A);
- əgər uşaqlığın ölçüsü hamiləliyin 13 həftəlik müddətindən böyük olsa, oksitosin infuziyası başlayaraq uşaqlıq küret vasitəsi ilə qaşınır ( 500 ml fizioloji məhlul + 1 ml oksitosin vena daxilinə damcı üsulu ilə ) (A);
- medikamentoz yol ilə uşaqlıq boşluğunu təmizləmək üçün prostoqlandin ( saytotek – 600 mq) təyin edilir (A).

A – ▪ RKT-lərin yüksək kəfiyyətli metaanalizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (+) irimiq yaşlı RKT

- Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia

Ia – Sübutlar meta – analiz, sistematik icmal və ya rəndomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır (hamiləlik zamanı qanaxmalar üzrə kliniki protokol, Bakı 2009)

Hamiləliyi erkən müddətdə pozmaqdan ötrü mifepriстонdan 200 milliqramdan 600 milliqrama qədər istifadə edilir.

Orqanizmi möhkəmləndirmək məqsədilə hamilə qadına hormon preparatları (dyufaston, progesteron, utrojestan), vitamin preparatları (tokoferol, vitamin C, polivitamin) təyin edilir.

Dyufaston (didrogesteron) – progesteron kimi təqdim edilir, daxilə qəbulu zamanı effektivdir. Preparat endogen progesteronun təsirinin bütün hallarında göstərişdir. Dyufaston estrogen, androgen, teratogen, anabolik, yaxud kortikoid aktivliyə malik deyildir. Mamalıqda təhlükəli və adəti düşükdə geniş tətbiq edilir. Abort təhlükəsi zamanı isə eyni vaxtda 4 tablet (40 mq), sonra isə əlamətlər itənə qədər (hər 8 saatdan bir 1 tablet - 10 mq) məsləhətdir. Əlamətlər itdikdən sonra effektiv doza bir həftə də davam etdirilir. Anamnezində adəti düşük olan qadınlarda müalicəsi mayalanmaya qədər 1 həbdən gün ərzində 2 dəfə, siklin 11-ci günündən 25-ci gününə kimi, mayalanmadan sonra isə qəbulu 16-20 həftəyə qədər fasiləsiz 1 həbdən gündə 2 dəfə davam etdirilir. Preparatın kəsilməsi tədricən olur (V.M.Sidelinkova).

Uşaqlıq əzələsinin yığılmasını zəiflətmək üçün partusisten, ginipral, noşpa, papaverin hidroxlorid, nifedipin və s., hamiləliyin hipertenzif vəziyyətlərində isə maqnezium sulfat tətbiq edilir.

İstmicoservikal çatışmazlıq baş verdikdə hamiləliyin 12-ci həftəsindən sonra uşaqlıq boynunda Ssendi operasiyasının edilməsi, yaxud II-şəklində tikiş qoyulması məsləhətdir.

Başlanmış abort nəticəsində uşaqlıqdan qanaxmanın güclənməsində, eləcə də natamam abort və hamiləliyin ilk aylarında baş vermiş tam abort zamanı uşaqlığın selikli qişasını qaşayıb təmizləmək lazımdır. Gec baş vermiş abort zamanı isə dölün özbaşına doğulması gözlənilməlidir. Hamiləliyin 28-ci həftəsinə qədər olan abort zamanı da nəzarət məqsədi ilə uşaqlıq boşluğunu yoxlamaq lazımdır.

Qanı rezus (-) mənfi xəstələrə rezus əleyhinə immunoqlobulin yeridilməlidir (antirezus RhoD 1 doza).

Baş çatmamış hamiləlikdə tətbiq olunan dərman preparatları  
Uşaqlığın yığılma qabiliyyətini zəiflədən dərmanlar:

SPAZMOLİTİK MADDƏLƏR – I ÜÇAYLIQDA TƏTBİQ  
OLUNURLAR. ƏKS GÖSTƏRİŞLƏR: FƏRDİ  
MƏNİMSƏNİLMƏMƏSİ.

Rp.: Tabul. No-Spa forte 0,04

D.t.d №50.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 40-80 mq qəbul etməli.

Rp.: Suppos. Papaverini hydrocloridi 0,02

D.t.d № 12.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə düz bağırsağa 1 suppositorium yeritməli.

Rp.: Suppos. Spascupreeli

D.t.d № 12.

S. Gündə 1-2dəfə, hər dəfə düz bağırsağa 1 suppositorium yeritməli

(hamiləliyin II- III trimestrindən sonra).

Rp.: Suppos. Spazmodili

D.t.d № 12.

S. Gündə 1-2dəfə, hər dəfə düz bağırsağa 1 suppositorium yeritməli (hamiləliyin II- III trimestrindən sonra).

MAQNEZİUM PREPARATLARI

Rp.: Tabul. Magne B<sub>6</sub> № 50

D.S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Magnezii orotati 0,5

D.t.d. №10

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25%-10 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Vena daxilinə, yaxud əzələyə hamiləliyin II, III trimestrində pozulma təhlükəsi olduqda (2,5-5 q) yeritməli.

Magneziyum preparatlarını uzun müddət daxilə qəbul etmək olar (əlavə təsiri olmadıqda).

SELEKTİV  $\beta$  - ADRENOMİMETİKLƏR.

Vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi zamanı 26-27 həftəlikdən sonra  $\beta$  adrenomimetiklər tətbiq olunur, onların erkən mərhələdə təyini effektsizdir. Əks göstərişlər: zəiflik, taxikardiya, əsmə, baş ağrısı, qusma, A/T düşməsi. Ginipral miometrumda  $\beta_2$  adrenoceptorlara seçici təsir edən adrenomimetikdir. Damcı üsulu ilə yavaş-yavaş yeridilir, belə ki,



əlavə təsiri ola bilər (taxikardiya, A/T-nin əsasən də diastolik təzyiqin düşməsi).

Fenoterol (Partusisten) 0,5 mq 200 ml 0,9 % natrium xloridin izotanik məhlulunda vena daxilinə təyin edilir. Vena daxilinə damcı üsulu ilə yeridilməsi prosesinin qurtarmasına 20 dəqiqə qalmış preparat tablet formasında (5 mq-gün ərzində 6 dəfə) təyin edilir.

Rp.: Sol. Fenoteroli 0,5

D.t.d. № 5 in ampull.

S. 0,9% - li 200 ml NaCl məhlulunda tədricən damcı üsulu ilə vena daxilində yeritməli (2 həftə).

Rp.: Sol. Gineprali 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. 0,9% - li 200 ml NaCl məhlulunda tədricən damcı üsulu ilə vena daxilində yeritməli (16 həftədən sonra).

Rp.: Tabul. Nifedipini 0,01

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

## İLTİHAB ƏLEYHİNƏ QEYRİ-STEROİD PREPARATLAR

İndometasin tətbiq edilir, lakin əlavə təsiri vardır. Əks göstəriş: mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi. Əlavə təsiri: baş ağrısı, qusma, zəiflik. II qrup preparatların tətbiqindən az güclüdür. Hamiləliyin pozulma təhlükəsində, əsasən də II trimestrdə 30 həftəyə qədər tətbiq edilir. 50-100 mq rektal şamlar təyin edilir (uşaqlığın tonusunu aşağı salır, prostoglandinin inqibitorudur). Müalicə kursu 7-9 gündür: ən böyük doza 1000 mq-dan yuxarı olmamalıdır. Təkrar müalicə kursu 2 həftədən erkən başlanılmır.

Rp.: Suppos. İndomethacini 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə bir dəfə düz bağırsağa( 50- 100mq) yeritməli.

## SEDATİV MADDƏLƏR

Rp.: Tincturae Valerianae 30 ml

D.S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 30 damcı qəbul etməli.

Rp.: Tincturae Leonuri 25 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 30 damcı qəbul etməli.

Rp.: Sol. Diazepamı 0,5% -2ml

D.t.d. № 5 in ampull

S. Gündə 1 dəfə, əzələ daxilinə yeritməli (stress hallarında).

## HORMONAL DƏRMANLAR

Dyufaston endogen progesteronun çatışmazlığı olan bütün hallarda göstərişdir. Dyufaston 10 mq gündə 2 dəfə hamiləliyin diaqnozu qoyulduğu müddətdən 16-20 həftəyə qədər təyin olunur: miometriumun inkişafını və ölçüsünü onun vaskulyarizasiyasını yaxşılaşdırır, oksitosinin təsirini neytrallaşdırır, prostaqlandinlərin sintezini aşağı salır.

Rp.: Tabul. Duphastoni 0,01

D.t.d. № 20

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli ( 16-20 həftəyə qədər).

• Xorionik qonadotropinin (XQ) səviyyəsi aşağı olduqda, xorionun hipoplaziyasında gündə 1 dəfə, həftədə 2-3 dəfə əzələ daxilinə 1000-5000 TV yeridilir.

Rp.: Xorionik Gonadotropini chorionici pro injectionibus 1000 TV

D.t.d. №5

Rp.: Aq. pro injectonibus 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib həftədə 1-2 dəfə əzələyə yeritməli.

Uşaqlığın, xorionun hipoplaziyasında estradiol 2 mq gündə 1 dəfə 9-10 həftəlik hamiləliyə qədər təyin etmək olar.

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Həftədə 2 dəfə, hər dəfə əzələyə 1 ml yeritməli.

## HAMİLƏLİK ZAMANI QANKƏSİCİ MADDƏLƏR (FİBRİNOLİZİN İNHİBİTORU)

Traneksam turşusu antifibrinolitik iltihabəleyhinə və allergiya əleyhinə təsir edir, amma hemostaza təsir etmir. Hamiləliyin I üçaylığında 5-10 ml vena daxilinə, yaxud əzələyə gündə 1-2 dəfə, preparatın həb formasına keçməklə gündə 3 dəfə (qanaxma dayanana qədər) 250-500 mq istifadə etmək olar.

Etamzilat natrium (Dicynon) – angioprotektor: kapilyarların müqavimətini yüksəldir, onların keçiriciliyini normallaşdırır, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırır, hiperkoagulyasiya xüsusiyyətinə malik deyildir. Vena daxilinə, əzələyə 2-4 ml, həb formasında gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 həb gündə qanaxma dayanana qədər təyin edilir.

Rp.: Acidi Tranexami 10 ml.

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 1-2, 5-10 ml venaya, yaxud əzələ daxilinə yeridilir, sonra isə tablet formasına keçilir (gündə 3 dəfə 250-500 mq – qanaxma dayanana qədər).

Rp.: Sol. Dicynoni 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 2-3 dəfə venaya yaxud əzələ daxilinə yeridilir.

Rp.: Tabul. Dicynoni 0,25

D.t.d. № 10.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Aminometilbenzoy turşusu: Vena daxilinə 1% məhlulda 5-10 ml, yaxud əzələ daxilinə 100 mq yeridilir. Tətbiqinə göstəriş: fibrinolizin və trombositopeniyanın aktivləşməsi ilə baş verən qanaxma. Əks göstəriş: hamiləliyin I üçaylığı, Əlavə təsiri: taxikardiya, başgicəllənmə, A/T-nin enib-qalxması, dispeptik pozulmalar ola bilər.

Rp.: Ambeni 1% - 10 ml.

D.t.d. № 5 in ampull

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə, yaxud əzələyə 100 mq yeritməli.

Aminokapron turşusunun - analoqu amben preparatıdır, lakin effektivliyi azdır. Əlavə təsiri – hipotenziya, başgicəllənmə, ürəkbulanma. Vena daxilinə 5-20% məhlulda 0,9% - li 200 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda damcı üsulu ilə yeridilir. Lazımı halda 4 saatdan sonra təkrar yeridilməsi mümkündür.

Rp.: Sol. Acidi Aminocapronici 20 %-400ml

D.t.d. № 3

S. Venaya damcı üsulu ilə 0,9%-li 200 ml NaCl məhlulunda yeritməli.

• Təzə dondurulmuş plazmanı əlavə etmək məsləhət görülür.

## MÜXTƏLİF GENEZLİ HİPERANDROGENİYA

Böyrəküstü vəzi mənşəli hiperandrojeniya (21-hidroksilazanın defisitinə görə 17-oksi-progesteronun səviyyəsinin yüksəlməsi)

Rp.: Tabul. Dexametsoni 0,125

D.t.d. № 10

S. Hamiləliyin axırına qədər axşam yeməyindən sonra daxilə təyin edilir (sidikdə 17-KC nəzarəti altında və hiperandrojeniyanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, dozanın seçilməsi fərqlidir).

•Böyrəküstü vəzili hiperandrojeniya – DEAS (3 β- ol-dehidrogenaza) səviyyəsinin yüksəlməsi.

Rp.: Tabul. Dexametsoni 0,125

D.t.d. № 10.

S. Hamiləliyin 16-18 həftəsinə qədər şam yeməyindən sonra daxilə təyin edilir.

Yaxud

Rp.: Tabul. Methipredi

D.t.d. № 10.

S. Hamiləliyin 16-18 həftəsinə qədər şam yeməyindən sonra daxilə təyin edilir.

### YUMURTALIQ MƏNŞƏLİ HİPERANDROGENİYA

Rp.: Tabul. Dexametsoni 0,75

D.t.d. № 10.

S. Hamiləliyə qədər daxilə təyin edilir (əgər qarışıq hiperandrojeniya yoxdursa hamiləlik başlayana qədər preparat kəsilir).

Hestagenlər – müasir hestagenlər androgen və anabolik effektə malik deyildir, dölə virilizəedici təsir etmirlər. Əks göstəriş: fərdi mənimsənilməməsidir.

Rp.: Tabul. Progesteroni 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə 100 mq daxilə, yaxud 200 mq uşaqlıq yoluna təyin edilir (hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər).

Uşaqlıq yoluna tətbiqinəeffekti daxilə qəbulundan azdır. Sedativ effektə malikdir.

Rp.: Tabul. Duphastoni 0,01

D.t.d. № 20.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər).

### ƏLAVƏ MÜALİCƏ

- Uşaqlıq boynunun vəziyyətinə nəzarət - belə ki, istmiko-servikal çatışmazlıq (İSÇ) inkişaf edə bilər, zəruri hallarda - cərrahi korreksiya.
- Cift çatışmazlığının profilaktikası.
- Vitaminlər.

## İNFEKSİYALAŞMIŞ ABORT

Özbaşına törənmiş abortların gedişi uzandıqda uşaqlıq yolundan uşaqlığa bir sıra patogen mikrobların (stafilokokların, streptokokların, bağırsağ qrupu mikrobların) keçməsinə imkan yaranır. Uşaqlıq ən çox kriminal abort nəticəsində infeksiyalaşır. Bu zaman anaerob qrupundan olan qazlı qanqrenanın törədiciləri uşaqlığa keçir və orada əlverişli şəraitdə tez inkişaf edirlər. Bunun da nəticəsində döllənmiş yumurta infeksiyalaşır, uşaqlıqda, borularda, yumurtalıqlarda, çanaq nahiyəsinin periton qişasında və dərialtı piy təbəqəsində iltihab baş verir, nəhayət, hamilə qadının həyatı üçün böyük təhlükə doğuran sepsis inkişaf edir.

İnfeksiyalaşmış abortun 3 mərhələsi mövcuddur: 1) abortun ağırlaşmayan mərhələsi – bu zaman infeksiya ancaq uşaqlıqda olur; 2) abortun ağırlaşan mərhələsi – bu zaman infeksiya uşaqlıqdan kənara çıxır və kiçik çanaq üzvlərində məskən salır; 3) septik abortda sepsisin xarakter əlamətləri meydana çıxır.

Abortun ağırlaşmamış qızdırma verən formasında xəstəyə 5-6 gün antibiotiklər, sulfanilamid preparatlar təyin edilir və temperatur normaya düşəndən sonra ehtiyatla uşaqlığın selikli qişası qaşınıb təmizlənir.

İnfeksiyalaşmış abortun II və III mərhələlərinin müalicəsi konservativ yolla aparılır. Xəstələrə antibiotiklər, sulfanilamid preparatları, vitaminlər, analgetiklər, infuzion terapiya təyin edilir, qida rejimi və əlverişli şərait yaradılır.

Septik abort zamanı bakterial əkin üçün, həm də uşaqlıq mikroflorasının antibiotiklərə qarşı həssaslığını yoxlamaq məqsədilə uşaqlıqdan ifrazat götürülür. Müayinənin cavabını gözləmədən xəstəyə stasionar şəraitində geniş spektrli antibiotiklər təyin edilir. Müayinənin nəticəsi hazır olduqdan sonra mikrofloranın həssaslığına uyğun antibiotiklərlə müalicə aparılır. Eyni zamanda dezintoksikasion infuzion müalicə geniş tətbiq edilir.

Septik abort hadisəsinin sona çatdırılmasında dərhal geniş spektrli antibiotik və metronidazol qrupu preparatı təyin edilir (məsələn: cefazolin 1,0 q sutkada 3 dəfə əzələ daxilinə) və ya ceftriakson 1 qram (sutkada 2 dəfə) və metranidazol 100 ml (sutkada 3 dəfə) vena daxilinə təyin edilir. Əgər uşaqlıq boynundan götürülmüş yaxmada fərqli antibiotikə həssaslıq təyin olunarsa, dərmanlar müvafıqları ilə dəyişdirilir.

Böyrək qan dövranını gücləndirən və sidik ifrazını artıran maddələr (hemodez, reopoliklikin, eufillin, furosemid (laziks), hipotiazid, zülallar (albumin, protein), vitaminlər (B kompleks vitaminləri, C vitamini, PP vitamini)) və s. tətbiq olunur.

Uşaqlıqdan qanaxma baş verdikdə uşaqlıq əzələsinin yığılmalarını gücləndirən preparatlardan (oksitosin, prostaqlandinlər, ergotal, metilerqometrini) istifadə olunur.

3-5 gün ərzində temperatur, leykositoz və EÇS normaya düşdükdən sonra uşaqlığın selikli qişasını qaşayıb təmizləyirlər.

## İNFEKSİON AGIRLAŞMANIN PROFİLAKTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ ÜÇÜN ƏLAVƏ MADDƏLƏR

### *Penisillin qrupu*

Rp.: Tabul. Ampicillini 0,25

D.t.d. № 10.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet daxilə qəbul etməli, 5-7 gün.

Yaxud

Rp.: Ampicillini 500 000 TV

D.t.d. № 10

Rp.: Aq pro injectionibus 2ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə əzələ daxilinə yeritməli, 5-7 gün

Rp.: Ampisidi 0,1

D.t.d. № 1 in flaconi

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Auqmentini 0,325

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 325-625 mq daxilə qəbul etməli, 7-9 gün

### *I nəsil sefalosporinlər*

Rp.: Cefazolini 1,0

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə həll edib gündə 3 q əzələ daxilinə yeritməli, 5-7 gün

### *III nəsil sefalosporinlər*

Rp.: Cefotaximil 1,0

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 q əzələ daxilinə yeritməli (5-7 gün).

### *Makrolidlər*

Rp.: Cozamicini 0,5

D.t.d. № 10.

S. Gündə 3 dəfə daxilə qəbul etməli (7-14 gün).

Yaxud

Rp.: Rovamisini 1,5 mln TV

D.t.d. № 10.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl qəbul etməli (7-10 gün)

Antibiotiklərlə müalicəni enzimoterapiya ilə birlikdə aparmaq lazımdır.

#### *Enzim sistemi preparatları*

Rp.: Drajee Vobenzymi № 30.

D.S. Gündə 3 dəfə yeməyə 40-45 dəqiqə qalmış hər dəfə 5 draje qəbul etməli (2-3 həftə).

### İMMUNOQLOBULİNLƏR

- Əks göstəriş: fərdi mənimsənilməmə, İgA səviyyəsinin aşağı olması.
- Əlavə təsiri: titrətmə, baş ağrısı, hərəkətin yüksəlməsi.
- İnsanın normal immunoqlobulini 25-50 ml tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli, (günaşırı 3 doza).

Rp.: Sol. Caminex 10%-50 ml

D.S. Günaşırı vena daxilinə tədricən yeritməli, kurs (2-3 yeridilmə)

Rp.: Sol. Pentaqlobini 100 ml

D.S. Kəskin virus infeksiyası, yaxud onun residivi zamanı 1-2 gündən bir 2-3 doza tədricən damcı üsulu vena daxilinə ilə 100-200 ml yeritməli.

Əlavə reaksiyaları götürmək, yaxud azaltmaq üçün antihistamin maddələr, baralgin M təyin edilir.

Rp.: Suppos. İnterferoni  $\alpha$ -2 $\beta$  500 000 TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə- hər dəfə 1 şam düz bağırsağa yeritməli.

Rp.: Suppos. Genferoni 1 mln TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə, 1 şam düz bağırsağa yeritməli.

## ENDOGEN MƏNŞƏLİ İMMUNOMODULYATORLARIN ANALOQU

Rp.: İmmunofani 0,005% -1 ml

D.S. Gündə 1 dəfə əzələ daxilinə yeritməli, 5-7 gün

## YERLİ İSTİFADƏ ÜŞÜN ANTİSEPTİKLƏR VƏ MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Tabul. Terjinani №10

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli,  
6-10 gün

Rp.: Tabul. Klion-D

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli,  
6-10 gün

Rp.: Tabul. Clotrimazoli 100 mq

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna  
yeritməli,6-10gün

Rp.: Suppos. Genalгинi

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet uşaqlıq yoluna yeritməli,  
6-10 gün

- Miramistini 0,01 %-li 50-100 ml uşaqlıq yolu məhlulu ilə  
işləməli, 5-7 gün
- Hidrogen peroksid 3%-li 50-100 ml xaricə işləməli 5-7 gün
- Oktenisept 50 ml uşaqlıq yolunu işləməli, 5-7 gün

## ƏLAVƏ MÜALİCƏ

- Uşaqlığın yığılma qabiliyyətini aşağı salan maddələr.
- Cift çatışmazlığının profilaktikası.
- Vitaminlər.

## VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞ

Hamiləliyin 28-37-ci həftəarası müddətində dölün doğulması vaxtından əvvəl doğuş adlanır. Bu müddətdə doğulan uşaqların çəkisi 1000 qramdan 2500 qrama, uzunluğu isə 35 santimərdən 45-47 santimetrə qədər olur. Belə uşaqlar tam yetişmədikləri üçün onların arasında ölüm faizi yüksək olur.

Vaxtından əvvəl doğuş ümumi doğuşun 10%-inə bərabər olur. Uşağın vaxtından əvvəl doğulmasının səbəbi çox və müxtəlifdir: hamilə qadının xəstəliyi, mamalıq xarakterli anomaliyalar və s.

Vərəm, sifilis, qrip, sitomegalovirus, yatalaq, brüselyoz, malyariya, toksoplazmoz, böyrək, qaraciyər, mədə-bağırsaq, qan, endokrin vəzilərinin xəstəlikləri və s. uşağın vaxtından əvvəl doğulmasına səbəb



olan amillərdir. Mamalıq xarakterli anomaliyalara: dölün düzgün yerləşməməsi, uşaqlığın istmiko-servikal çatışmazlığı, dölyanı mayenin vaxtından tez axması, dölyanı mayenin çoxluğu, çoxdöllülük, cift gəlişi, uşaqlığın və dölün inkişaf qüsurları aiddir.

Bunlarla yanaşı, vaxtından əvvəl doğuşun əmələ gəlməsində hamilə qadının orqanizmində vitaminlərin və mikroelementlərin çatışmazlığının, xarici mühitin mənfi təsirinin, məişət və istehsalat travmalarının, bizim respublika şəraitində neft məhsulları və kimyəvi maddələrlə təmasın, infantilizmin, ana ilə döl qanının bioloji uyğunsuzluğunun Rh faktoru (ABO sistemi üzrə), ciftin patologiyasının, cinsiyyət hormonlarının çatışmazlığının (hipoestrogeniya) böyük əhəmiyyəti vardır. Uşağın vaxtından əvvəl doğulmasının patogenizində hamilə qadının sinir sisteminin vəziyyətinin də rolu böyükdür. Bu hadisənin bütün hallarında səbəbini müəyyən etmək lazımdır.

Hamiləliyin pozulması təhlükəsi baş verdikdə qarının aşağı nahiyəsində tutma şəklində baş verən ağrılar, qanlı ifrazat, dölyanı mayenin axması, uşaqlıq əzələsinin oyanması müşahidə olunur.

Göstərilən vəziyyət baş verdikdə hamilə qadını stasionara yerləşdirib xəstəliyin səbəbinə qarşı müalicə aparmaq lazımdır. Stasionarda hamilə qadınlara maksimal fiziki və sakit şərait yaradılır və onlar üzərində sistemativ müşahidə aparılmalıdır. Belə hamilə qadınlar qadın məsləhətxanasında qeydiyyatda alınır, onlara əlverişli əmək və məişət şəraiti yaradılır. Hamiləliyin pozulma təhlükəsi baş verən kimi, onlar dərhal xəstəxanaya göndərilir. Əgər doğuş yaxın günlərdə gözlənsə, dölün ağ ciyərlərinin yetişməsi məqsədi ilə respirator distress sindromunun profilaktikası üçün deksametazondan istifadə edilir. Qlükokortikoidlərin təsiri altında surfaktant sintezinin güclənməsi müşahidə edilir. Deksametazon 8-12 mq (gündə 2 dəfə 4 mq) əzələ daxilinə 2-3 gün, yaxud birinci gün sutkada 2 mq gün ərzində 4 dəfə, ikinci gün 2 mq 3 dəfə, üçüncü gün 2 mq 2 dəfə təyin edilir, yaxud betametazon (metaspan) hər biri 12 mq olmaqla, 24 saatdan bir əzələ daxilinə yeridilən 2 doza – ümumi doza – 24 mq.

Müalicə məqsədilə yataq rejimi psixoterapiya və sedativ maddələr, farmakoloji maddələr (vitamin və hormon preparatları, psixotrop dərmanlar), kvarts şüası və operativ əməliyyat tətbiq edilir.

Vaxtından qabaq baş verən doğuş adi doğuş kimi aparılır. Lakin bu zaman daha da ehtiyatlı olmaq lazımdır.

Doğuşun I dövründə qadına spazmolitik dərmanlar təyin etmək məsləhət görülür. Bu vaxt dölün hipoksiyası əleyhinə profilaktik tədbirlər

görmək və onun ürək döyünməsinə müşahidə etmək vacib şərtidir. Doğuşun II dövründə bütün əməliyyatlar ehtiyatla aparılmalıdır. Doğuş zamanı qadın böyrü üstə uzana bilər, doğuşu qəbul edən həkim aralığı yox, uşağın başını mühafizə etməlidir. Bu məqsədlə çox vaxt perineotomiya əməliyyatı aparılır. Doğuşun III dövründə hipotonik qanaxmaya qarşı profilaktik tədbir tətbiq olunur. Müalicə metodu abortlarda olduğu kimidir (əvvəlki səhifələrdə verilmişdir).

## VAXTI ÖTMÜŞ HAMİLƏLİK

Vaxtı ötmüş hamiləliyi həqiqi (bioloji), xəyali və fizioloji (xronoloji) hamiləliyə ayırmaq məqsədəuyğun olar. Gözlənilən doğuşun vaxtından 10-14 gündən artıq (hamiləlik müddəti 290-294 gündən artıq) keçərsə, bu gecikmiş hamiləlik kimi ehtimal olunur. Belə halda uşaq həddindən artıq yetkinlik əlamətləri ilə və ciftdəki dəyişikliklərlə (petrifikatlar, piy degenerasiyası və s.) doğulur.

Adətən, gecikmiş doğuş zamanı doğulmuş uşağın çəkisi 4000 qramdan, uzunluğu 52-54 santimetrdən artıq, kəllə sümükləri iri və möhkəm, əmgək tikişləri ensiz və gərilmə qabiliyyəti zəif olur. Başın konfigurasiyası çətinliklə baş verir, bu da dölün kəllədaxili travması və ananın doğuş yolunun zədələnməsi ilə nəticələnir.

Vaxtı uzanmış hamiləliyə bir çox amillər səbəb olur:

1) Hormonal müvazinətin pozulması (xüsusilə hamiləliyin axırında progesteronun və xorionik qonadotropinin səviyyəsinin yüksəlməsi, estrogen hormonların miqdarının azalması); 2) piylənmə; 3) doğuşun baş verməsinə sinir-əzələ aparatının bioloji yetişkənliyinin gecikməsi; 4) uşaqlığın lazımi qədər inkişaf etməməsi və s.

Vaxtı uzanmış hamiləlik zamanı cift ciddi dəyişikliyə uğrayır. Çox vaxt ciftin müəyyən nahiyələri nekrozlaşır, degenerativ dəyişikliyə və kirəcləşməyə məruz qalır, qan damarları – xüsusilə xov kapilyarları genəlir və qanla dolur. Dölyanı maye yaşılmıtl rəngə boyanır, çox vaxt şəffaflığını itirir və sonradan tünd – bozuntul rəngə çalır («bulanmış su»). Eyni zamanda mayenin miqdarı da azalır.

Vaxtı uzanmış hamiləliyin əsas ağırlaşması ana bətnində (antenatal) dölün məhv olmasından ibarətdir. Əgər doğuş baş verməzsə və döl uşaqlıq boşluğunda uzun müddət qalarsa, döl toxumasının maserasiyaya uğrayan məhsulları qana sorulur və intoksikasiya əlamətləri baş verir.

Doğuşun gedişi çoxlu ağırlaşmaların baş verməsi ilə başa çatır. Bunlara doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması, doğuşun davamiyyətinin uzanması, dölün hipoksiyası və doğuş travması aiddir.

Uşağın süni doğuzdurulması məqsədlə dərman maddələrini tətbiq etməzdən əvvəl, uşaqlığın doğuş prosesinə bioloji fəallığını yoxlamaq lazımdır. Bu məqsədlə uşaqlığın oksitosinə qarşı həssaslığı («oksitosin testi») yoxlanılmalıdır. Oksitosin testini qoymaq üçün 0,1 TV oksitosini 10 ml fizioloji məhlulda həll edib hər dəqiqədən bir uşaqlıq əzələsinin birinci yığılması baş verənə qədər hər dəfə 1 ml (0,01 TV) dozada venaya yeridilir. Uşaqlıq əzələsinin yığılmasını palpasiya üsulu ilə, yaxud tokoqrafiyanın köməkliyi ilə müəyyən edirlər. Əgər uşaqlığın yığılması 1-2-3 dəqiqədən (venaya 0,01-0,02-0,03 TV oksitosin yeritdikdən) sonra baş verərsə, doğuş fəaliyyətinə həmin gün başlamaq olar. Əgər uşaqlığın yığılması venaya oksitosin yeridilməsinin 4-10-cu dəqiqələrində baş verirsə, süni doğuş əməliyyatına başlamazdan əvvəl, hamilə qadının orqanizminə estrogen-qlükoza-vitamin-kalsium kompleksi yeritmək lazımdır.

Uşaqlıq boynunun doğuş prosesinə bioloji hazırlığını müəyyən etmək üçün uşaqlıq yolu müayinəsindən də istifadə olunur. «Yetişmiş uşaqlıq boynu» yumşaq, mərkəzləşmiş, uzunluğu 0,5-1 santimetrdən qısa olmalı, kanaldan isə 1 barmaq (2 sm) keçməlidir. Uşaqlıq boynu doğuş prosesinə bioloji hazır olduqda doğuşu yaratmaq mümkündür. Əgər uşaqlıq boynu yetişməmişdirsə, doğuş prosesini dərmanlarla sürətləndirmək məsləhətdir.

Vaxtı ötmüş hamiləlik əlverişsiz mamalıq situasiyası ilə yanaşı olunduqda (ilk doğanın yaşı 30-dan yuxarı, iri, yaxud hipotrofik döl, uşaqlıq boynunun doğuşa hazır olmaması, dölün xroniki hipoksiyası, sağrı gəlişi, anamnezdə sonsuzluq, ölüdoğulma) bu planlı sürətdə kesar kəsiyinə göstərişdir.

Doğuşu konservativ üsulla apararkən kliniki dar çanaq əlamətləri qeyd edilmirsə, baş gəlişində və dölün kafi vəziyyətində, uşaqlıq boynunu doğuşa hazırlamaq göstərişdir.

Bu məqsədlə 30000 – 60000 TV estrogendən istifadə edilir, qlükoza məhlulu vitamin ilə (5, ml 5% askorbin turşusu, 2 ml 1% vitamin B<sub>6</sub>, 150 mq kokarboksilaza hidroxlorid), yaxud (daha effektiv) prostaqlandin E<sub>2</sub> məhlulu (prepidil –gel, 0,6 mq dinoprostun tərkibli) xüsusi şprisin köməyi ilə uşaqlıq boynuna bütün uzunluğu boyunca (daxili dəliyə qədər, lakin ondan yuxarı olmaz) birlikdə yeridilir. Bu qaydada

preparat 6-12 saatdan bir uşaqlıq boynu tam yetişənə qədər təyin edilir. Effekt olmadıqda gəlin yeridilməsi təkrar olunur. Hamilənin və dölün orqanizmini doğuşa hazırlıq dövründə, eləcə də qalaskorbin 1 q 3 dəfə, fol turşusu 0,002 q 2 dəfə, linetol 10 mq 1 dəfə, vitamin E, ATF (adenozintrifosfat) 2 ml 1% əzələyə (8-10 saatdan az olmayaraq, tam dəyərlı yuxuya nail olmaq lazımdır - bu məqsədlə seduksen, relanium, sibazon) təyin edilir.

#### ANTIHIPOKSANTLAR, ANTIOKSIDANTLAR, VİTAMİNLƏR

Rp.: Sol. Glucosi 40% - 20ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə vitaminlərlə birlikdə venaya yeridilir.

Rp.: Galascorbini 1,0

D.t.d. № 20 in tabl.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Acidi ascorbinici 5%- 5ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə glucosa məhlulu ilə birlikdə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 10% - 1ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə 1ml əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Cocarboxylasae hydrochloridi 0,05

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Hər ampuladakı maddəni 1 ml steril suda həll edib əzələyə yeritməli.

Rp.: Sol. Natrii adenosintriphosphatis 1% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə əzələyə 1 ml yeritməli.

#### ESTROGENLƏR

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1 % -1ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə əzələyə yeritməli.

Rp.: Sol. Folliculini oleosae 0,05 % -1ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə əzələyə 2 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Synoestroli oleosae 0,1 % -1ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə əzələyə 2 ml yeritməli.

## PROSTOQLANDİNLƏR

Rp.: Prepidil-hel (E<sub>2</sub>)

D.t.d. № 2.

S. Spris ilə uşaqlığın boynuna yeritməli – 1 və ya 2 dəfə  
(daxili dəliyindən keçmədən).

Rp.: Enzaprost 2,5

D.t.d. № 2

S. Vena daxilinə yeridilməli (damcı üsulu ilə- uşaqlığın  
boynu yetişəndə).

Rp.: Tabul. Saytoteki 0,2

D.t.d. № 1

S. 50 mq hər 6 saatdan bir, 25 mq 4 saatdan bir, 20 mq 2  
saatdan bir qəbul etməli.

## VI FƏSİİ

### HAMILƏLİYƏ QARŞI TƏTBİQ OLUNAN DƏRMANLAR HORMON PREPARATLARI

Hamiləliyin fizioloji və mexaniki üsullarla qarşısının alınması ilə yanaşı, hazırda hormon mənşəli per oral (ağızdan) qəbul olunan kontraseptiv preparatlar da geniş tətbiq edilir. Hormonal kontrasepsiya məqsədi ilə qadın cinsi hormonlarının sintetik analoqu olan estrogen və progesterondan istifadə edilir. Tərkibindən və qəbuledilmə üsulundan asılı olaraq kontraseptivlər aşağıdakı hormonal kontrasepsiya maddələrinə bölünür:

- 1) Kombinə edilmiş (estrogen–hestagen) oral kontraseptivlər (KOK);
- 2) Tək hestagen tərkibli kontraseptivlər:
  - oral hestagen kontraseptivlər (mini-pili);
  - vaxtı uzadılmış inyeksion kontraseptivlər;
  - implantasion kontraseptivlər.

Kombinə olunmuş oral kontraseptivlərin təsnifatı:

Etinilestradiolun miqdarına görə KOK bölünür:

- yüksəkdozal (35 mikroqramdan yuxarı);
- kiçikdozal (30-35 mkq);
- mikrodozal (20 mkq).

İndiki vaxtda yüksəkdozal KOK-dan kontraseptiv məqsədlə istifadə edilmir.

Bunlardan başqa, KOK:

- monofazal – bütün həblər bir və eyni tərkibdə olur;
- çoxfazal (ikifazal, üçfazal) – bağlamada siklin qəbulu hesablanmışdır, 2 və 3 növdə həblər müxtəlif rəngdə, estrogen və hestagen komponentləri fərqli miqdarda verilir.

Cədvəldə müasir KOK komponentinə daxil olan doza və tərkib göstərilməklə verilir.

## KOMBİNƏ EDİLMİŞ ORAL KONTRASEPTİVLƏR

Preparatların farmakoterapiyasının ümumi prinsipi	Tərkibi	Şərhi
Diana-35, menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 35 mkq, siproteron asetat 2 mq.	Qadınlarda androgenizasiya simptomu, hirsutizm, qara nöqtələr, seboreya, yumurtalığın polikistozu
Logest- menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 20 mkq, hestoden 75 mkq.	Mikrodozal estrogen hestogen preparatı
Lindinet 20, menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 20 mkq, hestoden 75 mkq.	Mikrodozal estrogen hestogen preparatı
Marvelon - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, dezodestrel 150 mkq.	Monofazalı KOK
Requon - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, dezodestrel 150 mkq.	Monofazalı KOK

Mersilon - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 20 mkq, dezodestrel 150 mkq.	Mikrodozal monofazalı KOK
Novinet - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 20 mkq, dezodestrel 150 mkq.	Mikrodozal monofazalı KOK
Mikroqinon - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, levonordestrel (LHQ) 150 mkq.	Kiçik dozalı monofazalı KOK
Miniziston-20 fem - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 20 mkq, levonordestrel 100 mkq.	Kiçik dozalı monofazalı KOK
Yarina - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, drospirenon 3 mq	Kiçik dozalı monofazalı KOK
Janin - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 0,03 mq, dienoqest 2 mq	Kiçik dozalı monofazalı KOK



EVRA- mensrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 3 həftənin gedişində 7 gündə 1 dəfə dəriyə yeni plastr yapışdırılır.	Etinilestradiol 600 mkq, norelhestromin 6 mq	Transdermal kontraseptiv plastr. Hər plastrda 150 mkq norelhestromin və 24 saatda 20 mkq etinilestradiol xaric olunur.
CES- 23 , 23, yaxud 24 günün gedişində sutkada 1 tablet daxilə qəbul etməli, sonra 4 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, drospirenon 3 mq	Mikrodozal monofazalı KOK
Ovidon - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 50 mkq, levonorgestrel 250 mkq	Yüksəkdozal monofazalı KOK
Riqevidon - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, levonorgestrel 150 mkq	Kiçikdozal monofazalı KOK
Silest - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 35 mkq, norhestimat 250 mkq	Kiçikdozal monofazalı KOK
Femoden - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, hestoden 75 mkq	Kiçikdozal monofazalı KOK
Lindinet 30 - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Etinilestradiol 30 mkq, hestoden 75 mkq	Kiçikdozal monofazalı KOK

Midiane	Etinilestradiol 0,03mq, drospire nol 3mq.	Kiçikdozal monofazalı KOK
NovaRinq – 1 mensrual sikldə 3 həftə daxil olmaqla həlqə təyin edilir və 1 həftə fasilə verilir. Həlqə siklin 1-ci -5-ci günü yeridilir. Həlqə yeridildikdən sonra uşaqlıq yolunda 21 gün ərzində qalmalıdır, sonra isə həftənin həmin günü hansı ki, yeridilmişdir kənar edilir.	Etinilestradiol 15 mkq, etonogestrel 120 mkq. Bioloji qradientə görə həlqədən diffuziya yolu ilə gūnaşırı 15 mkq etinilestradiol və 120 mkq etonogestrol ifraz olunur. Estrogen komponenti olan NovaRinq gündəlik ifrazı ultramikrodozal kontraseptivə uyğundur.	Uşaqıq yolu kontraseptivi həlqədə az dozada hormon hasil edir. Hormonların ekskresiyasının gündəlik həddi olmur, qaraciyər və MBT birincili keçmir.
Tri-reqol- menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	etinesradiol 30 mkq, LHQ 50 mkq 5 tablet, etinilestradiol 40 mkq, LHQ 75 mkq 5 tablet, etinilestradiol 30 mkq, LHQ 125 mkq 9 tablet.	Üçfazlı KOK
Tri-mersi - menstrual siklin 1-ci günündən - başlayaraq 21 günün gedişində gündə 1 draje daxilə qəbul etməli; sonra 7 gün fasilə	Dezogestrel 0,05 mq 7 tabet, etinilestradiol 0,035 mq, dezoqestrel 0,1 mq 7 tablet, etinilestradiol 0, 030 mq, dezoqestrel 0,150 mq 7 tablet, etinilestradiol 0,03mq.	Tri-mersi – menstual siklin 1-ci günündən başlayaraq 21 günün gedişində sutkada 1 dəfə 1 tablet daxilə təyin edilir. Sonra 7 gün fasilə.

TƏMİZ PROGESTİNLİ ORAL KONTRASEPTİVLƏR (mini –pili)		
Çarozetta – aybaşı siklinin 1-ci günündən sutkada 1 draje qəbul etməli, fasiləsiz rejimlə	Dezogestrel- 75 mq	Doğuşdan 6-8 həftə sonra istifadə edilə bilər. Ana südünün tərkibinə və kefiyyətinə təsir etmir.
Esklyuton – menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq sutkada 1 draje 1-ci dəstənin sonuna qədər daxilə qəbul edilir. Sonrakı dəstə birinci dəstə qurtardıqdan sonra başlanılır ( fasiləsiz rejimlə).	Linestrenol 500 mq	
Laktinet - menstrual siklin 1-ci günündən başlayaraq sutkada 1 draje 1-ci həftənin sonuna qədər daxilə qəbul edilir. Sonrakı həftə birinci həftə qurtardıqdan sonra başlanır. (fasiləsiz rejimlə)	Dezogestrel- 0,075mq	
TƏMİZ PROGESTİN PREPARATLARI . ƏZƏLƏ DAXİLİNƏ YERİDİLMƏSİ ÜÇÜN DEPO		
Depoprovera - Hər 3 aydan bir əzələ daxilinə yeridilir. Birinci inyeksiya menstrual siklin ilk 7 günün gedişində təyin edilir.Sonrakı inyeksiya 3 ay fasilə ilə yeridilir.	Medroksiproqesteron asetat 150mq.	

## TƏCİLİ KONTRASEPSIYA ÜÇÜN PROHESTINLI ORAL KONTRASEPTİVLƏR

Preparatların adı	Tərkibi	Şərhi
Postinor	LHQ 0,75 mq	Qorunmamış cinsi əlaqədən sonra 72 saatın gedişində 1 həb, 12 saat keçdikdən sonra yenə də biri qəbul edilir.
Eskapel	LHQ 1,5 mq	Qorunmamış cinsi əlaqədən sonra 96 saatın gedişində 1 həb qəbul edilir.
Miren – uşaqlıq daxili hormonal sistem	LHQ 52 mq	5 il müddətində istifadəsi məsləhətdir.

Oral hestagen kontraseptiv (OHK) tərkibinə az dozada hestagen (mini-pili) kontinuin (500 mq etinodiola diasetat), makrolyut (30 mq levonoprestel), eksklyuton (500 mq linestrenol) aiddir.

Kombinə edilmiş oral kontraseptivlər (KOK) yüksəkeffektli və dənən kontraseptiv maddələrdir. Perli indeksi 100 qadına 1 ildə 0,05-1,0 təşkil edir. Monofazalı preparatlarda (marvelon, mikroqinon, miniziston, femoden, silest və s.) bütün həblər bir tərkibdə olur.

Kombinə edilmiş ikifazalı kontraseptivlər (anteovin) menstrual siklin müxtəlif fazasında estrogen dozasını daim saxlayır, hestagen komponentlərinin dozası isə dəyişilir. Üçfazlı preparatlar (trikvilar, triziston) həb tərkibində üçfazanı saxlayır, estrogen və hestagen komponentlərinin dozasına görə fərqlənir.

Müəyyən edilmişdir ki, KOK-da metabolik effekt dozadan asılı olur və ona görə də müasir kiçik dozalı preparatlar daha təhlükəsizdir. Onlar lipid və karbohidrat mübadiləsinə minimal, arterial təzyiqə isə təsir etmirlər. KOK-un üçüncü nəsli 20-25 mqq estrogen komponentini saxlayır.

KOK-un tətbiq edilməsində əks göstərişlər: 1) hamiləlik; 2) hazırkı vaxtda, yaxud anamnezdə ağır hipertenziya növündə damar pozğunluğu, trombozlar, ÜİX; 3) 35 yaşdan yuxarı yaşda qadında siqaretçəkmə (KOK-la birlikdə siqaretçəkmə) ürək-damar patologiyasının riskini artırır; 4) qaraciyər funksiyasının pozulmasına gətirib çıxaran məlum vaxtda, yaxud anamnezdə qaraciyər xəstəlikləri; 5) hormondan asılı, xüsusən də estrogendən asılı şişlər (süd vəzisinin xərçəngi,

endometriumun xərçəngi); 6) məlum olmayan səbəbdən uşaqlıq yolu qanaxmaları; 7) kəskin piylənmə (bədən çəkisinin normadan 50% artıq olması).

