

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН БИЛИМ БЕРУУ ЖАНА ИЛИМ МИНИСТРЛИГИ
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИ

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

МЕДИЦИНАЛЫК КОЛЛЕДЖИ

МЕДИЦИНАЛЫК КОЛЛЕДЖИ

«АКУШЕРДИК ЖАНА ПЕДИАТРИЯЛЫК ДИСЦИПЛИНАЛАР» ПЦКСЫ

Практикалык ачык сабактын иштелмеси

ТЕМА №21: Презкламсиясын оор даражасы (тобокелдик факторлору, клиникасы, аныктоо, дарыгерге чейинки биринчи жардам көрсөтүү).

дисциплина: Акушерства жана гинекология

коддук: 060101 Дарылоо иши (2 курс)

Түзгөн: окутуучу Шакабаева С.А.

Акушердик жана педиатриялык ПЦК сынын окутуучусу С.А. Шакабаеванын практикалык ачык сабагына рецензия.

2ЛД-24-3 агымынын ачык практикалык сабагынын темасы: Презлампеиянын оор даражасы (тобокелдик факторлору, клиникалык белгилери, аныктоо, дарыгерге чейинки биринчи жардам көрсөтүү).

Дисциплинанын силлабусу бар. Практикалык сабактын иштелмеси даярдалган. Теманын планы, сабактын максаты, күтүлүүчү натыйжалар көрсөтүлгөн. Сабактын регламенти туура бөлүштүрүлгөн. Темага керектүү теманын презентациясы даярдалган; глоссарийи, плакаттар, сүрөттөр, медициналык каражаттар, муляждар, танометр жана дарыгерге чейинки жардам көрсөтүүгө керектелуучу медициналык жабдыктар бар, тесттик суроолор бар.

Интерактивдүү ыкмалардан: слайддар менен презентация даярдалган; студенттерден кайтарым байланыш алуу үчүн же теманы бышыктоо үчүн Kahoot системасы боюнча тесттер даярдалган.

С.А. Шакабаеванын ачык практикалык сабагын өтүүгө сунуштаймын.

Рецензент, акушердик жана педиатриялык
дисциплиналар ПЦКнын
ОМКнын жооптуусу:

Боронбаева Г.Ж.

Боронбаева Г.Ж.



Дата: 03.12.2025ж.

ТЕМА №21: Преэклампсиясың оор даражасы (тобокелдик факторлору, клиникалык белгилери, аныктоо, дарыгерге чейинки биринчи жардам көрсөтүү). (2 саат)

Практикалык сабактын планы:

1. Преэклампсия оор даражасы (аныктама);
2. Келип чыгуу себептери;
3. Клиникалык белгилери;
4. Аныктоо жана дарылоо;

Адабияттардын тизмеги:

1) Негизги:

1. Славянова И.К. Акушерство и гинекология: учеб. Пособие / И. К. Славянова. – 6 -е изд., доп. и перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2012 – 573с. : ил. – (Медицина).
2. Бодяжина В.И. Акушерство: учеб. Пособие. Москва «Медицина» 1994г. – 443с.
3. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб. Пособие / И. К. Славянова. – 6 -е изд., доп. и перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2010 – 395с. : ил. – (Медицина).

2) Кошумча:

1. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов. — 6е изд., испр. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 528 с.
2. Савельева Акушерство МИА, 2006г. стр.
3. ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ. Клиническое руководство. БИШКЕК 2023ж.

Электрондук булактар:

1. ЦТО ОшМУ
2. Медиа Борбор ОшМУ
3. [http://new.nimsi.kg/categories/238%20%20%20%20\(COПЫ\);](http://new.nimsi.kg/categories/238%20%20%20%20(COПЫ);)
4. https://diseases.medelement.com/?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=13§ion_medicine=4571385460025&category_mkb=0&parent_category_mkb=0 (Клинические протоколы)

Текшерүүчү суроолор:

1. Презклампсия (аныктама, бөлүнүштөрү);
2. Тобокелчилик себептери;
3. Клиникалык белгилери;
4. Биринчи дарыгерге чейинки жардам көрсөтүү;
5. Аптеканын курамы;
6. Фельдшердин ролу.

Билимин текшерүүнүн формалары:

1. Оперативдүү сурамжылоо
2. Мээге чабуул
3. Кырдаалдык маселелер
4. Тайпалар менен иштөө

Сабактын максаты: кош бойлуулук учурундагы презклампсиянын оор даражасынын этиологиясын (тобокелдик факторлорун), клиникалык белгилерин, кошумча изилдөө ыкмаларын билүү, бул патологияны аныктап, дарт атын кое билүү жана врачка чейинки биринчи жардам көрсөтүү.

Студент билиши керек: презклампсиянын аныктамасын, классификациясын, патогенезин, клиникалык көрүнүшүн, диагностикасын, дифференциалдык диагностикасын, кош бойлуулукта, төрөттө, төрөттөн кийинки мезгилде биринчи жардам көрсөтүү, эненин жана перинаталдык ооруга жана өлүмгө тийгизген таасирин, клиникалык жана лабораториялык изилдөө ыкмаларын. презклампсияны дарылоодо колдонулуучу фармакологиялык препараттардын организмге оң, терс таасирин жана дарыгерге чейинки биринчи жардамды көрсөтүүнү билет.

Студент төмөнкүлөрдү жасай билет: анамнезди чогултууну, кош бойлуу аялды текшерүүнү, лабораториялык жана кошумча изилдөөлөрдүн маалыматтарын баалоо, диагноз коюу жана презклампсиянын оордугун баалоону, дарыгерге чейинки биринчи жардамды көрсөтүүнү.

Студент жасай алат:

Компетенциялар картасы:

№	Тема:	Компетенциялар		Компетенциянын саны	Эскертүү
1	Презклампсиясын оор даражасы (тобокелдик факторлору, клиникасы, аныктоо, дарылоо).	ПК9 – Выполнять лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи на до госпитальном этапе и контроль эффективности проводимых мероприятий.	ПК10 – Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар.	2	

Окутуунун жыйынтыгы НББП, дисциплина “Акушерства жана гинекология” жана тема: Презклампсиясын оор даражасы (тобокелдик факторлору, клиникасы, аныктоо, дарылоо).

