

HOMILADORLIKNING 1-TRIMESTRIDA BRONXIAL ASTMANING DA'VO TAKTIKASI

Sharipov Mirfayz Shuxratovich

Buxoro davlat tibbiyot instituti

Ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasida assistenti

Annotatsiya: *Maqolada homiladorlikning 1-trimestrida bronxial astmaning davo taktikasi haqida aytib o'tilgan. Bronxlar va o'pkalarda uzoq davom etadigan va takrorlanadigan yallig'lanish jarayonlarining ko'p qirrali klinik tavsifi, shuningdek, cho'zilgan o'tkir bronxit bilan og'rikan bemorlarda doimiy virusli infektsiya va bronxial reaktivlikning o'zgarishi o'rtasidagi bog'liqlik keltirilgan.*

Kalit so'zlar: *cho'zilgan o'tkir bronxit, o'zgargan bronxlar reaktivligi, virusli infektsiya, tashqi nafas olish funksiyasi.*

Резюме: *В статье описана тактика лечения бронхиальной астмы в I триместре беременности. Дана многосторонняя клиническая характеристика длительно-повторяющихся воспалительных процессов в бронхах и легких, а также взаимосвязь персистирующей вирусной инфекции и изменений реактивности бронхов у больных длительным острым бронхитом.*

Ключевые слова: *затяжной острый бронхит, измененная реактивность бронхов, вирусная инфекция, функция внешнего дыхания.*

Abstract: *The article describes the treatment tactics of bronchial asthma in the 1st trimester of pregnancy. Multifaceted clinical description of long-lasting and repeated inflammatory processes in the bronchi and lungs, as well as the relationship between persistent viral infection and changes in bronchial reactivity in patients with prolonged acute bronchitis given.*

Key words: *protracted acute bronchitis, altered bronchial reactivity, viral infection, external respiratory function.*

KIRISH

Astma (yunoncha asthma - halloslash, bo'g'ilib qolish) - bronxlar teshigining to'satdan torayib qolishi (qarang Bronxiol astma) yoki yurak kasalliklari natijasida (qarang Yurak astmasi) tutadigan bo'g'ilish xuruji. Astma tutganda darhol shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish zarur. Astma qanday sababga ko'ra kelib chiqqan bo'lishidan qat'i nazar, bemorni oyog'ini pastga osiltirib o'tqazish va xona havosini yangilash zarur. Dori-darmon faqat shifokor ruxsati bilan beriladi Bronxial kanallarning qisqarishi va havo o'tishini kamayishiga olib keladigan bronxial astma nafas yo'llarining surunkali kasalligiga kiradi.

Astmaning eng ko'p uchraydigan simptomlari o'z ichiga quyidagilarni oladi: bronxospazm, yo'tal va xirillab nafas olish hurujlari oqibatida nafas olishning

qiyinlashishi. Bu hurujlar ayniqsa tunda va erta saharda ro'y beradi. Agar bemor astmaga qarshi davolansa, uning simptomlari tamoman yoki qisman yo'q bo'lishi mumkin. Astma hurujlari allergen moddalar ta'sir qilganda (chang, o'simlik gullar changi, hayvonlar juni, patlari, ayrim oziq-ovqat turlari), jismoniy kuch ishlatilganda, sovuq havodan nafas olganda yoki nafas yo'llariga infeksiya yuqqanda ro'y berishi mumkin.

Astma kasalligiga moyil odamlar odatda ko'krak qafasi siqishi, meyyoridan ortiq so'lak ajrab chiqishi, uyquning bezovtalanishi yoki nafas olishning tezlashishidan shikoyat qiladilar.

Astmani qo'zg'atadigan omillardan ehtiyot bo'lish muhimdir (allergenlar va sovuq havo ta'siridan). Davlash o'z ichiga asosan yallig'lanishga qarshi dorilar bilan birga ishlatiladigan bronxlarni kengaytiradigan dorilarni qabul qilish (masalan, steroidlarni). Fizioterapiya muolajalari va nafas olish mashqlari xam e'tibordan chetda qolish kerak emas.