Nisbi əks göstərişlərə aiddir: 1) qeyri-üzvi genezli miqrən - 35 yaşdan cavan; 2) orağabənzər hüceyrəli anemiya; 3) bədəninin bir hissəsinin uzunmüddət tərpənməz hala salınması (xüsusən də travmadan, yaxud böyük əməliyyatdan sonra); 4) ağır psixi depressiya; 5) xroniki sistem xəstəlikləri (şəkərli diabet, böyrək xəstəliyi); 6) KOK-un effektivliyi aşağı salan preparatların qəbulu (tetrasiklin və penisillin sırasından olan antibiotiklər, rifamisin, barbituratlar və qıcolma əleyhinə preparatlar), yaxud KOK-un sorulmasına təsir edən şəraitin olması (vegeterian pəhrizi, mədə və bağırsaqda olan əməliyyatlar, diareya və i.a.).

KOK-un qəbuluna başlanılması növbəti aybaşının 1-ci günü (belə effektivdir), yaxud adi 5-ci günündən 21 günün gedişində, ardınca 7 günlük fasilə ilə başlayır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, üçfazlı KOK 28 həbdən ibarətdir, axır 7-si hormonal tərkibli deyil.

Hestagen oral kontraseptivlərin (mini-pili, kontinuin, eksklyuton, mikronor və s.) tərkibində 1 mq, yaxud daha az hestagen vardır. Bu preparatların progestagen komponentləri 19 - nortestesterondan istehsal edilib: nortestesteron, linestrenol, etinodiol, diasetat, levonarqestrel.

Mini-pili hamiləlikdən qorunmaq üçün effektivdir, xüsusən də qəbulunda düzgün rejimə nəzarət edilərsə; aybaşının 1-ci günündən eyni vaxtda gecikmədən, yaxud buraxmadan. Qadının yuxarı yaşda verilməsi üsulunun effektivliyi qeyd edilir. Bu preparat yeniyetmə yaşda müntəzəm aybaşı sikli zamanı təyin edilə bilər.

Hestagen preparatların və KOK-un təsir mexanizmi ovulyasiyanın blokada edilməsi (anovulyator siklə malik olan) servikal seliyn qatılaşması (bərk qatılıqlı selik), endometriumun morfofunksional dəyişikliyi («vəzili reqressiya», endometriumun pozulması, uşaqlıq borusunun peristaltikasının dəyişməsi və spermatozoidin membranına təsir, onun yaşama qabiliyyətinin pozulması) ilə qurtarır.

İnyeksiya üçün vaxtı uzadılmış kontraseptivlər (depo-provera) təsir mexanizminə görə demək olar ki, əvvəlki per oral preparatlara bənzəyir və yüksək effektivliyə malikdir. Bu zaman Perli İndeksi 100 qadına/ildə 1,0 təşkil edir.

Depo-proveranın (medrooksiprogesteron asetat) digər inyeksiya üçün vaxtı uzadılmış kontraseptivlərdən üstünlüyü tərkibinin yalnız progesteron komponentindən ibarət olmasıdır; yüksək effektivdir; estrogendən asılı əlavə təsiri yoxdur; inyeksiyadan sonra tez və uzun

müddətli kontraseptiv effektlidir; qəbulu sadədir; laktasiya dövründə də qəbulu mümkündür.

Depo-proveranın qəbulu medrooksiprogesteron asetatı qarşı hiperhəssaslıq olduqda, hamiləlik zamanı və məlum olmayan etiologiyalı aybaşı siklin pozulması zamanı əks göstərişdir.

Depo-provera 150 mq dozada 3 aydan bir əzələ daxilinə tətbiq edilir. Birinci inyeksiya aybaşı siklinin ilk 5 günündə, yaxud doğuşdan sonra 6-cı həftəsində edilir. Üzvü patologiya ilə əlaqədar asiklik aybaşı sikli ola bilər. Kontraseptiv təyin edildikdən sonra pasiyentə 3-6 aydan bir və ildə bir dəfədən az olmayaraq baxmaq lazımdır.

Postkoital kontrasepsiya qorunmamış cinsi aktdan sonra hamiləlikdən qorunmaq üçün təcili üsulla qurtarır. Postkoital kontrasepsiya məqsədi ilə hormonal maddələr (kombinə edilmiş estrogen-hestagen preparatları, danazol, mifepriston) və uşaqlıq daxili kontraseptivlərdən istifadə edilir.

Postkoital kontrasepsiya məqsədi ilə KOK cinsi aktdan sonra iki dəfə 12 saatdan və 72 saatdan gec olmayaraq, 2-4 həb (estrogenin tərkibindən asılı olaraq) daxilə təyin edilir. Həbin miqdarı bir qəbulda sonrakı qayda ilə təyin edilir: etinilesterediol 0,05 mq tərkibli olduqda 2 həb; 0,04 mq – 3 həb və 0,02 mq 12 saatda tələb edilir.

Danazol – antiqonadotrop preparat kontraseptiv məqsədlə 600 mq (12 saat fasilə ilə) iki dəfə koitusdan 72 saat gec olmayaraq tətbiq edilir.

Mifepriston (RU486) – antiqonadotrop preparatı birdəfəlik 600 mq istifadə edilir.

Əvvəllər təcili kontrasepsiya olan „Postinor” preparatı tətbiq edilirdi (0,75 mq levonorgestrel tərkibli), indiki vaxtda aybaşı siklinin pozulması şəklində əlavə effekti ilə əlaqədar olaraq müstəsna hallarda istifadə olunur. İndi isə eskapel preparatından istifadə edilir. Eskapel – yeni preparatdır, teratogenliyə malik deyildir və əgər 3 gündən gec olmayaraq təyin edilirsə, effektlidir. Effektivliyi 95-98% təşkil edir, yalnız gec tətbiq etdikdə təsiri 85%-ə qədər azalır.

#### *Spermisidlər*

Rp.: Supp.Farmatex № 6.

D.S. Hamiləliyin baş verməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə uşaqlıq yoluna 1 şam yeritməli.

Rp.: Tabul.Farmatex № 18.

D.S. Hamiləliyin baş verməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə uşaqlıq yoluna 1 tablet yeritməli.

Rp.: Globuli Contraceptinum T № 10

D.S.Hamiləliyin baş verməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə  
uşaqlıq yoluna 1 kürəcik yeritməli.

Rp.: Supp.Sterilini № 5.

D.S. Hamiləliyin baş verməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə  
uşaqlıq yoluna, 1 şam yeritməli.

## VII FƏSİL

### **Ekstragenital patologiyası olan hamilə qadınların müalicəsi.**

#### **Hamilələrdə arterial hipertoniya.**

Hamilələrdə hipertoniya 5% müşahidə edilir, bunların 70 %-i hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərində, 15-28 %-i hipertoniya xəstəliyində, 2-5 %-i böyrək xəstəliklərində, ikincili hipertoniyada endokrin patologiyada, ürəyin, iri damarların və s. xəstəlikləri ilə əlaqədardır.

ÜST təsnifatına görə, hipertoniya xəstəliyinin aşağıdakı mərhələləri ayırd edilir:

I mərhələ – arterial təzyiq 140/95-dən 170/104 mm.c sut qədər yüksəlir, ürək-damar sistemində üzvi dəyişikliklər olmur: təzyiq stabildir və gün ərzində dəyişə bilər.

II mərhələ - A/T 180/105-dən 199/114 mm.c sut qədər yüksəlir, sol mədəciyin hipertrofiyası (digər üzvlərin zədələnməsi olmur).

III mərhələ - A/T 200/115 mm.c sut qədər və daha yüksək artır, ürək və digər üzvlər zədələnir (beyin, gözün torlu qişası, böyrəklər və s.).

Obyektiv müayinə apararı zaman arterial təzyiqin hər iki qolda ölçülməsi lazımdır. 5 dəqiqə keçəndən sonra qadının emosional gərginliyi azaldıqdan sonra hər iki qolda təkrar ölçülür. EKQ-nin yazılması, göz dibinin müayinəsi mütləq edilməlidir.

Sürətlə inkişaf edən hipertoniya xəstəliyi bədxassəli hipertoniya adlanır və həyat üçün təhlükə törədir.

Hipertoniya xəstəliyində - diuretiklər: triamterin sutkada 25/50 mg, spironolakton (25-50 mg/sut.), indapamid (1-3 gün –7-10 sutkadan sonra) təyin edilir. Dibazol, papaverin hidroxlorid, no-şpa, eufillin, zəif hipotenziv effekt verir, lakin hamiləlik zamanı onlar əvəzolunmazdır (duzu məhdudlaşdırma- sutkada 6 qramdan az). Kalsiumun antoqanistlərinin qəbulu zamanı II nəsəl – norvaks, lomir istifadə edilir.

Hipertonik krizdə, yaxud diastolik təzyiq yüksək olduqda (100-110 mm c.sut) klofellin 0,250-0,500 mg/s., vazodilatatorlardan hidrolizin (apressin) 100-200 mg/sutkada təyin edilir. Qanlıoblokatorlar (penta-min, benzoheksonium) əlavə effektlər verir, dölün bağırsaqlarının funksiyasına təsir edir, yenidogulmuşda bağırsaq keçməzliyi yaradır və yalnız doğuş zamanı A/T-nin tezliklə-qısa müddətdə enməsi üçün təyin edilir. Kesar kəsiyi – xoşagəlməz mamalıq situasiyasında və torlu qişanın soyulmasında, beyin-qan dövranının pozulmasında tətbiq olunur.

Hamiləlik dövründə arterial qan təzyiqi dalğavari şəkildə dəyişilir: hamiləliyin əvvəlində bir qədər yüksəlir, 14-28 həftələr arasında aşağı düşür və doğuşa yaxın yenidən yüksəlir. Əgər hamiləlik dövrünün



ortalarında arterial təzyiq yüksək səviyyədə qalarsa, bu, gələcək təhlükə proqnozudur.

Hipertoniya xəstəliyinə tutulmuş hamilə qadınların çoxunda hipertoniya hamilələrdə hipertenziv vəziyyətlər kimi ağırlaşmaya səbəb olur. Hipertoniya xəstəliyini hamilələrdə hipertenziv vəziyyətlərdən və xronik qlomerulonefritdən törənən hipertoniyaadan fərqləndirmək lazımdır.

I dərəcəli hipertoniya xəstəliyində hamiləliyə yol verilə bilər; II dərəcəsində stasionar müayinəsi aparıldıqdan sonra hamiləliyin saxlanıb-saxlanmaması məsələsi qət edilməlidir, lakin hipertoniya xəstəliyinin III dərəcəsində hamiləlik əks-göstərişdir.

Hamilə qadınların hipertoniya xəstəliyini müalicə etmək üçün sutkada qəbul olunan maye 1 litrdən artıq olmamalı, xörək duzunu azaltmaq, həftədə bir dəfə meyvə və ya kəsmik (pəhriz günü) təyin etmək lazımdır (1,5 kq alma, yaxud 600 q kəsmik, 50 q şəkər və 100 q kəsmik verilməlidir).

I dərəcəli hipertoniya xəstəliyi olan hamilə qadınlara sedativ preparatlar (bromidlər, valerian, seduksen, elenium, trioksazin və s.) təyin etmək əlverişlidir.

II dərəcəli hipertoniya xəstəliyi olan hamilə qadınlara hipotenziv preparatlar – papaverin hidroxlorid, dibazol, apressin, hemiton, eufillin, benzoheksonium, ornid, pentamin, habelə oksigen müalicəsi və s. təyin edilir.

Nəzərə almaq lazımdır ki, blokadaedici təsiri ola bildiyinə görə, anaprilini veropamillə (izoptin) birlikdə təyin etmək olmaz! Medikomentoz terapiya ilə bərabər, fizioterapevtik prosedurlar təyin edilir: elektroyuxu seansı, diz və topuq nahiyəsinə induktotermiya, böyrəkətrafi nahiyəyə diatermiya, eləcə də hiperbarik oksigenasiya.

## HAMİLƏLƏRDƏ ARTERİAL HİPERTONİYA I-II DƏRƏCƏ

I xətt preparatlar:

Rp.: Papaverini hydrochloride 0,4

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet (0,4 - 0,6 q) qəbul etməli (14 gün).

Rp.: Tabul. Dopegiti 0,025

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (bütün hamiləlik və zahılıq dövründə daim qəbul edilir). (müalicə zamanı döşlə qidalandırmanı kəsmək lazımdır!)

#### HİPOTENZİV, ANTIARİTMİK MADDƏLƏR

II xətt preparatlar:

Rp.: Tabul. Atenololi 12,5 mq

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə 1-1/2 tablet (12,5-100 mq) qəbul etməli bütün hamiləlik və zahılıq dövründə daima qəbul edilir, müalicə döşlə qidalandırmanı kəsmək lazımdır!)

Rp.: Tabul. Labetololi 0,2

D.t.d. №

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet (200 - 600 mq) qəbul etməli (hamiləliyin 20-ci həftəsindən axıra qədər daima qəbul etməli. zamanı döşlə qidalandırmanı kəsmək lazımdır!)

Rp.: Dragee Nifedipini 0,01

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli (bütün hamiləlik və zahılıq dövründə daima qəbul etməli. Müalicə zamanı döşlə qidalandırmanı kəsmək lazımdır!)

III xətt preparatlar:

Rp.: Tabul. Dopegiti 0,025

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (bütün hamiləlik və zahılıq dövründə daim qəbul edilir).

Yaxud

Rp.: Tabul. Clophelini 0,000075

D.t.d. № 50

S. A/T normallaşana qədər gündə 2-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

#### ARTERİAL HİPERTONİYA -III DƏRƏCƏ

I xətt preparatlar

Rp.: Hidrolasini 0,005

D.t.d. № 5

S. Gün ərzində 5-10 mq vena daxilinə yeritməli.

Lazımı halda 20 dəqiqədən sonra vena daxilinə 30 mq yeritməli (sutkalıq doza 100 mq, kurs 2-4 həftə).

Rp.: Sol. Dibazoli 0,5 % - 2 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Dəri altına gündə 2-4 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Papaverini hydrochloride 2 % - 2ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə dəri altına 2 ml yeritməli.

Rp.: Tabul. Euphyllini 0,2

D.t.d. № 15

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Nospani 0,04

D.t.d. № 50

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Norvax 0,005

D.t.d. № 30

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Lomiri 2,5

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Apressini 0,025

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli hipertonik krizdə, yaxud yüksək diastolik təzyiqdə 100-110 mm.c.süt.

### SEDATİV PREPARATLAR

Rp.: T-rae. Valeriane 30 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 25 damcı qəbul etməli.

Rp.: T-rae Leoniri 25 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 40-50 damcı qəbul etməli.

Rp.: Tinctura Novo-Passiti 30ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 15 damcı qəbul etməli.

### TRANKLİVİZATORLAR, YUXUGƏTİRİCİLƏR

Rp.: Tabul. Nitrazepamı 0,01

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Diazepamı 0,5% - 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. 2 ml əzələyə yeritməli.

Rp.: Sol. Droperidoli 0,25% - 5 ml  
D.t.d. № 3 in ampull.  
S. Gündə 1-3 dəfə əzələyə 0,5-1,0 ml yeritməli.

#### SPAZMOLİTIKLƏR

Rp.: Sol. Papaverini hydrochloride 2% - 2 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə əzələyə yaxud, venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Bendazoli 1% - 2 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə 2-4 ml əzələyə yeritməli.

Rp.: Sol. No-spa 2 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə əzələyə yaxud, venaya yeritməli.

Rp.: Tabul. Reserpini 0,00025  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet (yeməkdən sonra) qəbul etməli.

Rp.: Sol. Eufillini 2,4% - 10 ml  
D.t.d. № 6 in ampull.  
S. Gündə 5-10 ml 20%-li 20 ml glükoza məhlulunda tədricən venaya yeritməli.

Rp.: Tabul. Dibazoli 0,04  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

#### KALSİUM KANALININ BLOKATORU

Rp.: Tabul. Verapamili 0,04  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 tablet qəbul etməli.

#### POLİVİTAMİNLƏR

Rp.: Dragee "Materna" № 30  
D.S. Gündə 1 dəfə qəbul etməli.

Rp.: Dragee „Eleviti“ № 30  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli.

Rp.: Capsulam Pregnaviti № 30

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 capsula qəbul etməli.  
Rp.: Dragee „Vitrum prenatali“ № 30  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli.

#### ANTIOKSİDANTLAR

Rp.: Tabul. Acidi ascorbinici 0,1  
D.t.d. № 50  
S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Rp.: Tabul. Acidi glutaminici 0,25  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (sutkada  
bədən çəkisinin 1 kiloqramına 0,1 qram).  
Rp.: Sol. Solcoseryli 2 ml  
D.t.d. № 25 in ampull.  
S. Gündə venaya 2-4 ml yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Solcoseryli 1 ml  
D.t.d. № 10  
S. Gündə əzələ daxilinə 1 ml yeritməli.

Yaxud

Rp.: İnfəzoli 400 ml  
D.t.d. № 1  
S. Vena daxilinə damçı ilə yeritməli.  
Rp.: Sol. Aktovegini 5 ml  
D.t.d. № 5 in ampull  
S. 0,9%-li – 200 ml NaCl məhlulunda 5 ml vena daxilinə  
damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

#### MEMBRANOSTABİLİZATORLAR

Rp.: Fosfolipidi 0,6  
D.t.d. №  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

#### HEPATOPROTEKTORLAR

Rp.: Chophytoli 0,3  
D.t.d. № 180 in tabul.  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

## SİDİKQOVUCU

Rp.: Dragee Canefron №20

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Yaxud

Böyrək çayı gündə 3 dəfə, hər dəfə  $\frac{1}{2}$  stəkan yeməkdən sonra qəbul etməli. Tolokyanika yarpağı (ayrı qulağı gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli).

### $\alpha$ - ADRENOBLAKATOR

Rp.: Prazosini 0,001

D.t.d. № 20 in tabul.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

### $\beta$ - ADRENOBLAKATORLAR

Rp.: Tabul. Atenololi 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə  $\frac{1}{2}$  - 1 tablet qəbul etməli.

### SALURETİKLƏR

Rp.: Sol. Furosemidi 1% - 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. 2-4 ml əzələyə yeritməli.

## PREEKLAMPSİYA ZAMANI VAZOMATOR RESEPTORLARIN TONUSUNU AŞAĞI SALAN DƏRMANLAR.

Rp.: Tabul. Dopegyti 0,25

D.t.d. № 50

S. Gündə 2-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

### DEZAGREGANTLAR, ANTİKOAGULYANTLAR

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 10,0

D.S. Tədricən venaya yeritməli.

Rp.: Tabul. Theonicali 0,15

D.t.d. № 200

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi acetylsalicylici 0,25

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

## İNFUZYON – TRANSFUZYON TERAPİYA

Rp.: Sol. İnficoll HES 6% -400 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. İnficoll HES 10% -400 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Sol. Reopolyglukini 400 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Sol. Hemodezi 400 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Sol. Albumini 10% - 100 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Sol. Ringer – Lokca 400 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Sol. Decstoroz 10% - 400 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Sol. Xlosoli 400 ml

D.S. Tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

## HİPERTONİYA İLƏ FƏSADLAŞAN HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞ ZAMANI KALSİUM KANALININ BLOKATORLARI

Rp.: Tabul. İzoptini 40 mq

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Amlodipini (Modipini) 0,005

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Nifedipini 0,01

D.t.d. № 20

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (A/T nəzarət olduqda).

Erkən perivaskulyar hipertoniya mövcudluğu ilə fəsadlaşan hamiləlik, doğuş və zahılıq dövründə müalicə - qoruyucu “bed rest” rejimi (yataq rejimi) ilə hamilələr əsasən sol böyrü üstə saat 10-dan 13-ə və 14-dən 17-yə qədər arterial təzyiq yüksəlişinin pik saatları olmalıdırlar.

A/T-nin yuxarı qalxmasına nəzarət edilməlidir.

Müalicəvi qidalanma: kifayət qədər zülal tərkibli yağlar, karbohidratlar, vitaminlər və mineral maddələr; duzların məhdudlaşması-6-8 q/sut., su yükünün məhdudlaşması-1200-1500 ml/sut.

Valerian tablet, püstirnik ekstraktı, “Novo-Passit”, diazepam, droperidol, ayıqulağı yarpaqları, böyrək çayları, konefron (sutkada 3 dəfə, 2 draje, yaxud 50 damcı), rezerpin, antenelol, nitroqliserin, vitaminlər: materna, hendevit, askorbin turşusu, qlütamin turşusu, vitamin E, aktovegin, xofitol təyin edilir.

### **Qazanılmış ürək qüsurları**

Daxili üzvlərin bütün xəstəlikləri içərisində ürək-damar patologiyası xüsusi yerdə durur.

Hamiləlik və doğuş vaxtı hemodinamika bir sıra dəyişikliklərə məruz qalır: ürək yığılmalarının tezliyi (ÜYT) yüksəlir, sistolik arterial təzyiq (A/Ts) və diastolik arterial təzyiq (A/Td) sirkulyasiya edən qanın həcmi (SEQH), ürəyin qanı qovması, ümumi periferik damar müqaviməti (ÜPDM) dəyişilir. Bu dəyişikliklər hamiləliyin gedişində müxtəlifdir, lakin III trimestrdə daha çox baş verir. Bunlardan ÜYT, SEQH, eləcə də ürəyin qanı qovması artır, ÜPDM aşağı düşür. Bunlardan başqa hamiləlikdə qan axınının paylanması baş verir: uşaqlığın, böyrəklərin, ətrafların, dərinin qan təchizatı yüksəlir, arxa üstə uzanarkən aşağı boş venanın uşaqlıq tərəfindən sıxılmasına görə arterial hipotoniya yaranır. Bunlarla birlikdə zəif yüklənməni yaxşı keçirir.

Hamiləliyin II və III trimestrində obyektiv müayinə zamanı I və II ürək tonları güclənir, tez-tez sistolik küy və III ürək tonu eşidilir. EKQ-də sinus taxikardiyası, T dişciyində və ST segmentində qeyri-spesifik dəyişiklik qeyd edilir.

Çox vaxt qulaqcıq və mədəcik taxikardiyası müəyyən edilir, supraventrikulyar paroksizmal aritmiya ola bilər. Exokardioqrammada boşluğun zəif böyüməsi aşkar edilir, lakin sistolik və diastolik funksiya normal qalır.

Aşağıdakı simptomlar ürək-damar sisteminin əsasən diqqətlə müayinəsini tələb edir: ürək astmasının gecə tutmaları, hepatomeqaliya ilə boyun venalarının şişməsi, ağ ciyərdə xırıltılar, sağ mədəciyin böyüməsi patoloji zirvə təkani (qarışq, yayılmış) EKQ-də keçiciliyin kəskin dəyişikliyi, sol mədəciyin hipertrofiyası, miokardın işemiyası qeyd edilir.



Hamiləlik zamanı (xüsusən də 28-32-ci həftələrdə) ürək zədələndikdə vəziyyət pisləşir, ürəyin yükü cift qan dövranının inkişafına görə artır.

Profilaktik məqsədlə aşağıdakı tədbirlər görülür:

–ürəyin yükünü azaldan və diurezi artıran mülayim rejim təyin edilir;

–xörək duzunun istifadəsinin 4-6 q/sut. qədər məhdudlaşdırılması;  
–diuretiklər yalnız ürək çatışmazlığı saxlanıldıqda təyin edilir (diurezin artıqlığı dölün ölüm riskini artırır);

–sol mədəciyin kəskin disfunksiyasında diqoksin təyini;

–kəskin ürək patologiyasında  $\beta$  –adrenomimetik tərkibli tokolitik maddələrdən istifadə (onlar ürəyin işini yüksəldir);

–fəsadların yüksək riski zamanı hamiləliyi pozmaq göstərişdir.

Ürək-damar sistemi xəstəliklərində hamiləlik zamanı aşağıdakı dərman maddələri təhlükəsizdir: adrenalin, aspirin (doğuş başlayana qədər), atropin,  $\beta$  – adrenoblokatorlar, verapamil (izoptin), heparin, hidralizin, diqoksin, metildopa, nifedipin, prokainomid, furosemid. Bu maddələr fərdi istifadə edilir xəstəliyin mərhələsindən asılıdır.

Dölün vəziyyətinə aşağıdakı maddələr xoşagəlməz təsir edir: varfarin, diazoksid, ATF-nin inhibitoru, indometasin, rezerpin, spironolakton, tiazidin diurotikləri.

Ürəyin qazanılmış revmatik qüsurları hamilələrin 7-8%-ində rast gəlinir.

Fəsadlaşmanın yüksək riski ağır mitral, yaxud aortal stenoz, ağır qapaq çatışmazlığı, ağ ciyər hipertenziyası, səyrici aritmiya ola bilər. Aşağı riski isə III trimestrdə simptomuz gedişli zəif kliniki əlamətlərlə yüngül və zəif qapaq çatışmazlığı, ağ ciyər arteriyasında normal təzyiqlə mitral stenoz olur.

Yetmişmiş hamiləlikdə ana və döl üçün yüksək risk olduqda, təcili hospitalizə, yataq rejimi, terapevtin məsləhəti lazımdır. Ürək-damar sistemi xəstəliklərinin diaqnozu üçün exokardioqrafiya müayinə üsulundan geniş istifadə edilir. Rumatizm əsasən, mitral, nadir hallarda aortal, daha az isə üçtəyli qapaqları zədələyir.

## MİTRAL QAPAĞIN ÇATIŞMAZLIĞI

Mitral qapağın çatışmazlığı təklikdə nadir hallarda müşahidə edilir, ona tez-tez atrioventrikulyar dəliyin stenozu və aortal qapağın qüsuru ilə birlikdə rast gəlinir. Mitral qapağın çatışmazlığında qanın

requrqitasiyası nəticəsində sol qulaqcığın dolması sonra isə sol mədəciyin daha çox dolması və genişlənməsi qeyd edilir.

Sol mədəciyin həddindən artıq dilyatasiyası sistolik həcm azalmasına və qan dövrünün pozulmasına gətirib çıxarır (sağ mədəciyin çatışmazlığı).

Hamiləlik zamanı bu qüsurun diaqnozunu qoymaq çətindir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün güclənmiş zirvə təkənina, onun sola meyilliliyinə, ürəyin sol sərhəddinin genişlənməsinə, I tonun zəifləməsinə və zirvədə sistolik küyün olmasına diqqət yetirilməlidir. Birinci tonun zəifləməsi vacib diaqnostik əlamətdir, belə ki, o hamiləlikdə adətən güclənir. Hamiləliyi davam etmək üçün mitral qapağın çatışmazlığının kompensasiyalı qüsuru əks göstəriş deyildir.

Kardiomeqaliyada və qan dövrünün pozulmasında cərrahi müalicə - qapağın protezi mümkündür. Lakin belə əməliyyat trombla və ardınca protezin tıxanması, habelə böyük qan dövrünün emboliyası ilə fəsadlaşa bilər.

Trombolitik ağırlaşmaların profilaktikası üçün hamilələrə antikoagulyantların tətbiq edilməsi lazımdır.

## ÜRƏYİN MİTRAL STENOZU

Sol atrioventrikulyar dəliyin stenozu, daha çox, endokardit keçirdikdən sonra inkişaf edir və 1-2 ildən sonra formalaşır. Hamilələrin 90%-ində qan dövrünü kompensasiyalı, yaxud I dərəcə çatışmazlıqla müşahidə olunur. Belə xəstələr hamiləliyi yüngül keçirir, lakin 10% hallarda qan dövrünün II və III çatışmazlığı yaranır. Miokardın distrofik, sklerotik dəyişikliklərinin inkişafında və xüsusən də səyrici aritmiya qoşulduqdan sonra sağ mədəciyin dilyatasiyası, sağ mədəciyin xroniki çatışmazlığı, ödem, qaraciyər böyüyür və assit əmələ gəlir.

Belə xəstələr yataqda yerləşməyə məcburdular, hamiləliyi davam etdirmək istəmirlər.

Hamiləlik zamanı xəstə ürək çox miqdarda qan ötürür (belə ki, SEQH 30-50% artır), bu isə ağciyər ödeminə gətirib çıxarır. Ağciyərin durğunluğunun artması qanhayxırmaya səbəb ola bilər. Fiziki yük, emosional gərginlik (həyəcan, qorxu) ürək astmasının inkişafını yarada bilər.

Mitral stenozun diaqnozu üçün exokardioqrofiya müayinəsindən, EKQ-dən, döş qəfəsinin rentgenoskopiyasından geniş istifadə edilir.

Əgər kəskin və xroniki ürək çatışmazlığı zamanı tətbiq edilən ənənəvi terapiya müvəffəqiyyətsizdirsə, onda mitral komissurotomiya olunur.

Son illər bud arteriyası vasitəsi ilə sol qulaqcığa balonabənzər katetr yeridilməsi və maye ilə doldurulmasından istifadə edilir. Bu üsul mitral qapağın taylarını ayırmağa imkan verir, lakin sol qulaqcığın trombunda və mitral requrqitasiyada aparılmır.

### **AORTAL STENOZ**

Aortal stenoz – aorta dəliyinin stenozu – təklidə nadir hallarda rast gəlinir. Adətən o, aortal çatışmazlıq, yaxud mitral stenoz ilə müşahidə edilir. Aorta dəliyi iki dəfə daralsa da xəstənin vəziyyətinə təsir etmir. Daha artıq aortal stenozda sağ mədəcik boşluğunun dilyatasiyası inkişaf edir, təzyiq yüksəlir, ürəyin qanı qovması azalır. Əvvəlcə sol mədəciyin, sonra isə sağ mədəciyin qan dövranının çatışmazlığı yaranır.

Kilinski praktikada aortal stenozu diaqnozlaşdırmaq çətinlik törədir - belə ki, tez-tez digər qüsurlarla qarışıq olur.

Aorta dəliyinin stenozu əksər hallarda revmatik etialojiyalı, təsadüf hallarda anadangəlmə olur. Sol mədəciyin hipertrofiyasının kəskin əlamətləri və qan dövranı çatışmazlığının simptomları olmadıqda hamiləlik və doğuşa imkan vermək olar.

Hamiləliyi davam etdirmək mümkünlüyü sualını həll etmək üçün infeksiyon endokarditin profilaktikasını aparmaqla yanaşı cərrahi müalicə – qapağın protezlə əvəz edilməsi, yaxud balonlu komissurotomiya, aparmaq lazımdır. Kesar kəsiyinə planlı qaydada göstərişlər (Saveleyeva Q.M.2000):

- ürəyin aortal və mitral qapaqlarının kombinasiyalı çatışmazlığı;
- mitral stenozun II-III mərhələsi;
- ürək çatışmazlığı müalicəsinin effekti olmayan qapaq protezi;
- hamiləlik zamanı keçirilən arterial tromboemboliya;
- bakterial endokardit;
- ürəyin çoxplanlı protezi;
- mitral komissurotomiyadan sonra travmatik çatışmazlıq, rekanolizasiya;
- hamiləlik zamanı ağ ciyər ödemi;
- cərrahi korreksiyadan sonra aortanın koarktasiyası.

Kesar kəsiyinə əks göstərişlər

- ağır dekompensasiya;
- kardiomeqaliya;
- qaraciyərin serrozu;
- ürək ritminin ağır pozulması;

- anadangəlmə mürəkkəb ürək qüsurları “göy” tiptə, ağ ciyər hipertenziyasının ən ağır dərəcəsi.

## **HAMILƏ QADINLARDA REVMATİK ÜRƏK QÜSURUNUN MÜALİCƏSİ**

Revmatizmin müalicəsi stasionar şəraitində aparılmalıdır. Xəstə yataqda uzanmalı, duzsuz, lakin kalium ionları, askorbin turşusu və tiaminlə zəngin qida məhsulları qəbul etməlidir. Müalicə məqsədilə əsasən salisilatlardan, pirazolon törəmələrindən və kortikosteriodlardan istifadə olunur.

Revmatizmin kəskinləşməsinin profilaktikasını hamiləliyin 14 həftəsinə, 20-dən 32 həftəsinə qədər və zahılıq dövründə aparılması məqsədəuyğun hesab edilir. Bu məqsədlə bisillin-1, yaxud bisillin-5 asetilsalisil turşusu ilə yanaşı istifadə olunur. Hamiləliyin 8 həftəsinə qədər və axır 2 həftəsindən sonra asetilsalisil turşusu təyin edilmir, anti-prostaqlandın effektivinə görə hamiləliyin vaxtı uzana bilər.

Ürək çatışmazlığının müalicəsi üçün əsas dərman maddələri ürək qlikoizidləridir: strofantin, korglükon, diqoksin, diqitoksin. Diuretiklər məqsədilə furasemid, hipotiazid, spirolaktan və eufillin istifadə olunur. B qrupu, E, C vita-minləri, kalium orotat uzunmüddətli təyin edilir.

Butadionla müalicə zamanı qanın protrombini və leykositlərin miqdarı müntəzəm surətdə yoxlanılmalıdır. Prednizolonla müalicənin axırında xəstəyə kortikotropin təyin edilməlidir. Qeyd etmək lazımdır ki, salisilatlar və steroid hormonları dölə teratogen təsir göstərdiyi üçün hamiləliyin I yarısında onların təyin olunması məsləhət görülmür.

Ürək qüsuru olan xəstələr 3 dəfədən az olmayaraq hospitalizə olunmalıdırlar: birinci 8-12 həftəlikdə, sonra 28-32 həftəlikdə və doğuşa 3 həftə qalmış. Müasir mamalıqda kesar kəsiyinin aparılması ciddi məhdudlaşdırılmışdır. Kesar kəsiyi aşağıdakı hallarda aparılır:

1. Aktiv revmatik proses zamanı;
2. Sol mədəciyin kəskin çatışmazlığı ilə kəskin güclü ürək qüsurlu və aktiv medikamentoz terapiyanın effekti olmadıqda;
3. Ürək qüsuru mamalıq patologiyası ilə yanaşı olduğu zaman doğuşun cərrahi yolla aparılmasına icazə verilməsi tələb olunur.

Ürəyin revmatik qüsurlarının müalicəsi.

Rp.: Bicillini-I 600000 TV

D.t.d. №6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib, həftədə 1 dəfə əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Bicillini-V 1500000 TV

D.t.d. №3 in lagenis

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3 ml steril suda həll edib, ayda 1 dəfə əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. Pyridoxini 0,05

D.t.d.№ 50

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Acidi ascorbinici 0,05

D.t.d. № 50 in tabl.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 2 tablet qəbul etməli

Rp.: Tabul. Kalii orotatis 0,5

D.t.d. № 30

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən 1 saat qabaq 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Strophantini K 0,05% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. 0,5 ml – 0,9%-li 20 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda tədricən venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Corglyconi 0,06% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. 0,5 ml - 1 ml 20 ml 20%-li glükoza məhlulunda tədricən venaya yeritməli.

Rp.: Tabul. Digoxini 0,00025

D.t.d. №50

D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul Digitoxini 0,0001

D.t.d. №12

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Furasemidi 0,04

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, səhərlər 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Hypothiazidi 0,1

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, səhərlər 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Verospironi 0,25

D.t.d. № 10

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Euphillini 0,15

D.t.d. № 30

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol Euphillini 24%-10ml

D.t.d. №10 in ampull

S. Gündə 10 ml məhlulu 20 ml 20%-li qlükoza məhlulu ilə qarışdırıb yavaş- yavaş vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. Pipalpheni 0,025

D.t.d. №10

D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Seduxeni 0,005

D.t.d. №20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05

D.t.d. №10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet 25

Rp.: Sol Glucosi 25% - 100 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol Pentamini 5% - 1ml

D.t.d. №6 in ampull

S. Əzələyə 0,5 – 1ml yeritməli.

Rp.: Sol Benzoheksoni 2,5% - 1ml

D.t.d. №12 in ampull

S. Gündə 1 dəfə əzələyə yeritməli.

Rp.: Verapamili 0,04

D.t.d. №100 in tabl.

S. Gündə 3-4 dəfə hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9%- 10 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.

### **Pnevmoniya**

Pnevmoniya-kəskin infeksiyon xəstəlikdir, əsasən bakterial etiologiyalıdır, ağ ciyərin respirator hissəsinin ocaqlı zədələnməsi ilə xarakterikdir. Alveol daxili eksudasiya, müxtəlif dərəcəli kəskin hərərət və intoksikasiya baş verir.

Bu hallarda tipik törədici streptococcus pneumoniae 30-50%, haemophilus influenzae 1-3% olur, atipik mikroorqanizm də az əhəmiyyət kəsb etmir.

İndiki dövrdə-mikoplazmada, xlamidiya, pnevmosist və mikobakteriyada olduğu kimi, pnevmoniya törədicilərinə etioloji əhəmiyyəti artmışdır.

Pnevmoniya zamanı ağ ciyərlərin tənəffüs səthinin azalması, diafraqmanın yüksəkdə durması, ağ ciyər ekskursiyasının məhdudlaşması, ürək-damar sisteminin əlavə yükü ilə əlaqədar, hamiləliyin gedişi daha da ağırlaşır.

Ağciyərlərin respirator şöbəsinin iltihabı reaksiyasının inkişafı orqanizmin müdafiə gücünün effektivliyinin aşağı düşməsi və belə də mikrobların çox miqdarda daxil olması və onun virulentliyinin yüksəlməsi ilə müşayiət olunur.

Xəstəliyin kəskin və xroniki forması ayırd edilir. Klinisistlər pnevmoniyanın aşağıdakı təsnifatını tövsiyə edirlər:

- xəstəxanadan kənar qazanılmış (ev şəraitində);
- xəstəxanadaxili;
- immunçatışmazlıq vəziyyət fonunda;
- atipik pnevmoniya.

Hamilələrdə kliniki şəkli kəskin başlanması ilə, xəstə selikli-irinli bəlgəmli öskürəklə, cüzi fiziki fəaliyyət, hətta sakitlik zamanı təngnəfəsliklə xarakterizə edilir. Onları ümumi zəiflik, başağrısı, tərləmə, eləcə də titrəmə ilə hərarət narahat edir.

Xəstəliyin xroniki gedişi kəskinləşmə və remissiya dövrünün uzun müddətli olması ilə xarakterdir. Pnevmoniyanın 3 mərhələsi ayırd edilir.

I mərhələdə xəstələr az miqdarda selikli-irinli bəlgəmli öskürəkdən, zəiflikdən, tərləmədən, hərarətin dövrü olaraq yüksəlməsindən şikayət edirlər; II mərhələdə residivlər tez-tez baş verir, öskürək (xüsusən də səhərlər) daimiləşir, əgər bronxoektaziya müşahidə edilirsə irinli bəlgəm çox ayrılır. Qanhayxırma da ola bilər. Təngnəfəslik, hipoksiya, barmaqların (“təbil barmaqları”) və dırnaqların (saat şüşəsi) trofikası pozulur.

III mərhələ isə tənəffüs və ağ ciyər-ürək çatışmazlığı ilə kəskinləşir. Miokarditik kardioskleroz - “ağ ciyər ürəyi” inkişaf edir. “Ağ ciyər” ürəyi üçün qan dövrünün tək olaraq sağ ürək çatışmazlığı inkişafı xarakterdir. Ağır ağ ciyər ürək çatışmazlığı zamanı (“ağ ciyər ürəyi”nə məxsusdur) hamiləliyin saxlanılması qəti əks göstərişdir.

Pnevmoniyanın diaqnozu xarakter şikayətlərə, fizikal, laborator nəticəyə və kliniki müayinə üsullarının məlumatına əsasən müəyyən edilir. Qanın kliniki analizində leykositoz aşkar olunur. Ağır hallarda biokimyəvi analizi aparılır. Bəlgəmin mikroskopik müayinəsi törədicinin

təyin edilməsində kömək edir. Mikrofloranın mikrob əleyhinə dərman maddələrinə həssaslığının müəyyən edilməsi müalicənin effektivini artırır.

Hamiləlikdə rentgenoqrafiya (ağ ciyərlərin ikili proyeksiyası) yalnız xüsusi göstərişlə tətbiq edilir: xəstəliyin ağır gedişində və aparılan müalicəsinin effekti olmadıqda.

Xroniki pnevmoniyalı hamilələrin müalicəsinə ambulator şəraitdə, lakin 3 gündən çox olmayaraq-başlamaq olar. Bir qayda olaraq əgər hamiləlik orta və ağır dərəcəli patoloji vəziyyətlərlə hamiləliyin pozulma təhlükəsi ilə, fetoplasentar çatışmazlıqla, dölün kəskin və xroniki hipoksiyası ilə, bətdaxili inkişaf ləngiməsi ilə fəsadlaşarsa, xəstə stasionarda yerləşdirilir.

Yüngül və orta ağır pnevmoniyanın müalicəsi dərman maddələrinin seçilməsi ilə ambulator şəraitdə başlayır (penisillinlər, amoksillin, klauvolant turşusu, sefalosporinlər, makrolidlər, aminoqlikozidlər, spiramisin, yaxud sefuroksim və s).

Benzilpenisillinlər (pnevmonokokk, streptokokk, stafilocokklar) 1 mln-2 mln TV əzələ daxilinə və ya vena daxilinə bərabər dozada – 6 saatdan bir təyin edilir.

Stasionar şəraitində və profilli terapevtik şöbədə aşağıdakı müalicə kursu təyin edilir.

#### *Penisillinlər*

Rp.: Benzylpenicillini kalii 1000000 TV

D.t.d.№6

Rp.: Sol Novocaini 0,5% - 2ml

D.t.d.№6 in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib, sutkada 4-6 dəfə vena daxilinə yeritməli (8mln TV, müalicənin I-II günü dozanı bölməklə 4-saatdan bir vena daxilinə təyin etməli-stafilakokk infeksiyası zamanı).

Rp.: Ampicillini natrii 250000 TV

D.t.d.№20 in caps gelat.

S. 2-4q dozanı bölməklə 4-6 saatdan bir daxilə təyin etməli. Gündə 4-6 dəfə (hər dəfə 2 kapsul) qəbul etməli.

Rp.: Ampicillini natrii 250000 TV

D.t.d.№20 in lagenis

Rp.: Aq. pro injectionibus 2 ml

D.t.d. №20 in ampull

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib, sutkada 4-6 dəfə əzələyə yeritməli(2-4q doza olmaqla).



Rp.: Ampioxi 0,25

D.t.d. №20 in caps gelat.

S. Gündə 4-6 dəfə, hər dəfə 1-2 kapsul qəbul etməli.(törədicinin növündən asılı olaraq vena daxilinə, əzələ daxilinə 1,5-3 qramı bərabər dozada 4-6 saatdan bir təyin edilir).

Rp.: Amoxicillini clavulameti 0,375

D.t.d. №20 in tabl

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-10 gün (maksimum doza 0,625q).

Rp.: Tabul Ospeni-750 №10

D.S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet (500-750) daxilə qəbul etməli.

Rp.: Ospamoxi 0,5

D.t.d. №10 in caps gelat.

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 kapsula daxilə qəbul etməli.

Rp.: Ampisidi 1,0

D.t.d. №10 in flaconi

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib, sutkada 2 dəfə əzələyə yeritməli (2-4q doza olmaqla).

Rp.: Sulbapeni 1,0

D.t.d. №10 in flaconi

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib, sutkada 2 dəfə əzələyə yeritməli (2-4q doza olmaqla).

### *Bəlğəmgətirici preparatlar.*

Rp.: Inf. Herbae Thermopsidis 0,2-100ml

Natrii benzoatis 4,0

M.D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 xörək qaşığı qəbul etməli.

Rp.: Terpini hydrati

Natrii hydrocarbonatis 0,25

D.t.d. №12 in tabl

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 10 tablet qəbul etməli.

Benzilpenisillilər (pnevmonokokk, streptokokk, stafilokokklar) 1 mln-2 mln TV əzələ daxilinə və ya vena daxilinə (bərabər dozada-6 saatdan) bir təyin edilir.

### *Sefalosporinlər.*

Rp.: Ceftriaxonu 1,0

D.t.d. №1

S.Hər flakonun möhtəvuyyatını 3,5 ml hazırlanmış həlledicidə (lidokain) əridib, gündə 1 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli (sutkada maksimum doza 1-2 qramdır).

Rp.: Cefaloridini 1,0

D.t.d. №1

S. Hər 8 saatdan bir-vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Zinnoti 0,5

D.t.d. №1

S. Gündə 2 dəfə (12 saatdan bir) əzələ daxilinə yeritməli.

*Makrolidlər*

Rp.: Erythromycini 0,5

D.t.d. №10 in tabl.

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (sutkada 1-2 qram), yaxud 0,6 qram vena daxilinə (bərabər dozada-8 saatdan bir) yeritməli.

Rp.: Rulidi 0,15

D.t.d. №10 in tabl.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet günaşırı qəbul etməli.

Rp.: Summamedi 0,5

D.t.d. №10 in tabl.

S. I gün 0,5q 1 dəfə, II-V günlər 0,25q 1 dəfə daxilə qəbul etməli.

Rp.: Zomaxi 0,15

D.t.d. №10 in tabl.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

*Aminoqlükozidlər.*

Rp.: Sol Gentamycini sulfatis 4%-2 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. 8 saatdan bir-bərabər dozada əzələ, yaxud vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Amicaini 0,5

D.t.d. №5

S. Gündə 2 dəfə (12 saatdan bir) əzələ, yaxud vena daxilinə yeritməli.

Xroniki pnevmoniyanın I və II mərhələsində xəstələrdə doğuş təbii yolla aparılır, lakin daim inhalyasion oksigen, göstərişlə – 2,4 %-li 10 ml eufillin məhlulu yeridilir. III mərhələdə xəstələri gücvermə dövründə mamalıq masalarının köməyi ilə yaxud əlverişsiz mamalıq situasiyalarında və xəstənin vəziyyəti pisləşirsə (tənəffüsün 1 dəqiqədə

30-dan artıq tezləşməsi, ürək yığılmalarının tezliyinin 125 vuruğu/dəqiqə artması, A/T 90/60 mm.c.süt. aşağı düşməsi) kesar kəsiyi aparılır.

