

ТОҲИР ИБРАГИМОВ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ

ЕНГИШ МУМКИНИ



МАЖБУРИЙ
НУСУХА



БИҒИ АСР АЙЛУДИ

ТОШКЕНТ

2013

УЎК: 616.65-002-039

КБК: ~~56.9(ЎЗБ)~~

И - 14

Ибрагимов, Тоҳир

Қандли диабетни енгиш мумкинми/ Т.Ибрагимов. - Т.:
Янги аср авлоди, 2013. - 84 б.

ISBN 978-9943-27-023-7

Бугунги кунда қандли диабет касаллиги, айтиш мумкин бўлса, табиий хасталиклар сифатида қабул қилиняпти. Энг қизиғи, ушбу дардга чалинганларнинг ўзи бу касалликдан фориқ бўлиш мумкин эмаслигини бот-бот такрорлашади. Лекин тиббиётнинг ривожланиши бу дарднинг чорасини топди, десак муболаға бўлмайди.

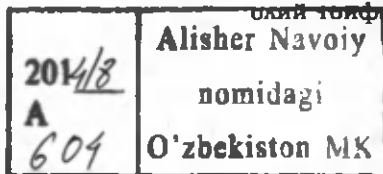
Мазкур китоб қанд касаллигини енгиш ҳақида. Мутахассис врачнинг тавсиф, муолажа ва тавсиялари қанд касали билан оғриган ҳар бир киши учун жуда муҳим. Ўқинг, амал қилинг ва касаллик оқибатидаги асоратлардан бутунлай халос бўлинг.

УЎК: 616.65-002-039

КБК: 56.9(ЎЗБ)

Тақризчилар:

МАШАРИПОВ Р. , тиббиёт фанлари доктори, профессор
КАТТАЕВ С. К. , тиббиёт фанлари номзоди, доцент, олий тоифали эндокринолог, "Экология ва саломатлик" газетаси бош муҳаррири
ШОМАҲМУДОВ Ш.Ш. , тиббиёт фанлари номзоди, доцент, олий тоифали эндокринолог



10 41895
2

ISBN 978-9943-27-023-7

© Тоҳир Ибрагимов, «Қандли диабет». «Янги аср авлоди», 2013 йил.

*Ушбу китобимни Бобохон ибн Абдулмажидхон
зурриётлари бўлмиш отам Носириддинхон ҳожи
хотираларига бағишлайман.*

АВВАЛО, КАСАЛЛИК ҲАҚИДА

Кириш ўрнида

Инсон организми кўплаб ҳужайралардан ташкил топган. Ҳар бир ҳужайра алоҳида кичик бир организм бўлиб, худди автомобилга ёқилғи керак бўлганидек, нормал ҳаёт фаолияти учун энергияга муҳтож. Ҳужайра учун энергия манбаи эса глюкоза ҳисобланади. Инсон ҳар гал овқатланганида глюкоза қонга ўтиб, у ерда ҳаракатланади. Лекин глюкоза ҳужайрага тушиши учун инсулин гормони зарур, у глюкозани ҳужайрага тушиши учун ҳужайра рецепторини калит каби очади.

Инсулин – ошқозонности безининг махсус ҳужайраларида (улар бета (b) ҳужайралари деб аталади) ишлаб чиқарилади. Инсулин йўқлигида глюкоза қонда қолиб кетади ва ҳужайрага кира олмайди. Шундай қилиб, инсулин етишмовчилигида ёки умуман йўқ бўлганида қонда глюкоза миқдорининг ошиши рўй беради ва организмда қандли диабет касаллиги келиб чиқади.

Қандли диабет икки хил бўлади: 1-тур диабет – ёшлик вақтида юзага келади ва 2-тур диабет ўрта ва кекса ёшдаги одамларда учрайди.

1-тур диабетига ошқозонности бези-

Қандли диабет – қонда қанд моддаси кўпайиб, пешобда қанд пайдо бўлиши, барча турдаги моддалар алмашинуви бузилиши, томирлар (турли-туман ангиопатиялар), нервлар (нейропатиялар) шикастланиши, шунингдек, турли аъзолар ва тўқималардаги бошқа касаллик ўзгаришлари билан изоҳланади.

Сўнги пайтларда қандли диабет кенг тарқалган эндокрин касаллиги сифатида баҳоланмоқда. 2010 йил охирида дунё бўйича 284,6 млн диабет беморлар диспансер рўйхатига олинган. Вазият шу тарзда давом этадиган бўлса, 2030 йилга қадар қандли диабет билан хасталанган беморлар сони 438,4 млн ни ташкил этиши тахмин қилинмоқда.

нинг инсулин гормони ишлаб чиқарувчи ҳужайраларнинг бузилиши сабаб бўлади, бу унинг организмда кескин етишмовчилигига олиб келади. Бу ҳолат бемор умрбод инсулин қабул қилишини талаб этади.

2-тур қандли диабетда қонда глюкоза (қанд) даражасининг ошишига, қонда инсулин миқдори етарли

бўлган ҳолда унга нисбатан организм тўқималари сезгирлигининг сусайиши сабаб бўлади. Семириш 2-тур диабетни ривожланиши хавфининг ишончли омили ҳисобланади.

Беморларнинг юқори кўпайиш кўрсаткичи Африка, Шарқ ва Осиёнинг ривожланаётган мамлакатларида бўлиши кузатиламоқда.

Хўш, савол туғилади, бизнинг Ўзбекистонда аҳвол қандай? Эндокринология Марказининг маълумотлари бўйича (Ибрагимов Т.К., 1984, 1999, 2003) поликлиника ва эндокринологик диспансерларида 1970 йилда 30.000 бемор қайд этилган бўлса, 1990 йилда 70.000, 1999 йилда эса 100.000, 2011 йилда 122.000, 2013 йилда эса 117.000 бемор рўйхатга олинган. Бундай кучли ўсish нафақат қандли диабет касаллигида, балки юрак ишемик касаллиги, гипертензия хасталикларига ҳам хос белгидир.

2011 йил 1 январ ҳолатига кўра, Республика-мизда рўйхатга олинган 122.269 нафар беморлардан 19.505 нафари касалликнинг биринчи тури

(инсулинга муҳтожлик) билан, 102.764 бемор иккинчи тури (инсулинга муҳтож эмас) билан хасталанган.

Жумладан, касалликнинг биринчи турига чалинган болалар 1021 нафарни, ўсмирлар эса 537 нафарни ташкил этади.

Қандли диабет Миллий регистр маълумотларига қараганда (2007), касалликнинг биринчи турида 95%, иккинчи турида эса 99% беморлар углевод модда алмашинуви доимий декомпенсациясида экан, бу эса юрак қон-томир асоратлари ривожланишига сабаб бўлиб, беморлар ҳаётининг қисқаришига, юқори ногиронликка олиб келади.

*Энг ачинарлиси,
беморлар орасида
ёш болалар ва
ўсмирларнинг
борлиғидир.*

1-БЎЛИМ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ – ЖИДДИЙ МУАММО

Эпидемиология

Эпидемиология – маъно жиҳатидан касалликни бутун дунё аҳолиси ўртасида ёппасига тарқалиши, деган маънони билдиради.

Қандли диабет (ҚД) ҳозирги кунда юқори харажат талаб қиладиган сурункали касаллик ҳисобланиб, дунёда ҳамма мамлакатлар соғлиқни сақлаш тизими учун жиддий муаммо бўлиб қолмоқда.

Қандли диабет касаллигининг долзарблиги унинг прогрессив ўсиши билан белгиланади. Йигирма йил орасида дунё миқёсида қандли диабет беморлари сони олти баробарга кўпайди. БЖССТ мутахассисларини фикрича, 2010 йилда Ер шарида қандли диабет беморларининг умумий сони 221 млн нафарга етади, деган фикр бор эди. 2025 йилдан кейин қандли диабет беморлари сони 300 млн одамни ташкил қилиши кутилади. Лекин ҳаёт бу тахминларга ҳам ўзгартириш кирита олди, шу

АҚШ ва Европанинг бир қатор йирик мамлакатларида қандли диабетнинг иккинчи тури ва унинг асоратларини даволаш учун сарфланадиган маблағ соғлиқни сақлашга ажратилган йиллик бюджетнинг 15-25 фоизини ташкил қилади.

сабабли Миллий Ташкилотнинг маълумотига кўра, 2010 йилда уларни сони 284,6 млн беморни ташкил қилди. Бу муаммолар шунинг кўрсатадики, ҚДни аҳоли орасида тарқалиши 2030 йилда 8% дан ошиши, ривожланаётган мамлакатларда – 5% дан юқори, Диабет Атлас маълумотларига асосланилса,

2030 йилда уларнинг умумий сони 438,4 млн га етиши кутилмоқда.

Қандли диабет эпидемиологияси охириги 20 йилда бир қатор хусусиятларга эга бўлди. Қандли диабет касаллигининг асосий фоизи АҚШ ва Европани ривожланган мамлакатларида, Шарқ ва Осиё минтақаларида кучли.

Шу билан бирга ҚД турлари фоиз ҳолати ҳам ўзгаради. Агарда қандли диабетга дучор бўлган беморлар илгари 80-90% ни ташкил қилган бўлса, олимлар маълумоти бўйича бу рақам 95% ни ташкил қилди. Бундан ташқари қандли диабетнинг иккинчи тури болалар ва ўсмирлар орасида аниқланиши кузатилмоқда.

Ўзбекистонда диабетнинг тарқалиши

Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ҳисоботларидан маълумки, республикамизда бу хасталик борган сари кўпайиб бормоқда. Масалан, агар 1970 йилда қандли диабетга чалинган беморларнинг умумий сони 30 минг одамни ташкил қилган бўлса, 1990 йилда улар 70 мингни ташкил қилган эди. 2000 йилда бу рақам кўрсаткичи 100 мингга, 2010 йил ҳисоботларида эса 117 минг беморга кўтарилган.

2010 йилнинг 1 январь ҳолатига кўра, шифокор эндокринолог рўйхатида 117269 та бемор турар эди, бу ҳолат унинг аҳоли ўртасида тарқалиши 0,45 % эканлигини кўрсатади. Лекин бу рақамлар қандли диабетнинг Ўзбекистонда тарқалишини аниқ изоҳлаб бера олмайди. Бунга мисол қилиб, 1984 йилда бутун Ўзбекистон бўйича

Касалликнинг иккинчи турига, асосан, семизлик хасталигининг кучли ўсиши сабаб бўлмоқда.

*Охириги 35 йил ораси-
да Ўзбекистонда
рўйхатга олинган
қандли диабет бемор-
лари сони 4 баробар
кўпайди ва 100 минг
одамдан ошди.*

Ўтказилган эпидемиоло-
гик текшириш (Т.И. Ибра-
гимов, 1992)ни кўрсатиши
мумкин.