№	Компетенциялардын коду	Окутуунун жыйынтыгы		Ыкмалар жана механизмдери
1.	К.К – 9,10	PO4: Умеет принимать профилактические, лечебные и просветительские меры по улучшению здоровья населения на закрепленной территории в зависимости от типа заболевания. PO7. Организация и оказание неотложной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. Проведение реабилитационных мероприятий по восстановлению здоровья особо уязвимых слоев населения.	Билгичтик: - гестоз менен ооруган кош бойлуу аялдардын даттануусун жана анамнезин чогултуу; - Эрте жана кеч гестозду айырмалоо; - Гестоздун оордугуна баа берүү, алдын ала диагноз коюу жана гестациялык гипертензияны аныктоо тактикасын тандоо; - Жеңил презклампсия диагнозун коюу, кош бойлуу аялдарды, төрөттөрдү жана төрөттөн кийинки аялдарды гестациялык гипертензия менен дарылоо, кош бойлууларды, төрөттөрдү жана төрөттөн кийинки аялдарды алып баруу; Көндүм: - кош бойлуу аялдардын гестозуна диагноз коюу, гестоз жана эклампсия пристубу үчүн биринчи жардам көрсөтүү.	Мугалимдин сөзү, Мээге чаабул, Видео фильмдер, Слайдар Кырдаалдик жана тестик тапшырмалар, Глоссарийлер

Сабактын формасы: практикалык сабак

Сабактын тиби: студенттердин билимин колдонуп, билгичтикти жана көндүмдү калыптандыруу

Сабактын жабдылышы: Проектор, теориялык сабактын текети, видеоролик, тесттик тапшырмалар, тайпалар менен иштөө

Предметтер аралык байланыш: Адамдын анатомиясы, латын тилдери, хирургия, фармакология, терапия.

Сабактын бири бири менен ички байланыштары: Баардык темалар менен байланыштуу.

№	Сабактын этаптары	Окутуучунун иш аракети	Студенттин иш аракети	Ыкмалар жана механизмдери	Балоонун формасы	Күтүлүүчү натыйжа.	Сабактын жабдылышы	Убакыт
1	Сабакты уюштуруу	<ul style="list-style-type: none"> - студенттер менен саламдашат - сабакка даярдыкты текшерет; - журналга белгилейт; - сабактын максатын жарыялайт; - баа коюунун критерийлери менен тааныштырат; - жагымдуу маанай түзөт; 	- сабактын алтын эрежесин эске түшүрөт;	Сабактын максаты жана актуальдуулугу менен тааныштыруу		маанайы көтөрүлөт, сабакка болгон кызыгуусу артат.		3 мүн
2	Студенттердин сабакка болгон кызыгуусун активдештүрүү.	<ul style="list-style-type: none"> - Акушерства сабагы эмнени окутуу үйрөтөт? - Кош бойлуулукта кездешүүчү кандай патологиялык өзгөрүүлөрдү билесинер? - Гестациялык гипертензия деген эмне? - Гестоз жана токсикоз деген эмне? - Протеинурия деген эмне? 	Студенттер суроолорго бат-баттан жооп беришет.	Мээге чабуул	Активдештирүү	Өтүлгөн темаларды эске салуу, жаңы тема менен өтүлгөн теманы байланыштыруу.	Плакаттар Доска Конспекттер	5 мүн өт
3	Өтүлгөн теманы сурамжылоо	<p>Үйгө берилген тапшырмаларды сурамжылоо.</p> <p>1 - тайпача: Презклампсиянын оор даражасынын себептери, клиникалык белгилери;</p> <p>2 - тайпача: Презклампсиянын оор даражасын аныктоонун критерийлери (субъективдүү жана объективдүү белгилери);</p> <p>3 - тайпача: Дарыгерге чейинки биринчи жардам көрсөтүү (биринчи жардам көрсөтүүчү аптекаанын курамы, ар бирине мүнөздөмө берүү)</p>	- Өз алдынча топтордо иштеп, даярдап келишкен презентацияларын айтып берүү	Презентацияга катышып, суроолорго жооп беришсе ар бирине балл берилет	ар бирине эки түстөгү стикер берилет	Билбеген нерселерди билишет. Колу менен кармап көрүү көбүрөөк эстериңде калат.	Плакаттар, шприцтер, вазокон спирт, вата, танометр, перчатки, манекендер	40

- ▶- Презкламписия - кеч талгак ал белгиден үч турат: шишик, кан басымынын көтөрүлүшү, заарада белоктун болушу;
- ▶- Протеннурия - заарада белоктун пайда болушу;
- ▶- Анурия - бул катетеризация менен тастыкталган табарсыкка заара агымынын толук токтошу
- ▶- Олигоурия - уменьшение количества отделяемой почками мочи
- ▶- Тонометр - кан басымыны өлчөөчү аппарат;
- ▶- Гипертензия- кан басымдын көтөрүлүшү;
- ▶- Гипоксия ткандардагы кычкылтектин азайышы;
- ▶- Ацидоз - канда кычкыл заттардын пайда болушу;
- ▶- Альбуминурия - заарада альбуминдердин пайда болушу;
- ▶- Асфиксия – күмөндүн думугуусу;
- ▶- Кома - эстен танышы.

САБАКТЫН ЖҮРҮШҮ:

- 1. Уюштуруу 8 мүнөт.** (саламдашуу, сабакка даярдыкты текшерүү, жоктоо, сабактын максатын жана актуалдуулугу менен тааныштыруу).

Сабактын максаты: кош бойлуулук учурундагы преэклампсиянын оор даражасынын этиологиясын (тобокелдик факторлорун), клиникалык белгилерин, кошумча изилдөө ыкмаларын билүү, бул патологияны аныктап, дарт атын кое билүү жана врачка чейинки биринчи жардам көрсөтүү.

Актуальдуулугу:

- ▶ Кош бойлуулардын жана төрөттөгү аялдардын, төрөгөн аялдардын жалпы санынан гестоздун жыштыгы 22% түзөт.
- ▶ Кыргыз Республикасында энелердин өлүмүнүн түзүмүндө экинчи орунду ээлейт.
- ▶ Жаңы төрөлгөн балдардын оорусунун жана перинаталдык өлүмдүн негизги себеби.
- ▶ Ооруну балоонун начардыгы
- ▶ Кеч диагноз коюу жана төрөттү кечендетүү.

ЧТО (чакыруу, түшүндүрүү, ойлонтуу).

- Акушерства сабагы эмнени окутуп үйрөтөт?
- Кош бойлуулукта кездешүүчө кандай патологиялык өзгөрүүлөрдү билссинер?
- Гестациялык гипертензия деген эмне?
- Гестоз жана токсикоз деген эмне?
- Протеинурия деген эмне?

2. Үйгө берилген тапшырманы сурамжылоо 40 мүнөт.

Студенттерге тайпачаларга бөлүп үйгө тапшырмалар берилген, даярданып келген презентацияларын айтып беришет.

1. Тайпача: Преэклампсиянын оор даражасы (аныктамасы, себептери, клиникалык белгилери)?