Rp.: Sol. Euphillini 2,4% -10 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Vena daxilinə 10 ml yavaş-yavaş yeritməli.

### **Hamiləlik bronxial astması**

(Astma bronchiale gravidarum)

«Astma» termini (yunanca tərcümədə – tənəffəslik, tənəffüsün çətinləşməsi) hələ Hippokratın dövründə məlum idi (b.e.ə. 460-377-ci illərə yaxın). Bu xəstəliyin əsasını bronxospazmla sərtlənən bronxların keçiriciliyinin pozulmasıdır.

Astma – hiperreaktivliyin və iltihabın baş verməsində tənəffüs yollarının tutulmasıdır. Qıcıqlara qarşı bronxların həssaslığının yüksəlməsi anadangəlmə və qazanılmış formada ola bilər. Xəstənin xarici və daxili qıcıqlandırıcılara qarşı reaksiyasıdır.

Xəstəlik ağırlıq dərəcəsinə görə 3 mərhələyə bölünür: yüngül, orta ağır, ağır. Yüngül forma tez-tez remissiyalarla (xəstəliyin dövrü əlamətlərinin olmaması), orta – çox tez olmayan «ışıqlı dövr», ağır – nadir natamam resmissiyalar ilə ağciyər-ürək çatışmazlığı və gedişin şiddətlənməsi ilə xarakterikdir.

Bronxial astma xəstəliyinə hamilələrin 1%-ində rast gəlinir, o hamiləlikdən əvvəl, yaxud ilk dəfə hamiləlikdə baş verə bilər. Bronxial astmalı hamilələrdə aşağıdakı kliniki-patoloji formaya rast gəlinir: atopik (qeyri-infeksiyon – allergik), infeksiyadan asılı (infeksiyon allergik); autoimmun; dishormonal; sinir – psixi; orqanizmin adrenergik balansının pozulması ilə əlaqədar forma; bronxların reaktivliyinin birincili dəyişilməsi ilə sərtlənən forma; cərrahi. Ayrı-ayrı formaların birləşməsi də ola bilər.

Hamilələrdə bronxial astmanın yuxarıda sadalanan formalarının hamısından çox infeksiyon – allergik formasına rast gəlinir, hansı ki, tənəffüs yollarının infeksiyon xəstəliklərinin fonunda baş verir. Bu zaman antigen müxtəlif mikroorqanizmlər olur, əsasən də şərti – patogen mikroblar qrupu (qızılı və ağ stafillokokk, klebsiella, bağırsağ çöpləri)

Antigen xüsusiyyəti ilə digər faktorlar da ola bilər; bitki tozuda (məsələn, ətirşah alaquotu) məlum dövrdə massiv allergik xəstəlik törədir. Kəskin rinit, konyuktivit, asqırma, öskürək, tənəffəslik tutması birüzə verir, eləcə də bunu ev tozu, heyvan yunu, dərman maddələri, yüksək allergik xüsusiyyətə malik olan məhsullar, istehsalat zərəri (pambıq, ipək

istehsalı, un sənayesi) yarada bilər. Saman (tozcuq) astması üçün fəslə uyğun kəskinləşmə xarakteridir.

Bronxial astma xəstəliyində ağır gedişli forması istisna olmaqla, hamiləlik əks göstəriş deyildir. Hamilələrdə, doğanda və zahıda xəstəliyin hər hansı 3 mərhələsinə rast gəlinə bilər: astmaönu, təngnəfəslik tutması, asmatik vəziyyət.

Bronxial astmanın müalicəsində yalnız tutmanın aradan qaldırılması olmamalıdır. Əsas diqqət xəstəliyinin «günahkarının» allergen-səbəbin tapılmasına yönəldilməlidir. Əgər allergen tapılıbsa, ən yaxşısı, onunla əlaqəni kəsmək lazımdır (imkan daxilində).

Yüngül hallarda təngnəfəslik tutmalarını əhatə etmək üçün adrenomimetiklərin (salbutamol, alupent) inhalyasiya, yaxud həbin dil altına təyini, xardal yaxması, isti maye qəbulu tətbiq edilməsi kifayət edir. Əgər tutmalar kəsmirsə, dəri altına 5%-li 1 ml efedrin məhlulu, ardınca, 2,4 %-li 10 ml eufillin məhlulu, (40%-li qlükoza məhlulunda), damcı şəklində 0,05%-li 1 ml alupent məhlulu (5%-li 200-300 ml qlükoza məhlulunda) yeridilir. Ürək çatışmazlığı zamanı strofantin, yaxud korqlükon təyin edilir. Bronxial astmanın sonrakı tutmalarını əhatə etmək üçün hər 3 saatdan bir 30 mq prednizolon təyin olunur. Hamilələrin müalicəsini stasionarda-reanimatoloqla birlikdə aparılması məsləhətdir.

Metabolik asidoz zamanı vena daxilinə 4%-li 200 ml natrium hidrokarbonatdan istifadə edilir. Tənəffüs mərkəzinin stimulyasiyası üçün dəri altına 2-4 ml kordiamin təyin edilir. Əgər xəstənin vəziyyəti yaxşılaşmasa anestezioloq ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasını (ASV) təyin edir.

Bazis dərman preparatları gündəlik uzunmüddətli tətbiq edilir və persistensiya edən bronxial astmanın gedişini nəzarət altında saxlayır.

Rp.: Tabul. Alupenti 0,02

D. t. d. № 15

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə dilin altına 1 tablet qoymalı.

Rp.: Aërosoli "Alupentum" №1

D. S. İnhalasiya üçün.

İntermittentli (epizodlu) bronxial astma (I dərəcə)

1. Rp.: Aerosoli Salbutamoli 10 ml (0,1 mq)

D.S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1-2 inhalyasiya etməli (1-2 doza, 100-200 mq), gündə 4 dəfədən artıq olmaz!.

Rp.: Aerosoli Nedocromili sodii 0,002

D.S. Gündə 1-2 dəfə, hər 1-5mq (1-2doza) inhalyasiya etməli, uzun müddətli (hamiləliyin II trimestrindən başlanır).

Rp.: Aerosoli İpratropii bromidi 15ml  
D.S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 0,02 mq (1doza) inhalyasiya etməli (1-2 nəfəsalma)

Rp.: Tabul. Euphillini 0,15  
D.t.d. №  
S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.  
Yüngül perssitensiya edən bronxial astma (II dərəcə).

#### *Bronxolitiklər*

*$\beta_2$  – qısa təsirli aqonistlər*

Rp.: Aerosoli Salbutamoli 10 ml  
D.S. Gündə 4 dəfədən artıq olmayaraq, hər dəfə 100-200 mkq (1 doza) inhalyasiya etməli.

#### *Kortikosteroidlər*

Rp.: Aerosoli Beclomethasoni dipropionati 10 ml  
D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,4mq (1 doza) inhalyasiya etməli (uzunmüddətli).

*Qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatlar*

Rp.: Aerosoli Nedocromili sodium 0,002 (1 doza)  
D.S. Gündə 2-4 dəfə, hər dəfə 2-4 mkq (1-2 doza) inhalyasiya uzunmüddət etməli (hamiləliyin II trimestrindən başlanır).

Teofilin uzun təsirlidir.

Rp.: Theophyllini 0,3  
D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli (bronxospazm zamanı)

#### Ağrılığına görə orta İldərəcəli perssitensiya edən bronxial astma (III dərəcə).

Rp.: Aerosoli Salbutamoli 10 ml  
D.S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1-2 inhalyasiya etməli,(100-200 mkq 1-2 doza) gün ərzində dəfədən artıq olmaz !

Rp.: Aerosoli Beclomethasoni dipropionatis 10 ml  
D.S. Gün ərzində 2 dəfə, hər dəfə 350 mq (1 doza) inhalyasiya etməli (uzunmüddətli).

Rp.: Aerosoli Nedocromili sodii 0,002 (1 doza)  
D.S. Gündə 2-4 dəfə, hər dəfə 2-4 mkq (1-2 doza) inhalyasiya uzun müddət etməli (hamiləliyin II trimestrindən başlanır).

#### Ağır persiteniya edən bronxial astma (IV dərəcə)

Rp.: Aerosoli Salbutamoli 10 ml

D.S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1-2 inhalyasiya etməli )100-200 mkq (1-2 doza) gün ərzində 4 dəfədən artıq olmaz !).

Rp.: Beclomethasoni dipropianatis 10 ml

D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 250 mkq (1 doza) inhalyasiya etməli, uzunmüddətli.

Rp.: Aerosoli Nedocromili sodii 0,002 (1 doza)

D.S. Gündə 2-4 dəfə, hər dəfə 2-4 mkq (1-2 doza) inhalyasiya uzun müddət etməli (hamiləliyin II trimestrindən başlanır).

Rp.: Theophyllini 0,3

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli (bronxospazm zamanı).

Rp.: Tabul. Prednisoloni 0,005

D.t.d. №20

S. Gündə 1 dəfə qəbul etməli, uzunmüddətli (prosesin ağırlıq dərəcəsində asılı olaraq).

Rp.: Tabul. Methilprednisoloni 0,004

D.t.d. №30

S. Gündə 1 dəfə ½ - 1 tablet daxilə qəbul etməli, uzunmüddətli (prosesin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq).

Qeyd: Sistem qlükokortikoidləri (prednizolon, metilprednizolon) daxilə, yaxud venaya inhalyasion qlükokortikoidlərin minimal effekti olmadıqda təyin edilir. Bronxial astmanın kəskinləşməsində qlükokortikoidlərlə standart qısa müalicə kursu daxilə qəbulu üçün 40- 50 mq/sut. 5-10 günün gedişində prednizolonla kəskinləşmənin ağırlığından asılıdır. Simptonlar əhatə edildikdən sonra – qlükokortikoidlərin daxilə qəbulu kəsilir, yaxud dozası tədricən azalır, müalicə inhalyasion qlükokortikoidlərlə davam edilir.

## **Dəmir defisitli anemiya**

(DDA)

Dəmir defisitli anemiya hamilələr arasında çox geniş yayılmış (80-90%) xəstəlikdir (Kadırova Y.A., Ələkbərova G.R.). Anemiyaların hemoqlobinin qatılığına görə-3 dərəcəsi ayırd edilir: I – yüngül dərəcə (Hb 110 q/l-dən – 91 q/l-dək), II – orta ağır forma (Hb 90 q/l-dən–71 q/l-dək), III – ağır forma (Hb 70 q/l-dən aşağı). Qan serumunda dəmirin səviyyəsi xeyli azalır. Anizasitoz və retikulositoz müəyyən edilir. Əvvəllər DDA bütövlüklə alimentar mənşəli idi. İndiki vaxtda pəhriz amili həlledici rol oynayır və dəmir defisitli anemiya daha çox tələbat

olduqda başlıca olaraq orqanizmin dəmirə tələbatının artması, qan itkisi və dəmirin sorulmasının pozulmasında baş verir.

Orqanizmdə dəmir itkisi hamiləlik vaxtı və böyun artması dövründə kəskin artır. Qızlarda cinsi yetkinlik dövründə boyun sürətli artmasına görə, qan itkisinin başlanması ilə əlaqədar dəmirin miqdarının azalması bəzən xeyli ola bilər (məsələn, disfunksional, yuvenil qanaxma zamanı), dəmir itkisi xoşagəlməz amillərlə yanaşı olduğuna görə artır. Bəzən hipoxrom anemiyanın səbəbi trombotopenik purpura, mədə-bağırsaq sisteminin yara və şişləri, təkrarı doğuşlarla və abortla bağlı olan qadınlar olurlar.

Anemiyalı hamilə qadınlarda dəri və selikli qişalar solğunlaşır, ümumi zəiflikdən, yorğunluqdan və başgicəllənmədən şikayət edirlər.

Hamiləliyin gedişində başa çatmamış hamiləlik (düşüklər, vaxtından qabaq doğuş) qeyd edilir. Ağır formalı anemiya zamanı ciftin vaxtından qabaq soyulması (hamiləlikdə, doğuşda və doğuşdan sonrakı dövrdə qanaxma) kimi patologiyalar inkişaf edə bilər. Kiçik bədən çəkisi ilə doğulan yetişməmiş uşaqlar hamilələrdə anemiyanın xarakter əlamətidir. Fetoplasentar çatışmazlıq dölün hipoksiyası və yenidoğulmuşun ölümü ilə qurtara bilər.

Anemiyanın müalicəsi xəstəliyin kliniki şəklindən asılı olaraq uzun sürür (3-6 aya qədər).

Xəstələrə vitaminlər, zülalla və dəmirlə zəngin qida pəhrizi təyin edilir. Müalicə məqsədi ilə dəmir preparatlarından istifadə olunur, bəzən donor qanı və ya eritrosit kütləsi köçürülür.

ÜST ekspertləri  $Fe^{3+}$  preparatlarına yox,  $Fe^{2+}$  dərman maddələrinin per oral istifadə edilməsini məsləhət edir (qəbulu rahatdır, yaxşı mənimsənilir). Yaxşı sorulan və yaxşı mənimsənilən dəmir sulfatı da ( $FeSO_4$ ) qeyd etmək olar, Paraentral yeridilmə üçün üçvalentli dəmir preparatları tətbiq edilir. Paraentral yeridilən dəmirin kurs dozası formula ilə hesablanır: Xəstənin bədən çəkisi (kq) x qanda hemoqlobinin qatılığı (q/100 ml x 2,5).

Bu zaman qanda hemoqlobinin miqdarı 100 q/l-dən, eritrositlərin miqdarı 4 500 000-dən və rəng göstəricisi 0,85-dən az olur.

Qaraciyər, böyrək, hipertoniya xəstəliklərində, tromboflebitdə ferkoverinin tətbiqi əks-göstərişdir. Preparatın təsirindən mənfi reaksiyalar törəndikdə dəri altına atropin, omnopon, yaxud promedol yeridilir.

Hemolitik anemiyada kriz zamanı – splenoektomiya effekt vermədikdə, yaxud effekti çatışmadıqda qlükokortikosteroidlər təyin edilir.

Daha-yaxşısı preparatlar yeməyə qədər (askorbin, fol turşuları-B<sub>12</sub> vitamini ilə birlikdə), mənimsənilmədikdə - yemək vaxtı, yaxud sonra təyin edilir.

Fol turşusu hüceyrənin bölünməsi prosesində və dölün sinir sisteminin formalaşmasında mühüm rol oynayır. Onun defisiti orqanogenizdə anensefaliyaya, ensefoloseli, spina bifida, daha gec müddətdə isə - dölün cəkisinin itkisinə gətirib çıxarır.

Ferrum-Lek əzələ daxilinə günəşırı 1-2 ampul yeridilir. Vena daxilinə isə birinci gün ½ ampul, ikinci gün 1 ampul, üçüncü gün 2 ampul, sonra isə həftədə 2 ampul yeridilir yaxud, ektofer – 1 ampul (2 ml) əzələyə əvəz edilir.

Dəmir preparatlarının müalicəsi uzunmüddətli olur. Qırmızı qanın göstəricilərinin normallaşması 5-8 həftədən sonra baş verir, Lakin xəstənin ümumi vəziyyəti daha erkən yaxşılaşır.

Rp.: Tabul. Acidi folici 0,001

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (krizdə 70-80mq/sut, qısa müddətdə).

Yaxud

Rp.: Tabul. Folio 0,04

D.t.d. № 30

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Dragee Ferroplexi № 100

D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 2 draje qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Ferrocali № 30

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Tardiferoni 0,08

D.t.d. № 10

S.Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli

Rp.: Conferoni 0,25

D.t.d. № 50 in caps.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Eurofari №30

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Medefer №30

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Ferromidi № 100

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 (0,1) tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Ferrum-Lek 0,1



- D.t.d. № 30  
S. Gündə 1 tablet qəbul etməli (yemək vaxtı və ya yeməkdən sonra).
- Rp.: Tabul. Maltoferi 0,1  
D.t.d. № 30  
S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp.: Tabul. Sorbiferi Durulesi 0,1  
D.t.d. № 50  
S. Gündə 2 dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl).
- Rp.: Tabul. Heamostimulini № 50  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet yeməkdən sonra qəbul etməli.
- Rp.: Ferrum-Lek 2 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Gündə bir dəfə 2 ml əzələ daxilinə yeritməli (günaşırı).
- Rp.: Ferrum-Lek 2 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Venaya 1-ci gün – 1/2 ampul, 2-ci gün - 1 ampul, sonra həftədə 2 dəfə 2 ampula yeritməli.
- Rp.: Tabul. Ferro-Graudimenti № 30  
D.S. Gündə 1 dəfə ac qarına yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl qəbul etməli (lazım gələrsə 2 tablet 1 dəfə qəbul etməli).
- Rp.: Capsulas Ferrocal № 30  
D.S. Gündə 1 dəfə, 1 kapsula qəbul etməli (anemiyanın profilaktikasını məqsədilə hamiləliyin II və III trimestrində istifadə edilir).
- Rp.: Ektoferi 2 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S. Bədən çəkisinin 1 kiloqramına  $1\frac{1}{2}$  milliqram dəmir olmaqla əzələdaxilinə günaşırı yeritməli (bədən çəkisi 70 kiloqrama yaxın olduqda sutkalıq maksimal doza 2 ml).
- Rp.: Sol. Maltoferi 2 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S. Gündə 1 dəfə əzələ daxilinə günaşırı yeritməli.
- Rp.: Sol. Ferbitoli 2 ml  
D.t.d. № 30 in ampull.  
S. Gündə 1 dəfə 2 ml əzələ daxilinə yeritməli (15 iynə).
- Rp.: Sol. Fercoveni 5 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə (5 ml vena daxilinə yaxud, günaşırı 2 ml əzələ daxilinə yeritməli 10-15 gün gedişində).

Rp.: Tabul. Qinetardiferoni 0,08

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tot'Hema 10 ml

D.S. Gündə 1-2 flakon (yeməkdən sonra) qəbul etməli.

Rp.: Ferro-folqamma № 20

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,01%-1 ml

D.t.d. № 30 in ampull.

S. Gündə (yaxud, günaşırı) 1 ml əzələyə yeritməli (1 ay, anemiyanın makrositar formalarında).

### **Böyrək və sidik-cinsiyyət yolları xəstəlikləri**

Ekstragenital xəstəliklər arasında böyrək patologiyası, rastgəlmə tezliyinə görə, yalnız ürək-damar xəstəliklərindən geri qalır. Daha çox pielonefritə (10-15%), daha az - qlomerulonefritə (0,1-0,2%) və sidik daşı xəstəliklərinə rast gəlinir.

Pielonefrit infeksiyon-bakterioloji xəstəlik olub, interstisial toxumanı, kasaları və böyrəklərin ləyən sistemini zədələyir.

O, hamiləlik zamanı (hestasion pielonefrit) və hamiləliyə qədər baş verə və yalnız onun fonunda kəskinləşə bilər. Əsasən xroniki, yaxud latent forma müşahidə edilir. Hamiləliyə qədər mövcud olan pielonefrit qeyd edilə bilər. Hestasion pielonefriti bağırsaq çöpləri, klebsiella, enterebakteriyalar, streptokokklar, stafilokokklar, göbələklər və s. törədir.

Xəstəlik daha çox, hamiləliyin 22-28 həftəliyində, yaxud doğuşdan 2-5 gün sonra baş verir. Xəstəliyin kəskin dövründə hamilə qəflətən özünü pis hiss etməsindən, zəiflikdən, baş ağrılarından, bədən hərəkətinin yüksəlməsindən, titrəmədən şikayət edir. Eyni vaxtda dizurik pozulmalar baş verir, bel-qabırğa küncündə olan ağrı hamiləliyin pozulma təhlükəsində, yaxud başlanmış düşükdə, vaxtından qabaq doğuşda müşahidə edilir.

Diaqnostika hazırki anamnezə, şikayətlərə, sidiyin laborator və bakterioloji müayinəsinə, USM-ə əsaslanır.

Müalicə üçün geniş spektrli antibiotiklərdən (xəstəliyin törədicisini nəzərə almaqla), antibiotik preparatlarla birlikdə antimikotik dərmanlar (flükonazol, nistatin, levorin) istifadə edilir. Hamiləliyin I

trimestrində (orqanogenez dövründə) embriona zədələyici təsirin qarşısını almaq, çox qram-müsbət və qram mənfi bakteriyaların inkişafını dayandırmaq üçün yalnız az toksiki təsiri olan penisillin sırası preparatları və bitki mənşəli uroseptiklər tətbiq edilir. Mütləq yataq rejimi, ciddi pəhriz, çoxlu turş maye qəbulu lazımdır. Hamilənin vəziyyəti pilelonefritin lokalizasiya etdiyi əks tərəfdə böyrü üstə olmalıdır – bu, sidiyin xaric olunmasını yaxşılaşdırır, sağalmanı sürətləndirir. Bu məqsədlə hamilə qadın, dövrü olaraq, diz-dirsək vəziyyəti edilməsini tətbiq etməlidir.

Hamiləliyin təcili pozulması sualı konservativ müalicə effekt vermədikdə qoyulur. Kesar kəsiyi əməliyyatı yalnız ciddi mamalıq göstərişləri olduqda aparılır.

Xroniki pielonefrit fonunda hamiləlik ana və döl üçün təhlükəli ağırlaşmalarla olur. Daha çox rast gəlinən ağırlaşmalar – hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri başa çatmamış hamiləlik və dölün bətdaxili infeksiyalaşmasıdır.

Xroniki pielonefritdə antibiotiklər, uroantiseptiklər, spazmolitiklər, sidikqovucu maddələr, vitaminlər, adaptogenlər (eleuterokokka, mancur aralığı) tokoferol asetat, desensibilizəedici maddələr təyin edilir. Müalicə kursu 10-15 gün təşkil edir. Xroniki pielonefritin kəskinləşməsi mərhələsində müalicə kəskin hestasion pielonefritdə olduğu kimi aparılır.

## ANTİBAKTERİAL VƏ İLTİHAB ƏLEYHİNƏ TERAPİYA

I trimestr

Rp: Benzylpenicilini kalii 500000 TV

D.t.d. № 10

Rp.: Sol. Novocaini 0,5% - 2 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib (sınaqdan sonra, 2 mln-4 mln TV) sutkada 3 dəfə əzələyə yeritməli, 5 gün (maksimum doza 8 mln).

Rp.: Ampicillini-natrii 500000 TV

D.t.d. № 10

Rp.: Aq.pro injectionibus 2 ml

D.t.d. № 10 in ampull

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib (0,5-1q) sutkada 3 dəfə əzələ, yaxud vena daxilinə yeritməli (sutkada maksimum doza 2-4 qram).

Rp.: Carbenicillini –dinatrii 1000000 TV

D.t.d. № 20

S. Hər flakonun möhtəviyyatını (1 qram) 5 gün 2 ml həlledicidə (destilə edilmiş suda) əridib, sutkada 3 dəfə əzələyə yeritməli, (maksimum doza 4 q).

Rp.: Unasyn 1,5

D.t.d. № 5

S. Gündə 3 dəfə 5 gün 2 ml həlledicidə həll edib (hazırlanmış) əzələ daxilinə yeritməli, (gündəlik doza 4,5 – 9 q.)

Təbii və yarım sintetik penisillinlə kurs qurtardıqdan sonra xəstə per oral qəbula keçə bilər.

Rp.: Ampicillini-natrii 250000 TV

D.t.d. № 20 in caps gelat.

S. Gündə 4-6 dəfə, hər dəfə 2 kapsul qəbul etməli, (5-10 gün, gündəlik doza 1,5-2 q).

Rp.: Amoxicillini 0,5

D.t.d. № 20 in caps.gelat.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsul qəbul etməli 5-10 gün (gündəlik doza 0,75-1,5 q).

Rp.: Amoxicillini 0,25

D.t.d. № 2

S. Gündə 2 dəfə 0,25-0,5q möhtəviyyatı həlledicidə əridib, vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Auqmentin 0,375

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

## *II – III trimestrdə*

Müalicə I üç aylıqda olduğu kimidir.

Hamiləliyin I üç aylığında olan per oral preparatlar - ampicillin, amoksillin, unazin, amosiklov qurtardıqdan sonra, aşağıdakı preparatlar təyin edilir:

Rp.: Zinacef 0,75

D.t.d. № 10

S. Gündə 3 dəfə 5 gün əzələ daxilinə yeridilir (gündəlik doza 2,25 – 4,5 q).

Rp.: Cephotaximi 1,0

D.t.d. № 6

Rp.: Aq. pro injectionibus 2ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 2 ml həlledicidə əridib, sutkada 2 dəfə 5 gün əzələyə yeritməli, (gündəlik doza 3-6 q).

Rp.: Fortum 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakondakı məhlulu 2 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda həll edib, gündə 3 dəfə əzələyə yeritməli (gündəlik doza 1-6 q).

Rp.: Ceftriaxonu 1,0

D.t.d. № 5

S. Hər flakondakı məhlulu 2 ml lidokain tərkibli həlledicidə həll edib, gündə 1-2 dəfə əzələyə yeritməli, (5 gün gündəlik doza 1-2 q).

Rp.: Ampicloxami 1,0

D. S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 1 dəfə əzələ daxilinə yeritməli.

R.p.: Sol. Gentamicini sulfatis 4% - 2 ml

D.t.d. № 10 in ampul

S. Gündə 2-3- dəfə, hər dəfə əzələ 1-2 ml yeritməli, (5-7 gün, gündəlik doza çəkiyə 3-5 mq). Bu preparat böyrək çatışmazlığında, eşitmə üzvünün xəstəliklərində əks göstərişdir.

R.p.: Sol. Netilmethini sulfatis 4% - 2 ml

D.t.d. № 10 in ampul

S. Gündə 2-3- dəfə, hər dəfə əzələ 1-2 ml yeritməli.

Kurs qurtardıqdan sonra:

Rp.: Tabul. Furazalidoni 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, (5-10 gün, gündəlik doza 0,4 q).

R.p.: Tabul. Neviqramoni 0,5

D.t.d. № 20

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, (5 gün, gündəlik doza 2 q).

Bitki mənşəli uroantiseptiklər:

Rp.: Drajee Canephron H № 60

D.S. Gündə 2-3 dəf, hər dəfə 1 draje qəbul etməli (14 gün gündəlik doza 15 q)

Rp.: Phytolysini 100,0

D.t.d. №

S. Gündə 3 dəfə ½ stəkan ilıq suya 1 çay qaşığı (5qram) qarışdırıb yeməkdən sonra qəbul etməli.

Rp: Rhinell

D.t.d. №10 in tabl

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl dilin altında sormalı.

Rp: Bernun 100,0

D.S.  $\frac{1}{3}$  stəkanda qarışdırıb axşamlar qəbul etməli.

Rp: Tabul. Uroleni №30

D.S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

#### HİPOTENZİV VƏ SPAZMOLİTİK PREPARATLAR.

Rp.: Tabul. Anoprilnii sulfatis 0,01

D.t.d. №10

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə, hər dəfə yeməkdən əvvəlcə 0,01-0,02q, sonradan isə 0,03-0,04 qram qəbul olunur.

Rp.: Tabul. Apressini 0,01

D.t.d. №20

S. Hər gün yeməkdən sonra əvvəlcə 0,01q gündə 1 dəfə, sonralar 0,02-0,025q gündə 4 dəfə qəbul olunur. Yüksək dozaları -0,1q (0,3q).

Rp.: Tabul. Dibazoli 0,02

D.t.d. №10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən 2 saat əvvəl 0,02-0,05q qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Clophelini 0,000075

D.t.d. №50

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Euphyllini 0,15

D.t.d. №30

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 0,1-0,2q qəbul etməli. Yüksək dozaları daxilə- 0,5q (1,5q).

Rp.: Tabul. Papaverini hydrochloridi 0,04

D.t.d. №10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli. Yüksək dozaları daxilə-0,2q (0,6q).

#### **Hamiləlik və xroniki qlomerulonefrit**

Qlomerulonefrit – infeksiyon allergik xəstəlikdir, yumaqcıqların immuno-kompleks zədələnməsinə gətirib çıxarır. Xəstəliyin törədicisi  $\beta$  – hemolitik streptokokklardır. Keçəcəcək qarışıq-badamcıqlardır.

Hamiləlik zamanı xroniki qlomerulonefritin 4 kliniki formasına rast gəlinir: nefrotik, hipertontik, qarışıq, latent.

Qlomerulonefritin latent formasında aparıcı simptom davamlı hematuriya, cüzi proteinuriya və digər simptomların olmaması xarakterikdir. Nefrotik formada kəskin massiv ödem, proteinuriya, hipoproteine-miya və hipoxolesterinemiya müşahidə edilir. Hipertonik formanın sidik sindromları olduqda ilk növbədə sistolik və diastolik təzyiq yüksəlir. Qarışıq formada bu və ya digər simptomlara malik olan bütün tipik əlamətlərə rast gəlinir. Hamilə qadın daim mama-ginekoloqun və nefroloqun müşahidəsi altında olmalıdır. Hospitalizasiyadan sonra xəstəliyin formasından asılı olaraq müalicə təyin edilməlidir.

Müalicəvi pəhriz, sidikqovucu, hipotenziv, desensibilizəedici, antikoagulyantlar, antiaqreqantlar, antioksidantlar, zülali infuziya məsləhətdir.

Arterial təzyiqi aşağı salmaq üçün klofelin, anaprilin, obzidan, apressin, papaverin hidroxlorid, dibazol, eufillin müxtəlif uyğunluqla təyin edilir. Hipoproteinemiyanın müalicəsi vena daxilinə zülali preparatların (albumin,selemin nefro) yeridilməsi ilə qurtarır. Eyni vaxtda ümumi möhkəmləndirici terapiya, desensibilizəedici maddələrin tətbiqi də məsləhətdir. Kəskin anemiyada dəmir preparatlarından istifadə olunur.

Aparılan terapiyanın effekti olmadıqda, böyrəklərin funksiyasının və zülal mübadiləsinin pozulması, kreatinin səviyyəsinin artması, A/T yüksəlməsi hamiləlikdə hipertenziv vəziyyətlərin ağır forması ilə birləşidikdə doğuşun vaxtından qabaq aparılması göstərişdir. Əgər doğuş təbii yolla aparılırsa, qovulma dövrünü qisaltmaq məqsədi ilə mamalıq məşasının qoyulması, yaxud perineotomiya əməliyyatından istifadə edilir.

Rp: Tabul. Clophelini 0,000075

D.t.d. №50

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp: Tabul. Anoprilini 0,01

D.t.d. №20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

Rp: Sol. Obsidani 0,1%-5 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə, əzələyə 5 ml yeritməli.

Rp: Tabul. Apressini 0,025

D.t.d. №20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp: Tabul. Papaverini hydrochloridi 0,04

D.t.d. №20

- S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp: Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml  
D.t.d. №10 in ampull.  
S. Əzələ daxilinə 2 ml yeritməli.
- Rp: Sol. Dibazoli 1% - 1 ml  
D.t.d. №10 in ampull.  
S. Gündə 1 dəfə dəri altına yeritməli.
- Rp: Sol. Euphyllini 24% - 1 ml  
D.t.d. №10 in ampull.  
S. Gündə 1-2dəfə əzələyə 1 ml yeritməli.
- Rp: Tabul. Dimedroli 0,05  
D.t.d. №10  
S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp: Dragee Diazolini 0,1  
D.t.d. №20  
S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 dragee qəbul etməli.
- Rp: Tabul. Tavegili 0,001  
D.t.d. №20  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp: Tabul. Suprastini 0,025  
D.t.d. №20  
S. Gündə 2 -3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.
- Rp: Sol. Albumini 10%-100 ml  
D. S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.
- Rp: Sol. Celemin-nephro 5%-500 ml  
D. S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

### **Hamiləlik və sidik daşı xəstəliyi**

Hamilələrdə bu patologiyaya kifayət qədər rast gəlinir. Onun inkişafında fosfor-kalsium mübadiləsinin dəyişməsi, sidik oksalat turşusu mübadiləsinin pozulması da rol oynayır. İnfeksiyanın olmasının böyük əhəmiyyəti olur. 85% xəstələrdə xroniki pielonefrit, böyrək daşı xəstəliyi ilə, sidik daşı xəstəliyi 60-80% pielonefritlə ağırlaşır.

Xəstəlik klassik üçlüklə təzahür edir: ağrı, hematuriya, konkretin xaric edilməsi. Ağrı bel-qabırğa küncünə, qasığa, cinsiyyət dodaqlarına, ayaqlara, epiqastral nahiyəyə və qarın boşluğunun digər nahiyələrinə irradiasiya edə bilər. Xəstə əlverişli vəziyyət axtarır (diz-



dirsək, böyrü üstə, ağrıyan belin əksi tərəfə). Pasternatski simptomu (bel nahiyəsinə döyəcəlmək) xəstə tərəfdə müsbətdir.

Böyrək sancısını müalicə etmək üçün analgetiklər (analgin, tramal), spazmolitiklərdən (qalidor, qanqleron, papaverin hidroxlorid, baralgin M, metamizol natrii), narkotiklərdən (promedol, leksir), antihistamin preparatlar (dimedrol) tətbiq edilir.

Sidik ifrazının pozulmasında nefroloqun baxışı aparılmalıdır və qərar verildikdən sonra stend də qoyula bilər.

Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Əzələyə 2 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Nospani 2% - 2 ml

D.t.d. № 5

S. Əzələyə 2-4 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Analgini 50%-1 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S.Əzələ daxilinə 2 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə əzələyə 1 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Baralginm 5 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Vena daxilinə tədricən 5 ml yeritməli.(yaxud əzələ daxilinə).

Rp.: Sol. Lexiris 3% - ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Əzələyə 1 ml yeritməli.

Rp.: Tabul. Promedoli 0,025

D.t.d. № 6

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Promedoli 2% - 1 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə dəri altına 1 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Tramoli

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 1 ml yeritməli.

Konservativ terapiya səmərəsiz olduqda – xəstənin vəziyyəti pisləşdikdə kesar kəsiyi göstərişdir. Əgər ağırlaşmalar olmasa (normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl soyulması, pielonefritlə və s. birləşdikdə), doğuş təbii yolla aparılır.

## Şəkərli diabet

ÜST şəkərli diabet xəstəliyini – tez-tez bir-birini tamamlayan çoxlu ekzogen və endogen amillərin təsiri nəticəsində hiperqlikemik vəziyyətin inkişafı ilə müəyyən edir.

Əsas risk faktorları – arterial hipertoniya, hiperxolesterinemiya, fiziki aktivliyin azalması, bədən çəkisinin artıqlığıdır. Xəstəlik endokrin patologiyaya aid olub, tək mədəaltı vəzinin adacıq aparatının deyil, eləcə də digər daxili sekresiya vəzilərinin zədələnməsi ilə təyin edilir.

Şəkərli diabet zamanı hamilənin orqanizmində ağır metabolik pozulma baş verdiyinə görə ana və döldə – doğuş prosesində xoşagəlməz nəticə hallarının faizi xeyli artır.

Kliniki praktikada şəkərli diabetin 3 əsas növü ayırd edilir: I tip şəkərli diabet (insulindən asılı şəkərli diabet – İAŞD), II tip şəkərli diabet (insulindən asılı olmayan şəkərli diabet – İAOŞD) və hestasion diabet (HD).

Hestasion diabet hamiləliyin 24-28 həftəsindən sonra baş verir və hamiləlik zamanı qadında qlükozanın istifadə edilməsinin tranzitor pozulmasını törədir.

Hələ qızlarda uşaq vaxtı, cinsi yetişkənlik dövründə və hamiləlik anında müəyyən edilən İAŞD hamilələrdə tez-tez rast gəlinir. İAOŞD yaşlı birinci doğanlarda tez-tez rast gəlinir və yüngül keçir. ŞD hamilələrdə bəzən yanaşı xəstəliklər olmadan da baş verə bilər.

Hamilələrdə şəkərli diabetin erkən diaqnostikası son dərəcədə vacibdir. O qanda və sidikdə şəkərin təyin edilməsinə əsaslanır. Şəkərli diabetli qadınların uşaq doğması arzuolunmazdır. Əgər qadın hamiləliyi planlaşdırırsa, onda hamiləlik dövründə endokrinoloji şöbədə ya da mamalıq stasionarının patoloji hamiləlik şöbəsində hospitalizə edilməlidir. Şəkərli diabetdən əziyyət çəkən qadınlar əsasən hamiləlikdən qorunmalıdırlar. Şəkərli diabetin ağır formasında qadın hamilədirsə, onda hamiləlik pozulmalıdır.

Şəkərli diabetə ağırlaşan angioretinopatiya və arterial hipertoniyalı nefro-angiopatiya, xüsusilə başlanmış böyrək çatışmazlığı; insulin rezistentli və labil diabet; xəstənin ərinin diabet olması; rezus sensibilizasiya ilə diabetin yanaşı olması; təkrar ölüdoğma, yaxud anamnezində inkişaf anomaliyası ilə doğulan uşaqlar olduqda hamiləlik birbaşa əks göstərişdir.

Diabet zamanı hamiləliyin özbaşına pozulması çoxsululuq, ödem ilə hamiləlikdə hipertenziv vəziyyətlər, arterial hipertoniya, proteinuriya və eklampsiya 50% hallarda müşahidə edilir. Kompensasiyasız mübadilə

pozulması olan xəstələrin yarısının hamiləliyi başa çatmır. Doğuş dölyanı mayenin vaxtından qabaq axması, dölün hipoksiyası, funksional dar çanaq, yuxarı ətrafların doğulmasının çətinləşməsi ilə ağırlaşır.

Şəkərli diabetdə ən ağır fəsadlaşma dölün bətdaxili ölümüdür. Xəstə analardan doğulan yenidoğulmuşlarda müxtəlif inkişaf qüsurları ola bilər. (diabetik fetopatiya). Bu uşaqlar bədən çəkisinin artıqlığı (4500 q çox) və iri ölçüləri ilə (bədən uzunluğu 55-60 sm) fərqlənirlər. Uşağın ölümünün əsas səbəbi – yetişməməzlik, tənəffüs pozğunluğu sindromu, doğuş travmasıdır.

Şəkərli diabetli hər xəstə 3 dəfədən az olmayaraq hospitalizə edilməlidir (12 həftəyə qədər, 20-28 həftədə, 32 həftədən sonra).

Diabetli hamilələrin müalicəsi mübadilə pozulmasının maksimal kompensasiyasına yönəlməlidir, hipoqlikemiyanın olması xəbərdar edilməlidir. Birinci hospitalizasiya zamanı dietoterapiya, inyeksi-onterapiya müəyyən edilməlidir. Diabet əleyhinə per oral şəkərsalıcı maddələrdən teratogen təsirinə görə erkən müddətdə istifadə edilmir. Biquamidlərin tətbiqi, metabolik asidoz törətdiyinə görə əks göstərişdir. Xəstə qadınlara insulin təyin edilir.

Hamiləliyin müxtəlif müddətində insulinin istifadəsi dəyişilməlidir (qanda qlükozanın miqdarı nəzarət altında olmalıdır). Hətta hiperqlikemiya olmadığı vaxtda karbohidratların tolerantlığı pozulduğu zamanda da insulin təyin edilir (4-8 TV gün ərzində). Şəkərli diabetdən əziyyət çəkən hamilələrin müşahidəsi endokrinoloqla birlikdə aparılmalıdır.

Tosqun qadınlarda hestasion diabet – qohumlarında diabet olan zaman və fəsadlı mamalıq anamnezi olduqda (özbaşına düşük, ölüdoğma, çoxsululuq, iri uşaqlar doğulanda) inkişaf edir. Hamilələrdə diabet nisbi insulin çatışmazlığı ilə xarakterdir. Bəzən acqarına hiperqlikemiya müəyyən edilir.

Hestasion diabetin diaqnozu üçün, daha çox, hamiləliyin 27-32 həftəsindən qlükozaya tolerantlıq sınağından istifadə edilir. (Şextman M.M. 1999) .

Doğuş, təbii doğuş yolu ilə aparılır. Kesar kəsiyi əməliyyatına göstəriş (mamalıq patologiyasından başqa) aşağıdakılardır; şəkərli diabetdə hamiləlik zamanı şiddətlənən damar ağırlaşması; ketoasidoza meyilli labil diabet; hamiləlikdə hipertenziv vəziyyətlər və şəkərli diabet; neyretinopatiyanın artması təzahüründə; interkapilyar qlomurulonefritin baş verməsi; əsasən də hamiləlikdə hipertenziv vəziyyətlər zamanı və kəskin böyrək çatışmazlığında.

## I TİP ŞƏKƏRLİ DİABET

Yağlı məhsulları məhdudlaşdırmaqla, yüngül mənimlənməyən karbohidratlar pəhrizdə istisina edilməlidir. Hissəvi 6 dəfəlik qidalanma təyin edilir.

İnsulin 0,6-1 TV/kq – diabetin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq 3-5 dəfəlik dəri altına yeridilir.

Şpris 4,0 TV, 100 TV insulinlə,

Şpris – qələm 100 TV katridjlə (glikemiyanın səviyyəsini dozalaşdırır).

## İNSULİNİN ULTRA – QISA TƏSİRLİ ANALOQU

İnsulin mezpro, novoRapid, insulin aspart (0,25 q təsirdən başlanır, təsir piki 0,5- 2 saat, təsir müddəti 3-4 saatdır).

Həll edilmiş insulin insanın gen mühəndisi həll edilmiş insulin (insanın yarım sintetik) istifadə edilir.

Rp.: Tabul. Fosfolipidi 0,6

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi Tioktonovi 0,01

D.t.d. № 10

D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. “Sana-Sol” № 10

D.S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Dragee “Eleviti” № 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 draje qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Atenololi 0,1

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 50-100 mq qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Metoprololi 0,1

D.t.d. № 30

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet (12,5-100 mq) qəbul etməli.

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 5 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gün ərzində 12 qrama qədər olmaqla vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. Veroshpironi 0,025

D.t.d. № 20

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (hamiləliyin II trimetrsində).

Rp.: Tabul. Furasemidi 0,04

D.t.d. № 50

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Dragee Nifedipini 0,01

D.t.d. № 50

S. 10 mq hər 6 saatdan bir qəbul etməli (gündəlik doza 60-80 mq).

(Nifedipin – kalsiumun antoqonistidir! Hipotenziv, antiaritmik, antianginal maddədir). Arterial hipertenziya ilə müşayiət olunan nefropatiya zamanı istifadə olunur.

## II TİP ŞƏKƏRLİ DİABETDƏ

İnsulin 0,6-1 TV/kq dəri altına yeridilir (I tip şəkərli diabetdə olduğu kimi).

[I tip şəkərli diabet səhifəsinə bax].

## HESTASİON DİABET

Dəri altına diabetin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq 0,6-1 TV/kq 3-5 dəfəlik məhlul yeridilir. Hətta hiperglikemiya olmadığı vaxtda karbohidratların tolerantlığı pozulduğu zamanda da insulin təyin edilir, 4-8 TV/gün ərzində.

## Qaraciyər xəstəlikləri

Normal keçən hamiləlik qaraciyərin funksional vəziyyətinin pozulması ilə müşahidə edilmir. Lakin hamiləlik zamanı qaraciyər funksional ehtiyatlarını səfərbər edərək, dölün həyat fəaliyyəti üçün lazım olan məhsullarını zərərsizləşdirir və onu lazımi maddələrlə təmin edir. Bir çox hormonların hasili xüsusən də qaraciyərdə metabolizmə uğrayan və inaktivləşən estrogenlər və progesteron zəruriyyəti artır. Hamiləliyin sonunda ümumi zülalın, albuminlərin miqdarı azala bilər.  $L_1$  və  $L_2$  – qlobulinlərin miqdarı isə qan zərdabında artır, qələvi fosfotazanın aktivliyi yüksəlir. Qaraciyərdə morfoloji dəyişikliklər aydınlaşdırılmamışdır.

Hamiləliyin hipertenziv vəziyyətləri zamanı qaraciyərin funksiyası pozula bilər. Hamiləliyin preeklamsiya və eklampsiyasında bir sıra hallarda yüngül sarılıq, zərdabda aminotransferazanın aktivliyinin zəif yüksəlməsi müşahidə edilir. Şokla fəsadlaşmış eklampsiyada hepatositlərdə ocaqlı nekroz və qansızma əmələ gələ bilər.

Hamilə qadınlarda hamiləliklə əlaqəsi olan və olmayan qaraciyər xəstəliklərinə rast gəlinir. Birinci qrupa hamiləliyin qaraciyərdaxili xolestazi (idiopatik sarılıq), hamiləliyin residivləşən ailəvi sarılığı,

hamiləlik qaşınması) və qaraciyərin kəskin piylənməsi aiddir. İkinci qrupa – kəskin virus hepatiti və qara ciyənin xroniki xəstəlikləri aiddir.

Hamilələrdə qaraciyər xolestazının patogenezinə ödənin əmələgəlmə və ödənin ifrazının pozulması durur. Ödənin sekresiyasının qüsurlu genetik amilləri və ciftədə hasil olan hormonların təsirinə inkar etməkdir. Xəstəliyin simptomları hamiləliyin III üçaylığında inkişaf edir və kürək nahiyəsində – qaşınıb qoparıncaya qədər güclü dəri qaşınması, yuxunun pozulması xarakterikdir. Qaşınma zəif, yaxud zəif ifadə olunmuş sarılıqla da müşahidə oluna bilər.

Etiologiya və patogenezi hamilələrdə hormonal və metabolik dəyişikliklərlə əlaqədardır, zülal azlığı, qaraciyərin ferment sistemində genetik qüsurlar inkar edilmir.