Бу катта эпидемиологик
изланиш ўтказиш учун
республикамизнинг ҳам-
ма эндокринолог шифо-

корлари фаол қатнашиб, махсус карталар тўлди-
рилган. Мамлакат миқёсида 70 минг аҳоли кўрик-
дан ўтказилган. Ҳар бир одам учун глюкоза чи-
дамлилиқ тести (ГЧТ) ўтказишда 75,0 гр глюкоза-
ни 1 стакан илиқ сувга аралаштириб ичирилади.
Кўриқдан ўтувчи инсон оч қоринга глюкоза қабул
қилингандан сўнг 1 ва 2 соат кейин қонда қанд
миқдори текширилади.

Текширишлар натижасида аниқланадики, бутун
Ўзбекистонда яшовчи вояга етган аҳоли ўртасида
қандли диабетнинг тарқалиши 2%ни ташкил қила-
ди. Шу билан бирга глюкоза чидамлилигини бузи-
лиши (ГЧБ) 4-6% ни ташкил қиладди. Бу сузни илгар-
риги маъноси яширин диабет деб аталар эди.

Бу олинган натижалар шуни кўрсатадики, қанд-
ли диабетни тарқалиши рўйхатга олинган бемор-
лар сонига қараганда 10 баробар юқоридир. Бу
рақамлар тиббиёт ходимларини, айниқса, эндок-

ринолог шифокорларини
катта ташвишга солиб қўй-
ди.

Биргина пойтахтимизда
аҳоли ўртасида қандли диа-
бетни тарқалиши 2,5 %ни
ташкил қилган бўлса, вило-
ятлар (Хоразм, Сурхондарё)-
да ундан камроқ бўлиб чиқ-
ди (1,3-1,4 %).

*Касалликнинг кўпай-
иши натижасида,
мутахассислар, ҳар
бир вояга етган
инсонни (45 ёшдан)
йилда бир марта
лаборатория текши-
рувидан ўтишини
тавсия қиладди.*

Қандан диабет оқибатидаги касалликлар

Қандли диабет оғир ногиронликка олиб келадиган асоратлар ривожланиши билан характерланади. Бу эса меҳнат фаолиятини тўлиқ йўқотишига ва бевақт ўлимга олиб келади.

Европа диабетиклар жамияти текширишлари маълумотига қараганда, ҳар хил асоратларига эга бўлган беморлар фоизи 59% ни ташкил қилар экан, шу билан бирга кўриқдан ўтказилган 23% беморларда – иккита, 3% беморларда эса диабетнинг учта асорати борлиги аниқланди. Умумий беморларнинг 80 % ида эса тана вазни оғирлиги ва семизлик бор экан. Юрак қон-томир патологияси 43 %, цереброваскуляр касалликлар 12 %, артериал гипертония 50 %да рўйхатга олинган.

Ҳозирги кунда дунёнинг кўпчилиги ривожланган мамлакатларида қандли диабет умумий ўлим тизимида 3-4 ўринни эгалламоқда.

Шуни ҳам таъкидлаб ўтишимиз керакки, қандли диабет пайдо бўлишидан анча олдин яширин даврда кечади, бу глюкозага чидамлик бузилиши (ГЧБ) даври деб аталади. Худди шу даврда текширишлар шуни кўрсатади-

Аниқланишича, қандли диабетнинг иккинчи турига мансуб бўлган беморларда юрак қон-томир хасталиги ривожланиши хавфи соғлом одамларга қараганда 3-4 марта юқори бўлиб, бу беморлар ҳам юрак инфаркти, инсультни бошидан ўтказган одамларга ўхшаб вақтдан олдин ўлимга мубтало бўлиши мумкин экан.

Шу билан бирга бу хасталик кўр бўлиб қолиш, қора сон касаллигига олиб келувчи сабабларнинг асосийсидир.

*Диспансер назоратида
бўлган 2-турдаги
қандли диабет 50%
беморларда ҳар хил
макро қон-томир
асоратлари борлиги
аниқланди.*

ки, соғлом одамларга қараганда бундай беморларда юрак хасталигининг ривожланиши 2 баробар кўп, юрак ва қон-томир касалликлар туфайли ўлим эса 1,5 баробар кўп учрар экан.

Узоқ муддат давом этган изланишлар натижасида периферик нейропатия, ретинопатия ва протеинурия 35%, 12% ва 2% касалларда учраши кузатилган.

2-БЎЛИМ

ҚАНДАИ ДИАБЕТ – БИР УМРАИК КАСАЛЛИКМИ?

Қандаи диабет асоратларининг олдини олиш мумкин

Қандли диабет – моддалар алмашинуви касаллиги бўлиб, келиб чиқиш сабаблари, ривожланиш йўллари ва клиник аломатларига кўра турлича бўлган касалликларнинг бирлашган таркибидир. Бу касалликларнинг барчаси учун хос жиҳат – қон таркибидаги шакар (глюкоза)нинг сурункали ортиши ҳисобланади.

Соғлом кишиларда наҳорда қон таркибидаги глюкоза – 5,5 ммоль/л (100 мг%)дан, овқатлангандан кейин 2 соат ўтгач эса 7,8 ммоль/л (140 мг%)дан ортмайди. Агар қон таркибидаги глюкоза 10 ммоль/л (180 мг%)дан юқорига кўтарилса, буйрак қон таркибида шакарни сақлаб тура олмайди ва шакар сийдик билан бирга ажралиб чиқа бошлайди. Қандли диабет сурункали касаллик бўлиб, уни бутун ҳаёт давомида даволаш зарур. Мабодо бемор даволанмаса, организмда чуқур ўзгаришлар юз бериб, бу унинг асоратлари ривожланиб кетишига олиб келади.

Глюкозанинг қон таркибида юқори бўлиши қанчалик узоқ вақт давом этса, диабетнинг қон томирларига дахлдор асоратлари пайдо бўлиши эҳтимоли ҳам шунчалик кучаяди. Қандли диабет хасталигига чалинган бемор жуда эрта меҳнат қобилиятини йўқотиши мумкин ва томирларда

Агар ўз вақтида ва тўғри даволанилса, қандли диабет касаллиги асоратларининг олдини олиш мумкин.

тараққий этадиган асорати бемор умри қисқаришининг асосий сабаби бўлиб қолади.

Бунинг учун қандли диабетга чалинган бемор ўз касаллигини яхши билиши ва уни даволашда имкони борича кўпроқ иштирок этиши лозим.

Бундан шу нарса келиб чиқадики, қандли диабетга чалинган бемор шу касаллик билан яшашни ўрганиши зарур.

Қон таркибидаги глюкоза миқдорининг ортиши сабаблари

Қонга шакар озиқ-овқат билан келади. Инсон истеъмол қиладиган озиқ-овқат маҳсулотлари асосан уч нарсадан: оқсил, ёғ, углеводлардан иборат.

Оқсил тана учун қурилиш материали ҳисобланади. Ёғ ва углеводлар куч-қувват манбаидир. Глюкозанинг асосий манбаи – углеводлар. Углеводларнинг катта қисми ичакдан қонга глюкоза тарзида сўрилади. Углеводлар (глюкоза) самарали қайта ишланиб, қувватга айланиши учун инсулин мавжуд бўлиши зарур.

Инсулин – юқори даражада фаол бўлган кимёвий модда (гормон) бўлиб, у ошқозон ости безининг алоҳида ҳужайраларида ишлаб чиқилади, тўпланиб – оролчаларга гуруҳлашади. Оролчалар лотинчада «инсула» деб аталади.

Тана ҳужайраларига глюкозани кимёвий қайта ишлаб юбориладиган гормоннинг номи ҳам шундан келиб чиққан. Қувват ҳосил қилиш учун сарфланган глюкозанинг бир қисми инсулин иштирокида гликогенга айланади ҳамда қувват ресурсларининг захираси сифатида жигар ва мускулларда йиғилади. Овқатланишлар

оралиғида, ташқаридан глюкоза келмаган пайтда гликогендан глюкоза ҳосил бўлади ва у қувват ҳосил этишга сарфланади. Агар глюкоза жигар ва мушакларда тўплангани-

Турли сабабларга кўра танада инсулин этишмовчилиги юзага келганда қандли диабет касаллиги ривожланади.

дан сўнг глюкозанинг муайян миқдори ортиб қолса, инсулин ана шу глюкозанинг ёғга айланишига ҳамда уларнинг тери остига – ёғ клетчаткаларига йиғилишига кўмаклашади.

Инсулин тақчиллиги оқибатида глюкоза қувват ҳосил қилиш учун кам сарфланади ёки бутунлай сарф бўлмайди, гликоген ва ёғ ҳосил бўлиши учун ҳам сарфланмайди, балки аксинча, оксил, ёғ ва гликогендан глюкоза ҳосил бўлиши кучаяди. Буларнинг барчаси қон таркибидаги шакар миқдорининг ортишига олиб келади.

Қандли диабетнинг турлари

Қандли диабет касаллигининг иккита асосий тури мавжуд, булар: 1-тур – инсулинга қарам қандли диабет, 2-тур – инсулинга қарам бўлмаган қандли диабетдир.

Қандли диабетнинг 1-тури, асосан, ўсмирлик ва ўспиринлик ёшида пайдо бўлади. Касаллик одатда юқумли касалликларни бошдан кечиргандан сўнг кескин бошланади.

Беморлар бир кеча-кундуз давомида 3-5 литрдан 7-8 литргача суюқлик ичишлари мумкин ва тахминан шунча миқдорда сийдик ажралиб чиқади.

Касалликнинг энг муҳим аломатлари – чанқаш, оғизнинг қуриб қолиши, катта миқдорда сийдик ажралиши, озиб кетиш, ҳолсизлик кабилардир.

Қандли диабетнинг 1-тури билан оғриган беморлар танасига инсулин дориси юборилмаса тура олмайдилар.

Тапхис қўйилгунига қадар бемор 5-15 килограммга қадар вазн йўқотиши мумкин. Мазкур беморларнинг қони таркибидаги глюкоза (шакар) миқдори энг юқори даражадан энг қуйи даражагача тез-тез ўзгариб туради.

Беморларда қон таркибидаги ацетоннинг ошишига мойиллик ва унинг сийдик таркибида пайдо бўлиши кузатилади. Қандли диабет касаллигининг бу турида инсулин моддасини ишлаб чиқарувчи ошқозон ости безларининг оролча ҳужайралари вируслар ёки аутоиммун жараён шикастлаши оқибатида чуқур ўзгаришларга дучор бўлади.

Шунинг учун ҳам қандли диабетнинг 1-турида беморларнинг қони таркибида инсулин бўлмайди ёки унинг миқдори кескин камайган бўлади.

Қандли диабет касаллигининг 2-турида ошқозон ости безларининг оролча ҳужайралари инсулин моддаси ишлаб чиқариш қобилиятини сақлаб қолади ва қон таркибидаги инсулин миқдори нормада ёки нормадан сал юқорироқ бўлади.

Бироқ, тана тўқималарининг инсулинга нисбатан сезгирлиги кескин пасайиши оқибатида бу инсулин тўла даражада ўз самарасини бермайди. Шу туфайли тўқималар томонидан глюкозани ўзлаштириш ҳамда фойдаланиш камаяди ва у қон таркибида тўпланиб қолади.