ASOSIY QISM

Astma bilan og'rigan bemorlarga pulmonolog tomonidan tekshiruvdan iborat bo'lgan kontseptsiyadan oldin tayyorgarlik bilan majburiy homiladorlikni rejalashtirish tavsiya etiladi.

Homiladorlik davrida astmani davolash bo'yicha tavsiyalar homiladorlik bo'lmaganda umumiy qabul qilingan tavsiyalardan farq qilmaydi. Xususan, bu astma kursini obyektiv baholash vositalariga tegishli: PEF monitoringi va davriy spirometriya. Ushbu usullardan foydalanish, boshqa narsalar qatori, astma bilan bog'liq bo'lmagan nafas qisilishi sabablarining paydo bo'lishini kuzatish imkonini beradi. Nafas belgilari nazorat qilinmaguncha, homilador ayolni har haftada yoki har 2 haftada bir marta, keyin stabillashgandan keyin - oyda bir marta tekshirish kerak. Har bir tashrifda nafas olish funksiyasini obyektiv baholash tavsiya etiladi [19].

Birinchi ultratovush tekshiruvi homiladorlikning 22-haftasidan kechiktirmay amalga oshirilishi kerak, keyinchalik homilalik o'sish cheklanishini o'z vaqtida tashxislash uchun homiladorlik davrini aniq baholashni ta'minlash kerak. 28-32 xaftada takroriy ultratovush tekshiruvi o'tkaziladi. Homilaning kattaligi va vaznining homiladorlik yoshiga mos kelishi baholanadi va amniotik suyuqlik indeksi aniqlanadi. 30-32 xaftada kardiokografiya va stressiz test o'tkaziladi. Yaxshi nazorat qilinadigan BA bilan normal ultratovushli fetometriya va amniotik suyuqlik indeksi, kerak bo'lganda takroriy ultratovush va kardiokografiya amalga oshiriladi. Homila holatini doimiy monitoring qilish nazoratsiz astma uchun, shuningdek, homila holatini tashvishga soladigan hollarda ko'rsatiladi. Homila erta tug'ilish zarurati e'tiborga olinishi kerak [20].

Nafasni davolashning maqsadi kasallikning optimal nazoratiga erishishdir: bemorni minimal mumkin bo'lgan terapiya miqdori bilan kasallik belgilaridan xalos qilish. Nafasni zo'ravonlik darajasi bo'yicha tasniflash (yengil intervalgacha, yengil

doimiy, o'rtacha va og'ir) faqat davolanmagan bemorlarda qabul qilinadi. Terapiya kasallik belgilari ustidan nazoratga erishishga qarab o'rnatiladi.

Homiladorlik davrida maxsus immunoterapiya (SIT) boshlanmasligi kerak. Agar homiladorlik davrida SIT o'tkazilgan va yaxshi muhosaba qilingan bo'lsa, unda allergenning dozasini oshirmaslik kerak. Astma bilan og'rigan ayollarni o'qitish juda muhim: ular kasallikning mohiyatini aniq tushunishlari, homila uchun yomon astma nazorati xavfi haqida bilishlari, ular inhalerlardan qanday foydalanishni bilishlariga ishonch hosil qilishlari, nazorat qilish usullarini o'rgatishlari kerak. Havoni ifloslantiruvchi moddalar va ma'lum allergenlar bilan aloqa qilishdan qochish juda muhim - ma'lum bir bemorda alevlenme qo'zg'atuvchisi, tamaki tutuni bilan aloqa qilmaslik tavsiya etiladi. Yuqori sezuvchanlik bo'lsa, sulfitlarga boy oziq-ovqatlarni iste'mol qilishni cheklash, shuningdek, aspirin va NSAIDlarni qo'llash tavsiya etiladi. Astma bilan og'rigan barcha homilador ayollar, umumiy kontrendikatsiyalar bo'lmasa, gripp va pnevmokokk vaktsinasiga qarshi emlashlari kerak, chunki nafas olish yo'llari infeksiyalari astma kuchayishining eng muhim qo'zg'atuvchisi hisoblanadi. Tirik vaktsinalar bilan emlash kontrendikedir [19]. Beta-blokerlardan ham qochish kerak. Astma nazoratining yomonlashishiga olib kelishi mumkin bo'lgan birga keladigan kasalliklarni (GERD, allergik rinit) yetarli darajada davolash kerak. Jismoniy mashaqqatli astma bilan og'rigan bemorlarga kutilgan mashqlardan 10 daqiqa oldin qisqa ta'sir qiluvchi b2-agonistlarni nafas olish tavsiya etiladi [19].