- ▶ **Гестоз** - бул физиологиялык кош бойлуулуктун татаалдашуусу, бул маанилүү органдардын жана системалардын иштешинин терең бузулушу менен мүнөздөлөт, ал адатта кош бойлуулуктун 20 жумасынан кийин пайда болот.
- ▶ **Кош бойлуулардын талгактарына** - аялдын денесиндеги жумуртканын өөрчүшүнө байланыштуу пайда болгон даргтар кирет. Талгактар кош бойлуулуктун убагында пайда болуп, кош бойлуулук бүткөндөн кийин (6-8 жумага созулат), негизинен эч калдыксыз өтүп кетет, кээде оор жана узакка созулган түрүндө көпкө чейин созулгандары кездешет.
- ▶ **Преэклампсия** – кош бойлуулуктун, төрөттүн жана төрөттөн кийинки мезгилдин татаалдашы, кан басымынын 140/90 мм рт.ст. жогору көтөрүлүшү менен мүнөздөлөт. Ал кош бойлуулуктун 20-жумасынан кийин заарада белоктун пайда болушу (протеинурия) жана боор, бөйрөктүн жана жүрөк-кан тамыр системасынын начарлашын көрсөткөн жана башка белгилер коштолот.
- ▶ Гестоз - кош бойлуу айымдарда гана кездешип, төрөгөндөн кийин да бир нече күнгө чейин сакталып турчу оору. Мунун кооптуулугу мында, гестоз - төрөт маалындагы энелердин өлүмүнүн үч негизги себебинин бири болуп эсептелинет. Ал кош бойлуулуктун 16-20-жумасында башталып, 28 жумалыгынан кийин кайра кайталанышы мүмкүн. Гестоздо кош бойлуу эненин бөйрөгүнүн, кан тамырларынын жана баш мээсинин иштеши начарлайт. Булардан тышкары гестозго тиешелүү эң мүнөздүү белги - артериалдык кан басымдын жогорулашы жана заарадан белоктун чыгышы. Мына ушуга байланыштуу гинекологдор кош бойлуулардан заарага тез-тез анализ тапшырып турууну талап кылышат. Заарадагы белок бөйрөктүн ишине доо кеткендигинен кабар берип, шишик менен коштолот. Ал эми кан басым жогорулаганда баш оору, көңүл айнуу, көздүн тунарышы келип чыгат. Гестоздун оор түрүндө кош бойлуу эне эсин жоготот, түйүлдүк өөрчүбөй калат же такыр эле өлүп калат.

Тобокелдик факторлору (факторы риска):

Акушердик жана гинекологиялык факторлор:

- Биринчи кош бойлуулук;
- Мурунку кош бойлуулук учурундагы презлампися;
- 40 жаштан жогору же 18 жаштан аз;
- Көп жолу бойдон алдыруулары;
- Кош бойлуу алдында жогорку кан басымы;
- Кош бойлуулукка чейин же кош бойлуулук учурунда пайда болгон диабет;
- Көп күмөндүү кош бойлуулук;
- Ашыкча салмак (BMI>30);
- Системалык кызыл же башка аутоиммундук оору;

Клиникалык белгилери:

- **Борбордук нерв системасынан:** баш оору, баш айлануу, жалпы алсыздык, уйку качуу;
- **Көрүүнүн начарлашы:** («чымындардын бүлбүлдөөсү» (көздүн чымырашы), «көздүн караңгылашы же тумандашы», көрүүнүн жоголушуна чейин (көрбөй калышы да мүмкүн));
- **Жүрөк-кан тамыр системасынан:** гипертония, жүрөк жетишсиздиги, гиповолемия.
- **Заара чыгаруу функциясы:** олигурия, анурия, протеинурия;
- **Ашказан-ичеги жолдорунан:** эпигастрийде оорунун пайда болуусу же ашказандын тушундагы оору, зарна, жүрөк айлануу, кусуу;
- **Кан системасынан:** тромбоцитопения, гемостаздын бузулушу, гемолитикалык анемия.
- **Түйүлдүктөн:** күмөндүн жакшы өспөй калуусу, гипоксия, антенаталдык өлүм.

Бөйрөктө, боордо зат алмашуу жана кан айлануу мүчөлөрүнүн кызматынын бузулушу, презламписяда өтө жогорку даражага жетет. Ткандардагы кычкылтектин азайышынан (гипоксия) жана кычкыл заттар (ацидоз) пайда болот.

2 - тайпача: Презклампсиянын оор даражасын аныктоонун критерийлери (субъективдүү жана объективдүү белгилери);

- 2.1. Даттануусун сурайбыз (клиникалык белгилери – жогоруда айтылды);
- 2.2. Кан басым жана СОП боюнча өлчөө (№1 тиркеме);
- 2.3. Шишикти аныктайбыз;
- 2.4. Аптечканын курамы.

Кан басым — бул оору эмес. Ал организмге толугу менен канды жеткирүү үчүн өтө керек. Мунун оптималдуу нормасы **120-70мм.рт.ст.**, жогорку нормасы **139-89мм.рт.ст.**, ал эми төмөнкү нормасы **90-60** болуп саналат. Андан төмөн болсо гипотония деп аталат. Кан басымы – кан тамырлардагы кандын жүрөк ишинен пайда болгон гидродинамикалык басымы. Артериялык басымдын чоңдугу жүрөктүн жыйрылуу күчүнө, жүрөктөн чыккан кандын өлчөмүнө, кан тамыр капталдарынын кан агуу тоскоолуна, ошондой эле жүрөктүн жыйрылуу ылдамдыгына, кандын илээшкектигине жана башка байланыштуу болот.

Кан басымы төмөндөп, диастола аяктарда төмөнкү деңгээлге жетет. Систолалык жана диастолалык басымдардын айырмасы пульс деп аталат. Кан тамырдагы Кан басымы жүрөктөн алыстаган сайын азаят. Мисалы, толтодо кан басымы 140/90 сымап мамычасынын мм түзөт (биринчи цифра – систолалык же жогорку басымды, экинчиси диастолалык же төмөнкү басымды билдирет). Кан басымы, адатта, артериялык басымды ченөө менен аныкталат. Жаш өткөн сайын кан басымы өзгөрөт, күч келүү, эмоциялык чыңалуу ж. б. жогорулайт. Кан басымынын деңгээлин нерв-рефлекстик механизмдер жөнгө салып турат. Анын туруктуу жогорулашын – артериялык гипертензия, ал эми төмөндөшү гипотензия деп аталат.

Презклампсиянын оор түрүндө: шишиктер кескин түрдө көбөйүп, кан басымы жогорулайт 150/100 мм рт.ст. же андан да жогору болушу мүмкүн, кош бойлуу аялдардын кан басымдын көбүнчө диасталык кан басымынына көңүл бурулат. **СОП боюнча кан басымын өлчөө. №1 тиркеме.**

КОШ БОЙЛУУЛУКТАГЫ ШИШИК !!!

Бала күтүп жаткан учурда болочок эненин организмде көптөгөн өзгөрүүлөр болот. Алардын бири - кош бойлуулукту коштогон шишик.

Башка учурда жүрөк-кан тамыр же бөйрөк ооруларынан белги берип турган шишик кош бойлуулук учурунда канчалык деңгээлде коркунучтуу?..