Қандли диабетнинг 2-тури билан оғриган беморларнинг аксарият қўпчилиги жуда тўладан келган бўлади.

Тўқималарнинг инсулинга нисбатан сезгирлиги йўқолиб боришининг асосий сабаби семиришдир.

Касаллик аста-секин, яширин ривожланади. Ка-

саллиқнинг бошланишида диабетнинг оғиз қуриши, чанқаш, озиш каби аломатлар унчалик билинмайди, беморларнинг бир қисмида озиш ҳам кузатилмайди. Бу беморларни кўпроқ ҳолсизланиш, толиқиш, чанқаш безовта қилади. Қон таркибидаги глюкоза миқдори юқори даражада бўлишига қарамай, диабетнинг 2-турида қон таркибида ацетон моддасининг ортиши ва унинг сийдик пайдо бўлиши жуда кам кузатилади.

Диабетнинг 2-тури билан, асосан, етуқлик ва кексалик ёшидаги шахслар хасталанади.

Иккинчи турдаги диабет билан оғриган беморлар инсулин дорисини қабул қилмасдан яшашлари мумкин. Уларга парҳезга риоя этиш, жисмоний машқлар билан шуғулланиш, шакар миқдорини камайтирувчи дорилар қабул қилиш яхши ёрдам беради.

Қандай диабет касаллиги ривожланишини олдини олиш

Агар беморда қандли диабет касаллиги ривожланган бўлса, уни тuzатиш шифокорлар қўлида эмас. Аксинча, беморнинг фарзандлари, атрофидаги ёру дўстларида касалликнинг олдини олиш имкони бор.

«Соғлом турмуш тарзи» деб аталадиган – соғлом овқатланиш, спорт билан шуғулланиш, нормал оғирлик, алкоголь истеъмол қилиш ва тамаки чекишдан воз кечиш нафақат қандли диабет ривожланишидан, балки уни авж олишидан ҳамда кўплаб юрак қон-томир, онкологик, ортопедик ва бошқа муаммолардан ҳимоя қилади. Бунинг натижасида қон босими кўрсаткичлари яхшиланади, холестерин миқдори камаёди. Тиббиёт тили-

да айтганда, қандли диабет билан яшашга ўрганилади.

Касаллик «макри» ҳақида

Касаллик қанчалик вақтли аниқланса ва тўғри даво буюрилса, бемор кейинчалик жиддий асоратлар билан тўқнаш келиш эҳтимоли шунчалик камаяди.

Диабет макри, қонда қанд миқдори юқори бўлиши сезилмаслиги ва муайян даражагача беморга умуман кўнгилсизликлар бермаслигидадир. Шунинг учун ҳам «Ўзимни яхши ҳис қиляпман, менда ҳаммаси яхши», «Қанд миқдори ошиши тасодифий», деган кенг тарқалган фикр тўғри эмас. «Қонда қанд миқдори» юқори бўлиши яшринча организмни барбод қилади ва ўзгаришлар намоён бўлганида уларни даволаш жуда қийин бўлади. Вақтида бошланган даволаш нормага яқин қанд миқдори билан яшашга имкон беради, бунда оғир асоратлар хавфи анча кам бўлади.

3-БЎЛИМ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИНИНГ ОҚИБАТЛАРИ

Кечроқ намоён бўладиган асоратлари

Яхши даволанмаган ва қон таркибидаги шакар миқдори узоқ вақт юқори даражада сақланадиган беморларда қандли диабет касаллигининг кечки асоратлари намоён бўлади.

Кечки асоратларга – диабетга оид ангиопатия, яъни диабет касаллигида томирларнинг шикастланиши киради. Ангиопатия икки хил бўлади: макро ва микро ангиопатиялар.

Бунда капиллярларнинг деворлари мўрт бўлиб қолади, уларнинг устида унчалик катта бўлмаган бўртмалар ҳосил бўлади; шу жойларда томирлар ёрилиб, қон чиқиши мумкин. Шифокор окулист кўз тубидаги тўр пардаларини кузатганда томирларнинг бу ўзгариши яққол кўзга ташланади.

Тўр пардалари томирларининг ўзгариши оқибатида кўриш ёмонлашади, баъзан кўриш жуда ёмонлашиши, ҳатто кўр бўлиб қолиш мумкин. Диабет туфайли кўришнинг ўзгаришини кўзойнаклар бартараф эта олмайди. Кўз тўр пардалари томирларининг шикастланиши ретинопатия деб айтилади.

Микроангиопатия – диабет туфайли майда томирларнинг шикастланишидир. Бунда майда томирларнинг деворлари (капиллярлар) қалинлашади, томирнинг ичи тораяди, унинг юзаси ўз силлиқлигини йўқотади, микротромблар ҳосил бўлиши учун шароит туғилади. Бу табиийки, тананинг тегишли қисмида қон айланишини

ёмонлаштиради.	Alisher Navoiy
2019/8	nomidagi
A	O'zbekiston MK
604	

Кўз томирлари (капиллярлари) шикастланишидан сўнг кейинги ўринни буйраклар эгаллайди.

Буйракларнинг диабет туфайли шикастланиши диабетга оид нефропатия деб айтилади.

Қандли диабет касаллигида буйраклар шикастланишининг бошланғич аломати сийдикда оқсилнинг пайдо бўлишидир. Касалликнинг бундан кейинги авж олишида буйрак орқали оқсилнинг йўқотилиши кучаяди, бу эса шишларнинг ривожланишига, қон босими ортишига, камқонликка олиб келади. Пировард натижада буйраклар ўзининг қонни тозалаш ва сийдикни ажратиш вазифаларини бажара олмай қолади, бунинг оқибатида моддалар алмашинувининг заҳарли маҳсулотлари қонда тўпланиб қолади, тананинг ўз-ўзини заҳарлаши юз беради ва бемор оғир аҳволга тушиб қолади.

Диабетга оид макроангиопатия – йирик калибмли томирлар (артериялар)нинг атеросклероз билан шикастланишидир. Қандли диабет билан оғирган беморларда атеросклероз тез ривожланади

ва нисбатан ёшлик пайтида кечади. Атеросклероз кўпроқ аортани, юрак, бош мия, буйрак артерия қон томирларини, шунингдек, оёқ ва қўлнинг асосий қон томирларини шикастлантиради.

Микроангиопатия – бу барча органларнинг (тери, мушаклар, нерв толалари ва ҳоказоларнинг) капиллярларини шикастловчи тинимсиз жараёндир. Бироқ, диабетга оид микроангиопатия жисмоний жиҳатдан катта зўриқишга учрайдиган буйрак, кўз, оёқ каби органларда кўпроқ ва эртароқ намоён бўлади.

Бу томирларнинг атеросклероз бўлиши, ўз навбатида юракнинг ишемик касаллиги (стенокардия, инфаркт миокарди), мияда қон айла-

нишининг бузилиши, бош айланиши, мия инсулти), жунжикиш ва оёқларда оғриқ бўлиши, қўлоёқларда қийин битадиган яраларнинг ҳосил бўлиши ва ҳатто гангренага олиб бориши каби хасталикларни келтириб чиқаради.

Диабетга оид ангиопатияни даволашнинг самарали, ўзига хос воситалари йўқлиги сабабли бу хасталикнинг олдини олиш катта аҳамиятга эгадир. Қандли диабетнинг кеч намоён бўладиган асоратларини олдини олишнинг асосий шарти – бу қонда глюкоза даражасининг бир меъёрдаги ўзгаришлар доирасида узоқ вақт сақланиб туришидир.

Ўткир асоратлари: диабетга оид кетоацидоз ва диабетга оид кома

Диабетга оид кетоацидоз ва диабетга оид кома – диабетнинг бемор ҳаётига хавф соладиган даражада оғирлашиши бўлиб, у тез, кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам кўрсатишни талаб этади.

Диабетга оид кетоацидоз – қандли диабетнинг 1-тури билан оғриган беморларда тез-тез учрайди, қандли диабетнинг 2-тури билан узоқ вақт оғриган беморларда эса камроқ учрайди.

Қон таркибида инсулин тақчиллиги шароитида шакар юқори даражада бўлган бир пайтда кетон таналари – В-окси ёғ кислотаси, ацетоуксус кислотаси, ацетон йиғилиб қолади, натижада улар қонга нордонлик хусусиятини беради, шу туфайли

Кетоацидоз танада заҳарли қолдиқ маҳсулотларнинг, авваламбор ёғ алмашинувининг тўпланиб қолиши билан боғлиқ бўлиб, инсулин моддаси тақчиллигининг кучайиши оқибатидир.

Диабетга оид комадан олдин одатда беморда: оғиз қуриши, чанқаш, тез-тез сийиш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, қусиш, баъзан қоринда оғриқ пайдо бўлиши, ҳолсизлик, кўп ухлаш, чиқараётган нафасида ацетон ҳидининг пайдо бўлиши каби ҳолатлар кечади. Суюқлик катта миқдорда ажралиб чиқа бошлаши туфайли сувсизлик аломатлари: тери ва шиллик пардаларнинг қуриши ривожланади.

бу ҳолат кетоацидоз деб айтилади. Ацетон учувчи модда бўлганлиги сабабли у ўпка орқали ажралиб чиқа бошлайди, шу туфайли ҳам беморларнинг ўпкадан чиқарадиган нафасида ацетон ҳиди пайдо бўлади. Шунингдек, ацетон сийдик орқали ҳам ажралиб чиқа бошлайди.

Зарур даволаш чоралари кўрилмаса, беморнинг аҳволи ёмонлашиб боради: нафас олиши тезлашади, ҳолсизлик, ҳафсаласизлик, руҳий

тушкунлик кучайиб боради, ҳушдан кетиш ҳолати юз беради. Комада шу нарса аҳамиятлики, бемор ҳушини тўла йўқотади. Коматоз ҳолатида беморнинг ҳаёти хавф остида бўлади, унга малакали тиббий ёрдам зудлик билан кўрсатилиши лозим. Аксарият ҳолларда беморни қутқариб қолишга муваффақ бўлинади, лекин баъзан шифокорларнинг сабъ-ҳаракатларига қарамай, оқибат фожияли бўлиши мумкин.

Инсулин дорисини мунтазам равишда қабул қилмаслик ёки уни қабул қилишни тўхтатиш коматоз ҳолатига олиб келиши мумкин. Кўпинча парҳезда жиддий бузишларга йўл қўйиш (тўйиб, ёғли овқат ейиш, шунингдек, спиртли ичимликларни ичиш) диабетга оид кома олди ва кома ҳолатининг сабаби бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, кетоацидоз ва диабетга оид команинг ривожланишига руҳий ва ҳис-ҳаяжон жиҳатидан зўри-

қишлар, тана ҳароратининг юқори бўлиши билан кечадиган оғир касалликлар (ўпка шамоллаши, грипп ва ҳоказо) олиб келиши мумкин.

Кетоацидоз ҳолатидаги ва, айниқса, кома олди ва кома ҳолатларидаги бемор малакали, тезкор ёрдам кўрсатиш учун зудлик билан шифохонага ётқизиши лозим.