Xəstəlik hamiləliyin II-III üçaylığında inkişaf edir. Sarılıq mərhələsinə qədər hamilələr ümumi halsızlıqdan, zəif dəri qaşınmasından, qıçqırmadan, ürəkbulanmadan, qusmadan (bəzən qida borusunun selikli qişası eroziyalaşma və xorası olduğuna görə qusuntu «qəhvə» xıltını xatırladır) şikayət edirlər. Sarılıqlı mərhələ kəskin başlayır, qarında ağrılarla müşahidə edilə bilər. Sarılıq tez şiddətlənir, lakin qaraciyər kiçilir. Eyni vaxtda hipoproteinemiya, disproteinemiya, bilirubinemiya şiddətlənir, xolesterinin səviyyəsi əksinə aşağı düşür. ASaT və ALaT göstəriciləri isə normaldır, yaxud bir qədər yüksəlmişdir, virus hepatitdən fərqli əsas differensial əlamətlər olur.

Damardaxili laxtalanma sindromu (DLS) inkişaf edir. Xəstənin vəziyyətinin ağır olmasına və çox orqanlı çatışmazlığa baxmayaraq şüuru saxlanılır.

Qaraciyərin kəskin piy distrofiyası inkişaf etdikdə doğuş yolları hazır olmadıqda ləngimədən kəsar kəsiyi vasitəsi ilə doğuşu başa çatdırmaq lazımdır. Hamiləliyin pozulması intensiv detoksikasion terapiya fonunda aparılmalıdır.

Diaqnoz laborator məlumatlara əsaslanır: proteinoqramma və koagulogramması (ümumi zülalın səviyyəsi, albuminlərin, fibrinogenin, protrombinin miqdarı) aparılmalıdır.

Hamiləliyin qaraciyər daxili xolestazının müalicəsi dəri qaşınmasını azaldan klofibrat, xolestiramin təyin edilir. Eyni vaxtda 5-10%-li qlükoza məhlulu vitamin C ilə, essensial- forte, hemodez vena daxilinə yeridilir. Antihistamin preparatlar, seduksen, vitamin qrupu-A, E, K həb, yaxud infeksiya şəklində tətbiq edilir. Sarılıq və qaşınma zəifləyir lakin doğuşdan sonra isə tam itir. Həmçinin, uyğun pəhriz təyin

edilir, yağların miqdarı 40-50 q/sut. ərzində məhdudlaşır, əsasən bitki yağından istifadə edilir.

Biliqnin preparatlarından aktivləşdirilmiş kömür göstərişdir – hansı ki, bağırsaqlarda öd piqmentlərinin reabsorbsiyasını tormozlayır..

Oksigenoterapiya, bol maye (gündə 2 litrə qədər) uyğun pəhriz və detaksikasion terapiya fonunda hər gün bağırsaqların təmizlənməsi bir sıra hallarda sağalmaya ümid verə bilər.

#### İNFUZİON TERAPİYA

Rp.: Sol. Glucosi 5 %-400 ml

cum ac.ascorbinici

D.t.d. № 1

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Glucosi 10%-400ml

cum ac.ascorbinici

D.t.d. № 1

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Hemodez H 200 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Celemin hepar 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Dekstran 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Ademetionin 5ml

D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə 5-10 ml yeritməli.

#### HEPATOPROTEKTORLAR VƏ XOLİNELİTİKLƏR.

Rp.: Chophitoli 0,3

D.t.d. № 30

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli

Rp.: Chophitoli 5 ml

D.t.d. № 30 in ampull.

S.Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.:Capsulas Hepaben № 30

D.S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Sol. Essensiale forte 5ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə 5-10 ml 5%-li 10-20 ml glükoza məhlulunda tədricən vena daxilinə yeritməli.

## ANTİHİSTAMİN PREPARATLAR

Rp.: Tabul. Prometazini 0,001

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli

Rp.: Clemastini 0,001

D.t.d. № 20 in tabul.

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

## VİTAMİNLƏR, ANTİOKSİDANTLAR, ANTİHİPOKSANTLAR

Rp.: Acidi folici 0,001

D.t.d. №50

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli

Rp.: Tabul. Acidi lipoici 0,025

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Cocarboxylasi hydrdilaridi 0,05 et solventis complecti № 10 in ampull

D.S. Gündə 1 dəfə hər ampulun möhtəviyyatını 3 ml həlledicidə həll edib əzələyə yeritməli

Rp.: Tabul. Thiamini bromidi 0,001

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə , hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Piridoxini 0,05

D.t.d.N50

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,02 % - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Əzələyə 1 ml yeritməli.

Rp.: Sol.Tocoferoli oleosae 600 TV

D.t.d. №10 in caps. gelat.

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsul qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi glutaminici 0,25

D.t.d. №10

S. Gündə 2-3- dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (sutkada bədən çəkisinin 1 kiloqramına 0,1 qram)

Rp.: Tabul. Kalii orotatis 0,25

D.t.d. №30

S. Gündə 2 -3 dəfə, hər dəfə yeməkdən 1 saat qabaq 0,5 q. qəbul etməli



## METABOLİZMƏ TƏSİR EDƏN PREPARATLAR

Rp.: Tabul. Aktovegini 0,2

D.t.d. № 100

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. İnozie-F obductam 0,2

D.t.d. №50

S.Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 2-3 tablet qəbul etməli

Rp.: Tabul. Methionini 0,25

D.t.d. №50

S.Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi glutaminici 0,25

D.t.d. №10

S. Gündə 2-3- dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (sutkada bədən çəkisinin hər kiloqramına 0,1 qram).

Rp.: Tabul. Kalii orotatis 0,25

D.t.d. №30

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən 1 saat qabaq 0,5 q qəbul etməli.

Rp.: Dragee Panangin № 50

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 draje qəbul etməli.

Rp.: Sol. Glucosi 40%-20 ml

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə venaya yeritməli.

## ÖD TURŞUSUNUN SEKVESTRANTLARI

Rp.: Cholistiramin 0,02

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (8q/sut).

## ÖDQOVUCU PREPARATLAR

Rp.: Tabul. Allachol № 50

D.S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

## ANTOSİDLƏR (ÖD TURŞUSU İLƏ BAĞLI)

Alminium-və maqnezium tərkibli preparatlar 1 çay qaşığı, yaxud 1 parşok gündə3 dəfə qəbul etməli.

## ENTEROSORPİTLƏR

- Aktivləşdirilmiş kömür 0,5qram gündə 3 dəfə uzun müddətli
- Fitosorbentlər.
- Eferent müalicə metodları.

Plazmaferez ( toksiki metabolitlərin və immun kompleksin eliminasiyası üçün xəstənin ümumi vəziyyətini yaxşılaşdırır, xalestoz sindromunun biokimyəvi əlamətlərinə təsir edir (qanda lipidlərin və sitolizin göstəricilərinin səviyyəsinin azalması istisna edilməklə), hemostazın və fetoplasentar qan cərəyanının göstəricilərini yaxşılaşdırır.

### **AŞAĞI ƏTRAFLARIN VARİKOZ XƏSTƏLİYİ**

Varikoz xəstəliyindən əziyyət çəkən qadınların 70-90%-i hamiləliklə əlaqədardır. Bu patologiyaya hamilələrin, orta hesabla 20-40%-ində rast gəlinir. Hamiləlik zamanı genəlmənin baş verməsi orqanizmdə estrogen çatışmazlığı, progesteron və relaksin səviyyəsinin yüksəlməsinin venaların divarının əzələsinə zəiflədici təsir etməsi ilə əlaqədardır. Hamiləliyə qədər hormonal fonun pozulması xəstəliyin inkişafında müəyyən rol oynayır. Hamiləlikdə varikoz xəstəliyinin inkişafına dövr edən qan kütləsinin artması, venoz təzyiqin yüksəlməsi, aşağı ətraflarda qan cərəyanının ləngiməsi səbəb olur.

Venoz divar tonusunun azalması damarların dilatasiyası və qapaqların çatışmazlığının yaranmasına aparır, aşağı ətrafların dərialtı və dərin venalarında, xarici cinsiyyət üzvləri nahiyəsində kollaterallar inkişaf edir.

Varikoz xəstəliyinin iki forması ayırd edilir: fəsadlaşmamış və fəsadlaşmış (qanaxma, dərialtı venaların tromboflebiti, dərin venaların kəskin trombozu, allergik dermatit, ekzema, dərinin allergiyası, qızıl yel iltihabı, varikoz yara).

Hamilələr ağrı, gəzərkən tez yorulma, ayaqlarında cansıxıcı ağrı və ödemlərdən şikayət edirlər. Aşağı ətrafların dərialtı venalarının konturları aydın izlənilir, onların divarları gərgin olur. 3,7% qadınlarda cinsiyyət dodaqları, uşaqlıq yolu və qasıq nahiyəsində vena genişlənməsi inkişaf edir.

Diaqnostika anamnez məlumatına və kliniki şəklə əsaslanır. Xəstəliyin xarakterini dəqiqləşdirmək üçün kompleks ultrasəs müayinəsi (angioskaniya və doppleroqrafiya) aparılır.

Aşağı ətrafların varikoz xəstəliyinin müalicəsi üçün konservativ və cərrahi üsuldən istifadə edilir. İnyeksion – sklerozlaşdırıcı terapiya hamiləlik zamanı tətbiq edilmir.

Adyuvant farmakoterapiyanın XVÇ və venoz yaralar olan xəstələrin müalicəsinin yaxşı nəticələnməsinə imkan verdiyini sübut edən məlumatlar vardır.

Damar tonusunu artırmaq üçün detraleks (-diosminin və hesperidinin kiçik dozalı formasıdır,) 1-2 həb gündə, eskuzan (12-15 damcı gündə 3 dəfə), qlivenol (0,4 q gündə 2 dəfə), qinkor forte (gündə 2 dəfə 1 kapsul), venoruton (0,3 q-gündə 2 dəfə) təyin edilir. Hamiləliyin I yarısında qlivenolun və venorutonun qəbulunda ehtiyatlı olmaq lazımdır, laktasiya dövründə isə detraleksin qəbulu tövsiyə olunmur. Bundan başqa, hamiləlik zamanı dövrü olaraq vitaminlərin, xüsusi ilə də C və PP, eləcə də kalsium qlükonat qəbulu göstərişdir. Flutilat aşağı ətrafın damarlarının spazmını aradan qaldırır.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, hamiləlik qurtardıqdan sonra dərialtı venaların genəlməsi azalır, yaxud dayanır. Hamilələrin horizontal vəziyyətdə aşağı və ətraflarını qaldırmağı və elastik kompresiyanı saxlamağı lazımdır (elastik bintlər, trikotaj, xüsusi corablar). Bunlardan başqa, diqqətin müalicəvi idmana, düzgün əmək rejimi, istirahət və qəbzliyin profilaktikasına yönəldilməsi məsləhətdir.

#### AŞAĞI ƏTRAFLARIN VARİKOZ XƏSTƏLİYİNİN VƏ XRONİKİ VENOZ ÇATIŞMAZLIĞININ MÜALİCƏSİ

Rp.: Tabul. Detralex N30

D.S. Gündə 1-2 tablet qəbul etməli (günorta və şam yeməyi vaxtı).

Rp.: Aescusani 20 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 12-15 damcı qəbul etməli.

Rp.: Troxevasini 5 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə əzələyə yeritməli (5 gün), sonra per os 10 gün.

Rp.: Tabul. Troxevasini 0,3

D.t.d. №10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10 gün).

Rp.: Geli Troxevasini 10,0

D.t.d. №1

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə xaricə tətbiq etməli (10-14 gün).

Rp.: Qinkor forte 0,4

D.t.d. №20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Glyvenoli 0,4

D.t.d. №20 in caps.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli (I üçaylıqda istifadə olunmur).

Rp.: Venorutoni 0,3

D.t.d. №15

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli ( I üçaylıqda istifadə olunmur).

Rp.: Geli Hepatotrombin-H 20,0

D.t.d. №1

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə xaricə tətbiq etməli.

Rp.: Rutovenoz 30,0

D.t.d. №1 gel

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə xaricə tətbiq etməli.

Rp.: Geli Liotoni-1000 50,0

D.t.d. №1

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə xaricə tətbiq etməli.

Rp.: Flexibol 100 ml

D.t.d. №1 gel

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə xaricə tətbiq etməli.

Rp.: Sol. Solcoserili 5 ml

D.t.d. №5

S. 0,9%-li – 200 ml natrium-xloridik izotonik məhlulunda tədricən damcı

Rp.: Klexani 0,2 ml

D.S. Göbək ətrafı dəri altına 0,2 ml yeritməli.

Rp.: Fraxiparini 0,2 ml

D.S. Göbək ətrafı dəri altına 0,2 ml yeritməli

## VIII FƏSİL

### DOĞUŞ FƏALİYYƏTİNİN ANOMALİYALARININ MÜALİCƏSİ

#### 1. DOĞUŞ FƏALİYYƏTİNİN ZƏİFLƏMƏSİ

##### (DOLORES DEBİLES)

Doğuş fəaliyyətinin birincili və ikincili zəifliyi, həddən artıq güclənməsi və uşaqlığın qıc şəkildə yığılması, diskoordinasiyalı doğuş formaları mövcuddur.

Doğuş zamanı uşaqlığın yığılma fəaliyyətinin pozulması hallarında doğuş prosesinin zəifləməsi əsas yer tutur.

Dölgövcü qüvvələrin anomaliyalarının səbəbi müxtəlifdir:

1) Ümumi xarakterli səbəblər (nevro-psixiki pozulmalar, infantilizm, ümumi zəiflik və s.);

2) Funksional dəyişikliklər: hamiləliyin axırında qadının qanında və miometriumda estrogen hormonlarının, xüsusilə estradiolun, oksitosinin və s. bioloji fəal maddələrin (serotoninin, prostaqlandinin, asetilxolinin, katexolaminlərin və kininlərin) azalması; uşaqlığın yığılma fəaliyyətini zəiflədən progesteronun, progesteron zülalının, xorionik qonadotropinin və s. maddələrin qanda və miometriumda çoxalması; miometriumda əzələ enerjisi donatorlarının, elektrolitlərin, mikroelementlərin, ribonuklein və dezoksinuklein turşularının sintezinin, eləcə də oksidləşmə-reduksiya olunma proseslərinin (hipoksiya, asidoz) zəifləməsi.

Dölyanı mayenin çoxluğu, çoxdöllülük, dölün iri olması nəticəsində uşaqlığın tarıma çəkilməsi funksional dəyişikliklər törədə bilən səbəblərdəndir;

3) Uşaqlığın yığılma fəaliyyətini zəiflədən üzvü dəyişikliklərə uşaqlığın zəif inkişaf etməsi və onun inkişafına maneə olan qüsurlar, uşaqlıq əzələsində gedən degenerativ proseslər və onların nəticəsində saya əzələ liflərinin birləşdirici toxuma ilə əvəz olunması (xüsusilə abort zamanı selikli qişanın qaşınması), uşaqlıq şişləri (mioma), kesar kəsiyindən sonra törənən çapıqlar aiddir.

Doğuş fəaliyyətinin birincili zəifliyinin diaqnozu kliniki mənzərənin xarakteri əsasında doğum sancılarının zəifləməsinə və doğuşun uzanmasına görə qoyulur.

Əgər doğuşun başlanğıcından ilk dəfə doğanlarda 12 saatdan və təkrar doğanlarda 6 saatdan sonra uşaqlıq boynunun dəliyi 3 barmaq (6

sm) açılmasa doğuş fəaliyyətinin birincili zəifliyinin diaqnozunu qoymaq olar.

Doğuş fəaliyyətinin ikincili zəifliyi doğuşun I dövrünün axırında, yaxud II dövründə normal doğuşdan sonra baş verir. Bu da, əsasən, doğan qadının yorğunluğu, çanağın funksional darlığı, dölün köndələn və çəp vəziyyəti, kiçik çanaqda mövcud olan şişlər, uşaqlıq boynu toxumasının gərginliyi nəticəsində meydana çıxır. Hamilə qadının yorğunluğu zamanı ona 2-3 saat müddətində istirahət verilir, yuxu dərmanı vasitəsilə yatırılır, bundan sonra doğuş aktının stimulyasiyasına başlanılır.

Doğuş fəaliyyətinin zəifləməsi ehtimalı olan qadınlara doğuş başlanan kimi estrogen-qlükoza-vitamin-kalsium tam təyin edilməsi məsələhət görülür.

Bu məqsədlə hamilə qadının əzələsinə, yaxud uşaqlıq boynunun arxa dodağına 0,5 ml efidə 20 000 TV estradiol propionat; venasına 20 ml 40%-li qlükoza məhlulunda 1 ml 6%-li tiamin bromid; 5 ml 5%-li askorbin turşusu və 10 ml 10%-li kalsium xlorid yeridilir.

Uşaqlıq boynu kanalı 3 santimetrdən artıq açıldıqda və doğum fəaliyyəti zəiflədikdə doğuşun axırına qədər və doğuşdan 30-60 dəqiqə sonrakı müddətdə venaya damcı üsulu ilə oksitosin yeridilməsi mümkündür. 5 TV oksitosini 500 ml 5%-li qlükoza məhlulunda həll edib, dəqiqədə 8 damcı olmaqla, 30 dəqiqə müddətində venaya yeridirlər. Əgər uşaqlıq oksitosinə yüksək həssaslıq göstərmirsə, hər 5-10 dəqiqədən bir damcı sayını 5 damcı artırmaq lazımdır (1 dəqiqədə 35-40 damcıdan artıq olmamaq şərtilə!). Oksitosinin dozası xeyli yüksək olduqda uşaqlıq cırıla bilər. Odur ki, anatomik çanaq darlığında, klinik çanaq daralmasında, uşaqlıq çapıqında, dölün köndələn vəziyyətində, uşaqlıqda cərrahi əməliyyat aparıldıqda oksitosinin tətbiqi əks göstərişdir.

Oksitosini, spazmolitik və analgetik maddələrlə eyni vaxtda tətbiq etmək daha yaxşı nəticə verir.

Mamalıqda prostaqlandin  $F_{2\alpha}$  və  $P_gE_2$  tətbiq edilir. Bu aktiv fizioloji biogen maddələr «yerli» hormon olub, uşaqlıq boynunun açıqlıq dərəcəsindən asılı olmayaraq, saya əzələsinin (uşaqlığın) aktiv yığılmasına təsir edir.

$P_gF_{2\alpha}$ -nın vena daxilinə yeridilməsi damcı üsulu ilə həyata keçirilir, hazırlıq üçün olan 500 ml natrium xloridin izotonik məhlulu tətbiq edilir, 6-8 damcı dəqiqədə və alınan effektdən asılı olaraq artıqca 30 damcı/dəqiqə qədər yeridilməsi təyin edilir.

Oksitosin (2,5 TV) prostaqlandinlə  $F_{2\alpha}$  (2,5 mq) kombinə edilə bilər. Əgər onun təsiri potensialdırsa, onda doza iki dəfə azaldılır.

Bunlarla yanaşı, doğuş fəaliyyətinin zəifliyinin müalicə etmək məqsədilə venaya 40 ml 40%-li qlükoza məhlulunda 5 ml 5%-li askorbin turşusu, 0,05 koksiboksilaza hidroxlorid, əzələyə 1 ml 1%-li ATF məhlulu yeridilir.

Prostaqlandini venaya yeritdikdən 15-30 dəqiqə sonra, onun uşaqlığa şiddətli tonomotor təsiri baş verir. Prostaqlandirlər ( $F_{2\alpha}$ , yaxud  $E_2$ ) dölün ürək fəaliyyətində dəyişiklik törətmir, doğan qadının arterial təzyiqini yüksəltmir. Prostaqlandirləri venaya yeritməklə yanaşı, dəri altına, əzələyə, uşaqlıq yoluna (per vaginum), döl qişasına (intraamniyal) yeritmək, hətta daxilə qəbul etmək (per os) olar.

Doğuş fəaliyyətinin ikincili zəifliyində uşaqlığın üzgünlüyünü aradan qaldırmaq və doğan qadının gücünü bərpa etmək lazımdır. Mamalıq narkozu yaratmaq üçün viadril (predion) hormon xassəsinə malik olmayan və kimyəvi cəhətdən progesterona yaxın steroid mənşəli narkoztörədicisi maddə eləcə də qamma-oksi yağ turşusunun natrium duzu tətbiq olunur. Premedikasiya məqsədilə atropin, pipolfen və promedol təyin edilir. Gözlənilən doğuşa 2 saat qalmış dölün narkotik depresiyasının qarşısını almaq üçün promedol istifadə edilmir.

Dərman maddələrinin tətbiq edilməsi ilə doğuşun sürətləndirilməsi mümkün olmadıqda mamalıq məşalarının köməkliliyi, yaxud vakuumeqstraktor üsulu ilə uşağı ana bətnindən azad etmək lazımdır.

Əgər doğan qadınlar arasında doğuş zəifliyi xoşagəlməz mamalıq situasiyası ilə birləşərsə, o halda təcili olaraq kesar kəsiyi aparılır. Bu qrupa dar çanaq, uşaqlıq boynunda çapıq dəyişiklikləri və uşaqlıqda çapıq, iri döl olduqda, düzgün olmayan vəziyyətdə və gəlişdə, dölün hipoksiyasında, fəsadlı mamalıq anamnezi və yaşlı ilk doğan qadınlar daxildir.

Doğuş fəaliyyətinin zəifləməsinin qarşısını almaq üçün doğuşa 7-10 gün qalmış lazımı kompleks tədbirlər görülür. Doğuş prosesində doğuşun müsbət nəticə ilə qurtaracağı ümidini yaratmaq və doğan qadının inandığı həkimə doğuşu aparmağı həvalə etmək lazımdır.

## BİRİNCİLİ DOĞUM ZƏİFLİYİ ZAMANI VİTAMİNLƏR

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 0,3

D.t.d. №-10 in ampull.

S. Vena daxilinə şırnaqla, yaxud 10%-li 20 ml dekstroza məhlulunda damcı ilə (hər 4 saatdan bir) yeritməli.

### ORQANİZMDƏ İON TARAZLIĞININ VƏ TURŞU-ƏSASLI VƏZİYYƏTİN KORREKSİYASI ÜÇÜN İŞLƏDİLƏN PREPARATLAR.

Rp.: Sol Calcii gluconatis 10%-10 ml

D.t.d. №-10 in ampull.

S. Vena daxilinə yavaş-yavaş, yaxud şırnaqla (hər 4 saatdan bir) yeritməli.

Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3% -1 ml

D.t.d. №-10 in ampull.

S. Vena daxilinə 20 ml dekstroza məhlulunda şırnaqla, yaxud yavaş-yavaş (hər 4 saatdan bir) yeritməli.

### ESTROGENLƏR

Rp.: Sol. Oestraadioli dipropionatis oleosae 20 000 TV

D.t.d. №-10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfədən 3 dəfəyə qədər əzələ daxilinə (2000-30000TV) yeritməli.

### UTEROTONİK MADDƏLƏR

Rp.: Oxytocini 1 ml-5 TV

D.t.d. №-5 in ampull.

S. 5%-li 500 ml glükoza məhlulunda (yaxud fizioloji məhlulda) tədricən damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

Uşaqlıq boynu 5 sm-dən çox açıq olduğu zaman dəqiqədə 6-8 damcı olmaqla başlanır, 40 damcıdan çox olmayaraq, yaxud dil altına dezaminooksitosin 25 TV olmaqla, hər 30 dəqiqədən bir (lazımı halda effekt alınana qədər dozunu 100 TV-yə qədər artırmaq olar) təyin edilir. Əgər güclü doğuş fəaliyyəti yaranarsa, həb kənar edilir və ağız boşluğu 5% - li natium hidrocarbonat məhlulu ilə yaxalanır.

Prostaqlandinlər uşaqlıq boynunu yetişdirmək, yaxud birinci doğum fəaliyyətinin müalicəsi üçün tətbiq edilir.

Rp.: Enzaprost F 0,5% -1 ml

D.t.d. №-5 in ampull.

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 0,9%-li 500 ml natirium xlorid, yaxud 5%-li dekstroza məhlulunda effekt alınana qədər dəqiqədə 6-8 damcı olmaqla yeridilir (orta – 25-30 damcı).



Rp.: Prostenoni 5 mq (Enzaprost E)

D.t.d. №5 ampull.

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə vena daxilinə 0,9%-li 500 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda, yaxud 5% li dekstroza məhlulunda effekt alınana qədər, dəqiqədə 6-8 damcı olmaqla yeridilir (orta – 25-30 damcı).

Oksitosin (2,5 TV) və PQ (enzaprost F 2,5 mq) kombinasiyalı maddələri yeridilə bilər. Birincili və ikincili doğuş fəaliyyətinin müalicəsində tətbiq edilir.

Saytotek (mizoprostol) 200 mq – doğuş yaratmaq üçün 50 mq 4 saatdan bir 4 dəfə, doğuşu stimullasiya etmək üçün 25 mq-dan istifadə edilir.

Qovulma dövründə döl başı kiçik çanaq boşluğunun dar hissəsində, yaxud çıxacağındadırsa, oksitosin qasıq nahiyəsinin dəri altına 2 ml, yaxud dil altına dezaminoksitosin 25 TV birdəfəlik təyin edilir.

### İKİNCİLİ DOĞUM ZƏİFLİYİ

İkincili doğum fəaliyyəti zəifliyinin müalicəsinin birincili doğum fəaliyyətinin zəifliyinə çox oxşarlığı var. İkincili doğum fəaliyyətinin zəifliyi əgər döl qışasının həddindən artıq qalın olması nəticəsindədirsə, gecikmədən onu deşmək lazımdır. İkincili doğum fəaliyyəti ilə ən yaxşı mübarizə metodu doğuşun birinci dövründə doğan qadına medikamentoz yuxunun təyiniidir .

PREMEDİKASIYA :

Rp.: Sol Dimedroli 1%-1 ml

D.t.d. №-10 in ampull.

S.Vena daxilinə, yaxud əzələyə 1 ml birdəfəlik yeritməli .

Rp.: Sol. Promedoli 2% -1 ml

D.t.d. №-6 in ampull.

S.Vena daxilinə, yaxud əzələyə 1 ml birdəfəlik yeritməli.

Premedikasiyadan 15-20 dəqiqə sonra:

Rp.: Natrii oxybuturatis 20% -10 ml

D.t.d. №-10 in ampull.

S. Çəkiyə 50-60 mq olmaqla vena daxilinə yavaş-yavaş yeritməli . 3-8 dəqiqədən sonra yuxu verir və adətən 2,5 - 3 saata qədər davam edir.

Rp.: Viadrili G 0,5

D.t.d. № 3

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 100 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda həll edib venaya yeritməli .

Doğan qadının istirahəti üçün, eləcə də aşağıdakı preparatlar tətbiq edilir.

Rp.: Sol. Diprazini 2,5% - 1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Əzələyə 1 ml yeritməli.

*Alkoloid qrupundan olan antixolinergik maddə.*

Rp.: Sol Atropini sulfati 0,1%-1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 ml birdəfəlik əzələ daxilinə yeritməli.

*Benzodiazepin istehsallı sedativ maddələr.*

Rp.: Sol. Diazepamı 0,5% -2 ml

D.t.d. №-5 in ampull.

S. Birdəfəlik 2 ml əzələyə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Droperidoli 0,25% -5,0

D.t.d. №-10 in ampull.

S. Birdəfəlik 1 ml əzələyə yeritməli .

### UTEROTONİK MADDƏLƏR

Uterotonik maddələrlə terapiya birincili doğum fəaliyyətinin zəifliyində olduğu kimidir (yuxarıda verilmişdir): oksitosin, enzaprost  $F_{2\alpha}$ ,  $E_2$ , onların kombinasiyası). Uterotonik maddələr həmçinin son və erkən zahılıq dövründə qanaxmanın profilaktikası məqsədi ilə tətbiq edilir (dölün çiyinləri çıxdıqdan sonra yeridilir).

Oksitosin 10 TV 1 dəfə əzələ daxilinə, yaxud 5 TV vena daxilinə yeridilir.

Rp.: Sol. Methylergometrini 0,02% - 1 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 0,9%-li 500 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda, yaxud 40%-li 10-20 ml dekstoza məhlulunda birdəfəlik vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Oxytocini 1 ml (5 TV)

D.t.d. №5 in ampull.

S. Tədricən damcı üsulu ilə 0,9%-li 500 ml natrium xlorid, yaxud 40%-li 10-20 ml dekstoza məhlulunda birdəfəlik vena daxilinə yeritməli.

### DÖLÜN HİPOKSİYASININ PROFİLAKTİKASI

Rp.: Sol. Sygethini 1% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 0,9%-li 500 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda, yaxud 40%-li 10-20 ml dekstozaməhlulunda vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 2ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. 4 ml 40% li 20 ml dekstroza məhlulunda vena daxilinə hər 3-4 saatdan bir yeritməli .

Rp.: Cocarboxylasi hydrochloridi 0,05

et solventis compleciti №-10 ampull.

D.S. Hər ampull möhtəviyyətini 3 ml həlledicidə həll edib, 3-4 saatdan 40% li 20 ml dekstroza məhlulunda venaya yeritməli.

Doğuşu stimula etdikdə ehtiyatlı olmaq lazımdır, dölün vəziyyəti nəzarət altında olmalıdır (doğuşun stimulyasiyasına həddindən artıq əks göstəriş olmaq şərti ilə), çünki diskoordinasiyalı doğuş fəaliyyətinin inkişafına, yaxud güclü doğuş fəaliyyətinin, dölün hipoksiyasının inkişafına gətirib çıxara bilər. Digər patologiyalarda (sağrı gəlişi, fəsadlaşmış mamalıq anamnezi, doğanın yaşının çox olması, uşaqlığın çoxlu mioması və.s.) və təbii yolla doğuşu bitirmək üçün şərait olmadıqda kesar kəsiyi göstərişdir.

## 2. DOĞUŞ FƏALİYYƏTİNİN HƏDDİNDƏN ARTIQ GÜCLÜ OLMASI (HYPERDİNAMİA UTERİ)

Doğuş fəaliyyətinin həddən artıq güclü olması onun zəifliyinə nisbətən daha az müşahidə olunur və gücənmələrin şiddətlənməsi ilə özünü göstərir. Sürətli doğuş ilk doğan qadınlarda doğuş 4 saatdan az, təkrar doğanlarda isə 2 saatdan az davam edir. “Tez” adlanan doğuş ilk doğanlarda 6-4 saat və təkrar doğanlarda 4-2 saatdır.

Həddindən artıq güclü doğuş fəaliyyəti üçün güclü sancıların biri digərini qısa fasilələrlə əvəz etməsi, uşaqlıq boynu dəliyinin tam açılmasının tez getməsi xarakterik əlamətdir.

Tez və sürətli gedişli doğuş üçün doğanın vəziyyətinin həyəcanlı olması, hərəkət aktivliyinin kəskin güclənməsi, nəbzın və tənəffüsün sürətlənməsi, A/T yüksəlməsi xarakterdir.

Doğum evindən kənar şəraitdə belə doğuşların törənməsi uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolunun və aralığın dərindən cırılmasına, cift qişalarının qopmasına, uşaqlığın atoniyasına və həyat üçün təhlükə

törədən şiddətli qanaxmalara səbəb olur. Tez-tez törənən şiddətli gücənmələr nəticəsində dölün ana bətnində hipoksiyası və doğuş zamanı onun travması baş verə bilər.

Həddindən artıq güclü doğuş fəaliyyəti üçün vena daxilinə  $\beta$  – adrenomimetiklər (ginipral, brikanil, partusisten, alupent), yaxud kalsiumun antoqonistləri (verapamil-izoptin, nitedipin) tətbiq edilir. Mümkün olarsa, ftorotan inhalyasion narkozu tətbiq edilir. Uşaqlığın yığılma aktivliyini aşağı salmaq üçün maqnezium sulfat (10 ml 25% əzələ daxilinə), 2 ml no-şpa, yaxud 1 ml 2% promedol ilə birlikdə təyin edilir.

Həddindən artıq güclü sancıları aradan qaldırmaq üçün tokolitiklərdən  $\beta$  - adrenomimetiklərdən (doğuş fəaliyyəti normallaşana qədər) istifadə olunur.

## $\beta_2$ ADRENORESEPTORLARI QICIQLANDIRICI TOKOLİTİK TƏSİR EDƏN PREPARATLARDIR

Rp.: Giniprali 0,05

D.t.d. №5 in ampull

S. Tədricən damcı üsulu ilə 2 ml ginipral 0,9 % -500 ml NaCl, (yaxud 5%-500ml dekstroza) məhlulunda əvvəlcə 5-8 damcı/dəqiqədə sonra daima dozanı artırmaqla doğuş fəaliyyəti normallaşana qədər vena daxilinə yeridilir.

Rp.: Tabul. Bricanyli 2,5

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Partusisteni 0,05%-10 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Tədricən damcı üsulu ilə 10 ml 0,9% 250-500 ml NaCl yaxud, 5%-li 250-500 ml dekstroza məhlulunda doğuş fəaliyyəti normallaşana qədər vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. Nifedipeni 0,01

D.t.d. №10

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Ağrıları əhatə etmək üçün vena daxilinə analgetiklərin və spazmoltiklərin yeridilməsi effektivdir.

Rp.: Sol. Spasmolgoni 5 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Venaya tədricən 5 ml yeritməli (hər 4 saatdan bir).

Rp.: Sol. Promedoli 2% -1 ml

D.t.d № 6 in ampull.

S.Vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25%-10 ml

D.t.d № 10

S.Əzələyə yeritməli.

Tokolitiklərin əlavə effektlərini azaltmaq üçün (aritmia, arterial hipertoniya, ananın periferik dilyatasiyası) veramapil (izoptin) məsləhətdir.

Rp.: Sol. İzoptini 0,25% -2 ml

D.t.d. №-10 in ampull

S. Vena daxilinə 2 ml yavaş-yavaş (30-60 saniyənin gedişində), yaxud 2-4 ml (5-10 mq) 0,005mq/kq/dəq sürəti ilə damcı şəklində venaya yeritməli.

### MİKROSİRKULYASIYANI GÜCLƏNDİRƏN PREPARATLAR

Rp.: Tocopheroli acetati 0,02

D.t.d. №10 in caps gelat.

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Enat 0,04

D.t.d. №10 in caps gelat.

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Elevit 0,02

D.t.d. №10 in caps gelat.

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Omeqaviti

D.t.d. №10 in caps gelat.

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

Rp.: Aculayf

D.t.d. №10 in caps gelat.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli.

### 3. UŞAQLIĞIN TETANİK YIĞILMASI (TETANİA UTERİ)

Uşaqlığın qıcolma şəklində yığılmaları olduqca nadir təsadüf olunan haldır, o, uzunmüddətli gücənmələrin və qısamüddətli pauzaların baş verməsi ilə fizioloji yığılmalardan fərqlənir.

Uşaqlığın hiperdinamiyasının səbəbi sinir psixi gərginliklər, dölün hərəkətinə maneəçilik törədən (yüksək dozada oksitosin, prostaqlandin) amillər, çanağın darlığı və şişlərlə əlaqədar ola bilər. Belə

qadınlara sakit şərait yaradılmalı, səs-küy, işıq və s. qıcıqlar olmayan palatada yerləşdirilməlidir. Müalicə tədbirlərindən sonra çox vaxt doğuş fəaliyyəti normallaşır və özbaşına (adi qaydada) doğuş baş verir.

Doğuş yolları doğuşa hazır olduqda dölün baş gəlişi zamanı maşa qoymaqla uşaq doğuzdurulur, uşaqlığın cırılması və ciftin vaxtından əvvəl soyulması təhlükəsi törəndikdə isə kesar kəsiyi aparmaqla uşaq ana bətnindən azad edilir.

#### 4. DİSKOORDİNASİYALI DOĞUŞ FƏALİYYƏTİ

Doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyası uşaqlığın infantilizmi, iltihabi dəyişiklikləri, şişləri zamanı, ümumiyyətlə uşaqlığın cismi və boynu arasında normal resiprok münasibətin pozulması hallarında müşahidə olunur. Nəticədə uşaqlığın systemsiz yığılmaları baş verir.

Doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyası zamanı doğuş gücənmələrinin müntəzəm olmasına baxmayaraq, effektiv olmur, uşaqlıq boynunda gərginlik olursa da, o, tədricən - ləng açılır.

Diskoordinasiyalı doğuş fəaliyyətində doğan qadının ağırlı sancılardan şikayət etməsi, narahat davranışı xarakterikdir. Bu zaman cift-qan cərəyanı pozulur, nəticədə döldə hipoksiya inkişaf edir. Uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin pozulması, qanıtırmənin yüksəlməsinə son və zahılıq dövrünün fəsadlaşmasına gətirib çıxarır.

Doğan qadına sedativ maddələr, spazmolitiklər (no-şpa), eləcə də lidaza (128 TV 2 ml, 0,5%-li novokain məhlulunda), beta mimetiklər (ginipral 1 ml 0,9%-li 200ml natrium xloridin izotonik məhlulunda tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə) təyin olunur, paraservikal novokain anesteziyası edilir, venaya viadril məhlulu vurulur. Uşaqlıq əzələsinin tam spazmı zamanı ftoratan narkozu verilir. Tranklilizatorların və spazmolitiklərin yeridilməsi fonunda yuxu zamanı, yaxud ayıldıqdan sonra doğuş fəaliyyəti normallaşmağa başlayır. 30 yaşından yuxarı qadınların birinci hamiləliyi zamanı göstərilən tədbirlər nəticə vermədikdə və infeksiya təhlükəsi olmadıqda kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır.

Rp.: Sol. Nospani 2%-2ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Əzələyə 2 ml yeritməli.

Rp.: Lydasi 64 TV

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Hər ampuladakı dərmanı 0,5%-li 1 ml novokain məhlulunda həll edib, gündə 1 dəfə dəri altına yeritməli.

Rp.: Sol. Novocaini 0,25%-10ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Uşaqlıq boynunun infiltrasion anesteziyası üçün.

Rp.: Viadrili 0,5

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Hər ampuladakı dərmanı 20 ml 5%-li qlükoza məhlulunda həll edib sürətlə venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Gyniprali 1 ml

D.t.d. № 1 in ampull

S. 1 ml məhlulu 0,9%-li 200 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda tədricən vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

## IX FƏSİL

### DÖLÜN HİPOKSIYASININ VƏ YENİDOĞULMUŞUN ASFİKSIYASININ MÜALİCƏSİ

#### DÖLÜN ANA BƏTNİNDƏ HİPOKSIYASININ MÜALİCƏSİ

Oksigenin döl orqanizminə keçməsinin azalması, yaxud tamam dayanması, karbon qazı və oksidləşməmiş mübadilə məhsullarının toplanması mürəkkəb patoloji hallar törədir ki, bu da dölün hipoksiyası və yenidoğulmuşun asfiksiyası adlanır. Həmin patoloji hallar şərti anlayış olub, bunların etiologiyasını lazımınca aydınlaşdırmır.

Dölün hipoksiyası fəsadlaşmış hamiləlikdə (vaxtı ötmüş hamiləlik, ananın estragenital xəstəlikləri, preeklampsiya, immunoloji uyğunsuzluq, dölün infeksiyalaşması) xroniki və kəskin ola bilər. Hamiləlik zamanı kəskin hipoksiyaya nadir halda təsadüf edilir (cift qişasının vaxtından tez soyulması, uşaqlığın cırılması nəticəsində) və bu əksər halda, doğuş prosesində müşahidə olunur (uşaqlıq-cift qan dövranının pozulması, uşaqlıq yığılmalarının həddən artıq güclənməsi, kiçik çanaqda döl başının sıxılması nəticəsində qan dövranının uzun müddət ləngiməsi, kəllə daxilinə qansızma və s. səbəblərdən).

Hipoksiyanın aşağıdakı növləri ayırd edilir:

1) hipoksik hipoksiya – hemoqlobinin oksigenlə doymu normal səviyyədən aşağı olur; 2) sirkulyator hipoksiya – arterial qanın normal gərginlikdə olmasına baxmayaraq toxumalara kifayət qədər oksigen daxil olmaması; 3) hemik (anemik) hipoksiya – hemoqlobinin miqdarının çatışmazlığı ilə əlaqədar eritrositlərin xeyli azalması, eləcə də hemoqlobinin oksigeni birləşdirmə qabiliyyətinin aşağı düşməsi; 4) toxuma hipoksiyası – hüceyrə hemostazının pozulması ilə hüceyrənin oksigeni tam dərəcədə sərf etmə vəziyyətində olmamasında.

Hazırda hipoksiyanın patogenezi belə təsəvvür etmək olar: hamiləlik və doğuş zamanı törənmiş çoxlu patogen amillər uşaqlıq-cift qan dövranının, yaxud qan dövranı sisteminin pozulmasına, qaz mübadiləsinin dəyişilməsinə səbəb olur, nəticədə dölün orqanizmində oksigen aclığı, turşu-qələvi müvazinətinin pozulması və metabolik asidoz törənir. Dölün orqanizmində oksigen çatışmazlığı və karbon qazının toplanması ilə əlaqədar, hipoksiya tənəffüs mərkəzinin qıcıqlanmasından sonra başlayır və bunun da nəticəsində dölün həqiqi tənəffüs hərəkətləri törənir, doğum yollarından dölyanı maye, selik, qan və mekonium ifraz



olunur. Dölün qanında tam oksidləşməyən mübadilə məhsulları toplandıqından fermentativ və biokimyəvi proseslərin gedişi pozulur. Beləliklə, toxuma hipoksiyası törənir, hüceyrələr oksigendən istifadə etmək qabiliyyətini itirir, yaxud patoloji doğuş zamanı, xüsusilə turşu-qələvi müvazinətini tənzim edən orqan və sistemlərin patoloji dəyişikliyində uzanan doğuş zamanı (doğuş fəaliyyətinin zəifləməsi nəticəsində) axıra qədər oksidləşməyən mübadilə məhsullarının ananın qanında ardıcıl çoxalması ilə əlaqədar baş vermiş asidoz kompensə edilə bilmir. Asidoz qan damarlarının divarının keçiriciliyini dəyişdirir, beyin qan dövranını pozur, beynin ödemini törədir, nəhayət, yenidoğulmuş uşağın ilk tənəffüsünü ləngidir. Kompensə olunmayan asidoz dölün bir çox orqan və sistemlərinin fəaliyyətini pozur, əksər halda dölün intranatal və yaxud postnatal ölümünə səbəb olur.

Uşaq doğulduqdan və ağ ciyər tənəffüsü başladıqdan sonra da metabolik asidoz dərhal aradan qalxmır. Sağlam yenidoğulmuşlarda asidoz 2-3 sutka müddətində davam edir, yalnız 7 gündən sonra turşu-qələvi müvazinəti normallaşır.

Asidozun dölə və yenidoğulmuşu göstərdiyi mənfi təsiri nəzərə alaraq, onun vaxtında müəyyən edilib aradan qaldırılmasının çox mühüm əhəmiyyəti vardır.

Turşu-qələvi müvazinətini dəqiq yoxlamaq üçün mikro-Astrup, yaxud AZIV-I aparatlarından istifadə olunur. Həmin aparatlar olmadıqda və asidoz gözlənildikdə (ana bətnində dölün hipoksiyası, hamiləlik vaxtının uzanması, şəkərli diabet, uşağın asfiksiya vəziyyətində doğulması və s.) ananın venasına (asidoza qarşı) natrium hidrokarbonat məhlulu yeridilir.

Dölün ana bətnində hipoksiyasının diaqnozunu müəyyən etmək üçün funksional sınaqlar aparılır (hamilə qadının nəfəsalma və nəfəsverməsi, soyuq sınağı, oksitosin testi, step-test), dölün ürək döyünməsinin monitor qeydiyyatı edilir, nəbzi sayılır, EKQ və 32 həftədən sonra KTQ tətbiq olunur.

Dölün hipoksiyası zamanı funksional sınaqlar ya ürək ritminin reaksiyasız monotonluğu və ya təhrif olunmuş reaksiya ilə (nəbzin seyrəlməsi əvəzinə sürətlənməsi və əksinə) özünü göstərir. Yalnız oksitosin testi çatışmazlığına, uşaqlıqda hipertonusun inkişafı, hamilədə hipertenziya və dölün hipoksiyasının baş verməsi mümkündür.

Step-test dar çanaq, uşaqlıqda çapıq olan qadınlara əks göstərişdir. Qeyri-stress testində bu çatışmazlıqlar olmur. KTQ (kardiotokoqrafiya) köməyi ilə dölün ürək fəaliyyətini və uşaqlığın

spontan aktivliyi 40-60 dəqiqə müddətində qeydə alınır. Doğuşa hazır olan hamilə orqanizmdə sancılara reaksiya olaraq dölün vəziyyətinin qiymətləndirilməsi ilə bərabər histeroqrammada uşaqlıq yığılmasının ritmi qeydə alınır. ÜYT (ürək yığılmalarının tezliyi) dəyişikliyi sancılara cavab olaraq daha da informativ olur.

Taxikardiya (dəqiqədə 180 vuruğudan yuxarı) və bradikardiya (dəqiqədə 100 vuruğudan aşağı) dölün ağır hipoksiyasının simptomu kimi qiymətləndirilməlidir.

Dölün hipoksiyasının diaqnozunu müəyyən etmək məqsədilə amnioskopiya da istifadə olunur. Hazırda KTQ üsulundan da erkən dövrdə ultrasəs aparatının və doppleroqrafiya üsulunun köməkliyi ilə dölün kritik vəziyyətini, dölün hipotrofiyasını aydınlaşdırıb erkən qiymətləndirmək mümkündür. Doppleroqrafiya dölün qan dövrəni dəyişikliyinə keyfiyyətli qiymətləndirməkdə kömək edir (göbək ciyəsinin, uşaqlıq arteriyasının və dölün orta beyin arteriyasının qan cərəyanı sürətinin əyriliyinə görə).