- Кош бойлуулуктагы шишиктин өнүгүшү төрт стадиядан турат:

1. Тамандын жана шыйрактын айланасындагы шишик. Мындай шишиктин эч кандай кооптуулугу жок. Бул кош бойлуулуктагы кадыресе көрүнүштөрдүн бири. Мындай шишик адатта кечинде пайда болот да, эртең менен өзүнөн-өзү жок болуп кетет.
2. Курсактын ички бети жана белдин айланасынын шишиги. Мындан да көп кооптонуунун кажети жок.
3. Колдун, буттун жана беттин шишиги. Эгерде буттун шишиги такыр кетпей, анысы аз келгенсип ага колдун шишиги кошулса, анан да беттин көпкөнү байкалса, анда бул кош бойлуулуктагы кооптуу абалдардын бири. Тактап айтканда, мындай шишиктер гестоз деп аталган кош бойлуулукка таандык оорулардын бири болуп саналат.
4. Жалпы шишик. Жогорудагы саналган шишиктерге карата кош бойлуу айым эч кандай чара көрбөсө, анда шишик бара-бара жалпы денеге жайылат. Мындай шишик кээде көзгө дароо урунса, кээде билинбейт. Эгерде көзгө урунбаса, муну болочок эненин көптөн салмак кошуп жатканынан байкоого болот.

Буттагы шишикти аныктоо: ал үчүн буттун терисине шишип кеткен жерине колдун баш манжасын 5-15 секунда акырын басуу аркылуу денениздin шишик бар-жогун текшерет (пит-тест). Алар басууну токтоткондон кийин териңизде чуңкур (ямка) пайда болот. Чуңкур ткандарыңызда суюктук чогулуп калганын көрсөтүп турат.

Кош бойлуу эне канча салмак кошууга тийиш?

Кош бойлуулугунун 28 жумалыгынан баштап болочок эне орточо эсеп менен 350 граммга толот. Бирок, 500 граммдан жогору эмес.

Кош бойлуулуктун акырында жалпысынан 12 килограммга чейин салмак кошулат.

Арык айымдар, мисалы, 170 см бой менен 53 кг чыккандар нормасынан 2-3 кг ашыкча салмак кошсо мунун эч кандай кооптуулугу жок.

Ал эми толук айымдар тескерисинче, 10 килограммдан ашык салмак кошпоолору керек.

Протениурия - заарадагы белоктун көбөйүшү. Бул көз карандысыз оору эмес, бөйрөк патологиясынын бар экендигин гана көрсөтөт.

Кош бойлуулук мезгилинде бөйрөккө жүктүн көбөйүшү байкалат. Айрым болочок энелерде протеинурия бар. Бул заара анализинин натыйжалары бөйрөктүн жакшы иштебей жаткандыгын көрсөтөт. Көбүнчө заарадагы белок кош бойлуулуктун кооптуу татаалдашын - гестациялык артериялык гипертонияны көрсөтөт.

Дени-сак адамда бөйрөк ири молекулалардын заарага өтүшүнө жол бербейт. Ошондуктан заарада белоктун издери гана байкалат. Белоктордун көлөмүнүн так ченемдери кош бойлуулук мезгилине байланыштуу. Кош бойлуулук мезгили көбөйгөн сайын, бөйрөккө жүк көбөйөт.

Патологияны эрте аныктоо үчүн кош бойлуу аялга гинекологдун күндөлүк текшерүүлөрүн өткөрүп жиберүү сунушталбайт. Алардын ар биринин алдында ага жалпы анализ үчүн заара жеткирилет.

Преэклампсия аялдын ден соолугу үчүн коркунучтуу, анткени ал эклампсияга өтүп кетиши мүмкүн.

Преэклампсияда күмөндүн өсүп жетилиши көп учурда токтолуп, өлүү төрөлүүнүн саны өтө жогору болот.

Преэклампсияны өз убагында табуу үчүн, ар бир кош бойлуунун заарасын белокко үзгүлтүксүз изилдеп, кан басымын өлчөп жана дененин салмагын таразага тартуу жолу менен текшерилет.

Преэклампсия ар кандай учурда эклампсияга өтүшү мүмкүн. Мындан башка жашоого манилүү мүчөлөрдө кан талоолор болушу мүмкүн (эклампсияга өтпөгөн учурда). Тондун мөөнөтүнөн мурда ажырап кетиши жана" кош бойлууларга жана күмөн үчүн коркунучтуу башка татаалдануулар болушу мүмкүн. Көпчүлүк убакта күмөндүн думугуусу (асфиксия) кездешип, төрөлгөнгө чейин жана төрөт убагында күмөн өлүмгө дуушар болушу мүмкүн.

3 - тайпача: Дарыгерге чейинки биринчи жардам көрсөтүү (биринчи жардам көрсөтүүчү аптечканын курамы, ар бирине мүнөздөмө берүү).

Биринчи дарыгерге чейинки жардам көрсөтүүчү аптечканын курамы:

Вазокан - вена ичине (перифериялык) катетер – перифериялык веналарга узак мөөнөткө (3 күнгө чейин) дары-дармектерди киргизүүгө же кан тамырга (оорулуштун) киргизилген катетердин жардамы менен адамдын кан айлануу системасынан суюктуктарды, дары-дармектердин эритмелерин куюга арналган медициналык буюм. Вазокан тамырдын жаракатын азайтуу максатында көңдөй ийнени (интродукторду) колдонуу менен, венага катетер киргизилгенден кийин ийне дароо чыгарылат.

Перифериялык веналык катетер (венага катетер) - колго, моюнга же башка киргизилет. Катетердин экинчи учу бош, ал аркылуу керектүү дарылар киргизилет. Венага катетер киргизилгенден кийин ийне дароо чыгарылат.

1. Венага катетердин негизги бөлүктөрү:

- 1. Болот мандрин ийнеси.** - катетерди тери жана вена аркылуу өткөрүүгө жардам берген ичке металл ийне. Катетерди киргизгенден кийин ийне алынат.
- 2. Катетер** - ийне алынгандан кийин венада кала турган тефлон (тефлон), полиуретан (ПУР), фторэтиленпропилен (ФЭП), политетрафторэтилен (PTFE тефлон) ж.б., жука тунук түтүк. Бул дары же суюктуктарды башкаруу үчүн негизги канал болуп саналат.
- 4. Негизги клапан же порт** - инфузиялык системалар же шприцтер туташтырылган катетердин сырткы учундагы пластикалык түзүлүш.
- Plug (кошумча сайынуу порту же клапан).** Венага перифериялык каннулалар кошумча инъекция порту жок же порту бар. Инъекциялык порт инфузия процессинде дарыларды кошумча болюс киргизүү үчүн, ошондой эле катетерди жуу үчүн арналган. Порт колдонулбаганда, катетерди бекем бекитет.
- Катетердин канаттары.** Кануланын канаттары катетердин жылып кетишинен жана эмболия коркунучунан сактануу үчүн атайын гипс же бинт менен пациенттин денесине бекитилет. Канаттардын болушу бактериялык инфекциянын коркунучун азайтат, анткени катетердин канюласынын арткы тарабынын териге тийүүсү жокко чыгарылат.
- Коргоочу капкак** – катетерди жана ийнени бузулуудан коргойт.