Dori terapiyasi nuqtai nazaridan bosqichma-bosqich yondashuv saqlanadi. Homilador ayollardagi dorilarning dozalari (past, o'rta, yuqori) astmani davolash uchun umumiy amaliyotga mos keladi. Homiladorlik davrida turli toifadagi astmaga qarshi dorilarni qo'llash bo'yicha tavsiyalarni quyidagicha umumlashtirish mumkin.

- Qisqa ta'sir qiluvchi inhaler b2-agonistlar orasida homilador ayollarda eng ko'p o'rganilgan salbutamolga ustunlik berish kerak. Uzoq muddatli b2-agonistlar (tanlangan dori formoterol) davolashning mo'ljallangan bosqichiga muvofiq faqat ICS bilan birgalikda buyuriladi. Ushbu guruhdagi dorilarning nojo'ya ta'sirini hisobga olish kerak: onada ham, homilada ham taxikardiya, glyukoza bardoshlikning buzilishi, tokolitik ta'sir.

- Ipratropium bromidi homiladorlik davrida ICS, LABA va SABA dan foydalanish astma davolash maqsadlariga erisha olmasa foydalanish mumkin.

- ICS homiladorlik davrida, shuningdek, homilador bo'lmagan ayollarda BA uchun asosiy terapiyaning asosi hisoblanadi. Tanlangan dori homilador ayollarda eng ko'p o'rganilgan budesoniddir. Boshqa dorilarning nomaqbul ta'siri haqida ma'lumot yo'q, shuning uchun boshqa ICS yordamida astmatik simptomlarni engillashtirish yoki yaxshi nazorat qilish bilan klinik ta'sirga erishilganda, budesonidga o'tish talab etilmaydi.

- Homiladorlikning birinchi trimestrida planshetli GCS dan foydalanish tavsiya etilmaydi. Ammo, agar ko'rsatmalar mavjud bo'lsa (og'ir astma, astmaning kuchayishi),

tizimli kortikosteroidlarni qo'llash kerak. Tizimli kortikosteroidlar orasida prednizoloni qo'llash tavsiya etiladi, chunki preparatning atigi 10% platsentadan o'tishi va homilaga ta'siri minimal ekanligi isbotlangan. Deksametazon tavsiya etilmaydi, chunki u yo'ldoshni kesib o'tadi. Homilador ayollarga tizimli kortikosteroidlarni buyurishda, giperglikemiyaning homilaga jiddiy salbiy ta'sirini hisobga olgan holda, qondagi glyukoza darajasini diqqat bilan kuzatib borish kerak.

- Homiladorlik davrida teofillindan foydalanish mumkin. Dori vositalarining o'zaro ta'siri (masalan, eritromitsin bilan) tufayli ko'ngil aynishi, qusish va taxikardiya bilan teofillinning toksikligi holatlari tasvirlangan. Shu munosabat bilan, homiladorlik davrida teofillinni qo'llash dozani diqqat bilan titrlash va qon plazmasidagi preparatning kontsentratsiyasini muntazam ravishda kuzatib borishni talab qiladi, bu 5 dan 12 mkg / ml gacha bo'lishi kerak.

- Montelukast astma terapiyasiga bosqichma-bosqich yondashuv asosida faqat muqobil davolash usullari astma simptomlarini yetarlicha nazorat qilishga olib kelmagan hollarda buyuriladi. Agar preparat birinchi trimestrda ishlatilsa, homila rivojlanishini baholash uchun ultratovush tekshiruvi tavsiya etiladi.

- Homiladorlik davrida ular allergik kasalliklar uchun, shuningdek, jismoniy mashqlar natijasida astma xurujlarining oldini olish uchun ishlatilishi mumkin. Ketotifen astmani davolash uchun ishlatilmaydi, ammo homilador ayol tomonidan ushbu preparatni tasodifiy qo'llash maxsus choralarni talab qilmaydi [1, 19].