Қандли диабетнинг ўрнини тўлдириш

Қандли диабет касаллигини ҳозирги кундаги даволаш ишлари касаллик билан боғлиқ метаболик бузилишларни имкони борича кўпроқ меъёрлаштиришга қаратилади. Шу мақсада даволаш жараёнида беморнинг ҳолатини баҳолаш учун қандли диабетнинг ўрнини тўлдириш (компенсация қилиш) ҳақидаги тушунча киритилган.

Беморда инсулин тақчиллиги билан боғлиқ ҳолда метаболик бузилишлар ва диабет клиник аломатларининг борлиги қандли диабетнинг ўрни тўлдирилмаган ҳолати сифатида тавсифланади. Даволаш жараёнида метаболик кўрсаткичларнинг меъёрий даражасини тиклаш қандли диабетнинг ўрни тўлдирилган ҳолати сифатида тавсифланади.

Қандли диабетнинг ўрни тўлдирилмаган ҳолатида касалликнинг барча клиник аломатлари яққол намоён бўлади. Бундай ҳолатда беморларнинг қони таркибидаги глюкоза миқдори юқори бўлади, уларни оғиз қуриши, чанқаш, ҳолсизлик, кўп ва тез-тез сийиш ва ҳоказолар безовта қилади. Даволаш жараёнида қандли диабет ўрни тўлдирилган ҳолатга келтирилганда қандли диабетнинг клиник аломатлари йўқолади. Бемор ўзини яхши ҳис этади, уни чанқаш, оғиз қуриши, ҳолсизлик безовта қилмайди, иштаҳаси меъ-

Қандли диабетнинг ўрнини тўлдиришнинг энг муҳим ўлчови глюкозанинг қон ва сийдик таркибидаги даражасидир.

ёрида бўлади, гипогликемик ҳолат (қон таркибида глюкоза миқдорининг меъёридан пасайиб кетиши билан боғлиқ ҳолат) кузатилмайди.

Агар очлик пайтида глюкозанинг қондаги миқдори 6,0-7,0 ммоль/л даражадан ошмаса ва овқатлангандан кейин 2 соат ўтгандан сўнг 8,0 ммоль/л даражада бўлиб, бир кеча-кундузлик сийдикда глюкоза мавжудлиги аниқланмаса, диабет яхши ўрни тўлдирилган ҳисобланади. Ўрни тўлдирилган даражада қон таркибида глюкозанинг узоқ вақт сақланиши моддалар алмашинувининг бошқа кўрсаткичлари ҳам бир меъёрда тушишига олиб келади.

Гликирланган гемоглобиннинг даражаси (HbA1c) қандли диабетнинг узоқ вақт ўрни тўлдирилганлиги кўрсаткичи ҳисобланади. Гликирланган гемоглобин миқдори кейинги 2-3 ой мобайнида моддалар алмашинувининг ўрнини тўлдириш қанчалик яхши ёки ёмон бўлганлигини кўрсатади. Гликирланган гемоглобиннинг миқдори гемоглобиннинг қанча фоизи (қизил қон таначалари – эритроцитлар таркибидаги пигмент) глюкоза билан боғлиқ эканлигини кўрсатади. Қон таркибида гликирланган гемоглобиннинг даражаси қанчалик

Қандли диабетнинг етарли даражада ўрнини тўлдирмаслик болаларнинг жисмоний, жинсий, руҳий жиҳатдан ривожланиши ортда қолишига олиб келади.

юқори бўлса, кейинги ҳафталарда қон таркибида глюкозанинг кўрсаткичлари шунчалик ёмон бўлади. Гликирланган гемоглобиннинг даражаси 8 фоиздан ошмаганда қандли диабет яхши ўрни тўлдирилган ҳисобланади.

Қандли диабетнинг ўрнини тўлдирган ҳолатда сақлаш касаллик ривожланишининг олдини олади ёки диабетнинг томирларда қолдирадиган асорати ўсиб боришини тўхтади.

Қандли диабет касаллигининг ўрнини яхши тўлдириш болаларнинг жисмоний, жинсий ва ақлий жиҳатдан бир меъёردа ривожланиши учун шароит яратади, катталарнинг эса яхши кайфиятда ва бир меъёрдаги меҳнат қобилиятига эга бўлишларини таъминлайди, уларнинг ўз атрофларидаги соғлом кишилар каби умрлари узоқ бўлишига эришиш имкониятини беради.

4-БЎЛИМ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ОВҚАТЛАНИШ

Қандли диабетнинг биринчи турида ОВҚАТЛАНИШ

Илгариги бўлимлардан сизга маълумки, қандли диабет касаллигининг 1-турида инсулин моддаси ишлаб чиқарувчи ошқозон ости безларининг хужайралари ҳалок бўлади ва танадаги инсулин етишмовчилиги унга ташқаридан инсулин киритиш билан тўлдирилади.

Соғлом кишиларда овқат ейилганидан сўнг ошқозон ости безларининг β -хужайралари томонидан инсулин моддаси ишлаб чиқарилади ва бу глюкозанинг ўзлаштирилишини таъминлайди. Қандли диабетнинг 1-тури билан оғриган беморларда бундай ҳолат кечмайди. Улар етишмаётган инсулин моддасини ташқаридан киритиш йўли билан оладилар. Танага киритилган инсулин беморнинг қачон ва қанча овқат ейишини «билмайди». Шунинг учун ҳам бемор инсулин моддасининг таъсири унинг овқатланишига мувофиқ бўлиши тўғрисида ўзи қайғуриши лозим.

Бундан келиб чиқадикки, беморлар қайси овқат

Агар бемор танага киритилган инсулин моддаси йўл қўядиган миқдордан кўпроқ овқат еса, шакар миқдори ортиб кетади.

Аксинча, агар у жуда кам миқдорда ва анча кеч овқатланса, гипогликемия пайдо бўлиши мумкин.

ва қандай маҳсулотлар қон таркибидаги шакар миқдорининг ортиб кетишига олиб келишини яхши билишлари зарур.

Одам истеъмол қиладиган овқат маҳсулотлари таркибида асосан уч турдаги овқат маҳсулотлари: оқсил, ёр, угле-

водлар бор. Шунингдек, овқат таркибида витаминлар, маъданли тузлар ва сув бўлади. Углевод ва ёғлар – қувват манбаи, оқсил эса – қурилиш материали ҳисобланади.

Нон, дон маҳсулотлари, мева, сабзавот, сут маҳсулотларида углеводлар кўп бўлади. Гўшт, балиқ, парранда гўшти, тухум, сут ҳамда бошқа гўшт ва сут маҳсулотлари оқсил манбаи ҳисобланади. Шунингдек, ловия, нўхат, дон, ёнғоқ ва уруғлардан олинадиган ўсимлик оқсили ҳам бор. Ёғларни эса тана гўшт ва сут маҳсулотларидан, ўсимлик ёғидан олади. Қуйидаги жадвалда овқатлар ва овқатланиш тартиби келтирилади.

Овқат тури	Тавсиф
Нон	Кунига 200 грамм, қора нон ёки махсус диабетик бўлиши керак.
Шўрва	Кучсиз гўшт ёки балиқни, асосан, сабзавотлар билан пишириб, ҳафтасига 2 марта истеъмол қилиш керак.
Ёрсиз мол гўшти ва товуқ гўшти	Кунига 100 гр гача, балиқ маҳсулотларини қайнатилган ёки димланган ҳолда истеъмол қилиш мумкин.
Бошоқли, дуккакли, макаронли овқатлар	Макарон маҳсулотларини имкон қадар камроқ истеъмол қилиш керак. Ҳатто нон миқдорини ҳам камайтириш тавсия этилади.
Сабзавотлар ва кўкатлар	Сули (овсянка), гречка, перловка, гуруч, баъзида буғдойли таомлар мумкин. Картошка, лавлаги, сабзини кунига 200 гр дан қабул қилиш тавсия этилади. Карам, салат барги, редиска, бодринг, помидор ва кўкатларни истаганча хом, қайнатилган ҳолда истеъмол қилиш мумкин.

Тухум	Кунига биттадан кўп эмас: чала пишган, омлет кўринишида ёки бошқа таомларга қўшилган ҳолда истеъмолад қилиш мумкин.
Мевалар	Нордон, ширин-нордон мевалар (олма, апельсин, лимон, олхўри, малина каби-лар)ни кунига 200-300 гр гача истеъмолад қилиш мумкин.
Сут маҳсулотлари	Шифокор рухсат берсагина, қатиқ, простокваша, ширин бўлмаган йогуртни кунига 2 стакандан, баъзида пишлоқ, қаймоқ, сметанани кам миқдорда истеъмолад қилиш мумкин.
Творог	100-200 гр дан кун ора турли таомлар кўринишида истеъмолад қилиш тавсия этилади.
Бўтқалар	Овсянка, гречкали бўтқалар, буғдой ёрмаси ёғ алмашинувини яхшилайдиган ва жигар фаолиятини меъёрлаштирадиган, жигарни ёғ босишига қаршилик қилади. Манна ёрмаси ман этилади.
Ичимликлар	Қора ва кўк чой, сутли чой, қуюқ бўлмаган қаҳва, помидор ва бошқа нордон мева-сабзавотларнинг шарбатини ичиш мумкин.

Қандли диабетли беморлар кунига 4 ва ундан кўпроқ марта, яъни 5-6 марта аниқ бир вақтда овқатланишлари керак. Уларнинг овқати витаминлар, микро- ва макроэлементларга бой бўлиши лозим. Овқатнинг турли-туманлиги аҳамиятга эга, чунки диабетда қабул қилиш мумкин бўлган маҳсулотлар рўйхати етарли ҳажмда.

Ортиқча вазнга эга бўлган беморлар углеводларни жиддий чегаралашлари лозим.

Фақат углеводлар бевосита овқат ейилганидан сўнг қон таркибидаги шакар даражасини оширадиган. Овқатдаги бошқа барча моддалар овқатлангандан кейин шакар даражасининг ошишига таъсир кўрсатмайди.

Шуни эсда тутингки, агар даволоччи врач тавсия қилган парҳез юқорида келтирилган маҳсулотлардан фарқ қилса, демак, врач айтганини бажариш керак. Чунки шифокор беморнинг касаллик тарихи ва аҳволини яхши билади ва тегишли тавсияни беради.

Калория ва миқдор

Калориялилик деган тушунча мавжуд. Калория – бу тана таркибида у ёки бу модданинг ўзлаштирилиши пайтида ҳосил бўладиган қувват миқдоридир. Овқатнинг калориялилиги билан қон таркибидаги шакар даражасининг ортиши ўртасида бевосита алоқадорлик йўқ. Шунинг учун ҳам қандли диабетнинг 1-тури билан оғриган беморлар учун, агар улар танасининг оғирлиги ортиб кетмаган бўлса, калорияни ҳисоб-китоб қилмаса ҳам бўлаверади. Қандли диабет касаллигининг 2-тури билан оғриган, ортиқча вазни бўлган беморлар овқат таркибидаги калория миқдорини ҳисоб-китоб қилишлари керак. Юқорида баён этилганлардан шу нарса келиб чиқадики, қандли диабет билан оғриган, вазни меъёрида бўлган инсулин олувчи бемор соғлом одам қанча миқдорда истеъмол қилиши мумкин бўлса, шунча миқдорда оқсил ва ёғ истеъмол қилиши мумкин. Фақат овқат таркибидаги углеводлар миқдорини ҳисобга олиш лозим.