Oksidləşmə proseslərini yaxşılaşdırmaq və asidozu azaltmaq məqsədilə venaya qlükoza ilə birlikdə kokarboksilaza və askorbin turşusu yeritmək məqsədəuyğundur.

500 ml 5 %-li qlükoza məhluluna 10 TV insulin, 50 mq kokarboksilaza hidroxlorid və 10 ml 5%-li askorbin turşusu əlavə edilərək damcı üsulu ilə venaya yeridilir. Eləcə də venaya birdəfəyə 40 %-li qlükoza məhlulundan 40 ml yeritmək məsləhət görülür.

Oksidləşmə proseslərini normallaşdırmaq və doğuş fəaliyyətini gücləndirmək üçün natrium hidrokarbonat tətbiq olunur. Adətən 5%-li natrium hidrokarbonat məhlulundan 150-200 ml damcı üsulu ilə (dəqiqədə 40-60 damcı olmaqla) venaya yeridilir. Ağır hallarda preparatın venaya yeridilməsi 1-2 saatdan sonra təkrar olunur.

Şiddətli asidoz fonunda hiperkaliemiyanın törənməsi ilə əlaqədar dölün ürək döyülmələri seyrəldikdə (nəbzın sayı 1 dəqiqədə 140 vuruğudan az olduqda), doğan qadının venasına 10-20 ml 10% kalsium qlükonat məhlulu yeridilir. Dölün ürək döyünlərinin sayı dəqiqədə 100 vuruğundan az olduqda qadının venasına damcı üsulu ilə 500 ml 5 %-li qlükoza məhlulunda 0,1%-li atropin sulfat məhlulundan 0,3 ml, dərisi altına isə 0,7 ml yeridilir.

Yuxarıda göstərilən müalicə tədbirləri səmərə vermədikdə dölün başının vəziyyətindən asılı olaraq mamalıq maşası, vakuüm-ekstraktoru tətbiq olunur, dölün çanaq gəlişi zamanı isə ekstraksiya edilir.

Müxtəlif ağırlaşmalar (doğuş fəaliyyətinin zəifləməsi, dölün iriliyi, yaşlı qadının ilk doğuşu, fəsadlaşmış mamalıq anamnezi və s.)

törəndikdə və əks-göstəriş olmadıqda (infeksiya) dölü kesar kəsiyi ilə çıxarmaq lazımdır.

#### ASİDOZ ƏLEYHİNƏ TERAPİYA

- Rp.: Sol.Natrii hydrocarbonatis 5%-50ml  
D.t.d.№10 in ampull.  
S. Gündə venaya 50-100 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Glucosi 40%-40ml  
D.t.d.№6 in ampull.  
S. Gündə venaya 40 ml yeritməli.
- Rp.: Sol.Corazoli 10%-1ml  
D.t.d.№6 in ampull.  
S. Gündə venaya 1 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Glucosi 5% - 500 ml  
Sol. Atropini sulfatici 0,1% - 1 ml  
M.D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə 0,3 ml yaxud, dəri altına 0,7 ml yeritməli.

#### SPAZMOLİTİK TERAPİYA

- Rp.: Aminofillini 2,4%-5,0  
Sol.Dekstrosae 10%-20ml  
D.S. Bir dəfəyə venaya yeridilir, 15-20 dəqiqə sonra oksigen verilir.
- Rp.: Sol.Euphyllini 2,4%-10 ml  
D.t.d. №6 in ampul.  
S. Gündə 5-10 ml 20 ml 20 %-li qlükoza məhlulunda tədricən venaya yeritməli.

#### TOKOLİTİKLƏR

- Rp.: Gyniprali 1 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S. Gündə 1 dəfə, 5 mq 0,9 %-li 200,0 NaCl, yaxud, 5 %-li 200 ml qlükoza məhlulunda vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli (infuziyanın qurtarmağına 2-3 saat qalmış tablet formasına keçilir, 1 tablet qəbul edəndən 3 saat sonra hər 4-6 saatdan bir qəbul etməli (gündə 8-4 tablet))

Yaxud

- Rp.: Gyniprali 0,5  
D.t.d. № 20 in tabl  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Nifedipini 0,01  
D.t.d. № 10 in tabl  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

#### METABOLİZMƏ TƏSİR EDƏN PREPARATLAR

Rp.: Sol. Actovegini 2 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S. Vena daxilinə 20 %-li 10 ml qlükoza məhlulunda yeritməli.

Rp.: Tabul. Complamini 0,1  
D.t.d. №60  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 həb qəbul etməli (yemək vaxtı).

Rp.: Sol. Complamini 15%-2 ml  
D.t.d. №10 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə əzələyə 2 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Plasenta compositum 2,2 ml  
D.t.d. №5 in ampull.  
S. Əzələ daxilinə 2-3 gündən bir yeritməli.

Rp.: Tabul. Methionini 0,25  
D.t.d. №50  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Essentiale forte №50  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yemək vaxtı 1-2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Fosforilazi №50  
D.S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Omeqaviti №50  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsul qəbul etməli.

Rp.: Sol. Curantili 0,5 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S. Vena daxilinə damcı üsulu ilə - 2-3 saat ərzində 0,5 mg/kq yeritməli.

Rp.: Tabul. Acidi glutaminici 0,25  
D.t.d. №10  
S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (sütkada bədən çəkisinin 1 kq 0,1 qr.).

Rp.: Tabul. Curantili 0,025  
D.t.d. № 50  
S. Gündə 2-3 dəfə, 1 həb (infuziyadan sonra) qəbul etməli.

Rp.: Heparini 5 ml

D.t.d. №5

S. Sutkada 20000 TV olmaqla, dəri altına, yaxud, vena daxilinə yeritməli.

#### VİTAMİNOTERAPİYA

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5 %-4ml

D.S. Vena daxilinə 20 %-li 10 ml qlükoza məhlulunda yeritməli.

Rp.: Cocarboxylasi 0,05

D.t.d. №6 in ampull.

S. Hər ampuldakı maddəni 1 ml steril suda həll edib, 20%-li 10 ml qlükoza məhlulunda vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tabul. Acidi folici 0,001

D.t.d. № 50

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Əzələyə 1 ml yeritməli.

Rp.: Tabul. Galascorbini 0,5

D.t.d. №10

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 1 həb qəbul etməli.

Rp.: Sol. Tocopheroli oleosae 600 TV

D.t.d. №10 in caps. gelat.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

#### TRANKLİVİZATORLAR

Rp.: Tabul. Seduxeni 0,005

D.t.d. №20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

#### BÖYRƏKÜSTÜ VƏZİNİN HORMONLARI

Rp.: Sol. Dexamethasoni natrii 0,4%-1 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 2 mq əzələ daxilinə 2-3 sutkanın gedişində (sutkalıq doza – 8 mq, kurs dozası – 18-24 q).

Rp.: Sol. Bethametazoni 0,012

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 12 mq əzələ daxilinə yeridilir (2 doza – ümumi doza – 24 mq).

## 2. YENİDOĞULMUŞLARDA ASFİKSİYANIN MÜALİCƏSİ

Yenidoğulmaşların asfiksiyası 75-80% hallarda hipoksiyanın davamıdır. Bu patoloji vəziyyət oksigenin çatışmazlığı nəticəsində qaz mübadiləsinin pozulması, karbohidrat və metabolik asidozun artması səbəbindən baş verir.

Asfiksiya ilə doğulmuş yenidoğulmuşların tənəffüsü ya olmur, ya da kəskin dərəcədə zəif olur. Dölnün başı çıxdıqdan sonra çiyinlərin çıxmasını gözləmədən ağız və udlağın möhtəviyyatını sorub çıxarmaq lazımdır.

Uşağa drenaj vəziyyəti yaradaraq aspirasion kütlələrin (seliyn, mekoniumla, yaxud qanla qarışmış dölyanı mayenin) diqqətlə sorulması davam etdirilməlidir. Uşağın başını aşağı sallanmış vəziyyətdə saxlamaq olmaz - belə halda mərkəzi sinir sisteminin mövcud hemodinamik pozğunluqları güclənə bilər. Uşaq sərbəst nəfəs aldıqda və asfiksiyanın başqa klinik əlamətləri olmadıqda (Apqar şkalası üzrə 6 baldan aşağı) 1 dəqiqədən sonra ağ ciyərin süni ventilyasiyasını təşkil etmək lazımdır. Yüngül asfiksiya vəziyyətində (Apqar şkalası üzrə 6-4 balda) doğulmuş uşağı maskanın köməkliyi ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasını təşkil etmək kifayətdir.

Ağır vəziyyətdə doğulmuş (Apqar şkalası üzrə 0-3 balda) uşağın tənəffüs borusunu intubasiya edib təmizlədikdən sonra, aparat vasitəsilə süni tənəffüs etdirmək lazımdır. Ölkəmizdə süni tənəffüs vermək üçün «SİPAP» aparatından geniş istifadə olunur.

Aparat olmadığı hallarda, süni tənəffüs «ağızdan ağıza» üsulu ilə tətbiq edilməlidir. Bu zaman süni tənəffüslə yanaşı, venaya qlükoza, natrium hidrokarbonat, kalsium qlükonat məhlulları da yeridilməlidir.

Kəsilməmiş göbəyin venasına aşağıdakı preparatların yeridilməsi məsləhət görülür.

a) 10 ml 20%-li qlükoza məhlulu; b) qanın hidrostatik təzyiqinin dəyişilməsi və beyin ödeminin törənməsi təhlükəsinin qarşısını almaq məqsədilə natrium hidrokarbonatın 5 %-li məhlulundan kütləsi 3 kq olan uşaqlara 7 ml, 3-4 kq olan uşaqlara 10 ml, 4 kq-dan artıq olanlara 15 ml təyin edilir (preparat vaxtından gec doğulan yenidoğulmuşlara 3 millilitrdən artıq təyin edilməlidir); c) 2-4 ml 10 %-li kalsium qlükonat məhlulu yeridilir.

Bradikardiya zamanı göbək venasına təkrarən 10 %-li kalsium qlükonat və 0,1 %-li atropin sulfat məhlulları yeritmək olar. Əgər uşaq

doğulandan 10 dəqiqə sonra sərbəst tənəffüsə başlamasa, uşağın çəkisindən asılı olaraq, göbək venasına 2,4 %-li eufillin məhlulundan 0,3-0,5 ml yeritmək lazımdır. Eufillin beyin ödemini aradan qaldırır, tənəffüs mərkəzini cüzi oyandırır, bronxları genəldir və ağ ciyər qan damarlarında qanın cərəyanını sürətləndirir. Eufillinin yenidogoğlmuşlara göstərdiyi səmərəli təsir mexanizmində qaraciyərdə qan cərəyanının sürətlənməsi də mühüm rol oynayır. Bu zaman axıra qədər oksidləşməyən mübadilə məhsulları qaraciyərdə neytrallaşır.

Ağ ciyərlərdə qan cərəyanını yaxşılaşdırmaq məqsədilə göbək venasına 10 %-li qlükoza məhlulunda 1 mq/kq dozada halidor yeridilir. Bununla yanaşı, ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası fonunda göbək venasına tənəffüs analeptiklərindən etimizol və kordiamin yeridilir.

Əgər reanimasion tədbir başlandıqdan 5 dəqiqə sonra yenidogoğlmuşun vəziyyəti Apqar şkalası üzrə 6 baldan yüksək olursa, vena daxilinə prednizalon məhlulu (1 mq/kq), yaxud hidrokortizon (5 mq/kq) yeridilməsi məsləhətdir.

Şiddətli bradikardiya, aritmiya və ürəyin dayanması zamanı ürək masaj edilir (dəqiqədə 100-120 təkanla). Nəticə alınmadıqda, 2 ml 0,01 %-li adrenalin hidroxlorid məhlulu III-IV qabırğaarası nahiyədən birbaşa ürəyə yeridilir. Qan şprisə keçən kimi adrenalini ürək boşluğuna yeridib, dərhal iynəni çıxarırlar. Bundan sonra ürəyin massajı və süni tənəffüs spontan ürək döyünməsi başlanana qədər davam etdirilir. Bu əməliyyatları tətbiq edərkən 20 dəqiqə ərzində ürək fəaliyyəti bərpa olmasa, artıq heç bir tədbir görməyə ehtiyac qalmır.

Asfiksiya ilə yenidogoğlmuş uşağın tənəffüs mərkəzini reflektor yolla oyatmaq məqsədilə L.S.Persianinov üsulundan istifadə olunur. Həmin metoda əsasən göbək ciyəsinin arteriyasına 3 ml 10 %-li kalsium xlorid, 7 ml 10 %-li qlükoza, 5 ml 4 %-li natrium hidrokarbonat məhlulları yeridilir.

Yenidogoğlmuşların aşağı arterial təzyiqi, zəiflik, dəri solğunluğu, asfiksiya fonunda hemodinamik və metabolik pozğunluqlarını tənzim etmək üçün xüsusi kateteri göbək ciyəsi venasına salıb, damcı üsulu ilə qanı durulaşdırırlar. Bu məqsədlə hazırda aşağı molekullu dekstranlardan – reomakrodeksdən və reopoliqlükindən istifadə edilir. Həmin preparatlar vasitəsilə qan damarlarına ətraf toxumalardan çoxlu maye axıb gəlir ki, bu da böyrəklərin filtrasiya qabiliyyətini yüksəltməklə diurezi artırır. Bunların optimal sutkalıq dozası 1 q/kq, yaxud hər kiloqram çəkiyə onların 10%-li məhlulundan 10 millilitrdir.

Vaxtından qabaq doğulan uşaqlar üçün dekstrazanın dozası uşağın hər kiloqram çəkisinə 200 ml-yə qədər artırılmalıdır. Qantəmiszləyici maddə kimi yenidoğulmuşun göbək ciyəsi venasına hemodezin də yeridilməsi məsləhət görülür. Yenidoğulmuşlara reanimasiya məqsədilə infuzion terapiyanı diuretik preparatlarla kombinasiyalı şəkildə tətbiq etmək lazımdır - əks halda ödemlər törəne bilər. Diuretiklərdən ən səmərəlisi furosemid (laziks) hesab olunur. Yenidoğulmuşların beyin ödemi aradan qaldırmaq məqsədilə dehidratasiyaedici çoxatomlu spirtlərdən - manitoldan və sorbitoldan istifadə olunur. Manitolu venaya 5%-li qlükoza məhlulunda (uşağın hər kiloqram çəkisinə 0,5-10 qram olmaqla) yeridirlər.

Beyin ödeminə qarşı qlükozanın 10-20 %-li məhlulları da tətbiq olunur. Hiperqlikemiya və hipokaliemiya törənməməsi üçün qlükoza məhluluna insulin və kalsium qlükonat əlavə etmək lazımdır. Qlükozanın hər 4 qramına 1 TV insulin, uşağın hər kiloqram çəkisinə 1 ml 10 %-li kalsium qlükonat məhlulu götürülür.

Bir sıra alimlər (K.V.Çaçava, Q.M. Savelyeva) beyin qan dövrünün pozulması, beyinə qansızma, beyin ödemi zamanı kranioserebral hipotermiya müalicə üsulunu məsləhət görürlər. Bu məqsədlə uşağın başını soyudurlar. Kranioserebral hipotermiyadan qabaq oksibutirat natriumun 20 %-li məhlulundan 10 mq/kq, droperidolun 0,25 %-li məhlulundan 0,5 mq/kq dozada yenidoğulmuşun göbək ciyəsi venasına yeridilir.

Yenidoğulmuşu asfiksiya vəziyyətindən çıxardıqdan sonra ona sedativ dərmanlar təyin edilir. Göbək ciyəsi venasına 0,1 ml 0,5 %-li seduksen məhlulu yeridilir (gündə 4 dəfə, 5 ml 0,5 % natrium bromid, 2 dəfə 0,001 fenobarbital verilir).

Reanimasiya dövründən sonra yenidoğulmuşlara qan kəsici dərmanlar təyin olunur. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 çay qaşığı 10 %-li kalsium xlorid məhlulu verilir, 2 dəfə hər dəfə əzələyə 0,5 ml 1 %-li vikasol məhlulu yeridilir, eləcə də daxilə 0,002 vikasol və 0,002 rutin təyin edilir.

Ağır asfiksiya ilə doğulmuş uşaqları beyin qan dövrünü pozulması əlamətləri aradan qaldırılana qədər əmizdirmək məsləhət görülmür. Belə uşaqlara sakit şərait yaratmaq və onlara oksigenlə müalicə təyin etmək lazımdır. Doğulandan 5 günə qədər uşaqların qanında protrombinin miqdarı fizioloji azaldığına görə beyinə qansızma güclənə bilər, odur ki, bu dövrdə körpələr xüsusi nəzarət altında saxlanılmalıdır. Serebral iflici olan uşaqları xüsusi nevroloji şöbəyə yerləşdirmək lazımdır.



Asfiksiya ilə doğulan usaqlara təcili ilk yardım göstərilməsi tezliklə tənəffüs yollarını selikdən kənar edilməsi və səthi tənəffüsün təmin edilməsindən başlayır. Sərbəst tənəffüs olmadıqda, uzunmüddətli taktil stimulyasiya – pəncəyə toxunulmaqla bilinən ayaq altına cirtma ilə yaxud kürəyin dərisini energik qıcıqlandırmaq üsulundan istifadə edirlər.

Ağır asfiksiya zamanı vaxt itirmədən, ağ ciyərin süni ventilyasiyasına (ASV) məqsədyönlü başlamaq lazımdır. Eyni vaxtda - ASV ilə yanaşı, hemodinamik və metabolik pozulmaların korreksiyasını həyata keçirilir. Məhlullar başın və ətrafların periferik venalarına, venoz durğunluqda, yaxud arterail təzyiqlə aşağı olduqda ciyə venasına (kateterizasiya yolu ilə) yeridilir.

Rp.: Sol. Glucosi 20%-10ml

D.S. Göbək venasına 10 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Natrii hydrocarbonatis 5%-50ml

D. S. Uşağın kütləsindən asılı olaraq, göbək venasına 7-15 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10ml

D.S. Göbək venasına 2-4 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1%-1ml

D. t. d. № 3 in amp.

S. Göbək venasına təkrarən 0,1-0,2 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Euphyllini 2,4%-10ml

D.t.d. № 1 in ampullis

S. Göbək venasına 0,3-0,5 ml yeritməli.

Rp.: Cordiamini 1ml

D. t. d. № 3 in ampull.

S. Göbək venasına 0,3 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Aethimizoli 1,5% - 3ml

D. t. d. № 1 in ampull.

S. Göbək venasına 0,2 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% - 10ml

D. t. d. № 1 in ampull.

S. Göbək ciyəsi arteriyasına 3 ml yeritməli.

Rp.: Rheopolyglucini 400 ml

D.S. Yenidoğulmuşun hər kq çəkisinə 10 ml olmaqla, göbək ciyəsi venasına yeritməli.

Rp.: Sol. Furosemidi 1%-2ml

D. t. d. № 3 in ampull.

S. Göbək ciyəsi venasına 0,2-0,3 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Manitoli 15%-200 ml

- D. t. d. № 1  
S. Yenidoğulmuşun göbək venasına hər kq çəkiyə 15-20 ml olmaqla 20 ml 5 %-li qlükoza məhlulunda yeritməli.
- Rp.: Sol. Glucosi 20%-20ml  
cum Insulino 1 TB  
Sol. Calcii gluconatis 10%-4ml  
M. D. S. Göbək ciyəsi venasına damcı üsulu ilə yeritməli.
- Rp.: Sol. Natrii oxybutyratis 20%-10ml  
D. t. d. № 1 in ampullis  
S. Göbək venasına 0,3-0,4 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Droperidoli 0,25%-10ml  
D. t. d. № 1 in ampullis  
S. Göbək venasına 0,2-0,3 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Seduxeni 0,5%-2ml  
D. t. d. № 3 in ampull.  
S. Göbək venasına 0,1 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Natrii bromidi 0,5%-50ml  
D. S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 çay qaşığı yenidoğulmuşa içirməli.
- Rp.: Phenobarbitali 0,001  
Sacchari 0,2  
M. f. pulv.  
D. t. d. № 6  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yenidoğulmuşa 1 poroşok verməli.
- Rp.: Sol. Calcii chloridi 10%-50ml  
D. S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 çay qaşığı uşağa verməli.
- Rp.: Sol. Vikasoli 1%-1ml  
D. t. d. № 6 in amp.  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,5 ml əzələyə yeritməli.
- Rp.: Vikasoli 0,002  
Sacchari 0,2  
M. f. pulv.  
D. t. d. № 10  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 poroşok uşağa verməli.
- Rp.: Rutini 0,002  
Sacchari 0,2  
M. f. pulv.  
D. t. d. № 10  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 poroşok uşağa verməli.

Rp.: Cordiamini 2ml

D. t. d. № 1 in ampullis

S. Gündə dəri altına 0,1 ml yeritməli.

Adətən həyatının ilk II-III sutkasında tələb olunan enerji əvəzində fizioloji su itkisini təmin etmək üçün vena daxilinə 10 %-li qlükoza məhlulunu 60-70 ml 1 sutka hesabı ilə yeridirlər. Yetişmiş və çəkisi 1500 qramdan yuxarı yarımçıq uşaqlarda yeridilən mayenin dozasını sutkada 1 kiloqram 35-120 ml qədər məhdudlaşdırmaq məqsədəuyğundur. Erkən hipokalsemiyanın profilaktikası üçün 10 %-li kalsium qlükonat məhlulundan istifadə edilir.

Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% - 1 ml

D.t.d. № 10

S. Gündə 0,1-0,2 ml vena daxilinə yeritməli.

Kalsiumun sutkalıq itkisi 0,45-0,9 ml kv/kq-dır. Natriumun parentral yeridilməsi diurezin adekvat müəyyən edilməsi anından (adətən həyatlarının II, III sutkasından erkən olmayaraq), kaliumun isə parentral yeridilməsi (III-IV sutkasından 1 sutka gec olmayaraq) başlayır. Natriumun fizioloji itkisi sutkada 2-3 ml kv/kq (dərindən yetişməzlikdə isə sutkada 4 mlkv/kq qədər) kaliumun fizioloji itkisi sutkada 1-2 ml kv/kq, (dərindən yetişməməzlikdə isə sutkada 3 mkv/kq qədər) təşkil edir.

Uşağın vəziyyətinin stabilləşdirilməsi tədbiri ilə (adətən, həyatlarının II-III sutkasının başlanğıcında) sınaq qidalanması apardıqdan sonra zond vasitəsi ilə 5 %-li qlükoza məhlulu ilə entral qidalanma göstərilir.

## X FƏSİL

### PATOLOJİ MAMALIQ QANAXMALARININ MÜALİCƏSİ UŞAQLIĞIN HİPOTONİYA VƏ ATONİYASI

Uşaqlığın hipotoniya və atoniya vəziyyətinin səbəbi 2 əsas qrupa ayrılır: 1) uşaqlığın hipotoniya və atoniyası ilə sərtləşən anemiya xəstəliyi və bir sıra ağırlaşmalar (hamiləlikdə patoloji vəziyyətlər, ürək-damar, qaraciyər, böyrək, tənəffüs yolları, MSS, neyroendokrin pozulması, kəskin və xroniki infeksiyon xəstəliklər və s.), doğanın bütün ekstremal vəziyyəti (travma, qanaxma, ağır infeksiya); 2) uşaqlığın anatomik və funksional pozulma çatışmazlığı ilə müşayiət olunan səbəbi: ciftin yerləşməsinin anomaliyası, sonun hissəsinin uşaqıq boşluğunda ləngiməsi, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, uşaqlığın inkişaf anomaliyası, ciftin hissəvi və bərk bitişməsi, uşaqlığın iltihabi xəstəlikləri (endomiometit), uşaqlığın mioması, çoxdöllülük, iri döl, ciftin destruktiv xarakterdə dəyişməsi.

Uşaqlığın tonusunun həddən artıq azalması, onun yığılma qabiliyyətinin və oyanmasının şiddətli zəifləməsi hipotoniya adlanır. Uşaqıq əzələsi mexaniki, fiziki və medikamentoz qıcıqlara reaksiya verir, lakin həmin reaksiyalar, bir qayda olaraq, qıcığın gücünə müvafiq törənmir. Uşaqlığın hipotoniyası zamanı doğuşdan sonra baş vermiş patoloji qanaxma, adətən, daimi olmur. Qan az miqdarda laxtalanmış kütlə şəklində xaric olur. Uşaqlığın əzələsi zəiflədiyindən onun yığılmaları gec-gec və qısamüddətli olur, atoniya zamanı uşaqlığın tonusu şiddətli zəifləyir və onun yığılma qabiliyyəti tamamilə itir. Uşaqıq qıcıqlara reaksiya vermir. Uşaqıqdan güclü al qan axır, ya da iri qan laxtaları xaric olur. Doğan qadının vəziyyəti olduqca ağırlaşır. Kəskin qanazlığı və hemodinamikanın pozulması əlamətləri baş verir. Uşaqlığın həqiqi atoniyası nadir hallarda təsadüf olunur və bir qayda olaraq ölümlə nəticələnə bilər.

Uşaqlığın hipotonik qanaxmasına çoxdöllülük, dölyanı mayenin çoxluğu, uşaqıq şişləri (mioma), doğan qadının yaşının çox olması, dölün iriliyi və s. amillər şərait yaradır. Belə hallarda uşaqıq bütün hamiləlik müddətində həddən artıq gərgin olur, uşaq doğulandan və cift xaric olunduqdan sonra isə sağlam uşaqıqdan fərqli olaraq öz energetik ehtiyatını tezliklə və tam bərpa edə bilmir. Cərrahi əməliyyatdan sonra (uşaqıqın qarın boşluğu divarına təsbit olunması), yaranan uşaqıqın başqa orqanlarla bitişməsi də hipotonik qanaxmaya səbəb olan

amillərdən biridir. Bitişmə uşaqlığın yığılmasına mane olur, nəticədə qan damarları sıxılır və qanaxma törənir.

Hipotonik və atonik uşaqlıq qanaxmalarının baş verməsində doğuşun uzanması ilə əlaqədar qadının yorğunluğu, xüsusilə uşağın taleyi, özünün müqəddəratı haqda keçirdiyi mənəvi - psixoloji gərginlik və qorxu hissi (əgər əvvəlki doğuşları da patoloji olubsa), şübhəsiz, mühüm rol oynayır.

Doğuşdan sonrakı ilk dövrdə hipotonik qanaxmanın diaqnozunu qanaxmanın başqa səbəbləri (xarici doğuş yollarının yumşaq hissələrinin, uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolunun cırılması, ciftin, yaxud onun müəyyən hissəsinin xaric olmaması) təyin edildikdən sonra xarici müayinə aparmaqla qoyulur.

Hipotoniya və atoniya ilə əlaqədar uşaqlıq qanaxmasına qarşı aparılacaq bütün mübarizə tədbirləri uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin bərpa olunmasına yönəldilməlidir. Sidik kisəsini kateterlə boşaltdıqdan sonra uşaqlığı massaj və onun tonusunu yüksəldən preparatlar təyin etmək məsələhət görülür.

Qankəsici maddə kimi oksitosindən, prostaglandinlərdən ( $F_{2\alpha}$ ,  $E_2$ ) geniş istifadə edilir. Həmin preparatlar ananın venasına yeridilir. Ən səmərəli effekt oksitosinin (5 TV) 500 ml 5%-li qlükoza məhlulunda damcı üsulu ilə venaya yeridilməsi və qanəvəzedici preparatların tətbiqi nəticəsində alınır.

Hipotonik qanaxma zamanı çovdar mahmızı preparatları (metilerqometrin, erqometrin, erqotal, və s.) müvəffəqiyyətlə tətbiq edilir.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, çovdar mahmızı preparatlarının çox verilməsi uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin sürətlənməsinə, oksitosin isə qanın laxtalanma sisteminin pozulmasına gətirib çıxara bilər.

Göstərilən preparatların tətbiqindən sonra da qanaxma dayanmazsa və uşaqlıqdan axan qanın miqdarı 400 ml-dən artıq olarsa, təkrarən orqanizmə uşaqlığı tonuslandırın preparat yeridilməli, uşaqlıq massaj edilməli və xəstəyə qan köçürülməlidir. Donor qanı əvvəlcə sürətlə, qanaxma dayandıqdan və xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqdan sonra isə damcı üsulu ilə yeritmək lazımdır. Bununla yanaşı, Biryukov üsulu ilə aortanı əllə sıxmaq, Lositskayanın üsulu ilə uşaqlıq boynunun arxa dodağına ketqut tikişi qoymaq məsələhət görülür.

Uşaqlığın hipotonik və atonik vəziyyəti zamanı induksiya cərəyanı ilə onun elektrotonizasiyası da yaxşı nəticə verir. Belə vəziyyətdə defibrilyatorun tətbiqi uşaqlığın tonusunun yüksəlməsinə və onun yığılma qabiliyyətinin artmasına səbəb olur.

Yuxarıda qeyd olunan bütün üsullar nəticəsində uşaqlıq qanaxması dayanmazsa, qarın boşluğu açılaraq uşaqlığın magistral qan damarları (hər iki tərəfdən uşaqlığın, yumurtalıqların və uşaqlıq bağlarının arteriyaları) bağlanır. Nəticə alınmadıqda uşaqlığın amputasiyası, yaxud tam ekstirpasiyası məsələhət görülür. Bununla yanaşı qanitirmə nəticəsində baş vermiş qanazlığına qarşı tədbir görmək lazımdır. Bu məqsədlə təkrar qan köçürülür, vitamin, hormon, dəmir və s. preparatlar tətbiq edilir.

#### UTEROTONİK PREPARATLAR

- Rp.: Oxytocini 1 ml  
D.t.d. №5 in ampull  
S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 1 ml (5TV) 5% -li 500 ml dekstroza yaxud, 0,9% - li natirum xloridin izotonik məhlulunda yeritməli.
- Rp.: Enzaprost 0,5%- 1 ml  
D.t.d. №5 in ampull.  
S.Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 1 ml (5mq) 5%-li 500 ml dekstroza, yaxud , 0,9 % - li natium xloridin izotonik məhlulunda birdəfəlik yeritməli.
- Rp.: Sol. Methilergometrini 0,02% - 1 ml  
D.t.d. №5-in ampull.  
S.Gündə 1 dəfə vena daxilinə 1 ml yeritməli.
- Rp.: Tabul. Caytotek 0,02  
D.S.200 mq düz bağırsağa qoymalı.

#### HEMOSTATİK VƏ QANƏVƏZEDİCİ TERAPİYA

- Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10 ml  
D.t.d. №10 in ampull.  
S. Gündə 1 dəfə 10 ml vena daxilinə yeritməli (davam etmə müddəti fərdidir).
- Rp.: Sol. Dicynoni 12,5%-2 ml  
D.t.d. №5 in ampull.  
S.Əzələyə 2-4 ml,gündə 2-3 dəfə yeritməli (tətbiq müddəti fərdidir).
- Rp.: Sol. Albumini 5% - 100 ml  
D.t.d. №1  
S. tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Plazma 250 ml

D.S. Sitratsız plazmanı gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.

- Göstərişlə eritrositar, yaxud trombositlər kütlə venaya yeridilir.

Rp.: Sol. Ambeni 1% - 5 ml

D.t.d № 5 in ampull.

S. Vena daxilinə 50 mq, 5 ml gündə 2 dəfə təyin etməli (terapiya müddəti fərdidir).

### ANEMİYA ƏLEYHİNƏ TERAPİYA

Rp.: Ferrum-Lek 2 ml

D.t.d. № 10 ampull

S. Gündə bir dəfə 2 ml əzələ daxilinə yeritməli (günaşırı).

Rp.: Sol. Maltoferi 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə əzələ daxilinə günaşırı yeritməli.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull

S. Vena daxilinə gündə 100 mq 0,5 ml yeritməli (terapiya müddəti fərdidir).

Rp.: Tabul. Tardiferoni 0,08

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Ferri sulfatis 0,05

D.t.d. № 100

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (terapiya müddəti fərdidir)

Rp.: Tabul. Acidi folici 0,001

D.t.d. № 50

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi ascorbinici 0,05

D.t.d. № 50

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Hamiləlik yetişməmişdirsə (34 həftəyə qədər), respirator –distress sindromunun profilaktikası aparılmalı, yüksək dozada qlükokortikoidlər-deksametazon, 2-3 gün ərzində gündə 8-12 mq, yaxud betametazon (12 mq-dan gündə 2 dəfə - 2 doza, ümumi doza 24 mq) veilməlidir. Rəzus-mənfi olan qadınlara anti-Rh immunoqlobulin zərərli köçürülməlidir (D).

- ✓ Son və zahılıq dövründə - qanaxmanın profilaktikası məqsədi ilə uterotonik vasitələrin təyini:
- ✓ Oksitosin – 40 vahid 200 ml izotonik natrium-xlorid məhlulunda vena daxili
- ✓ Metilerqometrin – 1 ml 0,02 % məhlul 10 ml 40 % qlükoza məhlulunda
- ✓ Mizoprostol – 600 mq birdəfəlik düz bağırsağa.

Koaqulopatik qanaxmanın dayandırılması məqsədi ilə damardaxili təzə dondurulmuş plazma, fibrinogen, trompositopeniyalarda – trombositlər kütlənin istifadəsi göstərir ( Hamiləlik zamanı mamalıqda qanaxmalar üzrə kliniki protokol, Bakı, 2009)

### QANIN LAXTALANMA QABİLİYYƏTİNİN POZULMASI

Hamiləliyin gedişində qanın laxtalanma vəziyyətinə dair aparılan tədqiqatlar göstərir ki, sağlam qadınlarda hamiləliyin normal inkişafı qanın koagulyasiya xassəsinin yüksəlməsinə, doğuşdan sonrakı dövrdə isə onun normallaşmasına səbəb olur. Doğuşun III dövründə qanın laxtalanma qabiliyyəti maksimal səviyyəyə çatır.

Qanın laxtalanma xüsusiyyəti çox mürəkkəb fermentativ autokatalitik prosesdir, orqanizmin mühafizə-uyğunlaşma reaksiyalarından biridir. Qan maye toxumadır. Onun normal vəziyyətdə qalmasını tənzim edir. Həmin sistemlər qanın koagulyasiya və antikoagulyasiya komponentlərindən ibarətdir.

Hazırda müəyyən edilmişdir ki, qanın laxtalanma prosesinin baş verməsində çoxlu zülal komponentləri iştirak edir. Həmin komponentlər laxtalanma sisteminin müxtəlif sahələrinə qarşılıqlı təsir etməklə qanı laxtalandırırlar. Trombin fibrinogenlə birləşərək fibrin telləri əmələ gətirir. Laxtalanma sisteminin başqa komponentlərinin olmasına baxmayaraq, fibrinogensiz qan laxtalanmır, eləcə də trombin olmadan fibrinogen fibrinə çevrilə bilmir.

Hazırda qanın laxtalanma sisteminin 13 faktoru məlumdur ki, bunların da qarşılıqlı münasibəti mərkəzi sinir sistemi tərəfindən tənzim edilir.

Qan damarları maye toxuma olan qan üçün möhkəm pərdədir, onlar eyni zamanda geniş reseptorlar sistemi vasitəsilə qanın laxtalanma prosesinə də müəyyən dərəcədə tənzimedicili təsir göstərir.

Toxumaların patoloji, yaxud fizioloji proseslərlə əlaqədar travması zamanı dərhal travma nahiyəsində qanın laxtalanma mexanizmi



səfərbərliyə alınaraq laxtalanma üçün şərait yaradır ki, bu da filogenez prosesində məqsədəuyğun mühafizə reaksiyasıdır. Qanın travmaya uğramış toxumalarla kontaktı prosesində qan lövhəciklərinin və eritrositlərin parçalanması baş verir, nəticədə onların toxuma şirəsi ilə qarşılıqlı təsiri asanlaşır və beləliklə, laxtalanma sürətlənir.

Natamam abort, qızdırma verən abort zamanı hamiləliyin pozulması təhlükəsi törəndikdə, qanın laxtalanma sisteminin müxtəlif nahiyələrində pozğunluğu əmələ gəlir. Qanın laxtalanma xassəsi uşaqlıqda ölü dölün uzun müddət qalması nəticəsində pozulur. Beləliklə, tam abort törənmədiyindən qanın laxtalanmasının bütün əsas göstəriciləri zəifləyir, qanın fibrinolitik fəallığı xeyli artır və qanda fibrinogenin miqdarı azalır. Bütün bu göstəricilərlə yanaşı, uşaqlıq da zəif olarsa, o zaman çox təhlükəli və şiddətli uşaqlıq qanaxması baş verə bilər. Praktiki işimizin nəticəsi göstərir ki, uşaqlığın cisminin və boynunun travması, çoxlu abort, uşaqlığın kobud masajı və s., əksər halda hipo, ya afibrigenemiya ilə əlaqədar şiddətli uşaqlıq qanaxmalarının törənməsinə səbəb olur.

Ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasında hematomada fibrinogenin absorbsiyası, fibrin əmələ gəlmiş laxtaların emboliya yaratması və fibrinolitik sistemin fəallaşması nəticəsində qanın fibrinsizləşməsi yaranır.

Praktik həkimlər öz əməli fəaliyyətlərində, uşaqlığın yığılma qabiliyyətindən asılı olmayaraq, arasıkəsilməyən uşaqlıq qanaxmasına ciddi fikir verməlidirlər (xüsusilə laxtasız-duru qan axarkən). Qanın laxtalanma qabiliyyətinin pozulması zamanı hətta vurulan iynələrin yerində də dəridə qansızmalar, hematomalar müşahidə edilir.

Doğuşdan sonrakı ilk dövrdə baş verən qanaxma zamanı hipo- və ya afibrinogenemiyanın diaqnozunu qoymaq üçün qan laxtasının həllolma sınağından istifadə etmək olar. Bu məqsədlə sağlam doğan qadının venasından sınaq borusuna 2 ml qan götürülür, 2-3 dəqiqədən sonra sınaq borusundakı qan laxtalanır. Xəstənin həmin venasından başqa sınaq borusuna yenə də 2 ml qan götürülür, göstərilən müddətdə o laxtalanmır. Həmin qanı I sınaq borusuna tökdükdə ondakı qan laxtası eriməyə başlayır.

Uşaqlıqdan qanaxma başlanan kimi xəstəyə təcili donor qanı, eritrositar kütlə, quru serumun qatı məhlulunu və s. yeritməklə xəstənin itirdiyi qanı əvəz etmək lazımdır. Bununla yanaşı, hipofibrinogenemiyanın dərəcəsiindən asılı olaraq (venoz qanda fibrino-

genin miqdarı 50-70%-ə qədər azalmanın bütün hallarında), xəstənin venasına 3-12 qram fibrinogen yeridilməlidir.

Fibrinolizin inhibitoru traneksam turşusu, mnn - aminometilbenzoy turşusudur (amben). Traneksam turşusu antifibrinolitik, iltihabəleyhinə və anti allergik təsirə malik olub, hemostaza təsir etmir. Hamiləliyin I üç aylığında istifadə edilir, gündə 1-2 dəfə 5-10 ml əzələ, yaxud vena daxilinə, tablet formasına keçməklə (gündə 3 dəfə 250-500 mq) qanaxma dayanana qədər təyin edilir.

Qanaxma zamanı fibrinolizin və trombositopeniyanın aktivləşməsi şərti ilə amben (aminometilbenzoy turşusu) – 5-10 ml məhlulda vena daxilinə, yaxud əzələ daxilinə 100 mq yeridilir. Əks göstəriş: hamiləliyin I trimestri, DLS xroniki forması. Əlavə təsiri ola bilər: taxikardiya, başgicəllənmə, A/T-nin enib-qalxması, dispeptik pozulmalar.

Kəskin fibronoliz zamanı aminokapron turşusunun məhlulu damcı üsulu ilə, heparinemiya zamanı isə protamin-sulfat məhlulu tədricən venaya yeridilir. Eləcə də venaya hidrokortizon və noradrenalin yeritmək məsləhət görülür.

Bunlarla yanaşı, xəstəyə qanı əvəz edən mayelər, askorbin turşusu ilə qlükoza məhlulu yeridilir. Ağır hallarda qlükoza məhlulunun yeridilməsi təkrar olunur, qlükozanın yaxşı mənimsənilməsi üçün 4 qram quru glükozaya 1 TV insulin əlavə olunur.

Qanəkəsicə maddələrdən kalsium xlorid, vikasol, stiptisin, barbaris, su bibəri və s., simptomatik müalicə məqsədilə atropin, kordiamin, strofantin, eufillin və s. tətbiq edilir.

Şiddətli uşaqlıq qanaxması nəticəsində maksimal təzyiq 70 mm.c.süt. səviyyəsindən aşağı düşdükdə arteriya daxilinə 400-500 ml donor qanı yeritmək lazımdır.

Donor qanın tərkibindəki natrium sitratın toksiki təsirini və kalium ionlarının artıq miqdarını neytrallaşdırmaq məqsədilə orqanizmə hər 400-500 ml qan köçürdükdən sonra venaya tədricən 10-15 ml 0,5%-li novokain məhlulu və 10 ml 10%-li kalsium qlükonat məhlulunun yeridilməsi məsləhət görülür.

Şiddətli qanaxmalar zamanı orqanizm çox miqdarda zülal itirdiyindən vena daxilinə albumin yeridilir, serum albumininin orqanizmdən xaric olması nəticəsində albumin-qlobulin koeffisiyenti və orqanların kapilyar şəbəkəsində eritrositlərin adheziyası azalır. Beləliklə, orqanlarda və toxumalarda qanın mikrosirkulyasiyası pozulur ki, bunun da nəticəsində mikrotrobozlar yaranır.

Orqanizmin itirdiyi qanı tam kompensasiya etmək üçün qanla birlikdə orqanizmə kolloid məhlulları və zülallar (albumin, protein) yeritmək çox yaxşı nəticə verir. Orqanizmdə törənən asidoza qarşı venaya sutkada (hər 20 dəqiqədən bir) 3-4 dəfə natrium hidrokarbonat məhlulu yeridilir, bu məqsədlə antihistamin preparatlarından da istifadə edilir (dimedrol və s.).

Son illər qanaxmanı dayandırmagın yeni üsulu diqqəti cəlb edir. Ədəbiyyatda VII (rFVIIa entakoq-alfa, Novo-Seven) koaulyasiya faktorunu rekombinə aktivləşdirən “Novonordinks” (Danimarka) firmasının preparatları kütləvi məmalıq qanaxmalarında istifadə edilir.

rFVIIa təyini fonunda infuzion – transfuzion və hemostatik terapiya kifayət miqdarda təzə dondurulmuş plazma, kolloid məhlulları və fibrinolizin inhibitorlarından istifadə olunur. (rFVIIa 90-100 mg/kq dozada təyin edilir).

Uşaqılıq qanaxmaları zamanı aparılan müalicə tədbirlərinin effekti (doğan qadının vəziyyətini nəzərə almaqla) onların vaxtında tətbiq edil-məsindən asılıdır.

Qanın laxtalanma qabiliyyətinin pozulmasının kompleks müalicə-si.

Rp.: Fibrinogeni 1,0-500 ml

D.S. Flakondakı dərmanı 1-2q 500 ml həlledicidə həll edib, tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Rheopolyglucini 400 ml

D.t.d. № 3

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 800 ml (ağır hallarda 1200 ml) yeritməli.

Rp.: Sol. Acidi aminocapronici 5%-100ml

D.t.d. № 3

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 100 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Protamini sulfatis 1%-5ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Venaya tədricən 5-15 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Noradrenalini hydrotartratis 0,2%-1ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 4 ml-i 500 ml 5%-li qlükoza məhlulunda yeritməli.

Rp.: Hydrocortisoni hemisuccinatis 0,05

D. t. d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2 ampuladakı dərmanı 10 ml həlledicidə həll edib venaya yeritməli.

- Rp.: Sol. Glucosi 40%-60 ml  
 cum Insulino 5 TV  
 Sol. Acidi ascorbinici 5%-10 ml  
 Sterilisetur!  
 D. S. Venaya yeritməli.
- Rp.: Sol. Glucosi 40%-20 ml  
 D.t.d. № 10 in ampull.  
 S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə venaya 20 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Calcii chloridi 10%-10 ml  
 D. t. d. № 10 in ampull.  
 S. Venaya ehtiyatla 10 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Vikasoli 1%-1ml  
 D.t.d. № 10 in ampull.  
 S. Əzələyə 1 ml yeritməli.
- Rp.: Cotarnini chloridi 0,2  
 Aquae pro injectionibus 10 ml  
 M. Sterilisetur!  
 D.S. Dəri altına 1 ml yeritməli.
- Rp.: Extracti Polygoni hydropiperis fluidi 30,0  
 D.S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 30-40 damcı qəbul etməli.
- Rp.: Tincturae foliorum Berberis 50 ml  
 D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 30-40 damcı qəbul etməli.
- Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1%-1ml  
 D.t.d. № 6 in ampull  
 S. Dəri altına 1 ml yeritməli.
- Rp.: Cordiamini 15ml  
 D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 25 damcı qəbul etməli.
- Rp.: Sol. Strophanthini 0,05%-1ml  
 D.t.d. № 3 in ampull.  
 S. 0,5 ml 20 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda  
 venaya yeritməli.
- Rp.: Sol. Euphyllini 24%-1ml  
 D.t.d. № 10 in ampull.  
 S. Əzələyə 1 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Novocaini 0,5%-5 ml  
 D.t.d. № 15 in ampull.  
 S. Venaya 10-15 ml yeritməli.
- Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% - 10 ml  
 D. t. d. № 10 in ampull.  
 S. Venaya 10 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Albumini placentaris 5%-250 ml

Da. Sterilis!

S. Damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Proteini 4,8%-250 ml

Da. Sterilis!

S. Damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

Rp.: Sol. Natrii hydrocarbonatis 5%-200 ml

Da. Sterilis!

S. Damcı üsulu ilə venaya 200 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Nova Seveni 1,2

D.t.d №1

S. Qanaxma başladıqdan sonra dərhal vena daxilinə şırınaqla yeritməli.

Doza rejimi aşağıdakı kimi məsləhət edilir:

1. Bədən çəkisinin 90 mq/kq dozada olmaqla

İnyeksiyadan 3-ə qədər 3 saatdan bir yeridilir, təkraredici effekt üçün preparatdan İnyeksiyada 3mq/kq təyin etmək olar; 2) preparatın birdəfəlik İnyeksiyası bədən çəkisinin 270 mq/kq hesab ilədir. Ambulator müalicənin davamı 24 saatdan çox olmamalıdır.

### ANTİFİBRİNOLİTİKLƏR

Rp.: Sol. Ambeni 1%-5 ml

D.t.d. № 5

S. Tədricən venaya 1-2 dəfə, yaxud əzələyə 100 mq yeritməli. (dozalar fərdidir)

Rp.: Gordox 500 000 TV

D.S. Vena daxilinə tədricən-damcı üsulu ilə yeritməli (vəziyyətdən asılı 50 min KİE artırmaq olar.)

Qordoks (Aprotinin) – proteazanın polivalent inhibitorudur. Anti-proteolitik, antifibrinolitik və hemostatik təsirlidir. Qanın fibrinolitik aktivliyini azaldır, fibirinolizi dayandırır və koagulopatiyada hemostatik təsir edir.

Preparatın effektivliyi kallikrein inaktivləşdirici vahidi (KİV) gücləndirir. 1 KİE 140 mq aprotininə, 100000 KİE 14 mq aprotininə, 500000 KİE-70 mq aprotininə uyğundur.

Preparat vena daxilinə yavaş-yavaş yeridilir, xəstə ciddi uzadılmış vəziyyətdə olmalıdır. Hiperfibrinolizlə bağlı qanaxmada və qansızmada preparat vena daxilinə 100000 – 200000 TV miqdarda damcı üsulu ilə yeridilir, lazım olduqda 500000 KİE yeridilməsi mümkündür (qanaxmanın intensivliyindən asılı olaraq).

### **Antifosfolipid sindrom (AFS)**

XX əsrin sonunda heç kəsə məlum olmayan antifosfolipid sindromu aşkar olundu. Bununla yanaşı, hemostaz sistemdə trombotik ağırlaşmaları yaradan genetik defekt aşkar olundu. Bura aiddir: Leyden faktorunun mutasiyası, protrombin G 20210A mutasiyası, metilentetrahidrofolatreduktati (MTHFR G 677 T) plazminogen aktivatorunun genlərinin polimorfizmi (PAJ-14G 15G). Trombositar reseptorların polimorfizmi qazanılmış və genetik trombofiliyanın əsas səbəblərinin araşdırılması imkan verir ki, müxtəlif ağırlaşmaların patogenezi ümumi klinikada eləcədə mamalıq-ginekologiya praktikasında qiymətləndirilsin. (Makasariya A.D, V.O. Bisadze, 2008). Antifosfolipid sindrom – simptom-kompleksdir, klinik əlamətlərin və laborator müayinənin nəticələrinin birləşməsiylə təyin olunur. Antifosfolipid sindrom arterial və venoz trombozlara, dölün itkisi sindromuna, immun trombositopeniya və nevroloji pozğunluqlara səbəb olur. AFS – sindrom kəskin multiorgan çatışmazlıqla müşahidə olunur, bu da əsasən katastrafik formaya xasdır. AFS-nın bu forması DDL- sindromunu xatırladır, bu zaman kəskin distres – respirator sindrom, insult, infarkt, böyrəküstü vəzin çatışmazlığı baş verir.

Mamalıqda və ginekologiyada hormonal kontroseptivlərin, əvəz olunan hormonterapiya, sonsuzluq və EKM uğursuzluğu o cümlədən onkoloji xəstələrdə AFS trombotik ağırlaşmalara və metastazın yayılmasına səbəb olur.

Venoz və arterial trombozların profilaktika və müalicəsində bu gün də heparin birinci yerdədir. Bu preparat universal parenteral antikoagulyantdır. Heparin antitromboz əleyhinə və antitrombositar effektdə malikdir. Heparin kiçik dozada 15000 TV sutkada təyin olunur. Aktivləşmiş X faktoru neytrallaşdırır, beləliklə trombinin əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Kiçik dozalı heparin kesar əməliyyatından qabaq, xüsusilə də əgər hamiləlik ağırlaşmalarla müşahidə olunubsa doğuşdan sonrakı endometritlərdə, anamnezində tromboz və ya tromboemboliyası olanlara təyin olunur. Heparin qarnın ön divarına 5000 TV nazik iynə ilə 8-12 saat fasilə ilə yeridilir. Heparin terapiyası qlükoza infuzisiyası ilə eyni vaxta aparılır. Heparinin müalicəvi dozasına nəzarət olunmalıdır. İndiki dövrdə mamalıqda kiçikmolekullu heparin (KMH) tətbiq edilir. Aşağı molekullu heparin uzun müddət trombin əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Ona görə də sutkada 1 dəfə dəri altına yeridilir (fraksiparin, enoksiparin, dalteparin). Düzgün yeridilərsə hematoma əmələ gəlmir.

Yalnız digər antikoagulyantlar kimi KMH də aşağıdakı hallarda tətbiq edilə bilməz:

- a) müxtəlif genezli qanaxmalar
- b) normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması
- c) hamiləliyin erkən müddətində xorionun ayrılması (hətta bu ayrılma AFS-lə şərtləşərsə)
- d) heparinə idiosinkraziya
- e) trombositlərin miqdarının kəskin düşməsi (əvvəlki miqdarı ilə müqayisədə 5%-dən çox) qeyrifraksion heparin, yaxud kesar terapiyasının 5-10-cu günü QİT II yüksək ehtimalda

AFS-in diaqnostik kriteriyasına bir və daha çox kliniki hadisə arterial, venoz tromboz, yaxud müxtəlif üzv və toxumaların kiçik diametrlı damarlarının trombozu daxildir. Laborator göstəricilər fosfolipiddən asılı antitelin aşkar edilməsinə əsaslanır (JgM, A, C, kardiolipin və s).

Beləliklə, AFS-in diaqnozu bir kliniki əlamətlər və seroloji kriteriya olduqda qoyulur.

### AFS-li HAMİLƏLƏRDƏ ANTI-XQ-ANTİTELLƏRƏ MÜALİCƏVİ TƏDBİRLƏR QLÜKOKORTİKOİDLƏR

Döldə tromboembolitik fəsadları azaltmaq üçün sistem xəstəliklərindən az dozada qlükokortikoidlər təyin edilir.

Metipred 4-8 mq/sut., prednizolon 5-10 mq/sut. yeməkdən sonra təyin edilir. Doza və terapiya müddəti fərdi təyin edilir.

Rp.: Metypredi 0,004

D.t.d. № 30 in tabl.

S. Gündə 1 dəfə  $\frac{1}{4}$  - 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Prednisoloni 0,005

D.t.d. № 20

S. Gündə 1 dəfə  $\frac{1}{4}$  - 2 tablet qəbul etməli.

### TROMBOSİTLƏRİN AKTİVİASİYASININ İNHİBİTORU (ASPIRİN, REOPOLİQLÜKİN)

Dipiridamol. Göstəriş: trombositlərin aqreqasiyasının yüksəlməsində tətbiq edilir. Əlavə təsiri—zəiflik, ürəkbulanma, A/T düşməsi. Əks göstərişlər: fərdi mənimsənilməməsi. Preparatın hamiləliyin bütün müddətində hətta I trimestrində də tətbiqinə icazə verilir. Doğuşa 24 saat qalmış dərman kəsilməlidir.

Rp.: Tabul. Dipyridamoli 0,025

D.t.d. № 30

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə yeməkdən 1 saat qabaq 2 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Acidi acetylsalicylici 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Qeyd etmək lazımdır ki, aspirin preparatının I trimestrdə hamiləliyin pozulma təhlükəsi əlamətlərində təyin edilməsi məqsədəuyğun deyildir, belə ki, 7-9 sutka ərzində aspirin trombositlərin aqreqasiyasını inhibə edir, düşük hallarında qanaxma baş verə bilər. Aspirin qəbulunu doğuşa 7-9 sutka qalmışa qədər kəsmək lazımdır.

Rp.: Reopoluqlucini 400 ml

D. S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

▪ Reopoliqlükün vena daxilinə damcı üsulu ilə çox vaxt heparin ilə birlikdə təyin edilir, müalicə kursu günaşırı 2-3 damcı üsulundan ibarətdir. Preparatın tez-tez əlavə təsirləri olur: baş ağrısı, titrətmə.

## DÜZ ANTİKOAGULYANTLAR

Heparin 5000-15000 TV reopoliglükünlə, yaxud 0,9%-li natrium xloridin izotonik məhlulu ilə (vena daxilinə damcı üsulu), yaxud 5000 TV sutkada 2-3 dəfə dəri altına II və III üçaylıqdan doğuş anına 1 sutka qalmış hər 12 saatdan bir təyin edilir. Doğuşdan sonra heparinin müalicəsi 12 saatdan sonra yenidən başlanır və 6 həftəyə qədər davam edilir. Heparinlə müalicədə trombositlərin səviyyəsinə və A/T nəzarət etmək lazımdır. Bu göstəricilərin aşağı düşməsində heparinə induksiya trombozların inkişafı baş verə bilər.

Rp.: Rp.: Heparini 5ml-15 000 TV

D.S. Gündə 2-3 dəfə dəri altına 5 min TV, yaxud 0,9%-li natrium xloridin izotonik məhlulunda, yaxud reopoliqlükün məhlulunda 5-15 minTV tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (laxtalanmaya nəzarət olmaqla!).

Trombofiliyalı pozulmanın müalicə üsulunda kiçikmolekullu heparinlər seçmək lazımdır.

Rp.: Sol. Fraxiparini 5700 ME/anti-XA

D.S. Dəri altına yeritməli.

Rp.: Sol. Klexani 0,08

D.S. Dəri altına yeritməli.



Rp.: Sol. Fraqmeni 5000 ME/anti-XA

D.S. Dəri altına hamiləliyin I trimestrində 1 dəfə, II və III trimestrində 3 dəfə təyin edilir (kiçik molekullu heparinlərlə (KMH) müalicənin müddətinin təyini fərdidir. Hemastazioqrammanın nəzarəti altında).

### İMMUNOGLOBULİNİN VENA DAXİLİNƏ TƏTBİQİ ÜÇÜN

Qamimun – H/(Hamunex) 10%-li məhlulda 5 q (50 ml) dozada damcı ilə yeridilir.

Rp.: Hamunex 10% - 5,0(50 ml)

D.S. Vena daxilinə gūnaşırı 3 dəfə, hamiləliyin gedişində hər 6-8 həftədən bir təyin edilir.

Onu da qeyd etmək olar ki, trombofilitik fəsadların müalicəsini seçərkən plazmaferezdən də istifadə etmək olar.

A.N.Tixomirov, D.İ. Lubnin, (2008) utrojestandan (progesteron) gündə 100 mq 3 dəfə (uşaqlıq yolu daxili istifadəsi) məsləhət edir. Müalicə mayalanma başladıqdan 3 gün sonradan hamiləliyin 20 həftəsinə qədər davam edilir.

Rp.:Tabul. Utrojestani 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə uşaqlıq yoluna yeritməli.

## XI FƏSİL

### DÖLYANI MAYENİN ƏMƏLƏ GƏTİRDİYİ EMBOLİYANIN MÜALİCƏSİ

Dölyanı mayedən baş verən emboliya sərbəst patoloji proses kimi hipo – yaxud afibrinogenemiya nəticəsində uşaqlıq qanaxması törədə bilər.

Qanın laxtalanma xassəsinin pozulmasının əsasını 3 mühüm proses təşkil edir:

a) fibrinogenin fibrinə çevrilməsi və onun qan damarlarının divarında çökməsi;

b) fibrinoliz (fibrinogenoliz);

v) trombositlərin aqlutinasiası və onların qan-damar kapilyarlarında toplanması nəticəsində tez bir vaxtda yaranan trombositopeniya.

Dölyanı mayenin ananın qan dövrəsinə qarışması, döl pərdəsinin cırılması və dölyanı mayenin asanlıqla xovlu qişaarası boşluğa, yaxud uşaqlığın müəyyən hissəsinin vena sistemə keçməsi, eləcə də amnial boşluğun daxili təzyiqinin uşaqlığın vena sistemə təzyiqindən artıq olması nəticəsində törənir. Dölyanı mayədə əmələ gələn emboliyaya şiddətli doğum fəaliyyəti ilə əlaqədar cift ətrafı qişaların cırılması da şərait yaradır. Belə vəziyyətdə xovlu qişaarası boşluğun tamlığı pozulur və amnial maye ananın vena sistemə keçir.

Ciftin uşaqlığın aşağı hissəsində yerləşməsi və onun müxtəlif formada gəlişi, kesar kəsiyi, uşaqlığın cırılması dölyanı mayenin uşaqlıq qan damarlarına keçməsinə əlverişli şərait yaradır.

Dölyanı mayenin ananın qan dövrəsinə qarışması bütün hallarda ölümlə nəticələnir. Dölyanı mayenin az miqdarda qana keçməsi qanın laxtalanma qabiliyyətini zəiflətməklə yanaşı, şok törədir, bunun da nəticəsində xəstənin ümumi vəziyyəti ağırlaşır. Dölyanı mayenin qana keçməsi emboliya, şiddətli hipoksiya fonunda əmələ gəlir. Uşaqlıq qanaxması orqanizmin hipoksiya vəziyyətini dərinləşdirir, bunun da nəticəsində həyat üçün vacib orqan və sistemlərin fəaliyyətində tez bir zamanda az qan itirdikdə belə, dönməyən şiddətli dəyişikliklər törədir.

Şiddətli doğuş fəaliyyəti zamanı dölyanı mayenin qana keçməsindən emboliya törənersə, təcili doğuş aktı yaratmaq lazımdır. Bu zaman görüləcək əsas terapevtik tədbirlərdən biri oksigen müalicəsi tətbiq etməklə hipoksiyaya qarşı mübarizə aparmaqdan ibarətdir (oksigeni xəstəyə xüsusi aparat vasitəsilə vermək, yaxud xəstəni oksigen palatasında yerləşdirmək lazımdır). Bu məqsədlə tətbiq edilən ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası da yaxşı nəticə verir.

Oksigenin şadlandırıcı qazla (azot 1-oksidi) qarışığının inhalyasiyası daha məqsədəuyğundur. Bu zaman hərəkət oyanmaları, ölümdən qorxma hissi və stress reaksiyası xeyli zəifləyir. Adətən 40 hissə oksigenə 60 hissə şadlandırıcı qaz (azot 1-oksidi) götürülür.

Dərman preparatlarından novokain, heparin, amino-kapron turşusu, hidrokortizon, noradrenalin, qlükoza, askorbin turşusu, eufillin və s. tətbiq olunur. Dezintoksikasiya maddəsi kimi hər 2 saatdan bir 0,5-1%-li novokain məhlulundan 10-15 ml venaya yeridilir. Hidrokortizon ən səmərəli desensibilizəedici maddədir. Onun vaxtında orqanizmə yeridilməsi dölyanı mayenin qana keçməsindən törənən anafilaksiya reaksiyasını zəiflədir. Ağ ciyərlərin ödemi zamanı hidrokortizonun tətbiq edilməsi əks-göstərişdir. Qanın laxtalanma xassəsinin zəifləməsi ilə əlaqədar törənən qanaxmalarda olduğu kimi, burada da xəstələrə donor qanı köçürmək, qan serumu və qanı əvəzədən mayələr yeritmək məsləhət görülür. Dölyanı mayenin qana keçməsindən törənən emboliya zamanı uşaqlığın amputasiyası əks-göstərişdir.

Göstərilən tədbirlərlə yanaşı, xəstəyə sakit şərait və isti yataq rejimi yaratmaq lazımdır. Xəstənin arterial qan təzyiqi normallaşana qədər onu doğuş çarpayısından və ya operasiya stolundan tərətmək və ümumi palataya keçirmək olmaz. Bu göstəriş əməl edilmədikdə xəstə ölə bilər. Doğmuş qadın belə terminal vəziyyətdən çıxarıldıqdan sonra ona ciddi və uzunmüddətli yataq rejimi yaradılmalı və qanıtırmədən sonra törənən anemiyaya qarşı səmərəli müalicə aparılmalıdır.

Rp.: Sol. Novocaini 0,5%-10 ml

D. t. d. № 10 in ampull.

S. Hər 2 saatdan bir venaya 10-15 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Noradrenalinii hydrotartratis 0,2%-1ml

D. t. d. № 6 in ampull.

S. 4 ml preparatı 500 ml 5%-li qlükoza məhluluna qarışdırıb damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

Rp.: Hydrocortisoni hemisuccinatis 0,05

D. t. d. № 6 in ampull.

S. Gündə 2 ampuladakı dərmanı 10 ml həlledicidə həll edib venaya yeritməli.

Rp.: Sol. ε-Acidi aminocapronici 5%-100ml

D. t. d. № 3

S. Damcı üsulu ilə venaya 100 ml yeritməli.

Rp.: Heparini 5ml.

D. t. d. № 6

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə əzələyə 1-2 ml (5000-10000 TV)  
yeritməli.

Rp.: Sol. Euphyllini 2,4%-10ml

D. t. d. № 10 in ampull.

S. Venaya tədricən 10 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Glucosi 40%-20ml

Sol. Acidi ascorbinici 1%-2ml

D. t. d. № 10 in ampull.

S. Gündə venaya tədricən 25 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Natrii hydrocarbonatis 5%-50ml

D. t. d. № 10 in ampull.

S. Gündə 3-4 dəfə, hər dəfə venaya 50 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Protomini-sulfatis 1%- 2 ml.

D. t. d. № 10 in ampull.

S. Tədricən axınla venaya 2ml. yeritməli

## XII FƏSİL

### ZAHILIĞIN SEPTİKİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏSİ

Doğuşdan sonrakı zahılıq dövründə baş vermiş patoloji proseslər sırasında infeksiyon xəstəliklər mühüm yer tutur. Həmin infeksiyaları müxtəlif mikroblar (stafilokokklar, streptokokklar, qonokokklar, bağırsaq çöpləri, qazlı qanqrenanın törədicisi və s.) əmələ gətirir.

Son 20 il ərzində antibiotiklərin geniş tətbiqi nəticəsində doğuşdan sonrakı dövrdə xəstəliklərin (puerperal) gedişində böyük dəyişikliklər baş vermişdir. Bunların və digər antimikrob preparatların tətbiqi ilə əlaqədar antibiotiklərə qarşı davamlı stafilokokk infeksiyasının sayı artmışdır. Həmin infeksiyalar sırasında bağırsaq çöplərinin yaratdığı xəstəliklərə də tez-tez rast gəlinir.

Doğuşdan sonrakı dövrün xəstəlikləri adətən endogen və ekzogen infeksiya mənşəli olur. Ekzogen infeksiya doğuş yollarına doğuş prosesində bilavasitə iştirak edən personalın əllərindən, alətlərdən, eləcə də aerogen yolla keçir. Endogen infeksiya isə uşaqlığa cinsiyyət üzvlərinin aşağı hissələrindən, həmçinin, mikroflora yerləşən nahiyədən (bağırsaqdan, sidik kisəsi, ağız, burun-udlaq boşluğundan) metastaz yolu ilə keçir.

Doğuşdan sonrakı dövrdə baş verən infeksiya – patogenetik cəhətdən- mikroorqanizm ilə makroorqanizmin qarşılıqlı münasibəti nəticəsində gedən dinamik prosesdir. Həmin prosesdə həlledici rol mikroorqanizm – onun müqavimətgöstərmə və reaktivlik qabiliyyəti oynayır.

Zahılıq dövründə infeksiya üçün qapı rolunu aralığın, uşaqlıq yolunun və uşaqlıq boyunun cırılması oynaya bilər. Doğuş zamanı uşaqlıq septiki infeksiyaya (xüsusilə ciftin yerləşdiyi sahədə) düşər olur. Bu zaman mikroblar orqanizmə əsasən hematogen bəzi hallarda isə limfa, uşaqlıq yolu, kanalı və borular vasitəsilə yayılır.

İnfeksiyon ağırlaşmalar yayılma dərəcəsinə görə ayırd edilir: lokal, ümumi forma; infeksiya ocağının lokalizasiyası: uşaqlıq yolu, uşaqlıq artımlar, parametral toxuma, kiçik çanaq venaları, süd vəzisi. İnfeksiyanın törədiciləri aerob, anaerob, qrammüsbət, qrammənfi mikroorqanizmlər, mikoplazma, xlamidiya, göbələk və s. ola bilər.

Mamalıq praktikasında tez-tez təsadüf olunan irinli septik xəstəliklərin formalarından mastiti, endometriti, peritoniti, sepsisi, septiki şoku, göstərmək olar.

## MASTIT

Doğuşdan sonra baş verən mastit (yaxud laktasion) süd vəzilərinin infeksiyalaşması nəticəsində inkişaf edir və laktasiya ilə yanaşı getdiyi üçün ağırlaşır. Mastitin əsas törədicisi qızılı stafilokokk olub, 70-80% təsadüf edilən hospital formalı ştammlarıdır. Xəstəxanada yatdığı müddətdə irinli mastit diaqnozu ilə əməliyyat olunmuş zahı qadınlara yarasına ikincili infeksiyaya səbəb olan qızılı stafilokokkla yanaşı, hospital ştammlı başqa qram-mənfi mikroorqanizmlər də (protey, eşerixilər, klebsiellilər və s.) keçə bilər. Doğuşdan sonra baş verən birtərəfli mastiddə infeksiyaya tutulmuş 10 qadının 8-9-nun, sağlam 10 qadının isə 4-5-nin südündə qızılı stafilokokk tapılır. Qızılı stafilokokk ştammları və qram-mənfi mikroorqanizmlər dərman preparatlarına, xüsusilə geniş tətbiq olunan yarım sintetik penisillinə qarşı davamlılıqları yüksəkdir.

Doğuşdan sonrakı dövrdə olan mastit müvafiq ümumi və xüsusi klinik əlamətlərlə baş vermiş kəskin iltihabı prosesdir. Prosesin tez bir zamanda seroz formadan infiltrativ, sonradan irinli formaya keçməsi xarakter cəhətdir.

Doğuşdan sonra törənən mastitin klinik gedişinin xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq, xəstəliyin aşağıdakı təsnifatı təklif olunur:

- 1) Seroz (təzə başlanan) forma;
- 2) İnfiltrativ forma;
- 3) İrinli forma;
  - a) infiltrativ – irinli formalar (diffuz və düyünlü formalar);
  - b) absesləşən formalar:
    - areolanın furunkulyozu;
    - areolanın absesi;
    - döş vəzisini əhatə edən abses;
    - döş vəzisinin arxasında əmələ gələn abses (retromammar abses);
  - v) fleqmanoz forma;
  - irinli – nekrotik;
  - q) qanqrenoz forma.

İrinli mastitin klinik formalarından ən çox rast gəlinəni infiltrativ-irinli formadır (xəstələrin təxminən 2/3 %-ində).

Hazırda doğuşla əlaqədar baş verən mastit, əksər hallarda, qadın doğum evindən yazıldıqdan sonra inkişaf etməyə başlaya bilər. Doğuşdan sonra yaranan mastitin diaqnozu asanlıqla qoyulur. Xəstəliyin ilk

əlamətləri görünən kimi, dərhal müalicəyə başlamaq lazımdır. Ən əvvəl, xəstə yataq rejiminə riayət etməlidir. Müalicənin gedişi və intensivliyi xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq təyin edilir. Mastitin müalicəsi etiotrop, kompleks, sistemativ və fəal aparılmalıdır. Əsas komponenti antibiotiklər olmaqla, irinli mastitin müalicəsi cərrahi yolla və antibiotiklərin tətbiq edilməsi ilə birlikdə aparılır. Adətən, müalicəni bir antibiotiklə başlayırlar. Penisillinin yarım sintetik preparatlarından (oksisillindən, metisillindən, ampicillindən, dikloksasillindən) istifadə etmək daha məqsədəuyğundur. Qızılı stafilokokklar tapıldıqda antibiotiklərlə müalicə xüsusilə intensiv aparılmalıdır. Davamiyyəti 7-10 gündür. Penisillin preparatlarına qarşı allergiya baş verdikdə başqa antibiotiklər-xüsusilə linkomisin və fuzidin tətbiq etmək məsləhət görülür. Həmin antibiotiklərlə müalicə 8-10 gün müddətində aparılır. Əgər irinli mastiti olan xəstələrdə penisillinin yarım sintetik preparatlarına, linkomisinə və fuzidinə qarşı davamlılıq yaranmışsa və həmin preparatların tətbiqindən effekt alınmırsa, əməliyyat yarasına ikincili infeksiyanın-xüsusilə protey infeksiyasının keçməsi haqqında düşünmək lazımdır. Belə hallarda mastit yarasından götürülən irinin təkrari bakterioloji tədqiqatından sonra antibiotiklərlə müalicəyə düzəliş edilməlidir. Antibiotiklərlə müalicə zamanı müxtəlif qruplardan olan preparatlar kombinasiyasının (oksisillin ya metasillinə kanamisin, ampioks, gentamisin və s.) tətbiqi daha yaxşı nəticə verir. Ən güclü antibakterial təsir spektrinə malik sefalosporin qrupu antibiotikləri ilə (seporin, kefzol) müalicənin aparılması olduqca məqsədəuyğundur. Mastitin müalicəsində antibiotiklərin yerli tətbiqi (mastit yarası olan süd vəzisinə yeridilməsi) məqsədəuyğun hesab edilmir. Qızılı stafilokokk ştammları təsadüflərin 85%-ində benzilpenisillin preparatlarına qarşı davamlılıq göstərdiklərinə görə, irinli mastitlərin müalicəsində tətbiq edilməsi effekt vermir.

Yuxarıda göstərilən səmərəli antibiotiklər olmadıqda, irinli mastitlərin müalicəsində makrolid qrupu antibiotiklərindən (eritromisin, oleandomisin) istifadə etmək məsləhət görülür. Bu preparatlarla müalicə 7-10 gün müddətində aparılır. Profilaktik məqsədlə disbakteriozun və kandidamikozun qarşısını almaq üçün göbələk əleyhinə antibiotiklərdən (fluconazol, nistatin və levorin) istifadə olunur.

Son vaxtlarda qram-müsbət və qram-mənfi bakteriyaların törətdikləri xəstəlikləri, o cümlədən mastiti müalicə etmək üçün kombinasiyalı sulfanilamid preparatı biseptoldan (baktrimdən) geniş istifadə olunur (tərkibi sulfametoksazoldan və trimetoprimdən ibarətdir).

Həb formasında buraxılan bu preparatın hər birinin tərkibində 0,4 sulfametoksazol və 0,08 trimetoprim vardır.

Doğuşdan sonra baş vermiş mastitin kompleks müalicəsində infeksiyaya qarşı davamlılığını artırmaq məqsədilə – xəstələrə stafilocokk əleyhinə qamma-qlobulin, adi qamma-qlobulin, stafilocokk anatoksini (hər 3-4 gündən bir kürəyin dərisi altına 1 ml – cəmi 3 inyeksiya) təyin edilir. Həmçinin yeni donor qanı (200-250 ml) və qan serumu (150-300 ml) köçürülür.

Doğuşdan sonra törənən mastit zamanı qanda sərbəst histaminin və histaminəbənzər maddələrin miqdarı çoxaldığından (eləcə də anti-biotiklə müalicə zamanı baş verən allergik reaksiyaların profilaktikası məqsədilə) histamin əleyhinə preparatlar tətbiq edilir. qlükokortikosteroid hormonların preparatları iltihab və allergiya əleyhinə, desensibilizasiyaedici, antitoksik təsir göstərir, antibiotiklərin patoloji ocağa keçməsinə şərait yaradır, bununla yanaşı, immunodepressant əlamətlərinə görə immunogenezi zəiflədir. Odur ki, qlükokortikosteroidlərin antibiotiklərlə birlikdə tətbiqi yalnız doğuşdan sonra baş verən mastiti başqa preparatlarla müalicə etmək mümkün olmadıqda məsləhət görülür.

Doğuşdan sonrakı dövrdə törənən mastitin müalicəsində analgetik, sedativ və iltihab əleyhinə preparatlardan da istifadə olunur. Laktasion mastitlərin kompleks müalicəsinə B qrupu və C vitamin preparatlarını da daxil etmək məqsədəuyğundur.

Sürətlə inkişaf edən və gedişi ağırlaşan mastit zamanı laktasiyanı zəiflətmək məsləhət görülür. Laktostazi aradan qaldırmaq məqsədilə, döş vəzilərindən südün (ehtiyatla) sağılmasını sonra, əzələyə 1 ml (5 TB) oksitosin yeritmək məsləhət görülür. Oksitosin inyeksiyasından 20-30 dəqiqə əvvəl əzələyə 2%-li noşpa məhlulundan 2 ml yeridilməlidir.

Oksitosinin 2-3 gündən artıq yeridilməsi tövsiyə edilmir. Çünki döş vəzilərindən südün sağılması və oksitosinin orqanizmə yeridilməsi hipofizin prolaktin hormonunun sekresiyasını artırır ki, bu da, öz növbəsində, laktasiyanın sürətlənməsinə səbəb olur.

Südün hasilini aşağı salmaq üçün parlodel, bromokriptin, yaxud dostineksdən istifadə edilir. Həmin preparatların təsiri altında qanda prolaktinin miqdarı azalır, beləliklə laktasiya zəifləyir. Bu göstərilənlərin hamısı ilə yanaşı, laktasiyanın zəiflədilməsi məsələsi zahı qadının razılığı ilə-fərdi surətdə həll edilməlidir. Laktasion mastitin irinli formasında cərrahi müalicə aparılır.



## SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN MİKROB ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

### Monoterapiyada seçilən dərman maddələri

Rp.: Oxacillini 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 4 dəfə, hər dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə 1 q yeritməli, 7-8 gün.

Rp.: Augmentini 1,2

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena yaxud əzələ daxilinə yeritməli, sonra gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,625-1 daxilə qəbul etməli 7-8 gün.

Rp.: Cefozalini 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli, 7-8 gün.

### ALTERNATİV DƏRMAN MADDƏLƏRİ

#### Sefalosporinlər

Rp.: Cephotaximi 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə yeritməli, 5-7 gün.

Rp.: Cephalexini 0,5

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 4 dəfə daxilə qəbul etməli 7-8 gün.

Rp.: Fortum 1,0

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə hər dəfə 1 q vena yaxud, əzələ daxilinə yeritməli, 5-7 gün.

Rp.: Cephureximi 0,75

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə əzələ daxilinə yeritməli, 7-8 gün.

Rp.: Zinnat 0,5

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə hər dəfə 0,5 daxilə-1qram qəbul etməli 7-8 gün.

#### Aminoqlükozidlər.

Rp.: Sol.Gentamycini sulfasi 4%-2 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeritmə, (3-5 mq/kq 5 gün).

Rp.: Sol. Netilmicini sulfasi 0,04

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeritmə, 5 gün (4-7,5 mq/kq)

Rp.: Sol.Lincomycini hidrohloridi 30%-1ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 3 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə 0,6 q yeritməli, 7-8 gün.

Rp.: Sol. Clindamycini 150 mq/ml-2ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 3 dəfə əzələ daxilinə 0,6 q yeritməli, 5-7 gün.

Rp.: Fuzidini 1,0

D.t.d. № 10 in tabl

S. Gündə 2-3 dəfə daxilə qəbul etməli 7-8 gün.

Metisillinə rezitentli staphylococcus aureus törədicilərində tətbiq edilir.

Rp.: Vancomycini 0,5

D.t.d. № 10

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli, 5 gün.

#### LAKTASIYANI AZALTMAQ MƏQSƏDİ İLƏ

Rp.: Tabul. Bromokriptini 0,0025

D.t.d. № 30

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (14 gün).

Rp.: Tabul. Cabergolini (Dostinex) 0,5

D.t.d. № 4

S. Gündə 1 dəfə qəbul etməli, 1-2 gün.

#### İNFUZİON – TRANSÇFUZİON TERAPİYA

Rp.: Sol. Trisoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli, 3-4 gün.

Rp.: Sol. Refortan HES 6% -500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli, (orta doza 20 ml-kq x sut.).

Rp.: Sol. Glucosi 5% - 400 ml  
D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 400,yaxud 800ml yeritməli, 2-3 gün.  
Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml  
D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 400, yaxud 800 ml yeritməli, 1-2 gün.

#### ANTİMİKOTİK DƏRMAN PREPARATLARI

Rp.: Fluconazoli 0,15  
D.S. Həftədə 1 dəfə daxilə qəbul etməli.  
Rp.: Tabul. Nystatini obductae 500 000 TV  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-8 gün.

#### ANTİHİSTAMİN PREPARATLAR

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-8 gün.  
Rp.: Tabul. Suprastini 0,025  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 7-8 gün.  
Rp.: Tabul. Diazolini 0,1  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli, 7-8 gün.

#### BAĞIRSAQ MİKROFLORASININ TARAZLIĞINI TƏNZİM EDƏN BİOLOJİ MƏNŞƏLİ DİAREYA ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

Rp.: Drajee Linex № 6  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 draje qəbul etməli, 10 gün.  
Yaxud  
Rp.: Capsulas Bactisuptil N10  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 10 gün.  
Yaxud  
Rp.: Capsulas Bififorum N10  
D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli 10 gün.  
Yaxud  
Rp.: Hylak forte 100 ml  
D.S. Gündə 3 dəfə hər dəfə 30-40 damcı qəbul etməli, 10 gün.

## **Zahılıq endomentriti** (Endometritis).

Endometrit (uşaqlığın selikli qişasının iltihabı) abortun, doğuşun, uşaqlığın diaqnostik qaşınması, hissterosalpinqoqrafiyanın və digər uşaqlıqdaxili müdaxilələrin fəsadlaşması zamanı baş verir. Endometritin inkişafında bir sıra uşaqlıqdaxili kontraseptivlərin də ehtimalı rol oynaya bilər. Bu zaman xəstəlik uşaqlığın selikli qişasının funksional və bazal qatını zədələyir.

İltihabı proses bütün selikli qişada yayıla bilər, yaxud ocaqlı xarakterli ola bilər. Ağır endometritdə prosesə əzələ qatı da cəlb edilir, hansı ki, zədələnmə diffuz və ocaqlı ola bilər.

Zahılıq endometriiti iki formada keçir: kəskin və gizli. Kəskin forma zahılıq dövrünün 2-5-ci günü əmələ gəlir. Hərərət yüksəlməsi, titrəmə, qarnın aşağısında ağrı və loxinin irinlə qarışması ilə baş verir. Ümumi vəziyyət intoksikasiyanın dərəcəsindən asılıdır: kafidən ağıra qədər.

Qan analizində anemiyanın, leykositozun, neytrofillərin sola meyilliliyinin, limfositopeniyanın, aneozinofiliyanın olması sübutdur. Uşaqlığın subinvolyusiyası qeyd edilir. Diaqnostikada USM-dən istifadə edilir, bu üsuldə uşaqlığın ölçüsünə, divarının tonusuna, boşluğun böyüməsinə, möhtəviyyətinə əsaslanılır. Endometritin exoqrafik əlamətlərində uşaqlığın tonusunun azalması, boşluğun genişlənməsi, onda qanın, miometriyumun infiltrasiyası, fibrin desidual və plasentar toxumanın olması mümkündür.

Müalicəni erkən və tam həcmdə başlamaq olar. Yataq rejimi və qarnın aşağısına buz təyin edilir. Adətən yarım sintetik penisillinlərdən, yaxud seflosporinlərdən metranidozolla birlikdə istifadə edilir.

Kəskin intoksikasiyada infuzion terapiya kolloid və kristalloid qanəvəzedicilər təyin edilir: Desensibilizəedici maddələr, kalsium preparatları, uşaqlığı yığan maddələr tətbiq edilir.

Loxinin xaric olunmasını yaxşılaşdırmaq üçün spazmatiklərdən istifadə edilir. Müxtəlif antiseptik məhlulların köməyi ilə uşaqlıqdaxili lavaj yaxşı nəticə verir. Ummunomodulyatoların təyin edilməsini unutmamaq olmalıdır.

Əgər uşaqlıq boşluğunda qişa qalıqı, yaxud cift toxuması aşkar edilərsə, antibakterial və infuzion terapiya ilə yanaşı aspirasiyanın köməkliyi ilə, yaxud uşaqlıq boşluğunu qaşımalla kənar edilir, vaxtında və adekvat aparılan müalicədən 1-2 gün sonra zahının vəziyyətinin

yaxşılaşması başlaya bilər. Kəsar kəsiyindən sonrakı endomiometrit ağır keçir. Terapiyanın düzgün aparılmasına baxmayaraq infeksiyanın yayılmasının və peritonitin inkişafının qarşısını almağa heç də həmişə nail olunmur.

Endomiometritin gizli forması kəskin olmayan kliniki simptomlarla keçir. Xəstəlik gec zahılıq dövrünün 7-9 günündən başlayır. Onun əsas əlaməti uşaqlıq yolu müayinəsi və ultrasəs ilə təyin edilən uşaqlığın subinvolyusiyasıdır. Çox vaxt endomiometritin belə formasına mikoplazma və xlamidiya infeksiyası gətirib çıxarır. Bu, antibakterial terapiyanın təyin edilməsinə imkan verir.

#### ANTİBİOTİKLƏR

##### MONOTERAPİYADA SEÇİLMİŞ DƏRMAN MADDƏLƏRİ

Rp.: Amoxiklavi 1,2

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə yeritməli, 3-4 gün, sonra isə daxilə gündə 2 dəfə 0,625-1 q qəbul etməli, 4-5 gün.

Rp.: Timentini 3,2

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3-4 dəfə vena daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

Rp.: Claforani 1,0

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə 1-2 qram vena daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

Rp.: Cefabidi 2,0

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə 2 q vena daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

Rp.: Fortumi 1,0

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə 1-2 q vena daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

Rp.: Rocefini 2,0

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

## ENDOMETRİTİN AGIR FORMASINDA

Rp.: Sulferozeni 2,0

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə 2-4 q vena daxilinə yeritməli, 5 gün.

Rp.: Tienami 0,5

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3-4 dəfə, hər dəfə 0,5-1 q vena daxilinə yeritməli, 5 gün.

## KOMBİNƏ EDİLMİŞ TERAPİYADA SEÇİLMİŞ DƏRMAN MADDƏLƏRİ (PREPARATLARDAN BİRİ TƏYİN EDİLİR)

Rp.: Clindamicini 0,3

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,3-0,9 q vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli, 5 gün.

Yaxud

Rp.: Lincomisini hydrocloridi 0,6

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,6 q əzələ daxilinə yeritməli, 5 gün.

+

Rp.: Sol.Centamicini sulfasi 0,04

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 3-5 mq/kq olmaqla 1-2 yeridilmə, 5 gün.

Yaxud,

Rp.: Sol.Netilmicini sulfasi 0,04

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 4-7,5 mq/kq olmaqla 1-2 yeridilmə, 5 gün.

*Kombinə edilmiş terapiyada alternativ dərman maddələri*

Rp.: Sol.Centamicini 0,04

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 3-5 mq/kq olmaqla 1-2 yeridilmə, 3-4 gün.

+

Rp.: Sol.Metronidazoli 5% 100 ml

D .S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,5 q vena daxilinə yeridilməli, 3-4 gün.

+

Rp.: Cefurocsini 0,75

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,75-1,5 q vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli, 3-4 gün.

Yaxud,

Rp.: Sol.Gentamicini 0,04

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 3-5 mq/kq olmaqla 1-2 yeridilmə, 3-4 gün.

+

Rp.: Sol.Metronidazoli 100 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 0,5 q vena daxilinə yeridilmə, 3-4 gün.

+

Rp.: Tabul.Cefuroxini 0,5

D.t.d. № 5

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,5 q daxilə qəbul etməli, 3-4 gün.

Yaxud,

Rp.: Sol.Gentamycini sulfati 0,04

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 3-5 mq/kq olmaqla 1-2 yeridilmə, 3-4 gün.

+

Rp.: Lincomycini hydrochloridi 0,6

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,6 q əzələ daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

+

Rp.: Cefuroxini 0,75

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,75 q vena daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

Yaxud

Rp.: Sol.Gentamycini sulfasi 0,04

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Əzələ daxilinə 3-5 mq/kq olmaqla 1-2 yeridilmə, 3-4 gün.

+

Rp.: Sol.Metronidazoli 0,5% - 100 ml

D. S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,5 q vena daxilinə yeridilmə, 3 gün sonra isə gündə 2-3 dəfə 0,5 q daxilə qəbul etməli, 3 gün.

Yaxud

Rp.: Tavanici 0,5

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,5 q vena daxilinə yeritməli, 3 gün, sonra isə gündə 1-2 dəfə, 0,25-0,5 q daxilə qəbul etməli, 3 gün.

Rp.: Tarividi 0,1

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,1-0,2 q vena daxilinə yeritməli, 3 gün, sonra isə gündə 2 dəfə, 0,2-0,4 q daxilə qəbul etməli, 3 gün.

Rp.: Cvintori 0,4

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,4-0,6 q vena daxilinə yeritməli, 3 gün, sonra isə gündə 2 dəfə, 0,25-0,75 q daxilə qəbul etməli, 5-6 gün.

+

Rp.: Lincomycini 0,6

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,6 q əzələ daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

Rp.: Clindamycini 0,3

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə, hər dəfə 0,3 əzələ daxilinə yeritməli, 5-6 gün.

Yaxud

Rp.: Tabul.Metronidazoli 0,5

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 0,5 q daxilə qəbul etməli, 5-6 gün.

## XLAMİDİOZ, MİKOPLAZMOZ VƏ UREAPLAZMOZ AŞKAR EDİLDİKDƏ MÜALİCƏ

Rp.: Tabul.Rulid № 10

D.S. Daxilə 0,3 q/sut. qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Sol.Rovamycini 1,5 mln.

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1,5 mln. vena daxilənə yeritməli, 3 gün, sonra isə gündə 3 dəfə, hər dəfə 1,5-3 mln. daxilə qəbul etməli, 3 gün.



Rp.: Tabul. Wilprafeni 0,5

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 0,5 q daxilə qəbul etməli, 5-7 gün.

## SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN GÖBƏLƏK ƏLEYHİNƏ PREPARATLAR

*Seçilmiş dərman maddələri*

Rp.: Fluconazoli 0,1

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, həftədə 1 dəfə vena daxilinə 0,1 q yeritməli, yaxud daxilə 0,15 q/həftə qəbul etməli.

Yaxud

Rp.: Diflucani 0,15

D.t.d. № 1 in caps.

S. Həftədə 1 dəfə daxilə qəbul etməli (7 gündə 1 dəfə).

*Alternativ dərman maddələri*

Rp.: Tabul. Nystatini obductae 500000 TV

D.t.d. № 20

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5 gün.

## SİSTEMLİ TƏTBİQ ÜÇÜN ANTİSTAMİN PREPARATLAR

Rp.: Sol. Dimedroli 1% 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 ml əzələ daxilinə yeritməli, 5-7 gün, yaxud 2 dəfə 0,05 q daxilə qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Tabul. Diprazini 0,025

D. t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli (5-7 gün).

Yaxud

Rp.: Sol. Diprazini 2,5 % - 2 ml

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (5-7 gün).

Rp.: Tabul. Suprastini 0,025

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (5-7 gün).

Yaxud

Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (5-7 gün).

Rp.: Tabul. Diazolini 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 0,1 q yeməkdən sonra qəbul etməli (5-7 gün).

Rp.: Tabul. Cetotifeni 0,001

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 2 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Tabul. Claritini 0,01

D.t.d. № 7

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5-7 gün.

Rp.: Tabul. Fenkaroli 0,025

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə daxilə qəbul etməli, 5-7 gün.

### PLAZMAƏVƏZEDİCİ VƏ PERFUZİON MƏHLULLAR

Hipertermiya və intaksikasiya zamanı tətbiq edilir. Infuzion terapiyanın ümumi həcmi -1,2-1,5 l/sut.

Rp.: Sol. Dextoroza 5% - 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli, 3-4 gün.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli, 3-4 gün.

Rp.: Sol. Refortan HES 6% - 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 6%, yaxud 10%-li 500 ml yeritməli, 2-3 gün.

Rp.: Sol. Xlasoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli, 3-4 gün.

Rp.: Sol. Trisoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli, 3-4 gün.

### UTEROTONİK VƏ SPAZMALİTİK TERAPİYA

Uşaqlığın subinvolyusiyasının müalicəsi üçün dərman maddələri 20-30 dəqiqə intervalla aparılır. MBT tərəfindən funksional pozulmanın müalicəsi üçün dərman maddələri.

Rp.: Sol. No-spa 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 2 ml əzələ daxilənə yeritməli, 4-5 gün.

Uşaqlığın tonusunu yüksəldən dərman maddələri

Rp.: Oxitocini 5 TV

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 5 TV (1 ml) əzələ daxilənə yeritməli, 4-5 gün.

**BAĞIRSAQ MİKROFLORASININ TARAZLIGINI TƏNZİMEDƏN  
BİOLOJİ MƏNŞƏLİ DEAREYA ƏLEYHİNƏ MADDƏLƏR**

Rp.: Drajee Linex № 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 7-8 gün.

Yaxud

Rp.: Capsulas Bactisuptil N 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 7-8 gün.