Shifokorga har bir tashrifda homilador ayolda astma kursini nazorat qilish darajasini aniqlash tavsiya etiladi. Nazorat darajasi astma nazorati bo'yicha testlar va anketalar yordamida baholanadi. Nazorat ostidagi astma bilan og'rigan va ilgari terapiya olmagan bemorlarda ular I bosqichdan boshlanishi kerak. Qisman nazorat ostida va nazorat qilinmagan astmada astma nazorat qilinmaguncha parvarishlash terapiyasi yuqori darajada boshlanishi kerak. Nazorat qilinadigan BA bilan bemor bir xil hajmda parvarishlash terapiyasini olishni davom ettiradi. Agar astma nazorati 3 oy yoki undan ko'proq davom etsa, parvarishlash terapiyasi darajasini pastroq darajaga tushirish mumkin. Biroq, homilador ayollarda nazoratsiz astma bilan bog'liq asoratlar xavfini hisobga olgan holda, parvarishlash terapiyasi miqdorini kamaytirishda ehtiyot bo'lish kerak. Qisman boshqariladigan va nazoratsiz astmada nazoratga erishilgunga qadar parvarishlash terapiyasi darajasini oshirish tavsiya etiladi. Agar nazorat yomonlashsa, terapiyani kuchaytirish kerak - bir pog'onaga "ko'tariladi", agar sezilarli darajada yomonlashsa - yuqoriga.

Homilador ayollarda astmaning kuchayishi o'tkir respirator kasalliklar, GERD va ayniqsa asosiy terapiyani bekor qilish bilan rivojlanishi mumkin. Astma bilan og'rigan homilador ayollar kasallik kuchayishning dastlabki belgilarini aniqlashga o'rgatishlari kerak (yo'tal, ko'krak qafasidagi tiqilishi, nafas qisilishi, xirillash yoki PEFning normal qiymatlardan 20% yoki undan ko'proq pasayishi).

Homilaning faolligining pasayishi ham astma kuchayishining dastlabki belgisi bo'lishi mumkin. Erta tashxis qo'yish va davolashni tuzatish ona va homilada gipoksiya rivojlanishining oldini olishga yordam beradi. Homiladorlik davrida astmaning kuchayishini davolash homiladorlikdan tashqari alevlenmelarni davolashga o'xshash faol taktikani o'z ichiga oladi. Terapiyaning asosi tizimli glyukokortikosteroidlarni (prednizolonga afzallik beriladi), qisqa ta'sir etuvchi b2-agonistlarni va kislorodni erta qo'llashdir. CO2 qisman kuchlanishining 35 mm Hg dan ortiq ortishi. Art. va (yoki) qisman O2 kuchlanishining 70 mm Hg dan past bo'lishi. Art. og'ir kuchayishini ko'rsatadi. Onaning arterial kislorod bilan to'yinganligi 95% dan yuqori bo'lishi kerak. Kasallikning kuchayishi PEF yoki FEV1 ning pasayishi bilan tavsiflanadi. Ushbu ko'rsatkichlar simptomlarning og'irligiga qaraganda bronxial obstruksiyaning og'irligini aniqroq aniqlash imkonini beradi [19].

Astmaning kuchayishini davolashning asosiy chora-tadbirlari quyidagilardan iborat:

- Homilador ayolning holatini baholash (anamnez, tekshirish, PEF yoki FEV1 ni aniqlash, puls oksimetriya) va homila holatini baholash.

- Nafas olish yo'llarining obstruksiyasini bartaraf etish uchun qisqa ta'sirli ingalyatsion b2-agonistlarni qo'llash tavsiya etiladi (salbutamol har 60-90 daqiqada 3 marta).

- SatO2 ni 95% da ushlab turish uchun kislorodli terapiya tavsiya etiladi.

Kasalxonaga yotqizish, agar astmaning o'rtacha yoki og'ir kuchayishi uchun umumiy tibbiy amaliyot bosqichida yetarli shoshilinch yordam ko'rsatishning iloji bo'lmasa yoki terapiya boshlanganidan 2-6 soat o'tgach, kasalxonaga yotqizish bosqichida davolanish samarasi bo'lmasa, ko'rsatiladi, go'yo homila holatida yomonlashuv belgilari mavjud.