Углеводларнинг икки тури: сингадиганлари ва сингмайдиганлари мавжуд. Сингмайдиган углевод (клетчатка)лар инсон танасида ҳазм бўлмайди, чунки уларнинг парчаланиши учун зарур бўлган ферментлар ишлаб чиқарилмайди. Бунда сингмайдиган углеводлар қатор фойдали хусусиятларга эгадир.

– Биринчидан, улар ошқозонга тушганида бўкиб, ҳажми катталашади, ошқозон тўлиши эса тўқлик ҳиссини уйғотади.

– Иккинчидан, клетчатка ичакларнинг бир меъёрида ишлашига кўмаклашади.

– Учинчидан, ичакда шишган клетчаткаларда овқат таркибида бўлган бошқа моддалар худди губкадаги сингари ўтириб қолади, бундай пайтда уларнинг ичакдан қонга сўрилиши сустлашади.

Барча сингадиган углеводлар қон таркибидаги шакар даражасини оширади, лекин улар икки гуруҳга: тез сингадиган (енгил сингадиган) углеводлар ва секин сингадиган углеводларга бўлиниши сабабли шакар даражасини турлича оширади. Таркибида тез сингадиган углеводлари бўлган маҳсулотларнинг, одатда, таъми ширин бўлади. Таркибида секин сингадиган углеводлари бўлган маҳсулотларнинг эса таъми ширин эмас, бироқ улар қон таркибидаги шакар даражасини, аста-секин бўлса-да, барибир оширади. Бу турли углеводлар турлича тузилишга эга бўлганлиги ва ичакда турлича парчаланиши билан боғлиқдир.

Бемор у ёки бу маҳсулотларни еганидан сўнг қони таркибидаги шакар даражаси ошадими ёки йўқми, агар ошадиган бўлса қанча миқдорда ошиши мумкинлигини билиши жуда муҳимдир. Шунга боғлиқ равишда маҳсулотлар қуйидаги турларга бўлинади:

– Таркибида углевод бўлган, лекин меъёрамасдан ейиш мумкин бўлган маҳсулотлар;

– Таркибида соф шакар бўлган маҳсулотлар;

– Таркибида углевод бўлган, лекин меъёрлаб ейиш лозим бўлган моддалар.

Ўлчовсиз истеъмол қилиш мумкин бўлган углевод сақловчи моддаларга деярли барча турдаги

сабзаёт ва кўкатлар киради. Уларни одатдаги миқдорда ейиш мумкин, чунки улар қон таркибида шакарни кам миқдорда оширади ёки умуман оширмайди.

Картошка ва маккажўхорини ўлчов билан ейишга тўғри келади, чунки улар қон таркибидаги шакарни сезиларли даражада оширади.

Карам, салатнинг барча турлари, редиска, турп, равоч, сабзи, шолғом, кабачка (қовоқнинг майда, узунчоқ бир тури), бақлажон, қовоқ, помидор, бодринг, булғор қалампири, шовул, петрушка, кашнич, шивит, исмалоқ, ошкўк ва ҳоказоларни ўлчовсиз ейиш мумкин. Бу гуруҳ орасида дуккакли ўсимликлар (ловия, нўхат мевалари) таркибида энг кўп миқдорда углеводлар бўлади. Бироқ уларни егандан сўнг қон таркибида шакарнинг ортиши жуда кам миқдорда бўлади. Шунинг учун ҳам дуккакли ўсимликлар меваларини меъёри билан (гарнир сифатида) истеъмол қилганда ўлчовга риоя қилмаслик мумкин.

Қандли диабет касалига чалинган беморнинг кундалик овқати таркибида соф шакар мавжуд бўлган маҳсулотлар (шакар, конфетлар, мураббо, қиём, шинни, печенье, тортлар, музқаймоқ, ширин ичимликлар ва ҳоказолар) бўлмаслиги керак. Баъзан, яхши хабардор бемор диабет касаллигини қатъий равишда ўзи назорат қилиб бораётган бўлса, тансиқ таом сифатида озгина музқаймоқ ёки торт ейиши мумкин.

Таркибида углевод бўлган, ўлчов билан истеъмол қилинадиган маҳсулотларга қуйидагилар киради:

- Дон маҳсулотлари (бошоқлилари) – нон, ёрмалар (гуруч, сули, гречка), макарон, вермишель;
- мевалар;

– сут ва айрим сут маҳсулотлари. Бу сут маҳсулотларининг зардобида сутли шакар – лактоза мавжуд;

– сабзавотларнинг айрим навлари – картошка маккажўхори ва ҳоказолар.

Сингадиган углеводларни ўлчов билан истеъмол қилиш учун нон бирлиги (НБ) тушунчасидан фойдаланилади. 1 НБга 12 грамм углевод тўғри келади. НБ тизимини билган бемор ўзи ейишни хоҳлаган у ёки бу овқат маҳсулотларида қанча миқдорда углевод бўлишини осон аниқлаб олиши мумкин. Шундан келиб чиқиб, у қисқа таъсир кучига эга бўлган инсулиннинг зарур миқдорини ҳам осонлик билан ҳисоблаши мумкин. Инсулин билан ўрни тўлдирилмаган 1 НБ қон таркибидаги шакар даражасини 1,5 – 1,9 ммоль/л га оширади. Ўзингиз еган НБ миқдорини билган ҳолда қон таркибидаги шакар даражаси қанчага ортшини аниқлашингиз, демакки, қабул қилинадиган инсулин меъерини ҳам тўғри белгилашингиз мумкин.

Ушбу озиқ-овқат маҳсулотларининг қуйидаги таркиби 1 нон бирлиги (НБ)га тенг бўлади:

- 1 стакан сут (250 мл)
- 2 ош қошиқ гуруч, вермишель, макарон
- 1 бўлак жавдари (қора буғдой) нони (30 грамм)
- 2 дона маккажўхори сўтаси
- 1 дона нок
- 1 дона шафтоли
- 1/2 стакан апельсин шарбати (100 мл)
- 1 стакан қатиқ (250 мл)
- 1/2 булочка (25 грамм)
- 1 дона картошка (80 грамм)
- 1 дона олма (100 грамм)
- 1/2 стакан олма шарбати
- 1 дона апельсин (130 грамм)

1/2 банан (60 грамм)
10 дона қулупнай
1 идиш қорарат (смородина) (120 грамм)
1 бўлак қовун
5 бўлак крекер (печеньенинг бир тури) (40 грамм)

1 стакан квас

1 ош қошиқ буғдой уни, жавдари (қора буғдой) уни, оҳор (крахмаль), арпа ёрмаси, оқланган тарик, маржумак (гречка) ёрмаси, буғдой ёрмаси.

Қандли диабет касаллигининг 1-тури билан оғриган бемор бир кеча-кундузда 5-6 марта овқатланиши керак. Ҳар куни муайян соатларда овқатланиш муҳимдир.

Қуйидаги овқатланиш тартиби энг оқилона ҳисобланади: уч маҳал асосий овқатланиш (нонушта, тушлик, кечки овқат) ва қўшимча равишда уч маҳал овқатланиш (иккинчи нонушта, тушликдан кейинги тамадди ва иккинчи кечки енгил тамадди).

Қандли диабет касаллигининг 1-тури билан оғриган беморлар оқсил, ёғ ва калориялилик миқдорини ҳисобламасликлари мумкин. Улар ёғ ва серёғ гўшти имкони борича камроқ, витаминлар ва микроэлементларга бой сабзавот ва меваларни кўпроқ истеъмол қилишга интилиб, етарли даражада оқилона овқатлансалар бас. Бунда углеводларни ўлчов билан истеъмол қилиш муҳимдир, чунки қандли диабет билан оғриган беморнинг аҳволига овқат ейилганидан кейин қон таркибидаги шакарнинг ортиши даражаси таъсир кўрсатади.

Овқатнинг бир кеча-кундузлик калориялигини қуйидаги тарзда тақсимлаш тавсия қилинади: 50 фоиз углеводлар, 20 фоиз оқсиллар, 30 фоиз ёғлар.

Қандли диабетнинг иккинчи турида овқатланиш

Қандли диабетнинг 2-турида (инсулинга қарам бўлмасликда) овқатланиш касалликнинг биринчи тури (инсулинга қарамлик) билан оғриган беморлар учун тақлиф этиладиган овқатланишдан фарқ қилади.

Бу қандли диабетнинг 2-турида касалликнинг 1-туридан (яъни инсулин тақчиллиги унинг ошқозон ости безида етарли даражада ишлаб чиқарилмаганлиги билан боғлиқ бўлган ҳолатдан) фарқли равишда инсулин моддаси тақчиллигининг пайдо бўлиши 2-турдаги беморлар тана ҳужайраларида ёғнинг ортиб кетиши билан боғлиқ бўлиб, бунинг оқибатида тана тўқималарининг ўз инсулинига нисбатан сезгирлиги пасайган бўлади. Бундай шароитда инсулин шакар (глюкоза)нинг ҳужайрага тушишига, фойдаланишига етарли даражада қўмаклаша олмайди.

Агар қандли диабетнинг 1-тури билан касаланган беморлар учун танага углеводларнинг келиб тушишини назорат қилиш (НБни ҳисоблаш) талаб этилса, қандли диабетнинг 2-тури билан оғриган беморлар учун НБдаги истеъмол қилинадиган углеводлар миқдорини ҳисоблаш билан бирга овқат калориялилигини ҳам назорат қилиш зарурдир.

Қандли диабетнинг 2-тури билан оғриган беморлар тана вазни камайтириши зарур, ўшанда ҳужайралар ортиқча ёғдан халос бўлиб, инсулинга сезгирлиги тикланади.

Овқатнинг калориялилиги килокалорияларда (ккал) ўлчанади. Бир килокалория – бу танада у ёки бу модда сарфлаганда ажралиб чиқадиган қувват миқдорини ўлчаш бирли-

гидир. Овқатимизни ташкил этадиган ҳар бир модда эриганда турли миқдорда қувват ажралади. Углевод ёки оқсилнинг бир grammi эриганда танада – 4,1 ккал, бир грамм ёғ эриганда эса – 9,3 ккал ҳосил бўлади. Маъданли тузлар, витаминлардан фойдаланилганда улар танада калория ажратиб чиқармайди, шунинг учун тана вазнига таъсир кўрсатмайди.