Yaxud

Rp.: Capsulas Bifoforum N 10

Yaxud

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli, 7-8 gün.

Rp.: Bifidumibacterini № 5

D.S. Gündə 3 dəfə daxilə 5 doz qəbul etməli, 7-8 gün.

**ANTİKOAQULYANTLAR**

Heparin və onun məhsulları

Rp.: Heparini natrii 5000 TV

D.t.d. №

S. Gündə 3 dəfə dəri altına yeritməli, 5 gün (laxtalanmaya nəzarət olmaqla!).

Yaxud

Rp.: Sol. Fraqmeni 0,3 ml

D.S. Gündə 1-2 dəfə 0,3 ml dəri altına yeritməli, 5 gün.

Yaxud

Rp.: Sol. Fraxiparini 0,3 ml

D.S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 0,3 ml dəri altına yeritməli, 5 gün.

Yaxud

Rp.: Sol. Klexani 0,2 ml

D.S. Gündə 1-2 dəfə dəri altına yeritməli, 5 gün.

**TROMBOSİTLƏRİN AQRƏQASİYASININ İNHİBİTORU**

Rp.: Tabul. Curantili 0,025

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5 gün.

## PERİFERİK VAZODİLATATORLAR

Rp.: Tabul. Agapurini retardi 0,4

D.t.d. № 60

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli, 5 gün.

## ANALGETİKLƏR VƏ ANTİPİRETİKLƏR

Rp.: Tabul. Acidi acetylsalicylici 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli (10 gün).

Rp.: Tabul. Trombo-ACC 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə 0,05-0,1 q/sut. daxilə qəbul etməli, 5 gün.

## ENDOMETRİTİN AĞIR FORMASINDA PLAZMAFEREZ.

### MÜALİCƏNİN EFFEKTİVLİYİNİ QIYMƏTLƏNDİRMƏK:

Xəstəliyin kliniki əlamətləri kəsildikdə və kliniki-laborator göstəricilər formalaşdıqda.

## MAMALIQ PERİTONİTİ

Doğuşdan sonra baş verən diffuz peritonit septiki prosesin ağırlaşmasıdır, periton qişasının zədələnməsi ilə özünü biruzə verir. Həmin proses ikincili xəstəlik kimi də yarana bilər. İnfeksiya düşmüş uşaqlıq (metroendmetrit) artımların piosalpinksin partlaması, yaxud kesar kəsiyindən sonra periton qişasına infeksiya keçməsi peritonitə səbəb olur.

Təbii yolla baş verən doğuşa nisbətən dölün kesar kəsiyi aparmaqla azad edilməsi daha çox irinli – iltihabi ağırlaşmaların inkişaf etməsinə səbəb olur. Son illər istər xaricdə, istərsə də bizim ölkəmizdə dölün kesar kəsiyi ilə həyata gətirilməsi halları xeyli çoxalmışdır. Belə əməliyyat əsas etibarilə doğuş travmasının, yaxud hipoksiyanın qarşısını almaq (çanaq gəlişində, döl iri olduqda, yaşlı qadının birinci hamiləliyində və s. əlverişsiz hallarda) məqsədi ilə aparılır.

Mamalıq peritoniti mərhələli gedişinə görə fərqlənir. Reaktiv faza zamanı xəstəliyin simptomları erkən baş verir: birinci günün sonu, yaxud ikinci günün əvvəli. Peritonitin belə variantı kesar kəsiyi xorioamnionit fonunda aparıldıqda baş verir.

Toksiki fazada peritonit intoksikasiyanın şiddətlənməsi və əməliyyatdan sonrakı dövrdə endometrit zamanı inkişaf edir. Bu qrup qadınlarda erkən simptomlar müalicəvi tədbirlərdən 3-4 saat sonra meydana çıxan bağırsağın parezi baş verir, 3-4 gündən sonra kəskin pisləşmə başlayır, belə halda diaqnozun qoyulması keçikir.

Üçüncü terminal faza zamanı xəstənin ümumi vəziyyəti ağır olur, peritonun qıcıqlanma simptomu kəskin zəifləyir, bağırsaq küyləri eşidilmir. Bu variant uşaqlıqda tikişin mükəmməl olmaması nəticəsində inkişaf edir.

Peritonit kəskin və xroniki, yerli və ümumi olur. Xəstəliyin diaqnozu yerli əlamətlərlə və orqanizmin ümumi vəziyyətinə əsasən qoyulur. Peritonitin əlamətləri bədən temperaturunun yüksəlməsindən, nəbzın sürətlənməsindən, ürəkbulanmadan, qusmadan, qarın ağrılarından, qəbizlikdən və s. ibarətdir. Xəstənin sifəti əzablı görünür, dil-dodaqları quruyur və ərplə örtülür, qarnı həddən-ziyadə köpür (Şetkin-Blumberq simptomu müsbət olur).

Son zamanlar antibiotiklərin geniş tətbiqi ilə əlaqədar doğuşdan sonra baş verən peritonitin gedişi solğun və gizli – yəni xəstəlik aydın klinik əlamətlər olmadan, lakin daxili üzvlərdə və infeksiya nahiyəsində şiddətli dəyişikliklər baş verməklə təzahür edir. Bu zaman qanın mənzərəsi dəyişilir, şiddətli leykositoz, eozinolimfomonositopeniya meydana çıxır, adətən qanda mikrob tapılmaz. Qarnın perkussiyası zamanı periton boşluğunda eksudat müəyyən edilir. Uşaqlıq yolundan Duqlas boşluğunu punksiya edərkən, bəzən, irinli ifrazat almaq mümkün olur.

Peritonit ən çox kesar kəsiyindən, doğuşdan, abortdan sonra olur və irinli-septiki xəstəliklərin bütün formalarının 4-7 %-ni təşkil edir. Həmin xəstəliklərə hamiləlikdə baş verən infeksiyalar, xroniki infeksiyon xəstəliklər, susuz dövrün uzun olması, doğuş vaxtı uşaqlıq yolunun çox müayinəsi, doğuşda baş verən xorioamnionit, kesar kəsiyindən sonra törənən endometrit aiddir. Digər tərəfdən kesar kəsiyi təsadüflərin yalnız ½ hissəsində planlaşdırılmış, yerdə qalan 2/3 hissəsində isə təcili surətdə, deməli, lazımi hazırlıq görülmədən aparılır. Bizim fikrimizcə, kesar kəsiyinin texniki xüsusiyyətləri peritonitin inkişafında həlledici amil hesab edilə bilməz. Kesar kəsiyini uşaqlığın aşağı seqmentinin köndələn istiqamətində aparılma üsulu daha məqsəduyğundur. Qarnın aşağı nahiyəsinin venalarının şiddətli varikoz genəlməsində, uşaqlıq boynunun miomasında, kesar kəsiyinin təkrar aparılmasından sonra uşaqlığın tamam çapıqlaşmaması hallarında uşaqlığın aşağı seqmentinin kesar kəsiyi mümkün olmadıqda, korporal kesar kəsiyi aparmaq lazımdır. Kesar kəsiyindən sonra baş verən peritonit – patogenezdən asılı olaraq bir neçə formada olur. Peritonit kesar kəsiyindən sonra uşaqlığın yaxşı tikilməməsi, kesar kəsiyi zamanı periton boşluğunun infeksiyalaşması, doğan qadının xorionamnioniti, eləcə də bağırsaqların uzunmüddətli

parezi nəticəsində inkişaf edir. Nadir hallarda peritonitin inkişafı kesar kəsiyi zamanı bağırsaqların yaralanması, yaxud piosalpinkisin partlaması ilə əlaqədar olur.

Qeyd etmək olar ki, mamalıq pentoniti cərrahi peritonitdən kliniki şəklinin gizliliyinə görə fərqlənir, bütün simptomların cəmi və dinamikada peritonitin aydın əlamətlərinin təzahürü gözlənilmir.

Endometritin ağır kliniki gedişi olur. Metroendometritin əlamətləri əməliyyatdan 2-5 gün sonra görünməyə başlayır. Bu zaman uşaqlıq əzələsi tam yığılmır, palpasiya etdikdə həssas, yaxud ağrılı olur, uşaqlığın qan damarları genəlir, toxuması şişir, onun daxili səthi irinlə örtülür. Uşaqlıqdan çoxlu irinli, üfunətli ifrazat xaric olur. Həmin ifrazatda infeksiya törədiciləri tapılır. Metroendometrit zamanı qana infeksiya törədicisinin və toxuma parçalanması məhsullarının keçməsi nəticəsində bədənin hərərəti pilləvari şəkildə (bəzən də üşütmə-titrəmədən sonra) birdən-birə yüksəlir, nəbz sürətlənir, baş ağrısı, üzün qızarması, qarnın aşağı nahiyəsində və bəldə ağrılar, ümumi zəiflik müşahidə edilir. Ağırlaşmayan endometrit 7-8 gün davam edir. Bundan sonra iltihabi proses ya dayanır, ya da infeksiya uşaqlığın qan damarları vasitəsilə başqa üzvlərə keçir. Belə hallarda hemodinamika, mikrosirkulyasiya, su-elektrolit balansı və hormonal homeostaz pozulur.

Əməliyyatdan sonrakı irinli-iltihabi proseslərin müalicəsi doğuşdan sonrakı infeksiyon xəstəliklərin müalicəsində olduğu kimidir. Müalicə etiotrop, kompleks, sistematik və fəal aparılmalıdır. Bu məqsəd ilə antibakterial preparatlardan, orqanizmin immuno-bioloji mühafizə qabiliyyətini yüksəldən dərmanlardan, antihistamin və ferment preparatlarından, qanın laxtalanma qabiliyyətini yüksəldən maddələrdən və s. istifadə etmək lazımdır.

Müalicədə müasir antibakterial maddələrə, xüsusilə antibiotiklərə böyük yer verilməlidir. Antibiotikləri seçərkən onlardan ən səmərəlisinə və orqanizmə ziyan vurmayanına üstünlük vermək lazımdır. Şiddətli ağırlaşmalar yaradan hepatotoksik, nefrotoksik, ototoksik, neyrotoksik təsir göstərən (streptomisin, monomisin, neomisin, kanamisin və s.) antibiotiklərdən istifadə edilməməlidir. Aparılan müalicənin maksimal səmərəliliyini təmin etmək üçün tətbiq ediləcək antibiotik, sulfanilamid və nitrofuran preparatlarına qarşı mikrobların həssaslığı müəyyən edilməlidir. Belə müayinə üsulunun da qüsurlu cəhəti ondadır ki, nəticəsi yalnız 3-4 gündən sonra məlum olur. Müalicəni bu qədər yubatmaq məqsədəuyğun olmadığından onu birinci gündən geniş təsir spektrinə malik antibiotiklərlə başlamaq lazımdır. Antibiotik preparatlarla müalicəni

zərbəndirici dozalarla (böyük dozalarla) başlayıb, müəyyən müvazinəti saxlayan dozalarla davam etdirmək məqsəduyğundur. Preparatların zərbəndirici dozaları əzələyə, yaxud damcı üsulu ilə venaya yeridilməlidir. Antibiotiklə müalicə apardıqda preparatları hər 7-10 gündən bir dəyişmək lazımdır. Antibiotiklərlə müalicənin ən təhlükəli cəhəti onların törətdikləri kandidamikozdan, xüsusilə kandidasepsisdən ibarətdir. Odur ki, antibiotiklə müalicə zamanı xəstələrə göbələk əleyhinə preparatlar da (nistatin, levorin, flükanazol) təyin edilməlidir. Aminoqlikozid qrupunun antibiotiklərini böyrək, makrolid qrupunun antibiotiklərini qaraciyər xəstəliklərində tətbiq etmək olmaz. Müalicə zamanı orqanizmdə antibiotik preparatlarına qarşı sensibilizasiya hadisəsinin baş verməsini də nəzərə almaq lazımdır.

Turşu-qələvi müvazinətini və elektrolit balansını sabit saxlamaq üçün sutkada orqanizmə 4-5 %-li natrium hidrokarbonat məhlulundan 100 ml və 10 %-li kalium xlorid məhlulundan 80-100 ml yeridilməlidir. Bağırsaqların fəaliyyətini gücləndirmək məqsədilə müntəzəm surətdə mədəni yumaq, orqanizmə prozerin, aseklidin, qlükoza-novokain məhlullarının qarışığını yeritmək, təmizləyici imalə və bağırsaqları elektrostimulyasiya etmək lazımdır. Nəzərə alınmalıdır ki, hipokaliemiya şəraitində natrium xloridin hipertonic məhlullarının orqanizmə yeridilməsi intoksikasiyanı gücləndirə bilər. Kalium ionlarının natrium ionları ilə əvəz edilməsi nəticəsində bağırsaqların parezi və atoniyası şiddətlənir.

Hipotoniya, oliqouriya, venoz təzyiqin yüksəlməsi və s. ilə müşayiət olunan septiki şok zamanı orqanizmə prednizolon, heparin, damar genişləndirən preparatlar, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdıran maddələr (hemodez, reopoliqlükin) və osmotik diuretiklər (mannit, karbamid) yeritmək məsləhət görülür.

Kesar kəsiyindən sonra baş verən endometrit zamanı çox ehtiyatla uterotonik maddələrdən oksitosin, erqotal, eləcə də uşaqlığın elektrostimulyasiyası tətbiq edilir.

Peritonitin müalicəsi kompleks şəkildə cərrahi və konservativ terapiya üsulu ilə aparılmalıdır.

Kesar kəsiyindən sonra baş verən peritonitin ilk klinik formasında («erkən» peritonitdə) konservativ müalicənin aşağıdakı növləri tətbiq edilməlidir:

- 1) antibakterial müalicə aparmaq (yarımsintetik penisillinlər, sefalosporinlər, aminoqlikozidlər qruplarının antibiotikləri);

2) idarəolunan hemodilyasiya və tənzimolunan mikrosirkulyasiya tətbiq etmək

(hemodez, poliqlükin, qlükoza məhlulu, güclü təsir göstərən diuretiklər);

3) zülal azlığının ləğv edilməsi (qana serum, zülal preparatları yeritmək, qan

köçürmək);

4) bağırsaqların fəaliyyətinin bərpa edilməsi (nazoqastral zondun yeridilməsi,

prozerin, elektrostimulyasiya və təmizləyici imalə təyin etmək);

5) kalium ionlarını və turşu-qələvi müvazinətini normal səviyyədə saxlamaq;

6) antihistamin preparatları tətbiq etmək (dimedrol, suprastin);

7) proteaza fermentinin inhibitorlarını təyin etmək (trasilol, kontrikal).

Əgər 12-24 saat ərzində xəstənin vəziyyəti ağırlaşarsa, o zaman cərrahi əməliyyat və intensiv terapiya aparılır. Cərrahi müdaxilənin həcmi uşaqlığın, uşaqlıq boruları ilə birlikdə ekstirpasiyası və qarın boşluğunun sanasiyası ilə qurtarır.

Peritonitin ikinci kliniki formasında (bağırsaqların baryer funksiyasının pozulması nəticəsində baş verən peritonitdə) müalicə təcili cərrahi əməliyyatdan – uşaqlığın ekstirpasiyasından, fallop boruları və uşaqlıq yolunu tikməyib açıq saxlamaqdan, periton boşluğunu-yuxarı hissəsinə drenaj qoymaqla, dezinfeksiyaedici maddələrin məhlulları ilə yumaqdan (dializdən) ibarət olmalıdır.

Müalicə aşağıdakı sxemlə aparılmalıdır:

1) antibakterial müalicə;

2) idarəolunan hemodilyasiyanın tətbiqi və mikrosirkulyasiyanın tənzimi;

3) bağırsaqların peristaltikasının bərpa edilməsi;

4) orqanizmə kalium preparatlarının yeridilməsi və turşu-qələvi müvazinətinin tənzimlənməsi;

5) antihistamin preparatların tətbiqi;

6) proteaza fermentlərinin inhibitorlarının tətbiqi;

7) heparin müalicəsinin tətbiqi;

8) qlükokortikosteroid hormonlarının tətbiqi.

Peritonitin üçüncü klinik formasında (uşaqlıq tikişinin sökülməsi zamanı) müalicə aşağıda göstərilən sxem üzrə aparılmalıdır:

1) təcili cərrahi əməliyyatın aparılması (uşaqlığın ekstirpasiyası fallop boruları ilə, tikilməmiş uşaqlıq yolundan və periton boşluğunun aşağı və



yuxarı hissələrindən periton boşluğuna drenaj yeridilməsi, dezinfeksiya-  
edici maddələrin məhlulları ilə periton boşluğunun yuyulması və s.);

2) idarəolunan hemodilyusiyanın tətbiqi və mikrosirkulyasiyanın tən-  
zimi;

3) antibakterial müalicənin aparılması;

4) bağırsağ fəaliyyətinin bərpa edilməsi;

5) kalium və turşu-qələvi müvazinətinin tənzim edilməsi;

6) antihistamin preparatlarının tətbiqi;

7) proteaza fermentlərinin inhibitorlarının tətbiqi;

8) qlükokortikosteroid hormonların tətbiqi;

9) simptomatik müalicə məqsədilə müxtəlif preparatların tətbiqi.

## ANTİBİOTİKLƏR 1. MONOTERAPİYA

Rp.: Sulperazoni 2,0

D.t.d. № 1

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2  
dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Cefepimi 1,0

D.t.d. № 1

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2  
dəfə vena daxilinə 1-2 qram yeritməli.

Rp.: Tienami 0,5

D.t.d. № 1

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3-4  
dəfə vena daxilinə 0,5- 1 qram yeritməli.

Rp.: Meronemi 0,5

D.t.d. № 2

S. Hər flaconun hər dəfə 0,5-1 q möhtəviyyatını həlledicidə həll  
edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə yeritməli.

## ALTERNATİV DƏRMAN PREPARATLARI (BİRLƏŞDİRİLMİŞ TERAPİYA)

Rp.: Claforani 1,0

D.t.d. № 1

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3  
dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli.

Rp.: Cefobidi 0,5

D.t.d. № 1

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 1-2  
dəfə venadaxilinə yeritməli.

Rp.: Fortum 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə, hər dəfə 1-2 q vena daxilinə yeritməli.

+

Rp.: Sol. Amikacini 0,015

D.t.d. № 5

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə (15-20 mq/kg).

Rp.: Sol. Gentamycini sulfasi 4%-2 ml

D.t.d. № 10 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, (3-5 mq/kg).

Rp.: Sol. Netilmycini sulfasi 0,05-2ml

D.t.d. № 10 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə 3-5 mq/kg.

+

Rp.: Sol. Metronidazoli 0,5% - 100 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Linkomycini hydrochloridi 30%-2 ml

D.t.d. № 10 in ampull

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə vena daxilinə 0,6 qram yeritməli.

Rp.: Clindamycini 0,3

D.t.d. №

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə 0,3-0,6 qram yeritməli.

Rp.: Augmentini 1,2

D.t.d. №

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə venadaxilinə 1,2 qram yeritməli.

+

Rp.: Sol. Netilmycini 0,05-2ml

D.t.d. № 10 in ampull

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib əzələ daxilinə 1-2 yeridilir (3-5 mq/kg).

Rp.: Tavaniki 0,5

D.t.d. № 2

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 2 dəfə venadaxilinə yeritməli.

Rp.: Tarividi 0,4

D.t.d. № 2

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Civintori 0,4

D.t.d. № 2

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Abaktali 0,4

D.t.d. № 2

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli.

+

Rp.: Metronidazoli 0,5 – 100 ml

S. Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli.

#### XÜSUSİ AĞIR HALLARDA

Rp.: Tienami 0,5

D.t.d. № 2

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3-4 dəfə vena daxilinə 0,5-1 q yeritməli.

Rp.: Meronemi 0,5

D.t.d. № 1

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə vena daxilinə 0,5-1 q yeritməli.

+

Rp.: Metronidazoli 0,5% - 100 ml

D.t.d. № 2

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Yaxud,

Rp.: Clindamycin 0,3

D.t.d. № 10 in ampull

S. Hər flaconun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib gündə 3 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli (0,3-0,6 q).

## GÖBƏLƏK SUPERİNFEKSİYALARIN MÜALİCƏSİ

Rp.: Fluconazoli (Diflucani, flukostat) 0,1

D.S. Gündə 1 dəfə, 0,1 q vena daxilinə yeritməli, yaxud 0,15 q  
daxilə qəbul etməli (5-7 gündə 1 dəfə).

Alternativ dərman preparatları

Rp.: Tabul. Nystatini obductae 500000 TV

D.S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

### PLAZMA ƏVƏZEDİCİ VƏ PERFİZİON MƏHLULLAR

Peritonit zamanı su elektrolit pozulmasının korreksiyası üçün preparatlar (vena daxilinə yeridilmə müddəti patoloji prosesin xüsusiyyətindən asılıdır).

Rp.: Sol. Xlosoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Disoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Trisoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Xartmani 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Ringer-Locka 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Polyglucini 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 400-1000 ml  
(orta molekulyar kütlə 50-70 min) yeritməli.

Rp.: Sol. Rheopolyglucini 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 400 ml -1000 ml  
(orta molekulyar kütlə 30-40 min) yeritməli.

Rp.: İnf. Refortan HES 500 ml

D.S. Tədricən venaya yeritməli (orta doza 20 ml/ (kq x sut.)).

Rp.: İnf. Albomini 10% - 100 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 100-200 ml  
yeritməli.

Rp.: Sol. Dextroza 5% - 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə 400-800 ml  
yeritməli.

Rp.: Sol. Panangeni 10 ml

D.S. Hər ampulun möhtəviyyatını 5% 400 ml decistroza  
məhlulu ilə qarışdırıb tədricən damcı üsulu ilə vena  
daxilinə yeritməli (30-40 ml/sut) olmaqla.

Rp.: Sol. Calexloridi 3% - 60 ml

D.S. Tədricən venaya (3%, yaxud 4%) yeritməli (60 ml/sut).

Rp.: Sol. Riambereni 1% - 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (1%, yaxud 5%-li 400 ml) yeritməli.

#### PARENTERAL QIDALANMA ÜÇÜN PREPARATLAR (AMİNTURŞU, ELEKTROLİT, VİTAMİN MƏHLULLARI)

Rp.: Sol. "Vamini 14" 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (500-1000 ml) yeritməli (500 ml/sut).

Rp.: Sol. Aminostereli 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Neframeni 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. İnfəzoli 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Aminoplazmal E 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli 3q (kq x sut.) qədər.

Rp.: Sol. Lipofundini MST/LST 10%

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (10%, yaxud 20%) yeritməli (sutkada 100 q yaga qədər).

#### MƏDƏ-BAĞIRSAQ TRAKTİNİN MOTOR FUNKSİYASINI STİMULƏ EDƏN PREPARATLAR

Rp.: Sol. Cerucali 0,5% - 2 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə əzələyə 2-4 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Ubrediti 0,1% - 1 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə əzələyə yeritməli.

Rp.: Sol. Proserini 0,05% - 1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (1-1,5 mg/sut).

## ANTİKOAQULYANTLAR

Rp.: Heparini natrii 5000 TV  
D.S. Gündə 3-4 dəfə dəri altına yeritməli.

Yaxud

Rp.: Fragmini 0,3 ml  
D.S. Gündə 2 dəfə dəri altına yeritməli.

Yaxud

Rp.: Fraxiparini 0,3 ml  
D.S. Gündə 2 dəfə dəri altına yeritməli.

Yaxud

Rp.: Klexani 0,2 ml  
D.S. Gündə 1-2 dəfə dəri altına yeritməli.

## ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİ TERAPİYASI ÜRƏK QLÜKOZİDLƏRİ

Rp.: Sol. Digoxini 0,25  
D.t.d. № 6 in ampull.  
S. 1 ml 10 ml 5%-li qlükoza məhlulunda tədricən venaya yeritməli (0,25-0,5 mg/sut).  
Kardionotik preparatlar

Rp.: Dopamini 7 mq  
D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Dobutamini 0,1  
D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli.  
Miokardın mübadilə prosesini yaxşılaşdıran preparatlar

Rp.: Sol. Riboxini 2% - 10 ml  
D.t.d. №10 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə vena daxilinə yeritməli (30-60 ml/sut).

## ANTİOKSİDANTLAR, VİTAMİNLƏR

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5%-10 ml  
D.S. Gündə 10-20 ml vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. α-Tokoferoli acetatis oleosae 5%-1 ml  
D.S. Gündə bir dəfə əzələ daxilinə yeritməli (1 ml/sut.).

## FİBİRNOLİZİN İNHİBİTORLARI (LƏNGİDƏN PREPARATLAR)

Rp.: Gordox 200 000 TV  
D.S. Hər ampulun möhtəviyyatını 500 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda həll edib damcı üsulu ilə venaya yeritməli. (200 min- 600 min TV/sut)

Rp.: Trasiloli 500 000 TV

D.S. Hər ampulun möhtəviyyatını 500 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda həll edib damcı üsulu ilə venaya yeritməli.(500 min- 1 mln TV/sut

Rp.: Contrykali 300000 TV

D.S. Hər ampulun möhtəviyyatını 500 ml natrium xloridin izotonik məhlulunda həll edib damcı üsulu ilə venaya yeritməli.

#### HEMOSTATİK PREPARATLAR

Rp.: Sol.Dicynoni 12,5%-2 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 2 ml vena daxilinə yeritməli (4-8 ml/sut. qanaxma dayanana qədər).

Əlavə səsfiş səhifəsinə bax.

#### ANABOLİK PREPARATLAR

Rp.: Sol.Retabolili oleosae 1% - 1 ml

D.S. Gündə 1 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (həftədə 1 ml).

#### İMMUN VƏ İNTEFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI (SEPSİS SƏH. BAX)

##### HEPATOPROTEKTORLAR

Rp.: Chophitoli 0,3

D.t.d. №

S. Gündə 3 dəfə 300 mq daxilə yaxud, vena daxilinə damcı üsulu ilə yeritməli.

Rp.: Sol.Essentiale H 5ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli (10-20 ml/sut.).

Rp.: Sol.Heptrali 10 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli (5-10 ml/sut.).

##### DİURETİKLƏR

Rp.: Sol.Furosemidi (Lazixs) 1%-4 ml

D.t.d. №5 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə hər dəfə 2-4 ml vena daxilinə yeritməli (10-40 ml/sut.).

DESENSİBİLİZƏDİCİ TERAPİYA (SEPSİS SƏH. BAX)  
HORMONAL PREPARATLAR (HİPOTENZİYA ZAMANI)

Rp.: Prednizaloni 0,5

D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli (0,5 - 0,1q/sut)

Rp.: Hydrocortizoni 0,2

D.S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yeritməli (0,2- 0,5q/sut)

EUBİOTİKLƏR (SEPSİS SƏH.BAX)  
BRONXOLİTİKLƏR

Rp.: Sol. Euphyllini 2,4%-10 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə 20-40 ml/sut. yeritməli.

ANALEPTİKLƏR

Rp.: Cordiamini -1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1-2 ml əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol.Sulfocamphocaini 10% - 2 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 2-4 ml əzələ daxilinə yeritməli.

SPAZMOLİTKLƏR

Rp.: Sol.Nospani 2 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 2 ml vena yaxud, əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol.Papaverini hydrochloridi 2% - 2 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 2 ml vena yaxud, əzələ daxilinə yeritməli.

ANTİXOLİNERGİK PREPARATLAR

Rp.: Sol.Platfillini hydrotartaratis 0,2% - 1 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 ml əzələ daxilinə yeritməli (2-3 ml/sut. 5-7 gün).

Rp.: Sol.Atropini sulfatis 0,1%-1 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 ml əzələ daxilinə yeritməli (1-2 ml/sut. 5-7 gün).



Rp.: Sol.Methacini 0,1%-1 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 0,5-1 ml əzələ daxilinə yeritməli  
(1-2 ml/sut. 5-7 gün).

#### ANALGETİKLƏR VƏ ANTİPİRETİKLƏR

Rp.: Sol.Baralgin M 5 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 5 ml vena yaxud, əzələ daxilinə  
tədricənyeritməli (10-15 ml/sut. 5-7 gün).

Rp.: Sol.Analgin 50%-2 ml  
D.t.d. № 6 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 2-4 ml vena yaxud, əzələ daxilinə  
yeritməli (4-8 ml/sut. 3-5 gün).

Toxumalarda maddələr mübadiləsinin aktivləşdirən preparatlar

Rp.: Sol.Actovegini 50 ml  
D.t.d. № 5 in ampull.  
S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 5-10 ml vena yaxud, əzələ  
daxilinə yeritməli (10-20 ml/sut 10-12).

Rp.: Sol.Solcoserili 5 ml  
D.t.d. № 10 in ampull.  
S. Gündə 1 dəfə, 5-10 ml vena daxilinə yeritməli (5-10  
ml/sut. 10-12 gün).

#### OZONOTERAPİYA KRİSTALLOİDLƏR:

Rp.: Sol.Natrii chloridi 0,9%-400 ml  
D.S. Ozonla zənginləşmiş məhlul vena daxilinə yeritməli  
(400 ml/sut. 2-3 gün).

### **Sepsis (septisemiya, septikopiemiya)**

Mamalıqda sepsis, yaxud ümumi infeksiya 90 % – uşaqılıqda infeksiya ocağı ilə bağlıdır və immunitetin azalması nəticəsində inkişaf edir. Sepsisin inkişafında hamiləliyin gedişinin ağırlaşması (gec hestoz, DDA, virus infeksiyası və s.) ehtimal edilir. Doğuş aktının uzun müddətli susuz dövrlə gedişi, yumşaq doğuş yollarının travması, operativ doğuşlar, qanaxma və s ilə doğuşun ağırlaşması orqanizmin qeyri-spesifiki müdafiə qabiliyyətinin aşağı düşməsinə və ümumi infeksiya üçün şərait yaranmasına səbəb olur. Sepsis iki formada keçir: septisemiya və septikopiemiya. Septisemiya doğuşdan 3-4 gün sonra baş verir və sürətli keçir. Törədici kimi qrammənfi flora iştirak edir: bəzən bağırsağ çöpləri, daha az göy irin çöpləri ilə, sporabənzəməyən anaerob flora ilə birlikdə. Septikopiemiya dalğavari keçir: infeksiyanın metastazı ilə əlaqədar vəziyyətin pisləşmə dövrü və yeni ocaqların əmələ gəlməsi nisbi yaxşılaşma ilə əvəz edilir. Septikopiemiyanın inkişafı hamısından çox qızılı stafilokokkla sərtləşir.

Bir qayda olaraq, sepsis infeksiyasının birinci ocağı doğuşdan (yaxud abortdan) sonrakı uşaqılıq, onun ilkin xəstəliyi isə endometritdir. Çox vaxt endometrit yüngül keçir və xəstələr sağalır. Bəzi hallarda isə xəstələrdə endometritin gedişi ağırlaşır və sepsis prosesinin yayılması təhlükəsi baş verir. Xəstəliyin proqnozunda, xüsusən sepsis prosesinin yayıla bilməsində xəstəliyin birinci ocağının, yaxud infeksiyanın daxilolma yollarının vəziyyəti mühüm rol oynayır. Doğuşdan sonrakı sepsis tez sönə, yaxud da uzun müddət davam edə bilər.

Septisemiyanın klinik mənzərəsi prosesin tez başlanması ilə xarakterizə olunur. Belə ki, xəstənin vəziyyəti tez bir vaxtda (I-II sutka ərzində) ağırlaşır, temperatur 40-41<sup>0</sup>C yüksəlir. Üşütmə-titrətmə təkrar olunur, sürətlə intoksikasiya başlayır. Şiddətli taxikardiya, taxipnoye və sianoz müşahidə olunur. Dəridə skarlatina xəstəliyinə bənzər polimorf səpgilər əmələ gəlir, xəstə tez-tez hüşunu itirir, sayıqlayır. Habelə, xəstədə hipotoniya, oliqouriya, proteinuriya baş verir, həmin klinik əlamətlər septiki şokun mənzərəsini xatırladır. Qarın nahiyəsində, adətən, lokallaşmış ağrılar olmur, qaraciyər və dalaq böyüyür, tez-tez mədə-bağırsağ pozğunluğu baş verir, ishal törənir. Qanın mənzərəsi ciddi dəyişilir, leykositoz və EÇS (eritrositlərin çökmə sürəti) yüksəlir, ağ qan kürəciklərinin, neytrofillərin sola meyilliyi, aneozinofiliya, monositopeniya müşahidə olunur. Xəstənin qanından qidalı mühitə əlavə etdikdə

xəstəliyin amili, əksər hallarda isə stafilokokklar bitməyə başlayır. Mikrobları əkmək məqsədilə xəstədən qanı üşütmə-titrətmə zamanı, yaxud ondan bir az sonra götürmək lazımdır, çünki bu, xəstəliyin amilini dəqiqləşdirməkdə daha ümidvericidir.

Qan venadan 15-20 ml miqdarda götürülür və 60-80 ml qidalı mühitdə əkilir, Belə halda müsbət nəticə ehtimalı daha çox olur. Üşütmə-titrətmə olmadıqda mikrob əkmək üçün qan götürməzdən əvvəl, xəstənin venasına 40 %-li 40 ml qlükoza məhlulu yeritmək məsləhət görülür. Mikrob becərmək məqsədilə qanla yanaşı, uşaqlıq boşluğundan Braun şprisi ilə ifrazat da götürüb qidalı mühitə əkmək lazımdır. Əgər qarın boşluğundan və irin toplanan boşluqlardan irin götürmək (peritonit, septisemiya zamanı) mümkündürsə onu da qidalı mühitə əkmək məqsədəuyğundur.

Bir sıra mübadilə prosesləri (elektrolitlərin, zülalların, hipofiz-böyrəküstü vəzi sistemin və s.) gedişində də dəyişikliklər baş verir. Asidoz artır, vitaminlərin defisiti anemiya yaradır.

Hazırda septisemiyanın klinik mənzərəsi bir qaydada getmir. Bəzən temperatur tədricən yüksəlir, üşütmə-titrətmə seyrək olur, qanda leykopeniya müəyyən edilir. Bu əlamətlər xəstəliyin ağır formada getməsinə göstərir. Tez başlanıb ağır kliniki əlamətlərlə keçən sepsis isə septiki şokun xüsusi tipi kimi qiymətləndirilir.

Septikopiemiyaya septisemiyanın ağırlaşmasının nəticəsi kimi baxılır ki, bu zaman üzvlərdə və toxumalarda irin ocaqları əmələ gəlir. Həmin xəstəlik doğuşdan 10-17 gün sonra başlanır və ağır xarakter daşıyır.

İnfeksiya – tromboflebit, ağ ciyərlərin, böyrəklərin, qaraciyərin, dalağın, sümüklərin və b. üzvlərin çoxlu miqdarda xırda irinli-septik ocaqları formasında məhəlliləşir. Ağciyərlərlə yanaşı, ürək-damar sistemi də zədələnir, septik vaskulitlər və endokardit baş verir. Həmin xəstəliklərə üşütmə-titrətmə, temperaturun yüksəlməsi, şiddətli tərləmə, əzələlərdə ağrı, yuxunun və iştahanın pozulması, ağır formalı intoksikasiya, bəzən də psixi pozğunluqlar (tormozlanma, yaxud oyanma vəziyyəti) xasdır.

Ağ ciyərlərin septiki xəstəlikləri ən çox aşağı paylarda məhəlliləşir və adətən ağ ciyərlərin absesi, yaxud emfizeması ilə nəticələnir.

Hər hansı bir orqanda metastazın törənməsi ehtimalı yarandıqda xəstənin diqqətlə müayinədən keçirilməsi və cərrahi müalicə aparılması zəruridir.

Sepsisli xəstələrin əksəriyyətində arterial təzyiq düşür, hemoqrammada mülayim leykositoz müəyyən edilir. Xəstəliyin gedişin-

də baş verən qısamüddətli remissiyaların sonradan ağırlaşma vəziyyəti ilə əvəz olunması, daxili üzvlərdə yeni irin metastazlarının baş verməsi çox xarakter haldır. Xəstələrin orqanizmində histaminin miqdarı artdığı üçün şok, vazomotor kollaps, bağırsağ fəaliyyətinin pozulması müşahidə edilə bilər.

Temperaturun yüksəlməsi, üşütmə-titrətmə, şiddətlənməkdə olan toksemiya və bakteriemiya ilə müşayiət olunan xarakter klinik mənzərəli septisemiya zamanı xəstəliyin diaqnozu çətinlik törətmir. Nisbi məhəl-liləşmiş prosedən və septisemiya mərhələsindən sonra septiko-piemiyanın inkişafı çox xarakterikdir.

Sepsisli xəstənin müalicəsi orqanizmin mühafizə qüvvələrinin səfərbərliyə alınmasına və qorunmasına yönəldilməlidir. Mübadilə proselərinin tənzim edilməsi daha mühüm rol oynayır. Xüsusilə su-duz mübadiləsinin normaya salınması, hipoproteinemiya, vitamin kəsirliliyi və s. fəsadların aradan qaldırılması tədbirləri görülməlidir. İri irin toplamları zamanı cərrahi müalicə aparılmalıdır. Xəstənin sakit şəraitdə saxlanılmasının, düzgün qidalanmasının, medikamentoz müalicənin və ona göstərilən digər lazımı xidmətlərin də mühüm əhəmiyyəti vardır.

Sepsisin müalicəsi zəhmət tələb edir və baha başa gəlir, hətta bəzən xəstəni xilas etmək mümkün olmur.

Sepsisli xəstə iki istiqamətdə müalicə edilir: buna infeksiya ocağını ləğv etmək (uşaqlıq, artımlar, süd vəzisi) və kompleks terapiyaya, antibakterial, infuzion-transfuzion, ümumi möhkəmləndirici, desensibilizəedici, ümmunokorreksiyaedici, simptomatik, hormonal komponentlər daxildir. Əgər infeksiya ocağı uşaqlıqdadırsa, səmərəsiz müalicədən 3 gün sonra onun boruları ilə birlikdə ekstirpasiyası aparılır.

Sepsis zamanı antibiotiklərlə müalicə 14-20 gün (bir sıra hallarda xeyli uzun) davam edir. Birinci mərhələdə müalicə 2-3 preparatla-kombinasiyalı tətbiq edilir. Üçüncü və dördüncü nəsil sefalosporinlər (fortum, lonqosel, sefmetizon), geniş təsir spektrinə malik olan, yaxud yarım-sintetik penisillinlər- ampisillin unazin, auqmentin, yaxud birinci və ikinci nəsil sefalosporinlər, (kefzol, sefamandol və s), gentamisinlə və digər aminoqlikozidlər və metranidazol, yaxud klindomisin parentral tətbiq edilməsi üçün istifadə edilir. İkinci mərhələdə törədicini ayırd edildikdən və antibiotikə həssaslıq müəyyən olunduqdan sonra, lazım olarsa antibiotiklə korreksiya terapiyası aparılır. Bəzən antibiotikoterapiya nitrofuran sırasından olan sulfanilamid preparatlarla (furazolidon, solafur, furazolin) kombinə edilir. Göbələk törətdiyi (candida albicans) superinfeksiyanın profilaktikası üçün eyni vaxtda antibakterial və göbələk əleyhinə təsir edən preparatlar (enteroseptol, meksaform, 5-

NOK) tətbiq edilir. Onlarla birlikdə levorin, yaxud nistatin yüksək dozada təyin edilir.

Xəstənin orqanizminin spesifik və qeyri-spezifiki immunobioloji reaktivliyini yüksəltmək üçün birinci gün hiperimmun antistafilakokk plazması – 100 ml dozada 2 gündən bir köçürülür. Antistafilakokk qamma-qlobulini 5 ml hər gün (kurs 6-dan 10-a qədər doza) əzələ daxilinə yeridilir. Qeyri spesifik immunoterapiya məqsədi ilə təzə dondurulmuş plazma köçürülür. Eləcə də biogen stimulyator (levamizol) təyin edilir.

Kəskin hipoproteinemiyanı və hipoalbuminemiyanı ləğv etmək məqsədi ilə plazma, protein və albumin məhlulu yeridilir. Bundan başqa, kolloid-osmotik təzyiği yüksəltmək üçün poliqlükin, reopoliqlükin, hemodez, jelatinol məhlullundan istifadə edilir.

Xəstələrin kompleks müalicəsinə eləcə də digitalizasiya, heparinoterapiya (20000 TV/gündə), antiaqreqantlar (trental, ksantinol nikotinat), antipiretiklər, proteaz inhibitoru (qordoks), saluretiklər, vitaminlər daxildir. Allergik reaksiyaların baş verməsi ilə bağlı prednizolon, yaxud hidrokortizon (hormonların kliniki göstəricilərinin, yaxud A/T səviyyəsinin nəzarəti altında) tətbiq edilir. Hipotenziya zamanı kortikosteroid hormonlar təyin edilir ki, bu da əsasən, infeksiya-toksik şokun profilaktikası üçün vacibdir. Kompleks terapiyaya antihistamin desensibilizəedici preparatların (suprastin, diprazin) daxil edilməsi lazımdır (anafilaktik şokun profilaktikası üçün).

Ümumi möhkəmləndirici terapiyaya çox elementlər daxildir: ciddi nəzarət altında yaxşı qulluq, çoxlu vitamin qatışıqlı, yüksək kalorili (tam dəyərli) qidalar, anabolik steroid hormonlar, əlavə vitaminterapiya, paraentral qidalanma tətbiq edilir.

Sepsisli xəstələrin müalicəsi çoxprofilli xəstəxanada, tibbi intizamlı yanaşı ixtisasçılar əhatəsində aparılmalıdır.

Sepsis zamanı bir neçə antibiotikin təyini onların təsir mexanizminə və spektrinə uyğun xüsusiyyətlərlə təsdiqlənməlidir. Müalicənin effektivliyini yoxlamaq üçün qanın, sidəyin, uşaqlıq boşluğu içərsinin, metastatik ocaqlardan götürülən patoloji materialın mikrobioloji müayinəsi və antibiotiklərə həssaslıq təyininin təkrar aparılması zəruridir.

## ANTİBİOTİKLƏR MONOTERAPİYA

Rp.: Sulperazoni 2,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, hər dəfə 2 qram vena daxilinə yeritməli, 10-12 gün (4-8 q/sut.).

Rp.: Maxipime 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, hər dəfə 1-2 qram vena daxilinə yeritməli, 10-12 gün (gün ərzində 2-4 q.).

Rp.: Tienami 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 q vena daxilinə yeritməli, 10-12 gün (gün ərzində 2-4 qram,).

Yaxud

Rp.: Bactaxim - L 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını 3-5 ml steril inyeksiya suyunda həll edib, 3-5 dəqiqə ərzində gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli

Rp.: Meronemi 0,5

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, hər dəfə 0,5-1 qram vena daxilinə yeritməli, 10-12 gün (gün ərzində 1,5-3 q.).

## BİRLƏŞDİRİLMİŞ TERAPİYA

Rp.: Cephotaximi 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 10-12 gün.

Rp.: Fortumi 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 10-12 gün.

Rp.: Ceftrioni L 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 10-12 gün.

Rp.: Gatiloxi pentoni 0,4

D.t.d. № 20 in tabl.

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 1 dəfə, hər dəfə 400 mq daxilə qəbul etməli, 7-10 gün.

Rp.: Ceftriaxonu 1,0

D.t.d. № 4

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 10-12 gün.

+

Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 0,04

D.t.d. № 6 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 ml yeritməli, 4-5 gün (3-5 mkq/kq).

Rp.: Netilmycini 0,04

D.t.d. № 6 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 4-5 gün (3-5 mkq/kq).

Yaxud

Rp.: Miacini 2 ml

D.t.d. № 6 in ampull

S. 7,5 mq/kq olmaqla 12 saatdan bir və ya 5 mq/kq olmaqla 8 saatdan bir əzələ daxilinə təyin edilir.

Rp.: Amicacini sulfatis 0,04

D.t.d. № 15 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 4-5 gün (15-20 mkq/kq).

+

Rp.: Clindamycini 0,3

D.t.d. № 10 in ampull

S. Gündə 3 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə 0,3-0,6 q yeritməli, 10-12 gün.

Rp.: Sol. Lincomycini hydrochloridi 0,6

D.t.d. № 10 in ampull

S. Gündə 2-3 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli, 10-12 gün.

Yaxud

Rp.: Metronidazoli 0,5% – 100 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10-12 gün.

Yaxud

Rp: Sol. Metzoli 0,5% - 100 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Yaxud

Rp.: Sol. Metrissi 0,5%-100 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (I trimestr əks göstərişdir).

Yaxud

Rp.: Augmentini 1,2

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10-12 gün.

+

Rp.: Sol. Amikacini sulfatis 0,04

D.t.d. № 10 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə 4-5 gün, (15-20 mq/kg).

Rp.: Sol. Gentamycini sulfasi 0,04

D.t.d. № 6 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 4-5 gün, (3-5 mkq/kg).

Rp.: Sol. Netilmisini sulfasi 0,04

D.t.d. № 6 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 4-5 gün (3-5 mkq/kg).

+

Rp.: Metronidazoli 0,5% - 100 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10-12 gün.

Yaxud

Rp.: Taviniki 0,5

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10 gün və daha çox.

Rp.: Tarividi 0,2

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10 gün və daha çox.



Yaxud

Rp.: Abactali 0,4

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10 gün və daha çox.

Rp.: Quintori 0,4

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə, vena daxilinə 0,4 q yeritməli, 10 gün və daha çox).

+

Rp.: Metronidazoli 0,5

D.t.d. № 5

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli (10-12 gün).

#### STAPHYLOCOCCUS AUREUS TÖRƏDİCİLƏRİ

Rp.: Oxacillini 2,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 4 dəfə vena daxilinə 2-3 q yeritməli, 10 gün və daha çox.