ПРЕЭКЛАМПСИЯДАГЫ ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫ

Аялдын абалын турукташтыруу төмөндөгүлөрдү аткаруу аркылуу жетишилет:

- Калтыроолордун алдын алуу (калтыроого каршы терапия);
- АБга көзөмөл жүргүзүү, антигипертензиялык терапия;
- Тынымсыз мониторинг;
- Кычкылтек берүү (зарылчылыкка жараша).

МААНИЛҮҮ!!!

Ташууга, башка дарылоо мекемесине которууга аялдын абалы турукташкандан (адекваттуу дем алуу, АБ маанилеринин 160/110 мм сым.мам., азайтуу MgSO₄ куюу) кийин гана мүмкүн болот

1.1. ТЫНЫМСЫЗ МОНИТОРИНГ

1.1.1. АБга мониторинг жүргүзүү:

- Турукташууга жетишкенге чейин ар бир 15 мүн. – АБ сандарын коопсуздук деңгээлге чейин, б.а. 150/100 мм сым.мам. азыраак деңгээлге жеткирүү;
- андан ары – ар бир 30 мүн., абалды баалоонун биринчи баскычында;
- эгерде консервативдик дарылоо курсу жүргүзүлүп жатса жана аялдын абалы туруктуу болсо, ар тараптуу баалоодон кийин ар бир 4 саатта;
- АБны өлчөөнүн автоматтык ыкмаларын кылдаттык менен пайдалануу керек, анткени ПЭ менен болгон учурдагыдай эле алар төмөнкү маанини көрсөтүп, башкысы систоликалык артериялык басымды төмөн көрсөтүү менен АБнын так эмес көрсөткүчтөрүн бериши мүмкүн.
- **МААНИЛҮҮ!!!** Кош бойлуу мезгилдеги артериялык гипертензиянын кайсы гана формалары болбосун (өнөкөт гипертензия менен аялдардын 20%ы жана 35% – 34 жумага чейинки гестациялык гипертензия менен) преэклампсия менен татаалдашат жана дайыма көзөмөлдөп турууну талап кылат.

2.1. БАЗАЛЫК ТЕРАПИЯ: АНТИГИПЕРТЕНЗИВДИК ТЕРАПИЯ ЖАНА АБ КӨЗӨМӨЛДӨӨ

КОШ БОЙЛУУ УЧУРДАГЫ ШАШЫЛЫШ АНТИГИПЕРТЕНЗИВДУУ ТЕРАПИЯ		
Иш-чаралар	Апчалык катуу эмес АГ	Оор АГ
АБ	140/90 – 159/109 мм сым.мам.	160/110 мм сым.мам., жана андан көп

Шашылыш антигипертензивдүү терапиянын башталуу критерийлери	Эгерде АБ $\geq 150/100$ мм сым.мам.	Сөзсүз түрдө гипотензивдик терапияны баштагыла!!!
Шашылыш антигипертензивдик терапиянын максаты (биринчи 60 мүнөт)	<ul style="list-style-type: none"> • САБ < 150 мм сым.мам. • ДАБ 80 – 100 мм.сым.мам., ортосунда 	А/Б < 160/110 мм сым.мам.
Антигипертензивдик препарат	1. Токтоосуз таасир берүүчү капсуладагы Нифедипин – 10мг* же 2. Токтоосуз таасир берүүчү таблеткадагы 10 мг Нифедипин *Препарат өлкөдө катталган эмес	
Мүнөздөмө	1. АБ деңгээлин тез азайтуу үчүн биринчи кезектеги дарылоо катары колдонулат; 2. Шашылыш акушердик жардам көрсөтүүчү препараттарга кирет	
МААНИЛҮҮ!	1. Нифедипинди pegos (ооз) аркылуу гана колдонуу! 2. Түйүлдүктүн гипотония жана дистресс тобокелчилигинен улам сублингвалдуу (тилдин астында) пайдалануу сунушталбайт!	
Натыйжа бере баштаган убакыт	20 мүнөттөн кийин 1. Ошондуктан препаратты ичүүдөн натыйжа берүү башталган учурду күтүү керек; 2. Эгерде АБ 20 мүнөттөн кийин төмөндөбөсө, препаратты ичүүнү кайталоо керек (АБ деңгээлине жараша 10-20 мг)	
Максималдуу жалпы баштапкы өлчөм – 50 мг	1. Эгерде препаратты ичкенден кийин 20 мүнөттөн кийин АБ төмөндөбөсө, препаратты ичүүнү дагы бир жолу кайталоо керек (10 мг); 2. Препараттын жалпы БАШТАПКЫ өлчөмүн ичүү схемасы: 10 (мг) + 10 + 10 ар бир 20 мүнөттө; Бирок АБ деңгээли жана организмдин гипотензивдик терапияга карата “жообуна” жараша нифедипиндин кыйла жогорку өлчөмдөрүнө жол берилет, мисалы, 10+(10-20)+(10-20)=30-50 мг 3. Ошол замат жана орто узактыктагы таасир этүүчү нифедипин менен баштапкы дарылоонун жалпы узактыгы 60 мүнөттү (1саат) түзөт; 4. Көңүл бургула!!! Жалпы баштапкы өлчөм 50 мг/саатына ашпашы керек 5. Эгерде нифедипиндин максималдуу жалпы баштапкы өлчөмү – 50 мг ичкенден кийин АБ деңгээли 1 саатта 60/110 мм сым.мам., төмөн түшпөсө, гипертензияны дарылоодо башка препараттар каралышы керек (№5 тиркеме)	
Кыйыр таасирлер	Энеде тахикардия жана баштын катуу оорусу пайда болушу мүмкүн	
Магnezиялык терапия	Нифедипин жана магнийдин сульфатын чогуу колдонууга болот	

<p>Шашылыш антигипертензивдүү терапиянын негизги принциптери</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артериялык басымдын кайсы тана болбосун баштапкы деңгээлинде анын төмөндөшү жай, 30 мүн., ичинде 10-20 мм сым.мам., ичинде болууга тийиш. 2. 1 сааттын ичинде 160/110 мм сым.мам., төмөндөткөн жакшы. 3. Антигипертензивдик терапия жатын ичиндеги түйүлдүктүн абалына туруктуу көзөмөл астында жүргүзүлөт. 4. Магнийдин сульфаты антигипертензивдик препарат катары сунушталган эмес
<p>МААНИЛҮҮ!!!</p>	<p>ШАШЫЛЫШ (АГРЕССИВДУУ) АНТИГИПЕРТЕНЗИВДУУ ТЕРПИЯ ЖҮРГҮЗҮҮДӨ АБ ДЕНГЭЭЛИНИН АШЫКЧА ТӨМӨНДӨП КЕТИШИНЕН САКТАНУУ КЕРЕК. АЛ ЭНЕНИН БАШ МЭЭСИНИН ПЕРФУЗИЯСЫНЫН, ТОНДУН БУЗУЛУУСУНА ЖАНА ТҮЙҮЛДҮКТҮН АБАЛЫН НАЧАРЛАТУУГА АЛЫП КЕЛҮҮГӨ ЖӨНДӨМДҮҮ!!!</p>
<p>Таасирдин узактыгы</p>	<p>Ошол замат жана убакыт аралык таасир этүүчү Нифедипин кыска аралыкка таасир этүүчү препараттарга кирет жана кош бойлуу мезгилдеги пландуу терапияга арналган эмес!</p>
<p>Шашылыш антигипертензивдик</p>	<p>АБ кайталап көтөрүлүп кетүүсүнүн алдын алуу максатында узартылган препараттар менен пландуу</p>
<p>терапия максатына жетти, б.а. бейтаптын АБ < 150/100 мм сым.мам.</p>	<p>антигипертензивдик терапияны баштоо (төмөндөгүнү кар.)</p>
<p>Шашылыш антигипертензивдик терапия үчүн сунушталган башка антигипертензивдик препараттар</p>	<p>№3 таблицаны кар.</p>