Катта ёшдаги кишида қувватга бўлган эҳтиёж тана вазни ҳамда бажариладиган ишларнинг хусусиятига қараб аниқланади. Бунда беморнинг мўътадил вазнига қараб, яъни бўйи тегишлича узунликда бўлган соғлом кишида тана вазни қанча бўлиши лозим бўлса, шунга қараб ҳисоб юритилади. Эркак киши танасининг меъёрий оғирлиги қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

Меъёрий оғирлик = (см бўйи – 100) – 10 фоиз.

Аёллар учун бу формула бир оз бошқачароқ:
меъёрий оғирлик = (см бўйи – 100) – 15 фоиз.

Катта ёшли кишига бир кеча-кундузда тананинг 1 кг мўътадил оғирлиги учун қуйидагилар талаб этилади:

- тўла хотиржам ҳолатида – 20-25 ккал/кг;
- енгил жисмоний меҳнатни бажарганда – 25-30 ккал/кг;
- ўртача жадалликда жисмоний меҳнатни бажарганда – 30-35 ккал/кг;
- оғир жисмоний меҳнатни бажарганда – 35-40 ккал/кг.

Тана узунлигини ва бажариладиган иш хусусиятини билган ҳолда қувватга бўлган бир кеча-кундузлик эҳтиёжни ҳисоблаб чиқариш мумкин. Айтайлик, қандли диабет касаллигига чалинган бемор аёлнинг бўйи 160 см, оғирлиги 80 кг бўлиб, у енгил жисмоний меҳнат билан шуғулланади. Унинг рисоладаги оғирлиги $(160-100) - 9.0 = 51$ кг.

Бемор енгил жисмоний меҳнат билан шуғулла-
нишини ҳисобга олиб, қувватга бўлган бир кеча-
кундузлик эҳтиёж қуйидаги тарзда аниқланади:
 $30 \text{ ккал} \times 51 = 1530 \text{ ккал}$.

Қувватга бўлган бир кеча-кундузлик эҳтиёжни
(калорияларда) ҳисобламасдан ҳам иш олиб бо-
риш мумкин. Бундай ҳолда қандли диабет касал-
лигининг 2-турига чалинган бемор овқатининг
бир кеча-кундузлик калориялиги, 1500 ккал дан
ошмаслиги лозим. Мана шундай парҳезга риоя
қилган тақдирда бемор вазини тушириши мум-
кин ва унинг шакарни камайтирувчи дориларни
рад этиш эҳтимоли кучли бўлади.

Асосий вазифа – кўп калорияси борлиги учун
қайси маҳсулотларни кам истеъмол қилиш ва ка-
лорияси камлиги учун қайси маҳсулотларни кўп
истеъмол қилиш кераклигини тушуниб олишдан
иборат.

Қандли диабетнинг 2-тури билан овриган бе-
мор ўз овқат рационини тузаётганда унинг тар-
кибига кирадиган маҳсулотларнинг калорияли-
лигини ҳисобга олиши зарур. Рационда фойдала-
ниладиган овқат маҳсулотлари ўртасида тўғри
мўлжал олиш учун 100 ккал дан иборат маҳсулот-
лар миқдорини ҳисоблашни ўрганиб олиш лозим.

*Қандли диабет касал-
лигида очлик тавсия
этилмайди. Бу шу
важ билан боғлиқки,
очлик қон таркибида
шакарнинг билиб
бўлмайдиган даража-
да ўзгариб туришига
олиб келиши мумкин,
бунга эса йўл қўйиб
бўлмайди.*

Қуйидаги 100 ккал га
тенг озиқ-овқат маҳсулот-
ларининг қуввати келти-
рилади:

Ёғлар:

- Ўсимлик ёғи – 1 чой қошиқ;
- Сариёғ, маргарин,
майонез – 1,5 чой қошиқ;
- Қиздирилган ёғ – 1
чой қошиқ.

Сало тўлиғича ёғдан иборат. Сут, ундан ҳам кўпроқ сметана ва пишлоқ таркибида ёғ мўл бўлади. Қандли диабетнинг 2-тури билан оғриган беморлар ёғларни истеъмол қилишни чеклашлари зарур.

Оқсиллар:

– 9 фоиз ёғга эга бўлган сузма (творог) – 3 ош қошиқ;

– Гўшт, ёғсиз мол гўшти (70 г), ёғсиз қўй гўшти (65 г);

– Колбасалар: парҳезбопи – 40 г., ёғлироғи – 35 г., қотирилган колбасалар – 25 г., гўштининг тўши – 20 г.

– Товуқ гўшти: 1 та чоғроқ товуқ оёғи;

– Ўрдак, ғоз гўшти: битта қаноти – 30 г;

– Баалиқ тўши: хек, окунь, ставрида, лешь, треска, шука – (бир дона чоғроқ баалиқ – 165 г);

– Сельдь, скумбрия, лосось – бир бўлағи – 65 г;

– Баалиқ ёғи – 2 ош қошиқ;

– Бир дона товуқ тухуми.

Қандли диабетнинг 2-турида тананинг оқсилларга эҳтиёжи тўлиқ қондирилиши лозим. Бунда ёғи камроқ бўлган маҳсулотларни афзал кўрмоқ даркор.

Углеводлар:

Қандли диабетнинг 2-турида истеъмол қилинадиган углеводлар миқдори касалликнинг худди 1-туридаги каби ҳисоб-китоб қилинади.

Ичимликлар:

Сувнинг калорияси бўлмайди. Апельсин, олма, сабзи шарбати, лимонадлар, пепси-кола, фанта, шакарли чанқовбосар ичимликлар – 1 стакан;

– Какао кукуни – 2 ош қошиқ;

– Квас – 0,5 стакан.

Ёрма ва ун маҳсулотлари:

- Ёрмалар (буғдой, гуруч, гречка, арпа, оқланган тарих) – 25 г.;
- Макарон ёки вермишель – 1 от қошиқ;
- Жавдар (қора буғдой) нони – 1 дона катта бўлаги;
- Тешиккулча, қуритилган нон – 2 дона.

Сабзавотлар:

- Картошка – 100 г.;
- Саримсоқ, кўкат ёки петрушка илдизи – 200 г.;
- Бош пиёз – 250 г.;
- Турп, қовоқ, шовул, оқ бошли карам – 350 г.;
- Ширин қалампир – 400 г.;
- Сабзи, кўк пиёз, помидор, редиска – 500 г.;
- Тузланган карам – 100 г.

Мевалар:

- Бир дона олма, нок, банан, шафтоли;
- Икки дона апельсин, лимон, бир тилим қовун;
- 3-4 дона мандарин, ўрик, бир тилим тарвуз;
- 1/2 стакан узум;
- 1/2 стакан анжир, гилос;
- Қузиқорин – 400 г. янгиси, 50 г. қуритилгани.

Сабзавот ва меваларда калория кам бўлади, шунинг учун ҳам улар қандли диабетнинг 2-тури билан оғриган беморлар овқатининг асосини ташкил этиши зарур. Бунда мевалар қон таркибидаги шакар даражасини ошириши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

Сут маҳсулотлари:

- Ёғи 3,2 фоиз бўлган 1 стакан сут;
- Ёғи 10 фоиз бўлган 1/2 стакан қаймоқ;
- Ёғи 30 фоиз бўлган 1 ош қошиқ сметана.

Қандли диабетга чалинган беморларнинг овқати таркибида юқорида санаб ўтилган ҳар бир турдаги маҳсулотлар бўлмоғи даркор.

Бир кеча-кундузлик овқат миқдори калория-лигиининг 60 фоизи – углеводлар ҳисобидан, 30 фоизи – оқсиллар ҳисобидан, 10 фоизи – ёғлар ҳисобидан қопланиши керак.

Бунда семиз беморлар учун овқатнинг бир кеча-кундузлик калориялиги 1500 ккал ва ундан ҳам кам бўлиши лозим. Қон таркибидаги глюкозанинг кескин тарзда кўтарилиб-тушиб туришининг олдини олиш учун овқатланишнинг бир кеча-кундузлик миқдорини 5-6 марталик овқатланишга бўлиб чиқиш керак.

Қандли диабетнинг 2-турида овқатланишнинг мана шу оддий қоидаларига риоя этиш беморга соғлигини сақлаш ва касаллик кучайиб кетишининг олдини олишга ёрдам беради.

Қандли диабетга чалинган беморларнинг овқатларида шакар ўрнини босувчи маҳсулотлар

Инсоннинг ширинликка бўлган табиий эҳтиёжини унинг овқатларига шакар ўрнини босувчи маҳсулотларни солиб, ширин таъм бериш йўли билан қондириш мумкин. Қанднинг қабул қилиш мумкин бўлган кунлик миқдори шифокор томонидан белгиланади ва одатда инсулин миқдорига боғлиқ бўлади.

Қандли диабет билан оғриган, лекин одатга кўра, ширинликсиз тура олмайдиган беморларга шакар ўрнини босувчи маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Агар қандли диабетга чалинган бе-

Мамлакатимизда кенг тарқалган ксилит, сорбит, сахарин (сукразит), натрий цикламат (цукли), сластилин (нуграсвит, аспартам) ва фруктоза шакар ўрнини босувчи маҳсулотлар ҳисобланади.

*Шакар ўрнини босувчи
моддаларни овқат тар-
кибига оқилона миқдорда
қўйиши ширинликларни
тарк этмаган ҳолда
саломатликни сақлашга
ёрдам беради.*

мор ширинликсиз тура олса, шакар ўрнини босувчи маҳсулотлардан фойдаланишга ўрганмагани маъқул.

Овқатнинг калория-лилигини ҳисоблашда сахарин, цюкли ва сла-стилин эътиборга олинмайди. Ксилит, сорбит, фруктоза қувват бериш қийматига эга бўлганлиги туфайли таомнома тузилаётганда уларни ҳисобга олиш керак. Ксилит, сорбит ва фруктозани кўп миқдорда истеъмол қилганда қон таркибидаги шакар миқдори ортиши мумкин. Уларни бир кеча-кундузда 30 граммга қадар истеъмол қилишга рухсат берилади.

5-БЎЛИМ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ИНСУЛИН БИЛАН ДАВОЛАШ

Ким инсулин билан даволаниши лозим?

Қандли диабет касали борлиги аниқланган беморларнинг тахминан 1/5 қисми углеводлар алмашинувини тартибга солиш учун инсулин билан даволанишга ўтишга мажбурдир.

Биринчи навбатда бунга болалар, ўсмирлар, шунингдек, таблеткалар етарли даражада таъсир кўрсатмай қолган, нисбатан озроқ миқдордаги касаллар киради. Беморда қўшимча ўткир касалликлар бўлганда ва узоқ муддатли операциялар қилинганда, шунингдек, бир оз вақт операциядан кейинги даврда ҳам кўп ҳолларда инсулиндан фойдаланиш керак. Агар ҳомиладорлик пайтида қандли диабетнинг ўрнини тўлдириш учун парҳезнинг ўзи камлик қилса, унда инсулинни ҳам қўллаш керак.