- statsionar davolanishni talab qiladigan ekstragenital kasalliklarda homilador ayol homiladorlik davridan qat'i nazar, kasallik profili bo'yicha mutaxassis va akusher-ginekolog tomonidan birgalikda kuzatish va nazorat qilish sharti bilan tibbiy tashkilotlarning ixtisoslashtirilgan bo'limiga yuboriladi;

- akusherlik asoratlari bo'lsa, homilador ayolni akusherlik shifoxonasiga jo'natish;

- homiladorlik asoratlari va ekstragenital patologiyaning kombinatsiyasi bo'lsa, homilador ayol kasallikning og'irligini belgilaydigan kasallikning profiliga muvofiq tibbiy tashkilotning kasalxonasiga yuboriladi.

Qoida tariqasida, tug'ilgandan keyin 3-oyga kelib, astma kursi asl darajasiga qaytadi. Nafasni davolash uchun dorilar emizishda kontrendikedir emas. 6 yoshgacha bo'lgan bolalarda atopik dermatit va obstruktiv kasalliklar xavfini kamaytirish uchun emizishni rag'batlantirish kerak [20]. Prednizolon, teofillin, antigistaminlar, ICS, b2-agonistlar va kromoglik kislota hosilalari emizishda kontrendikedir emas. Biroq, onalarda teofillinni qo'llash chaqaloqlarda asabiylashish va qo'zg'aluvchanlikni oshirishi mumkin. Emizikli onalarda davolanish xavfsizligiga oid dalillar cheklangan, tavsiyalar

asosan holatlar seriyasiga yoki klinikadan oldingi yoki laboratoriya sinovlari natijalariga asoslangan. Odatda, ingalatsiyalangan dorilarning tizimli soʻrilishi minimal boʻlib, homiladorlik paytida homilaga nisbatan preparatning 10-1000 baravar kichik dozalari bolaga etib boradi. Odatda, ona suti orqali olingan dori miqdori bolaning tana vaznining har bir kilogrammiga terapevtik dozaning 3% dan kamrogʻini tashkil qiladi, bu esa onaning emizikli bola uchun astmaga qarshi dori-darmonlarni qoʻllash xavfini ahamiyatsiz qiladi. Qisqa taʼsir etuvchi b₂-agonistlar normal dozalarda berilishi mumkin. Budesonidning parvarishlash dozalari (kuniga ikki marta 200-400 mkg) emizikli bolalar uchun xavfsizdir. Flutikazonning tizimli soʻrilishi atigi 30% ni tashkil qiladi va uning katta qismi jigar orqali birinchi oʻtishda metabollanadi (birinchi oʻtish metabolizmi). Emizikli onalarning bolalari uchun siklesonid va kromolinning xavfsizligi boʻyicha tadqiqotlar oʻtkazilmagan, ammo in vitro maʼlumotlar izchil.

Taʼkidlanishicha, bola bu dorilarni arzimas miqdorda qabul qilishi kerak, shuning uchun zaharlanish xavfi past. Emizikli onalarga montelukast buyurilmasligi kerak: emizish davrida odamlarda xavfsizlik toʻgʻrisida maʼlumotlar yoʻq, ammo hayvonlarda oʻtkazilgan tadqiqotlarda preparatning sut bilan chiqarilishi koʻrsatilgan. Emizikli ona tomonidan kuniga 80 mg gacha boʻlgan dozada qabul qilingan prednizolon bola uchun xavfsizdir. Preparatning bolaga taʼsirini kamaytirish uchun prednizoloni qabul qilgandan keyin 4 soat davomida ovqatlantirishdan bosh tortish tavsiya etiladi.