КОШ БОЙЛУУ МЕЗГИЛДЕГИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВДИК ТЕРАПИЯ (А/Б ≥ 160/100 мм сым.мам., дарылоодо)

№3 таблица

Препарат	Өлчөм	Таасир этүүнүн башталышы	Таасир этүүнүн туу чокусу	Таасирдин узактыгы	Эскертүү
Лабеталол*	20 мг в/и; 30 мүн кийин 20-80 мг в/и кайталагыла; Максимумду у жалпы баштапкы өлчөм 300 мг	5 мүн	30 мүн	4 саат	Неонатологдорго аял лабеталол ичип жаткандыгы тууралуу маалымат берүү, анткени препарат түйүлдүктө брадикардияны пайда кылат

Нифедипин*	5–10 мг ооз аркылуу; 20 мүн кийин кайталоо; Максималду жалпы баштапкы өлчөм – 30 мг	5–10 мүн	20 мүн	6 саат	Нифедипиндин туура дары формасын камсыздагыла
Гидралазин*	5 мг в/в; жай куйгула; Максатка жеткенче ар бир 5 мүнөттө жай кайталагыла (А/Б < 160/110 мм сым. мам., төмөндөшү);	5 мүн	30 мн		Энеде гипотензия пайда болуу тобокелчилиги бар
	Максималду у жалпы баштапкы өлчөм – 20 мг				

*Препарат өлкөдө жеткиликтүү эмес

** Ошол замат таасир берүүчү нифедипин

2.2. БАЗАЛЫК ТЕРАПИЯ: КАЛТЫРООЛОРДУН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ДАРЫЛОО

2.2.1. КАЛТЫРООЛОРДУН АЛДЫН АЛУУ

Активдүүлүк	Мазмуну
Магнийдин сульфаты	<ol style="list-style-type: none"> Бул калтыроолордун өөрчүшүн алдын алуу үчүн негизги препарат: магнийдин сульфатын кабыл алуу көрүнүшүндө эклампсиянын өөрчүү тобокелчилиги 58%га төмөндөйт (5); БУЛ ПРЕПАРАТ БАСЫМДЫ АЗАЙТУУ ҮЧҮН ЭМЕС!!! Магнийдин сульфаты антигипертензивдик терапия катары колдонулбайт, анткени бул препарат АБны же төмөндөтпөйт же АБнын кыска мөөнөткө төмөндөөсүн пайда кылат (22); БУЛ КАЛТЫРООГО КАРШЫ ПРЕПАРАТ, ошондуктан аны куюуну артериялык басымдын төмөндөөсүнүн негизинде гана токтотууга болбойт;
	<ol style="list-style-type: none"> Бул шашылыш жардам көрсөтүү препараты, ошондуктан аны пландуу колдонуу калтыроолордун өөрчүү тобокелчилигин гана азайтат, бирок преэклампсиянын өзүнүн күчөшүн токтотпойт!!!
МААНИЛҮҮ!!!	Магнийдин сульфатын колдонуордун алдында тизе рефлексин* жана диурезди текшергиле: <ul style="list-style-type: none"> – тизе рефлекси жок болгон учурда препаратты куюуга болбойт, – анурияда – жүктөө өлчөмүн гана куюу керек

Жүктөө өлчөмү	5 г кургак затты (20 мл 25% эритмени – 10 мл Магний сульфаты жана эки шприц менен 10 мл изотониялык эритме) в/и, 15 – 20 мүн., бир венага
Колдоочу өлчөм	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 г/саат, инфузомаг менен куйган жакшы, ал жок болсо – в/и тамчылатуу; 2. МАКСАТЫ: кош бойлуунун ханында магнийдин иондорунун топтолуусун калтыроолордун алдын алуу үчүн жеткиликтүү денгээлде кармоо; 3. Калтыроо даярдыгынын белгилери пайда болгондо колдоочу өлчөмдү 2 г/саатка чейин көбөйтүү.
уюу алгоритми	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шприц насосу: <ul style="list-style-type: none"> – Шприц насосуна күкүрт кычкыл магнезиясынын 25% - 20 мл сөрдургула; – Төмөндөгү ылдамдыкта куйгула: <ul style="list-style-type: none"> ✓ эгерде колдоочу өлчөм 1г/саатты түзсө, куюу ылдамдыгын 4мл/саат менен белгилегиле; ✓ эгерде колдоочу өлчөм 2г/саатты түзсө, куюу ылдамдыгын 8мл/саат менен белгилегиле. 2. Инфузиялык насос: <ul style="list-style-type: none"> – Эритмени даярдагыла: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Күкүрт кычкыл магнезиясы 25% - 100мл + натрий хлоридинин изотониялык эритмеси 0,9% - 400мл; – Төмөндөгү ылдамдыкта куйгула: <ul style="list-style-type: none"> ✓ эгерде колдоочу өлчөм 1г/саатты түзсө, дисплейде куюу ылдамдыгын 20 мл/саатка койгула; ✓ эгерде колдоочу өлчөм 2 г/саатты түзсө, дисплейде куюу ылдамдыгын 40 мл/саатка койгула; 3. В/и тамчылатып куюу: <ul style="list-style-type: none"> – Эритмени даярдагыла: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Күкүрт кычкыл магнезиясы 25% - 100мл + натрий хлоридинин изотониялык эритмеси 0,9% - 400мл; – Төмөндөгү ылдамдыкта куйгула: <ul style="list-style-type: none"> ✓ эгерде колдоочу өлчөм 1г/саатты түзсө, куюу ылдамдыгын 7 тамчы/мүн койгула, ошол эле учурда бир сааттын ичинде 20 мл (20 мл/саат) тамчылап бүтүшү керек; ✓ эгерде колдоочу өлчөм 2г/саатты түзсө, куюу ылдамдыгын 14 тамчы/мүн койгула, ошол эле учурда бир сааттын ичинде 40 мл (40 мл/саат) куюлушу керек;