Соғлом кишиларда овқатлангандан сўнг ошқозон ости беzi зудлик билан қонга инсулин чиқара бошлайди. Қон таркибида шакар миқдори ортиб кетганда ошқозон ости беzi бу ҳақда сигнал олади ва тегишли тарзда ишлай бошлайди. Диабет билан оғриган беморлар танасига инсулин тери остига юборилади ва у аста-секин қон таркибига тушади. Бироқ бунда инсулиннинг келиб тушиши қон таркибидаги шакар миқдорининг қанчалиги – кўп ёки камлигига боғлиқ эмас. Шунинг учун ҳам қандли диабет билан хасталанган бемор ўз танасига қанча инсулин киритиш кераклигини билиши ва шунга мос тарзда овқат ейишини тартибга солиб туриши даркор. Инсу-

Инсулиннинг гормон эканлиги юқорида айтилди. У моддалар алмашинуви жараёнларини амалга оширишга ёрдам беради. Биринчи марта табиий инсулин 1921 йилда олинган. Кўп йиллардан буён инсулин қорамол ҳамда чўчқанинг ошқозон ости безларидан олинмоқда, шунга мос равишда улар қорамол ва чўчқа инсулини деб айтилади.

линнинг у танага юборилган жойдан қон таркибига кириб бориши – унинг сўрилиши деб айтилади. Одатда инсулин тери ости тўқималарига юборилади. Инсулин тери ости тўқималаридан қонга аста-секин сўрилиши билан у қон таркибидаги шакар даражасини тушира бошлайди.

Хўш, ИНСУЛИН нима?

Чўчқа инсулиннинг

молекуласи инсон инсулини молекуласидан фақат биргина аминокислотаси билан фарқ қилади ва шакарга худди инсон инсулини каби таъсир кўрсатади. «Инсон инсулини» атамаси инсулиннинг тузилиши фақат одам томонидан ишлаб чиқариладиган инсулин тузилишига мос келишини билдиради. У ДНК – рекомбинант: технология йўли билан олинади. Фабрикада тайёрланган инсулин дориларида фарқлар мавжуд. Бу фарқлар инсулиннинг тери ости ҳужайраларидан қонга сўрилиши тезлигида ҳамда бутун инсулин сўриладиган вақтдадир.

Мана шу икки хусусиятни «инсулин таъсир кучининг бошланиши» ва «таъсир кучининг давомийлиги» деб айтилади. Улар оралиғида эса «энг юқори фаоллик даври» – таъсирнинг чўққиси ётади.

Инсулин дориларининг турлари ва таъсири

Инсулин дориларининг бир нечта асосий турлари мавжуд, улардан бири тиниқ инсулин эритмасидир. Унинг таъсири тез билинади ва таъсир фаолияти ҳам узоқ эмас.

Қисқа вақт таъсир этиш кучига эга бўлган инсулин (Актрапид, Берлинсулин, Генсулин Р ва бошқалар) қонга сўрилишини ва тана таркибига юборилгач, 1/2 соатдан кейин таъсир қилади. Бироқ айрим озик-овқат моддалари, шу жумладан, шакар ичакдан қонга янада тезроқ шимилади, шунинг учун ҳам инсулин овқатдан 1/2 соат олдин қабул қилиниши керак. Иккинчи эгри чизик ўртача муддат давомида таъсир этадиган инсулин дорисининг таъсирини кўрсатади. Самараси янада узоқроқ давом этиши учун бундай инсулинга унинг сўрилишини секинлаштирувчи моддалар кўшилади. Инсулин ва секинлаштирувчи модданинг қўшилиши одатда кристаллар ҳосил бўлишига олиб келади. Улар борлиги сабабли суюқлик хира тус олади. Бу турдаги инсулинни ўртача таъсир кучига эга бўлган инсулин (Берлинсулин Н базаль, В-инсулин S.C. Протофан Монотард) деб айтилади. Танага ҳар сафар юборилишдан олдин инсулин кристаллари бир текисда аралаштирилиши керак. Бунда суюқлик оқариб, сут рангига киради. Тери остидаги кристаллардан аста-секин инсулин ажралади ва у қонга сўрилади. Инсулин тана таркибига юборилганидан сўнг 4 соатдан то 12 соатгача булган вақт оралиғида унинг таъсир кучининг энг чўққиси кечади, тахминан 24 соат ўтганидан сўнг инсулиннинг бутун миқдори сўрилиб бўлади. Шунингдек, тез таъсир кўрсатувчи инсулин билан ўрта-

ча таъсир кўрсатувчи инсулиннинг аралашмаси ҳам мавжуд. Учинчи эгри чизиқ ана шундай аралашма (Актрофан, Микстард)нинг таъсир этиши-ни кўрсатади. Узоқ муддат таъсир этувчи инсулин ҳам бор (Ультралонг, Ультраленте). Унинг таъсир этиш даври 24 соатдан ортиқ бўлиб то 36-38 соатгача давом этади. Бироқ бу таъсир этиш вақти тахминан белгиланади. Инсулиннинг сўрилиши доимо якка тартибдаги омиларга боғлиқ. Танага юбориладиган инсулин миқдори шундай омилардан биридир, яъни инсулин қанча кўп миқдорда юборилса, унинг таъсир кўрсатиш даври ҳам шунчалик узоқ бўлади.

Инсулин дозалари

Қандли диабет бемор учун инсулин дозасини мўлжаллашни ўрганиб олиши мустақил равишда диабетни бошқариш демакдир.

Ёдда тутинг, инсулин дозаси доимий бир хилда бўлмайди, айниқса, қисқа ва ўта қисқа инсулинларни дозалари доимо ўзгариб туради.

Жадаллашган инсулин режими ҳар кунги қондаги қанд миқдори назоратини талаб қилади. Айни шу кўрсаткичларга таяниб, дозани ўзгартириш мумкин. Дейлик, эрталабки нонуштадан олдинги қанд миқдорининг меъёри, тунги гипогликемияни йўқлиги кечки узайтирилган инсулин дозасини тўғрилигини исботлайди. Албатта, бунда уйқудан олдинги қондаги қанд миқдори ҳам меъёрида бўлиши шарт. Кечки олинган инсулин эрталабгача шу меъёрни таъминлаб туради.

Жадаллашган инсулин усули қўлланилганда эрталабки муддати узайтирилган инсулин дозасининг тўғрилигини аниқлаш қуйидагича амалга оширилади: бирор кун тушликни ўтказиб юбо-

риш керак, табиийки, қисқа муддат таъсир этувчи инсулин ҳам бу вақтда қилинмайди. Агарда бу ҳолатда тушликдан олдин қонда қанд миқдори меъёрда бўлса ва унинг шу кўрсаткичи кечки овқатгача сақланса, демак, доза тўғри аниқланган бўлади.

Узоқ муддат таъсир этувчи инсулин дозасини аниқлаб бўлгандан сўнг овқатдан олдин юбориладиган қисқа ёки ўта қисқа муддат таъсир этувчи инсулин дозасини баҳолаш мумкин. Буни амалга ошириш учун қондаги қанд миқдорини тановулдан 2 соат сўнг ёки кейинги овқатланиш олдидан (5-6 соат ичида) аниқлаш керак бўлади. Қондаги қанд миқдорини кечки овқатдан олдин аниқлаш тушликдан олдин қилинган қисқа (ёки ўта қисқа инсулин) дозасини баҳолаш имконини беради, анъанавий усулда эса эрталабки узоқ муддат таъсир этувчи инсулин баҳоланади.

Уйқудан олдинги қанд миқдори кечки овқатга қилинган қисқа (ўта қисқа) муддат таъсир этувчи инсулин миқдорини аниқлаб беради. Кечки тановулдаги углеводлар миқдорини аниқлаб, ҳар бир НБ қисқа (ёки ўта қисқа) муддат инсулинга бўлган талабни билиб олиш мумкин. Шундай қилиб, овқатдан олдинги инсулин дозаси, иккита рақамдан келиб чиқади: тановулга мўлжалланган озукани НБ миқдори ҳамда овқатдан олдин меъёридан юқори кўрсаткичга, агар ҳақиқатан ҳам шундай бўлса, масалан, тушликдан олдин қанд миқдори 9,5 ммоль/л мўлжал тановулда 6 НБ, 1 НБ, 1,8 ТБ талаб қилади. 1ТБ инсулин қонда қанд миқдорини 2,2 ммоль/л га пасайтиради. Шундай қилиб, озуканга бўлган талаб: $6 \times 1,8 = 10,8$ ТБ. Қондаги қанд миқдорини меъёрига (5,5 ммоль/л) пасайтириш учун талаб (9,5-

5,5):2,2=1,8 ТБ. Умумий инсулин дозаси 10,8+1,8=12,6 ТБ (13 ТБ)га тенг.

Яхши назорат қилишга қандай эришиш мумкин?

Қандли диабет касаллигини даволаш ошқозон ости безининг «тинч» ҳолатдаги (бу инсулиннинг базал секрецияси деб айтилади), шунингдек овқат ейилганидан кейинги ҳолатдаги (инсулиннинг «овқат» секрецияси) ишлашига энг кўп даражада ўхшаш бўлган режимда инсулин уколларини белгилашдан иборатдир.

Бунинг учун узоқ муддат таъсир кўрсатувчи (узайтирилган) ва қисқа муддат таъсир кўрсатувчи инсулин дориларининг аралашмасидан фойдаланилади. Инсулин билан даволашнинг бундай йўли «танага кўп мартали дори юбориш режими» деб айтилади, чунки базаль секрециясига ўхшатиш (имитация қилиш) учун, одатда, узайтирилган инсулиннинг 2 та уколи (эрталаб ва кечқурун) танага юборилади, овқатланишдан сўнг инсулиннинг юқори концентрациясини ҳосил қилиш учун эса ҳар бир асосий овқатланиш (нонушта, тушлик ва кечки овқат) олдидан танага қисқа таъсир кўрсатувчи инсулин юбориш лозим.

Инсулин билан даволашнинг энг оқилона чизмаси қуйидаги уколлар қўшилишидан иборатдир.

1. Эрталаб (нонушта олдидан) – қисқа муддат таъсир кўрсатувчи узайтирилган инсулинларни танага юбориш.

2. Кундузи (тушлик олдидан) – қисқа муддат таъсир кўрсатувчи инсулинни танага юбориш.

3. Кечаси – узайтирилган инсулин уколи.

Инсулиннинг бир кеча-кундузлик миқдорини қуйидаги тартибда белгилаш энг оқилона ҳисоб-

ланади: бир кеча-кундузлик эҳтиёжнинг тахминан ярми узайтирилган инсулин ҳисобидан қопланади (бунда инсулиннинг «эргалабки» миқдори овқатланишлардан олдин танага юбориладиган узайтирилган ва қисқа муддат таъсир кўрсатувчи инсулинга бўлган эҳтиёжлардан келиб чиқиб белгиланади). Инсулинга бўлган эҳтиёж ўспиринларда бўйиннинг ўсиши вақтида, шунингдек, кетоацидоз пайтида ва диабет касаллигига бошқа хасталиклар (масалан, томоқ оғриғи ёки шамоллаш) қўшилган пайтда ортиб кетиши мумкин.