Rp.: Cefazalini 2,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10 gün və daha çox.

+

Rp.: Metronidazoli 0,5% - 100 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli (10-12 gün).

#### METİSİLLİNƏ REZİTENTLİ STAPHYLOCOCCUS AUREUS TÖRƏDİCİLƏRİ

Rp.: Vancomycini 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli (10 gün və daha çox).

+

Rp.: Metronidazoli 0,5

D.t.d. № 5

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2-3 dəfə vena daxilinə yeritməli (10-12 gün).

#### KANDİDOZUN PROFİLAKTİKASI

Rp.: Fluconazoli 0,1

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 1 dəfə vena daxilinə 0,1 q yeritməli, yaxud daxilə 0,15 q qəbul etməli (7 gündə 1 dəfə).

Rp.: Diflucani 0,15

D.t.d. № 1 in caps.

S. Həftədə 1 dəfə daxilə qəbul etməli (7 gündə 1 dəfə).

#### ALTERNATİV DƏRMAN MADDƏLƏRİ

Rp.: Tabul. Nystatini obductae 500000 TV

D.t.d. № 20

S. Gündə 4 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (14 gün).

#### İNFUZİON – TRANSÇFUZİON TERAPİYA

Rp.: Sol. Xlasoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (3-4 gün).

Rp.: Sol. Trisoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (3-4 gün).

Rp.: Sol. Ringer-Locke 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (3-4 gün).

Rp.: Sol. Riamberini 1,5% - 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (2-3 gün).

Rp.: Sol. Polyglukini 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (2-3 gün, orta molekulyar çəki 50000-70000).

Rp.: Sol. Reomacrodex 1000 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli (2-3 gün, orta molekulyar çəki 50000-70000).

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% -400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (400- 800 ml) yeritməli (3-4 gün).

Rp.: Sol. Refortan HES 6% - 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (6%- li, yaxud 10% -li) yeritməli (2-3 gün).

Rp.: Sol. Albumini 10% - 100 ml  
D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (100, yaxud 200 ml) yeritməli (3-4 gün).

Rp.: Sol. Decstoroza 5% - 400 ml  
D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (400- 800 ml) yeritməli (3-4 gün).

#### ANTİKOAGULYANTLAR VƏ DEZAQREQANTLAR

Rp.: Heparini 5000 TV  
D.t.d. №  
S. Gündə 3 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (5 gün, laxtalanmaya nəzarət olmaqla!).

Yaxud

Rp.: Sol. Fraqmeni 0,3 ml  
D.S. Gündə 2 dəfə dəri altına yeritməli (5 gün).

Yaxud

Rp.: Sol. Fraxiparini 0,3 ml  
D.S. Gündə 2 dəfə dəri altına yeritməli (5 gün).

Yaxud

Rp.: Sol. Klexani 0,2 ml  
D.S. Gündə 1-2 dəfə dəri altına yeritməli (5 gün).

#### TROMBOSİTLƏRİN AQQEQASİYASININ İNHİBİTORU

Rp.: Tabul. Curantili 0,025  
D.t.d. № 20  
S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10 gün).

#### PERİFERİK VAZODİLATORLAR

Rp.: Tabul. Agapurini retardi 0,4  
D.t.d. № 60  
S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10 gün).

#### ANALGETİKLƏR VƏ ANTİPİRETİKLƏR

Rp.: Tabul. Acidi acetylsalicylici 0,05  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli (10 gün).

Rp.: Tabul. Trombo-ACC 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet ( 0,05- 0,1 q) qəbul etməli (10 gün).

### DESENSİBİLİZƏDİCİ TERAPİYA

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10-12 gün).

Yaxud

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2-3 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (10-12 gün).

Rp.: Tabul. Diprazini 0,025

D. t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli (10-12 gün).

Yaxud

Rp.: Sol. Diprazini 2,5 % - 2 ml

D.t.d. № 10 in tabl.

S. Gündə 2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (10-12 gün).

Rp.: Tabul. Suprastini 0,025

D.t.d. № 10

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10-12 gün).

Yaxud

Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (10-12 gün).

Rp.: Tabul. Diazolini 0,1

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1-2 tablet qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Tabul. Claritini 0,01

D.t.d. № 7

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Cetotifeni 0,001

D.t.d. № 20

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Tabul. Genkorali 0,025

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə daxilə qəbul etməli (10-12 gün).

### İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI

#### İMMUNOMODULYATORLAR (İMMUNOQLOBULİN, İMMUNOMODULYATOR, İNTERFERON)

- Vena daxili üçün insanın normal immunoqlobulini yeritməli  
0,25 – 0,5 q/kq (vena daxilinə damcı üsulu ilə günəşırı 3 dəfə yeritməli, 0,25 – 0,5 q/kq).

Rp.: Suppos. Viferoni 500000 TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə düz bağırsağa 1 suppositorium yeritməli.

Rp.: Suppos. Cenferoni 500000 TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə düz bağırsağa 1 suppositorium yeritməli.

Rp.: Suppos. Cipferoni 500000 TV

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə düz bağırsağa 1 suppositorium yeritməli.

### İMMUNOMODULYATORLAR

Rp.: Sol. İmmunofan 0,005%

D.t.d. № 5

S. Gündə 1 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (5-10 gün).

Rp.: Tabul. Licopidi 0,01

D.t.d. № 10

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet dilin altına sormalı (0,002-0,003 q/sut., 10 gün).

Rp.: Sol. Cycloferoni 12,5%-2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Günəşırı 2 ml əzələ daxilinə yeritməli (5 inyeksiya).

### HORMONAL PREPARATLAR QLÜKOKORTIKOIDLƏR (HİPOTENZİYADA)

Rp.: Sol. Prednisoloni 0,05

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yaxud, əzələ daxilinə yeritməli  
(0,05- 0,1q/sut).

Rp.: Sol. Hydrocortisoni acetatis 0,2

D.t.d. № 10

S. Gündə 1 dəfə vena daxilinə yaxud, əzələ daxilinə yeritməli  
(0,2- 0,5q/sut).

#### EUBİOTİKLƏR

Rp.: Drajee Linex № 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Capsulas Bactisuptil N 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Capsulas Bifoforum N 10

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 kapsula qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Hylak forte 100 ml

D.S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 30-40 damcı qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Bifidumibacterini № 5

D.S. Gündə 3 dəfə daxilə 5 doz qəbul etməli (10-12 gün).

#### EFERRENT METODLAR:

Plazmaferez 1-2 gündən bir 2-3 dəfə təyin edilir.

#### ÜMUMİ MÖHKƏMLƏNDİRİCİ TERAPİYA:

Tam dəyərli qida, vitamin terapiyası, anabolik steroid hormonlar, lazımi halda – xüsusi qarışıqla əlavə parentral qidalanma.

## Septiki şok

Sepsis infeksiyasının doğuşdan sonrakı dövrdə ən ağır baş verməsi (ölümlə nəticələnə bilən) bakterial, yaxud septiki şokdur. Mamalıq praktikasında xəstəlik əsas etibarilə septiki endometrit, doğuşdan və abortdan sonra baş vermiş sepsis zamanı müşahidə edilir. Septik şoka səbəb olan septiki prosesləri, ən çox, endotoksin ifraz edən qram-mənfi mikroorqanizmlər törədir. Septiki şok eləcə də qram-müsbət mikrofloranın (pnevmonokokkların, meningokokkların, stafilokokkların,  $\beta$  – hemolitik streptokokkların) törətdiyi sepsisin fonunda da inkişaf edə bilər. Bu zaman bakteriyaların parçalanmasından (ekzo və endotoksinlər) və toxumaların proteolizindən hasil olan məhsullar, habelə ifraz olunan sərbəst histamin birbaşa qana keçərək xırda arteriya və vena damarlarını daraldır, arteriovenoz anastomozların törənməsinə mane olur, kapilyar qan dövrənini azaldır. Habelə onlar qanın damardaxili laxtalanmasına təkan verir.

Kapilyarların mikrotrombozları ilə əlaqədar mikro-sirkulyasiyanın pozulması toxumalarda və üzvlərdə hipoksiyanın və metabolik asidozun inkişaf etməsinə şərait yaradır. Nəticədə üzvlərin fəaliyyəti pozulur, birinci növbədə qara və ağ ciyərin fəaliyyətinin çatışmazlığı, beyin-qan dövrəninin pozulması müşahidə edilir.

Qram-mənfi mikroorqanizmlərin törətdikləri septiki şokdan ölüm faizi qram-müsbət mikroblarındakına nisbətən xeyli yüksək olur. Ağır xəstələrdə septiki şok peritonit, leykomiya və s. ilə fəsadlaşdığı üçün bu göstərici 23 %-lə 88 % arasında tərəddüd edir.

Septiki şokun kliniki mənzərəsi xəstəliyin qəflətən başlanması ilə xarakterizə edilir və çox vaxt onun hansı xəstəlik fonunda törənməsindən asılı olmur. Xəstəxanadankənar şəraitdə edilən abortdan baş vermiş septisemiyanı – qəflətən başlanan və uzunmüddətli inkişaf edən forması fonunda – septik şokun başqa növlərindən fərqləndirmək lazımdır. Septiki şok zamanı septisemiya

vəziyyəti çox qısa sürür və onu – kliniki gedişi cəhətdən – hər vaxt müəyyən etmək mümkün olmur. Şiddətli üşütmə-titrətmə, hərəarətin 39-41<sup>0</sup>-yə qədər yüksəlməsi patoloji prosesin başlanmasını göstərən xarakterik əlamətdir. Bu zaman xəstənin dərisi avazıyır, soyuq tərlə örtülür, bir neçə saatdan sonra yüksək hərəarət düşərək subfebril şəkildə davam edir və qanitirmə nəticəsində arterial təzyiq azalır. Bəzən arterial təzyiqin səviyyəsi şiddətlə enir.

Qanın mənzərəsi dəyişir, leykopeniya və trombositopeniya (bəzən leykositoz) müşahidə edilir. Sonradan ağ ciyər kapilyarının mikrotrombozları nəticəsində tənqnfəslik, dərinin sianozu, ümumi narahatlıq, qorxu hissi, baş ağrısı, bəzən qıcolmalar və qusma baş verir.

Klinik müayinə zamanı hərəarətin düşməsi, nəbzın sürətlənməsi müşahidə olunur. Şokun əvvəlində psixikanın pozulması əlamətləri (oyanma, şüurun dumanlanması, bihuşluq, koma və s.) baş verir.

Septiki şokun ən inandırıcı obyektiv əlamətlərindən biri oliqouriyanın, yaxud anuriyanın (sutkalıq sidik ifrazının miqdarı 400 millilitrdən az olduqda, böyrəklərin filtrasion və konsentrasion fəaliyyəti tam zəiflədikdə, izostenturiya, azotemiya, hiperkaliemiya, metabolik asidoz zamanı) meydana çıxmasıdır.

Xəstələri şok vəziyyətindən çıxarmaq mümkün olmadıqda xəstəlik inkişaf edərək daha ağır mərhələyə keçir ki, bu da həyat üçün vacib olan üzvlərin fəaliyyətinin şiddətli pozulması ilə xarakterizə edilir. Həmin mərhələ bir neçə həftəyə qədər davam edir və mərkəzi venoz təzyiqin yüksəlməsi, taxikardiya, taxipnoye (tənqnfəslik), dərinin sianozu, əzələlərdə ağrı, dəriyə qansızma, burun və qulağın hemorragik nekrozları, şiddətli oliqouriya, qara və ağ ciyərdə çatışmazlıq, hemorragik diatez, yara, iynə yerlərindən qanaxma və s. əlamətlərlə müşayiət olunur.

Septiki şokun inkişafının 3 mərhələsi ayırd edilir:

1. Erkən, yaxud «isti» hipotenziv mərhələyə bədən hərəarətinin 38,4-40<sup>0</sup>C qədər yüksəlməsi - üzün qızarması, titrətmə, taxikardiya, A/T düşməsi (sistolik təzyiq 95-85 mm c.sut), saat hesabı diurez 30



ml/s xarakterdir. Bu mərhələnin davam etməsi infeksiyanın ağırlığından asılıdır və bir neçə saat çəkir.

2. Gecikmiş, yaxud «soyuq» hipotenziv mərhələ bədənin subnormal hərərəti, hemorragiyalar, soyuq dəri müəyyən edilir. Kəskin arterial hipotenziya qeyd edilir: sistolik təzyiq 70 mm.c.sut., dırnaq yerinin sianozu, sürətli sapvarı nəbz, dərinin həssaslığının pozulması, oliqouriya.

3. Geri dönməyən şok - final mərhələ: A/T düşür, anuriya, respirator distress sindromu və koma. Bu mərhələdə ağır metabolik asidoz, süd turşusu miqdarının tez artması müşahidə edilir.

Şokun diaqnozunu qoymaq üçün göstərilən simptomların hamısının olması vacib deyildir. Xəstəliyin gedişinin uzanma müddətindən asılı olmayaraq yuxarıda qeyd edilən hər hansı septiki proses zamanı müşahidə olunan simptom kompleksi septiki şok kimi qiymətləndirmək lazımdır.

Xəstəliyin diaqnozunun vaxtında qoyulması və müalicəsinə başlanması üzlərdə yarana bilən ciddi dəyişikliklərin qarşısını almağa imkan verir. Diurez və arterial təzyiqin ciddi nəzarət altına alınması, üşütmə-titrətmə zamanı qanı və sidiyi qidalı mühitdə əkmək, trombositlərin miqdarının mütləq hesablanması ilə koaloqrammanı təyin etmək (qanın damardaxili laxtalanmasının əsas göstəricisi və forması kimi) olduqca vacibdir.

Trombositlərin miqdarının  $1 \text{ mm}^3$  qanda 150777-ə (1 mkl-də 150) və fibrinogenin səviyyəsinin 150 mq%-ə (1,5 q/l) qədər azalması başqa əlamətlərlə yanaşı, qanın damardaxili laxtalanma sindromunun kəskin, yaxud yarımkəskin forması üçün xarakterik haldır.

Qanın damardaxili laxtalanma sindromunun xroniki formasında fibrinogenin sürətlə hasil olması onun hasilatını kompensə edir, yaxud ondan üstünlük təşkil edir ki, bu zaman qanda fibrinogenin səviyyəsi normal və yaxud bir qədər yüksəlmiş olur.

Septiki şokun müalicəsi təcili intensiv terapiya prinsipi əsasında aparılmalıdır. Müalicənin uğurlu olmasında vaxtın böyük əhəmiyyəti vardır. Xəstəni şok vəziyyətindən çıxarmaq məqsədilə venaya infuzion məhlullar və müvafiq dərmanlar yeridilir. Bunun

üçün venaya kateter yeridilir, traxeobronxial nahiyənin yuyulması üçün traxeyaya burundan kateter salınır. Həcmi dəqiq müəyyən etmək məqsədilə sidiyi sidik kisəsindən kateter vasitəsi ilə toplayırlar. Sidiyin miqdarının 20 ml/s qədər azalması böyrək fəaliyyətinin pozulmasını göstərən xarakter əlamətdir.

İnfuzion məhlullarla yeridilən dərmanların seçilməsi, onların həcmi və yeridilmə sürəti xəstənin vəziyyətindən asılıdır. Dərmanlarla yanaşı, xəstənin venasına donor qan (hematokritin səviyyəsini 30 % və ondan yuxarı saxlamaq məqsədilə), serum, reopoliqlükin, poliqlükin, jelatinol, hemodez və digər infuzion məhlullardan, orta hesabla, 400-500 ml yeridirlər.

Müalicə tədbirləri kompleksinə diurezin gücləndirilməsi də daxildir. Bu məqsədlə güclü təsir göstərən diuretiklərdən (mannitol, furosemid və s.) istifadə olunur.

Böyrəklərin funksional vəziyyətini dəqiqləşdirmək üçün əvvəlcə venaya mannitolun 10%-li məhlulundan 50 ml, diurez çoxaldıqda - 1 saat ərzində təkrar 200 ml, bir sutka ərzində isə 1000 ml yeridirlər.

Böyrəklərin ifrazedici fəaliyyəti pozulduqda isə osmotik diuretiklər (mannitol) effekt vermir. Bu zaman furosemid təyin edilir. Əgər oliqouriya 5-6 gün və daha çox davam edərsə, hemodializdən istifadə edilir.

Mamalıq praktikasında septiki şok bakterial infeksiya nəticəsində inkişaf etdiyi üçün vaxtında antibiotiklərlə müalicə aparılması çox böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu məqsədlə geniş təsir spektrinə malik antibiotikləri, eləcə də onların kombinasiyasını tətbiq etmək lazımdır. Xəstəyə müalicə kursu müddətində 40 000 000 – 50 000 000 TV-ə qədər benzilpenisillin; 4-6 qrama qədər ampicillin, metisillin və oksasillin; 4-6 qrama qədər seporin; 1,5-2 qrama qədər kanamisin; 160-200 milliqrama qədər gentamisin və s. təyin olunur. Septiki şok zamanı antibiotiklərin kombinasiyalı tətbiqi daha yaxşı nəticə verir. Adətən ampicillinlə oksasillin (ampioks), metisillinlə kanamisin, oksasillinlə gentamisin kombinə edilir.

Septiki şokun ağırlığını nəzərə alaraq, antibiotikləri venaya, yaxud əzələyə yeritmək lazımdır. Antibiotiklərin tətbiqi zamanı mütləq böyrəklərin ifrazedici funksiyası və venaya yeridiləcək infuzion məhlulların həcmi nəzərə alınmalıdır.

Böyrək fəaliyyətinin kəskin çatışmazlığı zamanı antibiotiklərin dozasını azaltmaq, güclü infuzion terapiya, hemodializ və peritoneal dializ zamanı isə, əksinə artırmaq lazımdır.

Kandidozlarda göbələk əleyhinə antibiotiklərlə (flükanazol, nistatin, levorin) və histamin əleyhinə preparatlarla (dimedrol, diazolin, suprastin) birgə müalicə aparılmalıdır.

Septiki şokun qlükokortikosteroid hormonlarla müalicəsi yaxşı nəticə verir. Onları şokun ilk dövründə də yüksək dozalarda təyin etmək məsləhətdir.

Septiki şokun müalicəsində əsas amillərdən biri tromboz əleyhinə aparılan tədbirdir. Bu məqsədlə antikoagulyantlar, antiaqreqantlar və fibrinolitik preparatlar tətbiq olunur. Antikoagulyantlardan heparin çox mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Hiperkoagulyasiyanın real formasında sutkada 4 dəfə dəri altına, orta hesabla, 10 000 TV heparin vurulur və 5 saatdan sonra qanda protrombinin miqdarı müəyyən edilir. Hipkoagulyasiya baş vermədiyi hallarda heparinin sutkalıq dozasını (30 000 – 50 000 TV) 10 000 TV qədər də artırırırlar.

Trombolitik ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi üçün indiki dövrdə fraksiqarin (nadkoparin kalsium) məsləhətdir və 0,3, yaxud 5 gün ərzində dəri altına 0,6 ml yeridilir.

Orqanizmə heparini yeritməklə yanaşı, xəstənin venasına təzə donor qanı, yaxud sitratlaşdırılmış donor qanı da vururlar. Heparinlə müalicənin müddəti 14-30 gün arasında tərəddüd edir. Müalicə adətən xəstəliyin klinik mənzərəsi yaxşılaşana, onun kəskin formasının aradan qaldırılmasına, qaraciyər fəaliyyətinin kəskin çatışmazlığının bərpa olunmasına, diurezin və əsas hemostatik göstəricilərin normallaşmasına qədər aparılır. Heparinin orqanizmə artıq dozada yeridilməsindən törənən ağırlaşmalarda onu azaltmaq, yaxud tamamilə dayandırmaq lazımdır. Kalsium xlorid və protamin-sulfat

qanda heparinin antidotlarıdır. Lakin qanda fibrinogeni çökdürdüüyü və qan dövranının aqreqat vəziyyətini pozduğu üçün protamin-sulfatdan geniş istifadə etmək məsləhət görülmür.

Septiki şokda baş verən hiperkaliemiya zamanı xəstəyə kalsium preparatları - qlükoza, insulin və vitaminlər təyin olunur. Asidoz əleyhinə natrium hidrokarbonat tətbiq edilir.

Septiki şok zamanı infeksiya ocağını ləğv etmək məqsədi ilə xəstə stasionara daxil olan kimi uşaqlığının vəziyyətini alətlərlə yoxlamaq və birinci gündən ona antibakterial müalicə və arterial təzyiqli qaldıran preparatlar təyin etmək lazımdır. Ümumi anesteziya şəraitində uşaqlıq döl yumurtası qalıqından çox diqqətlə təmizlənməlidir. Bu əməliyyatı, vakuüm aspirasiya üsulu ilə deyil küretaj vasitəsi ilə yerinə yetirmək lazımdır ki, uşaqlıq divarına möhkəm bənd olmuş döl yumurtasının qalığı qopsun. Əməliyyat nə qədər tez aparılırsa, xəstəliyin proqnozu da o qədər yaxşı olar. Əgər döl yumurtası qalıqları təmizləndikdən 8-12 saat sonra, eləcə də qlükokortikoidlərin yüksək dozaları ilə (hidrokortizon 3-4 qram) aparılmış konservativ müalicədən sonra xəstənin vəziyyəti yaxşılaşmazsa (arterial təzyiqlin səviyyəsi və 1 saat müddətində ifraz olunan sidiyin miqdarı normaya çatmazsa), uşaqlığı borularla birlikdə ekstirpasiya etmək lazımdır. Uşaqlığın çıxarılması məsələsi ciddi surətdə həll olunmalıdır. Diaqnoz müəyyən edilən kimi təcili uşaqlıq çıxarılmalıdır.

Septiki şokun inkişafına səbəb olan başqa xəstəliklər zamanı cərrahi müdaxilənin həcmi və xarakteri prosesin lokallaşmasından və xüsusiyyətindən asılı olaraq müəyyən edilir (süd vəzi absesinin, böyrək karbunkulunun və s. vaxtında dəşilməsi).

Doğuşdan sonra baş verən septiki şokun profilaktikası doğuş zamanı və ondan sonrakı dövrdə daxili cinsiyyət üzvlərində inkişaf edən sepsis infeksiyasının müalicəsinə yönəldilməlidir. Birinci növbədə rasionall sistemlə - həddən artıq konservatizm və əsaslandırılmamış aktivləşdirməyə yol verilmədən - doğuş prosesini aparmaq lazımdır.

Septiki şokun baş verməsinə geniş şərait yaradan amillərdən ən ciddişi hamiləliyin gedişinin ağırlaşması, ekstragenital xəstəliklər və daxili üzvlərin fəaliyyətinin pozulmasıdır.

Bununla əlaqədar qeyd etmək lazımdır ki, mamalıq praktikasında müşahidə edilən irinli-septik xəstəliklərin profilaktikası – doğuş prosesinin rəasional aparılmasına, xəstəliklərin diaqnozunun vaxtında təyin edilməsinə, vaxtında sistematik və kompleks terapiya bir sıra tədbirləri həyata keçirilməsinə başlanmasına yönəldilməlidir.

### ANTİBİOTİKLƏR I MONOTERAPİYA

Rp.: Cefoperazone/Sulbactami 2,0

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli (7-10 gün).

Yaxud,

Rp.: Cefepimi 1,0

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli (7-10 gün).

Rp.: İmipenami 0,5

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3-4 dəfə vena daxilinə 0,5-1 q yeritməli (7-10 gün).

Rp.: Meronemi 0,5

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə 0,5-1 q yeritməli (7-10 gün).

Rp.: Timentini 3,1

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə yeritməli (7-10 gün).

Rp.: Tazobactan 2,25

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə 2,25-4,5 q yeritməli (7-10 gün).

## BİRLƏŞDİRİLMİŞ TERAPİYA

Rp.: Cefotaximi 1,0

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Cefoperazone 2,0

D.t.d. №

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə 2-4q yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Fortum 1,0

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2-3 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Ceftriaxonu 1,0

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 7-10 gün.

+

Rp.: Sol.Amikacini 0,04

D.t.d. № 2 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 7-10 gün (15-20 mq/kg).

Rp.: Sol.Gentamycini sulfasi 0,04

D.t.d. № 2 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 7-10 gün (3-5 mq/kg)

Rp.: Sol.Netilmycini sulfasi 0,04

D.t.d. № 5 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 7-10 gün (4-7,5 mq/kg).

+

Rp.: Sol. Metronidazoli 0,5 % - 100 ml

D.t.d. № 2

S. Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə 0,5 q yeritməli, 7-10 gün.

Yaxud

Rp.: Sol.Lincomycini hidrohloridi 30% - 2 ml

D.t.d. № 5 in ampull

S. Gündə 3 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə 0,6 q yeritməli 7-10 gün.

Rp.: Sol.Clindamycini 15% - 4 ml

D.t.d. № 5 in ampull

S. Gündə 3 dəfə vena daxilinə 0,3-0,6 q yeritməli, 7-10 gün.

Yaxud

Rp.: Sol.Augmentini 1,2

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə yeritməli, 7-10 gün.

+

Rp.: Sol.Amikacini 0,04

D.t.d. № 10 in ampull

S. Əzələ daxilinə 1-2 yeridilmə, 7-10 gün (15-20 mq/kg).

Yaxud

Rp.: Tavanici

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 3 dəfə vena daxilinə 0,5 q yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Tarividi 0,4

D.t.d. № 5

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Quintori 1 ml

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə 0,4 q yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Pefloxacini 0,4

D.t.d. № 5

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli, 10 gün.

+

Rp.: Sol. Metronidazoli 0,5 % - 100 ml

D.S. Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə 0,5 q yeritməli, 7-10 gün.

## STAPHYLOCOCCUS AUREUS TÖRƏDİCİLƏRİ ƏLEYHİNƏ PREPARATLARIN TƏTBİQİ

Rp.: Oxacillini 2,0

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 4 dəfə vena daxilinə yeritməli, 7-10 gün.

Rp.: Cefazalini 1,0

D.t.d. № 2

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2-3 dəfə vena daxilinə 1-2 q yeritməli, 7-10 gün.

+

Rp.: Sol. Metronidazoli 0,5 % - 100 ml

Gündə 2-3 dəfə vena daxilinə 0,5 q yeritməli (7-10 gün).

#### METİSİLLİNƏ REZİTENTLİ STAPHYLOCOCCUS AUREUS TÖRƏDİCİLƏRİ

Rp.: Vancomycini 1,0

D.t.d. № 6

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2 dəfə vena daxilinə yeritməli (7-10 gün).

+

Rp.: Metronidazoli 0,5 % - 100 ml

D.t.d. № 1

S. Hər flakonun möhtəviyyatını həlledicidə həll edib, gündə 2-3 dəfə vena daxilinə 0,5 q yeritməli, 7-10 gün.

#### KANDİDOZUN PROFİLAKTİKASI

Rp.: Fluconazoli 0,1

D.S. Həftədə 1 dəfə vena daxilinə, yaxud 0,15 q daxilə qəbul etməli.

Rp.: Diflucani 0,1

D.S. Həftədə 1 dəfə vena daxilinə, yaxud 0,15 q daxilə qəbul etməli.

Alternativ dərman maddələri

Rp.: Tabul. Nystatini obductam 500000 TV

D.t.d. № 20

S. Gündə 4 dəfə 1 həb qəbul etməli (12-14 gün).

#### İNFUZİON – TRANSÇFUZİON TERAPİYA

Rp.: Sol. Glucosi 5% 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: İnf. Refortan HES 10% - 500 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.



Rp.: Sol. Xlasoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Trisoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Ringer-Locke 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol. Polyglucini 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə ( 400, yaxud 800 ml yeritməli (orta molekul cəki 50-70 min).

Rp.: Sol. Reomacrodex 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə(400, yaxud 800ml yeritməli (orta molekulyar cəki 30-40 min).

Rp.: İnf. Albumini 10% - 100 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə (100, yaxud 200 ml yeritməli.

Rp.: Sol. Gelatinoli 400 ml

D.S. Tədricən damcı üsulu ilə vena daxilinə yeritməli.

Təzə dondurulmuş plazma damcı üsulu ilə 400 ml və daha çox vena daxilinə yeridilir. İnfuziyanın həcmi hemostazın vəziyyətindən asılıdır.

## HEMOSTAZ SİSTEMİNİN POZULMASININ KORREKSİYASI

Kursun davamı fərdi təyin edilir. Tromboz ələhinə terapiya antitrombin III və təzə dondurulmuş plazma ilə birlikdə yerinə yetirilir.

## HEPARİN VƏ ONUN MƏHSULLARI

Rp.: Heparini 5000 TV

D.S. Gündə 3 dəfə dəri altına yeritməli (laxtalanmaya nəzarət olmaqla!).

Rp.: Sol. Fragmeni 0,3 ml

D.S. Gündə 2 dəfə dəri altına yeritməli.

Rp.: Sol. Fraxiparini 0,3 ml

D.S. Gündə 2 dəfə dəri altına yeritməli.

Rp.: Sol. Klexani 0,2 ml

D.S. Gündə 1-2 dəfə dəri altına yeritməli.

*Trombositlərin aqreqasiyasının inhibitoru*

Rp.: Tabul. Curantili 0,025

D.t.d. № 20

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

*Periferik vazodilatatorlar*

Rp.: Tabul. Agapurini retardi 0,4

D.t.d. № 60

S. Gündə 2 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli.

Analgetiklər və antipiretiklər

Rp.: Tabul. Acidi acetylsalicylici 0,05

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

Rp.: Tabul. Trombo-ACC 0,05

D.t.d. № 10

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə yeməkdən sonra 1 tablet qəbul etməli.

FİBİRİNOLİZİN İNHİBİTORLARI (LƏNGİDƏN  
PREPARATLAR)

Rp.: Gordox 500 000 TV

D.S. Vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Trasiloli 500 000 TV

D.S. Vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Contrykali 350 000 TV

D.S. Vena daxilinə yeritməli.

Rp.: Tranexam 15 mq/kq

D.S. Vena daxilinə hər 3-4 saatdan bir yeritməli.

Digər hemostatik preparatlar

Rp.: Sol.Dicynoni 12,5%-2 ml

D.t.d. № 5 in ampull.

S. Gündə 4-6 dəfə vena daxilinə yeritməli.

HORMONAL PREPARATLAR

Rp.: Sol. Prednisaloni 0,5

D.S. Gündə 1 dəfə vena yaxud, əzələ daxilinə yeritməli, 0,5 - 0,1q/sut (A/T stabilləşənə qədər).

Rp.: Sol. Hydrocortisoni 0,2

D.S. Gündə 1 dəfə vena, yaxud əzələ daxilinə yeritməli, (0,2- 0,5 q/sut)

ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİ TERAPİYASI

Kardinotoniq preparatlar

Rp.: Dopamini 7 mkq

D.S. Vena daxilinə yeritməli.

- Rp.: Dobutamini 20 mkq  
D.S. Vena daxilinə yeritməli.
- Rp.: Sol. Norepinefirin 0,2%-5 mkq  
D.S. Vena daxilinə yeritməli.  
Ürək qlukoziidləri
- Rp.: Digoxini 0,00025  
D.t.d. № 30  
S. Gündə 1-2 dəfə vena daxilinə yeritməli.  
Analeptik dərman maddələri
- Rp.: Cordiamini 2 ml  
D.t.d. №  
S. Gündə 1-2 ml dəri altına yeritməli.
- Rp.: Sol. Sulfocamphocaini 10%-2 ml  
D.t.d. № 10 in ampul.  
S. Gündə 1-2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli.

#### DIURETIKLƏR

- Rp.: Sol. Furosemidi (Lazix) 1%-4 ml  
D. t. d. № 10 in amp.  
S. Gündə 2-4 ml vena daxilinə yeritməli.

+

- Rp.: Sol. Mannitoli 15%-1 ml  
D. t. d. № 2 in ampull.  
S. Vena daxilinə yeritməli ( 1- 1,5 q/kq140 q/sut.).

#### İMMUN VƏ İNTERFERON STATUSUN POZULMASININ KORREKSİYASI (PERİTONİTİN MÜALİCƏSİNƏ BAX. SƏH).

+

- Rp.: Ridostini 1 ml  
D.S. Günaşırı əzələ daxilinə yeritməli, 5 inyeksiya (0,5 – 1 ml/  
sut.).

#### ANTİSTAMİN PREPARATLAR

- Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml  
D.t.d. №  
S. Gündə 2-3 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (8-10 gün).
- Rp.: Sol. Diprazini 2,5 % - 2 ml  
D.t.d. № 10  
S. Gündə 2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (8-10).

Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. Gündə 2 dəfə əzələ daxilinə yeritməli (8-10 gün).

Rp.: Tabul. Cetotifeni 0,001

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Tabul. Fenkarol 0,025

D.t.d. № 20

S. Gündə 2-3 dəfə daxilə qəbul etməli (10-12 gün).

Rp.: Tabul. Claritini 0,01

D.t.d. № 7

S. Gündə 1 dəfə, hər dəfə 1 tablet qəbul etməli (10-12 gün).

### SPAZMOLİTKLƏR

Rp.: Sol.Nospani 2 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 2 ml vena yaxud, əzələ daxilinə yeritməli.

Rp.: Sol.Papaverini hydrochloridi 2 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 3 dəfə, hər dəfə 2 ml vena yaxud, əzələ daxilinə yeritməli.

### ANTİXOLİNERGİK PREPARATLAR

Rp.: Sol.Platfillini hydrotartaratis 0,2% - 1ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 1 ml əzələ daxilinə yeritməli (2-3 ml/sut. 5-7 gün).

Rp. : Sol.Atropini sulfatis 0,1%-1 ml

D.t.d. № 6 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 1 ml əzələ daxilinə yeritməli (1-2 ml/sut. 5-7 gün).

Rp.: Sol.Methacini 0,1%-1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S. Gündə 1-2 dəfə, hər dəfə 0,5-1 ml əzələ daxilinə yeritməli (1-2 ml/sut. 5-7 gün).

### ANALGETİKLƏR VƏ ANTİPİRETİKLƏR

Rp.: Sol.Baralginini M 5 ml

D.t.d. №5 in ampull.

D.S. Gündə 2-3 dəfə, hər dəfə 5 ml vena yaxud, əzələ  
daxilinə təcricəyritməli (10-15 ml/sut. 5-7 gün).

BAĞIRSAQ MİKROFLORASININ TARAZLIGINI TƏNZİMLƏYƏN  
BİOLOJİ MƏNŞƏLİ DİAREYA ƏLEHİNƏ PREPARATLAR  
(PERİTONİTİN MÜALİCƏSİ BAX. SƏH).  
TOXUMALARDA MADDƏLƏR MÜBADİLƏSİNİ  
AKTİVLƏŞDİRƏN PREPARATLAR

Rp.: Actovegini 10 ml

D.t.d. №

S. Gündə 1-2 dəfə 5-10 ml vena yaxud, əzələ daxilinə yeritməli.

TƏNƏFFÜS ÇATIŞMAZLIĞININ KORREKSIYASI:  
Ağ ciyərlərin invaziv və qeyri invaziv ventilyasiyası (ASV).  
PLAZMAFEREZ VƏ EKSTRAKORPORAL DETOKSİKASIYANIN  
DİGƏR METODLARI.

## **İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYATIN SİYAHISI**

1. Hüseynov D.Y. Farmakoterapiyadan məlumat kitabı. Azərbaycan Dövlət nəşriyyatı. Bakı, 1993, 663 s.
2. Hüseynov D.Y. Dərman preparatları, I-II hissə. Bakı, 1983-1985.
3. Qəniyev M., Hüseynova F.D. Ümumi reseptura (Dərs vəsaiti). Bakı – 2009, Azərbaycan Tibb Universitetinin nəşriyyatı, 324 s.
4. Şəmsəddinskaya N.M., Hüseynov D.J. Mamalıqda və ginekologiyada dərman müalicəsi. Azərbaycan Dövlət Nəşriyyatı. Bakı, 1986, 339 s.
5. Акушерство. Под редакцией акад. Г.М.Савельевой. М. «Медицина», 2000. 816 с.
6. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии. Под редакцией И.С.Сидоровой.
7. Овсянниковой Т.В., Макарова И.О. М. «МЕД пресс-информ» 2009, 718 с.
8. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Под редакцией О.В. Макарова, В.А.Алешкина, Т.Н.Савченко М. «МЕД пресс-информ» 2007, 462 с.
9. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. Минск, «Вышэйшая школа», 1997, 604 с.
10. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине. Пер.с.англ. Под ред. Ю.Л.Шевченко, И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М. Хайтова М. ГЭОТАР – МЭД, 2007, 1248 с.
11. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Том 1, Харьков: Торсинг, 1997, 560 с.
12. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Под общей редакцией В.И.Кулакова, В.Н.Серова М., Изд. «Литтерра», 2005, 1151 с.
13. Рецептурный справочник врача. Под редакцией гл. – корр. АН Украины И.С.Чекмана. Киев, «Здоров я», 1992, 416 с.

14. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. Под редакцией Элеонор Энкин. Санкт-Петербург, (перевод с англ.яз.), 1999. 543 с.
15. Справочник. Лекарственные средства, применяемые в медицинской практике в СССР под редакцией М.А.Клюева. М – «Медицина», 1989, 511 с.
16. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Изд. «Триада-Х», М., 1999, 815 с.
17. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М. «Триаде-Х», 2000, 304 с.
18. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии. Под редакцией А.Д.Макацария, В.О.Бицадзе. Руководство для врачей «Триада-Х», Москва, 2008, 152 с.
19. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Том 2, Харьков: Торсинг, 1997. 592 с.
20. Toksoplazmozun aktual problemləri. Metodik tövsiyə, Bakı 2006, 24 s.

**“Təbib” nəşriyyatı**

<b>Nəşriyyatın müdiri:</b>	<b>M.M.İdrisov</b>
<b>Texniki redaktoru:</b>	<b>R.M.Seyidov</b>
<b>Dizayner:</b>	<b>C.Z.Abışlı</b>
<b>Tərtibatçı:</b>	<b>İ.Q.Quliyeva</b>
<b>Korrektor:</b>	<b>R.M.İbrahimova</b>

Kağız formatı 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Sifariş 535. Tiraj 300.

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76





*Körpənizin sağlam doğulması üçün*

# Parvulex

Hamilələr və südverən analar üçün  
**şokolad dadlı**  
polivitamin-mineral kompleksi






Kapsul № 60



# ***Eurofar***

**ANEMİYANIN MÜALİCƏSİNDƏ  
SÜRƏTLİ VƏ MÜASİR DƏMİR YOLU**

-  **Yüksək biomənimsənilmə**
-  **Müasir kombinə olunmuş tərkib**
-  **100% patogenetik müalicə**



**Kapsul № 30**



# Открой свет жизни



**Дюфастон®**  
Дидрогестерон  
Создан технологией света

## Краткая информация о препарате Дюфастон®

**Состав.** 1 таблетка содержит 10 мг дидрогестерона. **Форма выпуска.** Таблетки, покрытые оболочкой. Код АТС: G03D B01. Гестагены. **Показания.** Прогестероновая недостаточность. Состояния, характеризующиеся дефицитом прогестерона: эндометриоз; бесплодие, обусловленное лютеиновой недостаточностью; угрожающий или привычный выкидыш (при недостаточности прогестерона); предменструальный синдром; дисменорея; нерегулярные менструации; вторичная аменорея (в комплексной терапии с эстрогенами); дисфункциональные маточные кровотечения. Заместительная гормональная терапия. Для нейтрализации пролиферативного действия эстрогенов на эндометрий в рамках ЗГТ у женщин с расстройствами, обусловленными естественной или хирургической менопаузой при интактной матке. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к дидрогестерону или другим компонентам препарата. **Беременность и лактация.** Препарат может применяться во время беременности (см. показания к применению). Дидрогестерон выделяется с материнским молоком. Грудное вскармливание во время приема Дюфастона не рекомендуется. **Способ применения и дозы.** Применяется внутрь. Эндометриоз: 10 мг 2-3 раза в сутки с 5-го по 25-й день цикла или непрерывно. Бесплодие (обусловленное лютеиновой недостаточностью): 10 мг в день с 14-го по 25-й день цикла, лечение следует проводить непрерывно в течение 6, как минимум, следующих друг за другом циклов. Лечение рекомендуется продолжать в первые месяцы беременности, как это рекомендовано при привычном аборте. Угрожающий аборт: 40 мг однократно, далее по 10 мг каждые 8 ч до исчезновения симптомов. Привычный аборт: 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности, с последующим постепенным снижением дозы. Предменструальный синдром: 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Дисменорея: 10 мг 2 раза в день с 5-го по 25-й день цикла. Нерегулярные менструации: 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. Аменорея: эстрогены 1 раз в сутки с 1-го по 25-й день цикла в сочетании с Дюфастоном по 10 мг 2 раза в сутки с 11-го по 25-й день цикла. Дисфункциональные маточные кровотечения (для оставшихся кровотечений): 10 мг 2 раза в день в течение 5 или 7 дней. Дисфункциональные маточные кровотечения (для предупреждения кровотечений): 10 мг 2 раза в день с 11-го по 25-й день цикла. ЗГТ в сочетании с эстрогенами: при непрерывной схеме приема эстрогенов – по 1 таблетке дидрогестерона 10 мг в течение 14 дней в рамках 28-дневного цикла. При циклической схеме приема эстрогенов – 10 мг в день в течение последних 12-14 дней приема эстрогенов. Если результаты биопсии эндометрия или УЗИ свидетельствуют о недостаточном прогестативном ответе, суточная доза дидрогестерона может быть повышена до 20 мг. **Побочные реакции.** Со стороны системы кровообращения: в единичных случаях гемолитическая анемия. Со стороны иммунной системы: очень редко – реакции гиперчувствительности. Со стороны центральной нервной системы: головная боль, мигрень. Со стороны гепатобилиарной системы: редко отмечались незначительные нарушения функции печени, иногда сопровождающиеся слабостью или недомоганием, желтухой и болью в области живота. Со стороны репродуктивной системы: в редких случаях возникновение прорывных кровотечений, повышенная чувствительность молочных желез. Со стороны кожи и подкожной клетчатки: аллергические реакции, такие как кожная сыпь, зуд, крапивница. Очень редко – отек Квинке. Общие расстройства: очень редко нервные расстройства. **Побочные указания.** У некоторых пациенток могут наблюдаться прорывные кровотечения, которые могут быть предотвращены путем увеличения дозы препарата. В случае назначения дидрогестерона в комбинации с эстрогенами (например, для ЗГТ) следует внимательно ознакомиться с противопоказаниями и предупреждениями, связанными с применением эстрогенов. Перед началом применения комбинации дидрогестерона и эстрогена (для ЗГТ) должны быть собран полные анамнез. Во время лечения рекомендуется периодически проводить контроль индивидуальной переносимости ЗГТ. Пациентка должна быть информирована, о каких изменениях в молочных железах ей следует сообщать врачу или медсестре. Исследования, включающие маммографию, следует проводить в соответствии с общепринятым скринингом пациенток. У женщин, получающих ЗГТ, точная оценка риска и пользы оценивается со временем. Иногда в течение первых месяцев лечения возможно возникновение прорывных кровотечений. Если прорывные кровотечения возникают после некоторого периода приема препарата или продолжают после курса лечения, следует изучить причину, сделать биопсию эндометрия с целью исключения злокачественных изменений в эндометрии. Состояния, при которых необходимо наблюдение. Пациенток следует тщательно обследовать при наличии в анамнезе прогестеронзависимой опухоли (например, менингиома), а также в случае ее прогрессирования во время беременности или в течение предшествующей гормональной терапии. Другие состояния. Пациенткам с генетически обусловленной непереносимостью галактозы, недостаточности лактазы или синдромом мальабсорбции не следует принимать данный препарат. **Взаимодействие.** Случай несовместимости с другими лекарственными средствами неизвестны. Индукторы микросомальных ферментов печени (фенобарбитал, рифампицин) могут ускорить метаболизм дидрогестерона и снизить эффект. **Категория отпуска.** По рецепту. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата. **ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ.**

Регистрационные удостоверения: **Азербайджан** № DV №09-01256; **Грузия** №: R-009305; **Армения** №: 10720; **Молдова** №: 19621.

Сообщить о нежелательном явлении при применении препарата или о жалобах на качество препарата вы можете в представительство Abbott в Украине (и странах СНГ) по телефону +380 44 498-60-80 (круглосуточно).

За дополнительной информацией обращайтесь по адресу:  
Abbott Laboratories, S.A., представительство в Азербайджане  
Хаят Бизнес Центр, корпус 2, ул. Измир, 1033, Ясамальский район, AZ1065, Баку, Азербайджан, тел.: (99412) 497-44-02 (01), в Гruzии: «Абботт Лаборауториз С.А.» - г. Тбилиси, ул. Леселидзе, 25, 3-й этаж, офис 303-304, тел.: +995 32 2436992, в Армении: 0009, г. Ереван, ул. Терьян, 105/1, офис 303, тел.: +37410 514-312, факс: +37410 514-398, в Молдове: г. Кишинев, ул. Парк, 40, 7-й этаж, офис 7, тел.: +373 22 228410, факс: +373 22 226723.

 **Abbott**  
A Promise for Life

PR-CSE-DUP-08(1013)

# Folio



**Состав:** в одной таблетке Фолио содержится

- **фолиевая кислота (=витамин B9) 400мкг,**
- **йод (в виде калия йодида) 200мкг**

- **специально для женщин, планирующих беременность, беременных и кормящих грудью**
- **для профилактики врожденных пороков развития, связанных с дефицитом фолиевой кислоты и йода**
- **для здоровья матери и рождения здорового малыша. в дозировке, рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения**

- **Произведено на фармацевтическом производстве, в соответствии с международными стандартами качества GMP**

1 таблетка в день (независимо от приёма пищи)