<p>Мониторинг</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бир саат сайын: <ul style="list-style-type: none"> - Диурез; 2. Ар бир 15 мүнөттө магнийдин сульфатынын инфузиясынын алгачкы 2 саатынын ичинде: <ul style="list-style-type: none"> - Дем алуу жыштыгы; - Тизе рефлекси. 3. Андан ары, ар бир 30 мүнөттө магний сульфатынын инфузиясы бүткөнгө чейин: <ul style="list-style-type: none"> - Дем алуу жыштыгы; - Тизе рефлекси. 4. Пульсоксиметрия, мүмкүнчүлүк болгон жерлерде
<p>Магнийдин өлчөмү ашыкча болгондогу аракеттер</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диурез: <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Диурез <30 мл саатына, бирок магнийдин уулуу таасиринин башка симптомдору жок: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Препаратты куюунун ылдамдыгын 2 эсе азайткыла (0,5 грамм/саат чейин); ✓ МААНИЛҮҮ!!! Магний бойрок менен чыгарылат, ошондуктан диурез азайганда анын кандагы концентрациясы өсөт, бул өз кезегинде препараттын ашыкча өлчөмдө болуу тобокелчилигин көбөйтөт; ✓ Магнийди жалпы дайыңдоого анализ жүргүзгүлө; ✓ Суяктуктугун тең салмактуулугуна жана кан жоготуунун деңгээлине көңүл бургула (эгерде аял төрөттөн кийин болсо); 2. Тизе рефлексинин жоктугу: <ul style="list-style-type: none"> - Магний сульфатынын инфузиясын ошол замат токтотуу; - Рефлекстер пайда болгондо кайра жандандыруу; 3. Дем алуунун начарлашы – дем алуу жыштыгы мүнөтүнө 10 - 12: <ul style="list-style-type: none"> - Магний сульфатынын инфузиясын ошол замат токтотуу; - Кычкылтек беткабы аркылуу кычкылтек берүүнү баштоо, эгерде керек болсо өпкөнү жасалма дем алдырууга даяр болуу; - Бейтарап аялды аң-сезимдин мүмкүн болгон бузулуусуна байланыштуу коопсуз абалга келтирүү; - ДЖ мониторинг жүргүзүү; - Дем алуунун бузулушу тереңдеген учурда гана (же апноэ), антидот куюу
<p>Антидот</p>	<p>Кальцийдин глюконаты 10% - 10 мл (1 г):</p> <ul style="list-style-type: none"> - В/и жай, 3 мүнөттүн ичинде куюу; - Дем алуунун бузулушу тереңдеген учурда гана (ДЖ 10 – 12/мүн аз же апноэ)

Магnezия терапиясын жүргүзүүдөгү катачылыктар	1. Жетишсиз каныктыруучу өлчөм: I.I. Симитомдорду – эклампсиянын кабарчыларын катуу көзөмөлдөө: ✓ баш оору, баштын айланышы, жалпы чарчоо; ✓ көрүүнүн бузулушу («чаар чымындын учушу», «стунаруу жана туман», көрбөй калууга чейин); ✓ эпигастралдык аймактагы жана оң кабырганын астындагы оорутуулар; ✓ гиперрефлексия жана клонус (3 жана андан көп кыскаруулар); 2. Саат сайын зарыл болгон өлчөмдү сактабагандык же препаратты куюп жаткан учурда токтотуу: ✓ Алдын алуу үчүн инфузomat колдонгон жакшы 3. Магнийдин сульфатынын ашыкча өлчөмү (көбүнчө олиго-, анурияда)
МААНИЛҮҮ!!!	1. Сакталган диурезде магний сульфатынын өлчөмүнүн ашыкча болушу күмөндүү!!! 2. Анурияда – жүктөөчү гана өлчөмдү куюу керек!!!
Магnezия терапиясынын узактыгы	1. Төрөлгөндөн кийин аз деген 24 сааттын ичинде же акыркы калтыроодон кийин, акыркысы эмне болгондугуна жараша. 2. Зарыл болгон учурда (эклампсия тобокелчилиги сакталат) – магний сульфатын 24 сааттан ашык куюу

1.1.2. Суюктук тең салмактуулугун көзөмөлдөө

1.1.3. Табарсыкты катетерлөө: (№2 тиркеме)

- Табарсыкка катетер коюу жана диурезди саат сайын көзөмөлдөө (өзгөчө төрөгөндөн кийин ошол замат). ОДПда суюктук тең салмактуулугуна дыкат мониторинг жүргүзүү (киргизилген жана чыгарылган суюктуктун өлчөмү), өпкөнүн шишип кетүүсүнүн туруктуу жогорку тобокелчилигинен улам абдан маанилүү жана зарылчылык болгон учурда төрөткөн кийинки кансыроодо АКЖны салмактоо менен калыбына келтирүү зарыл.
- Магnezия терапиясын жүргүзүү суюктук тең салмактуулугуна (куюлган суюктуктун жана бөлүнүп чыккан зааранын өлчөмү) көзөмөл кылууну талап кылат. Магний бөйрөктөр менен чыгарылгандыктан, диурез төмөндөгөндө анын кандагы концентрациясы өсөт жана ага ылайык Сульфат магнийинин ашыкча өлчөмүнүн тобокелчилиги көбөйөт.
- Эгерде диурез саатына 30 мл аз өлчөмдү түзсө, магний сульфатын куюуну токтотуу жана куюу өлчөмү 2 эсе азайтуу (төмөндөгүнү кар.) жана в/и физиологиялык эритме же Рингер лактат эритмесин 1 л өлчөмүндө сегиз сааттын ичинде куюу керек(12).
- Өпкөнүн шишинин өөрчүшүнө туруктуу мониторинг жүргүзүү керек (дем алуу жыштыгынын жана/же дем алуу функцияларынын, өпкөнүн аускультациясындагы кыркыроолордун көбөйүшү ж.б.).
- Сары суу креатининин өлчөмүнүн көбөйүшү бейтаптын абалынын начарлагандыгына күбө болот жана жагымсыз болжолдоочу белги болуп саналат.

МААНИЛҮҮ!!!

Диуретиктер ОДПны дарылоонун негизги каражаты болуп саналбайт жана олигурияны коррекциялоодо өзгөчө кылдаттык менен колдонулушу керек!!! (12-тиркеме)

МААНИЛҮҮ!!!

Венадан кирүүчү жол – четки гана вена!!!

ОДП менен жана чеккен бейтаптарга магистралдык веналарга (акырек) катетер коюу **өтө коркунучтуу**, ошондуктан четки венага кирүү дээрлик мүмкүн болбой калганда же олигурияны жана өпкө шишинг дарылоо үчүн ЦВД аныктоо зарыл болгон учурда дагы колдонулууга тийиш!

Түйүлдүктүн абалын көзөмөлдөө

ОДП менен жапа чеккен аялдар келип түшкөндө, шашылыш учурда түйүлдүктүн абалынын баштапкы баалоону кардиотокографиянын жардамы менен жүргүзүү керек, ошол эле учурда бул ыкма түйүлдүктүн ошол учурдагы саламаттыгы жөнүндө маалымат бере тургандыгын, чектелген божомолдоо маалыматын берерин жана тондун сыйрылуу коркунучуна карата эч кандай жардам бербестигин эстен чыгарбоо керек.