XULOSA

Shunday qilib, astma homilador ayollarda keng tarqalgan somatik patologiya hisoblanadi. Kasallikning yomon nazorati homilador ayol va homila uchun jiddiy oqibatlarga olib kelishi mumkin. Shu munosabat bilan homiladorlik davrida astma kursi, diagnostikasi va davolash xususiyatlarini bilish shifokorning kasallik ustidan optimal nazoratga erishish va asoratlarni oldini olish uchun bemor bilan yanada samarali hamkorlik qilishi uchun zarurdir.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR ROʻYXATI:

1. Goldstein L.H., Weber-Schöndorfer C., Berkovitch M. Antiasthmatic and cough medication. In: *Drugs During Pregnancy and Lactation (Third Edition) Treatment Options and Risk Assessment*. Amsterdam: Academic Press; 2015.
2. Rudra C.B., Williams M.A., Frederick I.O. et al. Maternal asthma and risk of preeclampsia: a casecontrol study. *J. Reprod. Med.* 2006; 51: 94—100.
3. Bakhireva L.N., Schatz M., Jones K.L. et al. Organization of Teratology Information Specialists Collaborative Research Group: Asthma control during pregnancy and the risk of preterm delivery or impaired fetal growth. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2008; 101: 137—43.
4. Blais L., Kettani F.Z., Forget A. Relationship between maternal asthma, its severity and control and abortion. *Hum. Reprod.* 2013; 28: 908—15.

5. Breton M.C., Beauchesne M.F., Lemièrè C. et al. Risk of perinatal mortality associated with asthma during pregnancy. *Thorax*. 2009; 64: 101—6.
6. Firoozi F., Lemièrè C., Ducharme F.M. et al. Effect of maternal moderate to severe asthma on perinatal outcomes. *Respir. Med.* 2010; 104: 1278—87.
7. Murphy V.E., Wang G., Namazy J.A. et al. The risk of congenital malformations, perinatal mortality and neonatal hospitalisation among pregnant women with asthma: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2013; 120: 812—22.
8. Aylamazyan E.K., Kulakov V.I., Radzinskiy V.E., Savel'eva G.M., eds. *Obstetrics. National Guideline [Akusherstvo. Natsional'noe Ru-kovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. (in Russian)
9. Murphy V.E., Namazy J.A., Powell H. et al. A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. *BJOG*. 2011; 118: 1314—23.
10. Cossette B., Forget A., Beauchesne M.F. et al. Impact of maternal use of asthma-controller therapy on perinatal outcomes. *Thorax*. 2013; 68: 724—30.
11. Murphy V.E., Powell H., Wark P.A. et al. A prospective study of respiratory viral infection in pregnant women with and without asthma. *Chest*. 2013; 144: 420—7.
12. Forbes R.L., Gibson P.G., Murphy V.E. et al. Impaired type I and III interferon response to rhinovirus infection during pregnancy and asthma. *Thorax*. 2012; 67: 209—14.
13. Vanders R.L., Gibson P.G., Wark P.A. et al. Alterations in inflammatory, antiviral and regulatory cytokine responses in peripheral blood mononuclear cells from pregnant women with asthma. *Respirology*. 2013; 18: 827—33.
14. Vasilakis-Scaramozza C., Aschengrau A., Cabral H.J. et al. Asthma drugs and the risk of congenital anomalies. *Pharmacotherapy*. 2013; 33: 363—8.
15. Lin S., Munsie J.P., Herdt-Losavio M.L. et al. Maternal asthma medication use and the risk of selected birth defects. *Pediatrics*. 2012; 129: e317—24.
16. Tegethoff M., Greene N., Olsen J. et al. Inhaled glucocorticoids during pregnancy and offspring pediatric diseases: a national cohort study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2012; 185: 557—63.
17. Tegethoff M., Olsen J., Schaffner E. et al. Asthma during pregnancy and clinical outcomes in offspring: a national cohort study. *Pediatrics*. 2013; 132: 483—91.
18. Hardy-Fairbanks A.J., Baker E.R. Asthma in pregnancy: pathophysiology, diagnosis and management. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2010; 37 (2): 159—72.
19. Vatti R.R., Teuber S.S. Asthma and pregnancy. *Clin. Rev. Allergy Immunol.* 2012; 43 (1—2): 45—56.

20. Serov V.N., Sukhikh G.T., eds. Clinical Recommendations, Obstetrics and Gynecology [Klinicheskie Rekomendatsii. Akusherstvo i Ginekologiya]. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. (in Russian)