Төрөтүү учурунда дайыма кардиотокография жүргүзүү же ар бир 15 мүнөт сайын тынчтап турган жакшы.

Презкламсияны пландалган консервативдүү дарылоодо төмөндөгү диагностикалык иш-чараларды жүргүзүү зарыл:

- ✓ Түйүлдүктүн өнүгүүсү боюнча ультрауңдүү изилдөө жүргүзүү жана түйүлдүктүн айланасындагы суулардын көлөмүн текшерүү;
- ✓ Жатын-тон жана киндик кан айлануусуна доплерометрия жасоо.
- Эгерде түйүлдүккө жүргүзүлгөн мониторингдин жыйынтыктары оор презкламсия менен жапа чеккен аялдарда нормалдуу болуп саналса, кардиотокографиядан жумасына бир жолудан көп өтүүнүн кереги жок. КТГ кош бойлуунун абалы татаалдашканда кайталоо керек.
- Абалды кайталап баалоо төрөтүү учурун оптималдаштырууга мүмкүнчүлүк берет.

Оор даражадагы презкламсияны дифференциалдык аныктоо үчүн зарыл болгон лабораториялык жана функционалдык изилдөөнүн көлөмү

ССУ
деңгээли

Изилдөөнүн баштапкы минималдуу көлөмү

<p>ССУнун баштапкы деңгээли (эгерде бейтап аял ССУнун II-III деңгээлдерин е которулушу мүмкүн болсо)</p>	<p>• протеннуриянын деңгээли • гемоглобиндин деңгээли, тромбоциттердин саны • креатинин, АлАТ, АсАТ активдүүлүгү • УҮИ (түйүлдүктүн оор абалын, плацентардык алоплексия – ретроплацентардык гематоманы жокко чыгаруу) • Аялдагы инвазиялык эмес мониторинг (АБ, ЖЖЖ, ДКТ, диурез)</p>
<p>ССУнун экинчи жана үчүнчү деңгээлдери</p>	<p style="text-align: center;">КОШУМЧА!!!</p> <p>• коагулограмма (тромбоциттердин саны, ЖАТУ, ЭНМ, фибриноген), • эритроциттердин морфологиясы (шизоциттер), • түйүлдүктүн УҮИ – жатын-тон жана киндик кан айланууларына доплерометрия жасоо, амниотикалык суюктуктун көлөмүн өлчөө</p>

БҮТҮМДӨР ЖАНА СУНУШТАР

1. Магнийдин сульфатын алган аялдар дайыма байкоо алдында болушу керек, ошол эле учурда аялдын абалына (диурез, ДЖ, тизе рефлекс) мониторинг жүргүзүү үчүн бардык зарыл болгон ресурстарды камсыздоо керек.
2. Эклампсиянын алдын алуу жана дарылоо үчүн магнийдин сульфатын вена ичине куюуда препаратты куюунун ылдамдыгына катуу тартиптеги мониторинг жүргүзүү зарыл.
3. Магнийдин сульфатын колдонгон медициналык мекемелерде инфузоматтар жана магнийдин сульфатынын өлчөмү ашыкча болуп калган учурларга карата кальций глюконатынын жетишерлик запасы болууга тийиш (16)

ОшМУ нун медициналык колледжинин

“Акушердик жана педиатриялык дисциплиналар”

ПЦКсынын окутуучусу С.А. Шакабаеванын

“Презкламписиянын оор даражасы (тобокелдик

факторлору, клиникалык белгилери, аныктоо жана

дарыгерге чейинки биринчи жардам көрсөтүү)” деген

темадагы ачык сабагына карата ПЦКнын

баалоосу (сын пикири)

баалоосу (сын пикири)

Сөзгө чыкты: ПЦКнын төрагасы Б.К. Арзиматова, өткөрүлгөн ачык сабактын регламенти туура сакталды (сабак өз убагында башталып, өз убагында үйгө тапшырма берилип, бааланып жыйынтыкталды). Сабактын планы, актуалдуулугу менен тааныштырып өттү. Сабактын темасы силлабус менен дал келет. Студенттерди топторго бөлүп, өз алдынча даярдануусу үчүн тапшырмалар так жана туура берилип, убактысы белгиленип жатты. Берилген тапшырмаларга студенттердин даярдыгы жогорку деңгээлде болуп, медициналык терминдерди так, туура колдонуп топтордо талкуулап жатышты.

Сөзгө чыгышты: ПЦКнын окутуучулары: Мурзаева А.А., Айдарова А.К., Турдубаева М.А. Сабакка керектүү көрсөтмө куралдар жетиштүү. Темага байланыштуу плакат, видеоматериалдар көрсөтүлүп жатты. Акыркы сабак болгондугуна байланыштуу студенттер өтүлгөн темалар боюнча кырдаалдык маселелер менен иштешип, презентация жана ролдук оюн уюштурушту. Бирок ачык сабак өтүлгөн кабинет жыйындар залында болгондугуна байланыштуу, студенттердин тайпачаларда иштөөсүндө бир аз ыңгайсыз абал болду жана доска колдонулбай калганы байкалды. Негизинен сабак кызыктуу, түшүнүктүү болду, окутуучу менен студенттердин ортосунда байланыш болду жана студенттер активдүү катышышты. Окутуучу өз убагында студенттердин жоопторун анализдеп, түшүндүрмө берип жатты.

Сөзгө чыкты: Мед колледждин ОМК төрайымы Шамшиева Н.К., ПЦКнын ОМК төрайымы Боронбаева Г.Ж., жана окутуучусу Саипова Э.М. Студенттердин даярдыгы жақшы, буга чейинки калыптанган теориялык билимдерин пайдаланып, клиникалык белгилерин, объективдүү кароолорду, инструменталдык текшерүүлөрүлөрдү көрсөтүп берип жатышты. Сабактын жүрүшүндө интерактивдүү ыкмалар колдонулду, сабакка презентация, видеоматериалдар даярдалган, студенттерден кайтарып байланыш алуу үчүн, теманы бышыктоо үчүн Kahoot системасы боюнча тесттер даярдалган жана чогулткан баллдары боюнча баа коюлду. Сабак максатына жетти.

Чечим: ПЦКнын чечими менен С.А. Шакабаеванын “Презкламписиянын оор даражасы (тобокелдик факторлору, клиникалык белгилери, аныктоо жана дарыгерге чейинки биринчи жардам көрсөтүү)” деген темадагы өткөрүлгөн ачык сабагы максатына жетти деп бааланды.

Катышкандар: Арзиматова Б.К.

Саипова Э.М.

Боронбаева Г.Ж.

Мурзаева А.А.

Айдарова А.К.

Турдубаева М.А.

Катчы: Саипова Э.М.

03.12.2025ж.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕСТОЗОВ

Гестозы – заболевания, возникающие во время беременности и исчезающие, как правило, после ее прекращения или в раннем послеродовом периоде.