Инсулинни танага юбориш

Дорини кўпинча тананинг айна бир хил жойидан юбориш маъқул эмас. Инсулин дорисини ҳар сафар танага юбораётганда турли жойларни танлаш зарурлигини ёдда тутиш лозим.

Бунда танага илгари укол қилинган жой билан янги укол қилинадиган жой ўртасидаги масофани камида 3 бармоқ оралиғича сақлаш қоидасига риоя қилиш даркор. Бу инсулин дорисининг сўрилиши бир хилда кечиши учун зарурдир.

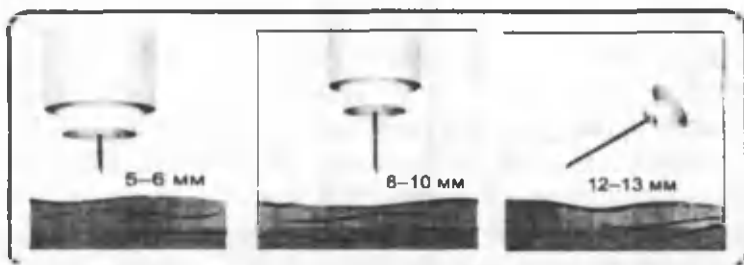
Инсулинни танага юбораётганда (1-расм) терини қалин қилиб йиғиб ушлаган ҳолда нинани тик ҳолатда ёки 45 даража қиялаштирилган ҳолда киритиш керак. Нина тери ости тўқималарига тушадиган даражада киритилиши лозим, лекин у мушакларга етиб борадиган даражада чуқур киритилиши маъқул эмас. Инсулин мушакларга киритилган тақдирда ҳам ҳеч хавфли жойи йўқ, лекин бундай ҳолатда инсулин қон таркибига одатдагидан тезроқ кириб боришини ёдда тутиш даркор. Шприц ичида алоҳида аралашма, яъни тез таъсир қилувчи инсулин ва таъсир кучи ўртача

Ёдда тутиш керакки,
 битта фирма шилаб
 чиқарадиган инсулин
 дориларинигина
 аралаштириш мум-
 кин.

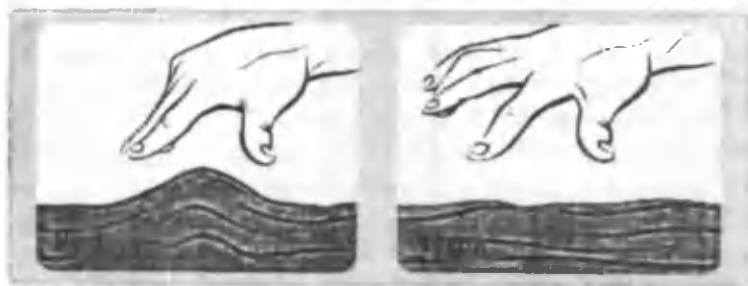
бўлган инсулин тайёрлаш
 мумкин: инсулиннинг ик-
 ки тури айти бир вақтда
 танага юборилади.

Инсулин флаконларин-
 нинг пенфилл (гильза) деб
 аталувчи бошқа тури ҳам

мавжуд. Бу пенфиллар авторучка шаклига эга
 булган қурилмага жойлаштирилади. Бундай «руч-
 калар»га (НовоПен 1.5 ва 3, Берлипен 1 ва 2) бир
 марталик ниналар ўрнатилган. Бундай тизимлар
 иккита асосий афзалликка эга:



Инсулинни ҳар хил игналар билан киритиш



Инсулин инъекцияси учун тери бурмасини
 ҳосил қилиш

1-расм.

1. Инсулин сифими, шприц ва нина битта тизимда бўлади.

2. Инсулинни шприцга йиғиш зарурати йўқ чунки бу иш олдиндан бажариб қўйилган бўлади.

Танага юбориладиган ҳар бир инсулин дорисининг миқдори ручканинг дум қисмини бураб зарур даражадаги birlik сонига келтириш билан белгиланади.

Инсулин асоратлари

Қандли диабет касаллигини хасталикнинг қай даражада оғирлигига қараб инсулин дорисининг зарур миқдори билан даволаётганда парҳезга қатъий амал қилиш зарур.

Бу беморга муайян миқдордаги углеводларни олишни таъминлайди. Қон таркибидаги шакар миқдорининг меъеридан камайиб кетиши ҳолати гипогликемия деб аталади.

Гипогликемиянинг аломатлари ва кўринишлари:

- Бирдан оч қолиш туйғуси;
- Кўп терлаш;
- Кайфиятнинг бирдан ўзгариши;
- Нарсаларнинг қўшалок бўлиб кўриниши;
- Бирдан чарчаш;
- Ранг оқариши;
- Диққатни йиғиб олиш қийинлашиши;
- Қалтираш;
- Юрак уриши тезлашиши;
- Кўп ухлаш ҳолати;
- Кўришнинг ёмонлашуви;
- Бош оғриғи.

Гипогликемиянинг ривожланишига таъсир кўрсатувчи уч омил мавжуд:

1. Овқатланиш:
 - A) Етарли даражада овқатланмаслик;
 - B) Углеводларга бой бўлган овқатларни (нон, макарон, гуруч, картошка, маккажўхори ва ҳоказоларни) етарли даражада емаслик;
 - C) Навбатдаги овқатланишни ўтказиб юбориш.
2. Дори воситалари билан даволаниш:

Овқатланмасдан инсулин дорисини қабул қилиш.
3. Спиртли ичимликни кўп истеъмол қилиш.

Инсулин дорисини қандай сақлаш керак?

Инсулин дориси нисбатан барқарор гормон ҳисобланади ва агар уни тўғри сақланса, фаоллиги камида ёрлигида кўрсатилган яроқлик муддатига қадар сақланади.

Инсулин дорисини 2-8 даража ҳароратда сақлаш зарур. Яроқлилик муддати тугаганидан сўнг инсулин ўз фаоллигини тўлиқ йўқотади. Инсулин сифатининг ёмонлашишига қуйидаги омиллар, яъни: жуда юқори ва жуда паст ҳарорат, қуёш нури, силкитиш кабилар таъсир кўрсатади. Шприц-ручкадаги инсулиннинг очилган гильзаси ўз фаоллигини бир ой мобайнида сақлайди.

6-БЎЛИМ ДИАБЕТ МАКТАБИ

Инсулинотерапия ҳақида

Ҳозирги кунда бемор ўз-ўзини назорат қилиш дастурини яхши «уқиб» олса катта ютуққа эга бўлади, десак муболага бўлмайди.

Лекин минг афсуслар бўлсинки, гуручда курмак бўлганидек, беморлар орасида ушбу касаллик тўғрисида умуман маълумотга эга бўлмаганлар бор. Шу сабабли диабет касаллигида ҳар хил асоратлар учраши, кома ҳолатларига тушиб қолиши, табиийдир. Бу бобни 1-тур беморлар билан бирга инсулин оладиган қандли диабет 2-турига эга бўлган беморлар пухта ўзлаштириб олишади, деган фикрдамиз. Шу билан бирга ўзлари учун қизиқ ва фойдали маълумотларга эга бўлишлари мумкин.

Ҳозирги кунда инсулин билан даволашнинг янги турлари пайдо бўлган, булардан бири жадаллашган инсулинотерапиядир. Бу тўғрисида тиббий журналлар, газеталарда кўп ёзишади, лекин бу маълумотга барча беморлар ҳам тушунавермайди. Шуларни инобатга олиб, ушбу рисола-ни мазкур бобини худди шу масалага бағишлаймиз.

Инсулин билан даволашнинг жадаллашган турлари

Жадаллашган инсулин билан даволаш бошқачасига интенсив инсулинотерапия деб аталади ва буни фақат шифокор эндокринолог назорати остида бажариш керак.

Бу даволаш усулининг бир неча турлари мавжуд бўлиб, уларнинг орасида асосий иккитаси кенг қўлланилади:

1. Қисқа муддатда таъсир этувчи инсулинларни асосий овқат – таомлардан олдин, ўрта муддат таъсир этувчи инсулинларни нонуштадан ва уйқудан олдин;

2. Қисқа муддат таъсир этувчи инсулинларни асосий овқат – таомлардан олдин ва узоқ таъсир этувчи инсулинларни кечки 22.00-23.00 соатда ёки эрталаб нонуштадан олдин қабул қилиш тавсия этилади.

3. Эслатиб ўтамизки, юқорида келтирилган режим ҳар бир беморда кун давомида вазиятга қараб ўзгариши мумкин (масалан, тўй, тадбирларда қўшимча овқатланиш, кутилмаганда қондаги қанд миқдори кўтарилиб кетиши, оғир хасталикларга эга бўлиш ва ҳоказо.)

Жадаллашган инсулин билан даволашда инсулин инъекциялари кучаяди, лекин бунга қарамай бемор ўз хоҳишига кўра озиқ-овқат маҳсулотлари ҳажмини, сонини ўзгартириш мумкин.

7-БЎЛИМ

ҚАНД МИҚДОРНИ КАМАЙТИРУВЧИ ПЕРОРАЛ ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Перорал дорилар билан даволашнинг аҳамияти

Шакар миқдорини камайтирувчи перорал дорилар билан даволаш қандли диабет касаллигининг иккинчи турида қўлланилади. Қандли диабетнинг бу турида қон таркибидаги глюкоза миқдорининг юқори бўлиши тана ҳужайраларининг ўз инсулинга нисбатан сезгирлиги йўқолиши ёки турғунлиги ривожланиб кетиши билан боғлиқдир.

Инсулинга нисбатан сезги йўқолишининг асосий сабаби ортиқча вазндир. Агар бундай беморлар ўз вазнларини меъёрига келтиришга муваффақ бўлишса, инсулиннинг ҳужайраларга таъсири яхшиланади ва қон таркибидаги глюкоза миқдори ҳеч қандай дори воситаларисиз меъёрига тушади. Шу туфайли ҳам шакар миқдорини камайтирувчи перорал дорилар қандли диабет касаллигининг 2-тури билан оғриган беморларга, яъни етарли даражадаги жисмоний фаолликдан ва парҳез овқатларни тўғри истеъмол қилишдан кейин ҳам қон таркибидаги глюкоза миқдори юқориликча қоладиган (бундай ҳол, одатда, узоқ муддатли касалликдан сўнг рўй беради) кишиларга тайинланади.

Сульфанилмочевина дорилари (манинил, глюренорм, минидиаб ва ҳоказолар) ошқозон ости безининг инсулин секрециясини рағбатлантиради ва қон таркибидаги глюкоза миқдорини ошқозон ости безидаги инсулин захираси сақланиб турғунлигига қадар камайтиради.

Бигуанидлар касалликнинг бошланғич босқичида, айниқса, семирishi касалига мубтало бўлганларга тайинланади.

Қанд миқдорини камайтирувчи дорилар иккита асосий гуруҳга ажратилди, булар: сульфанилмочевина ва бигуанид дорилари бўлиб, улардан ташқари акарбоза дориси ҳам

қўлланилади.

Лекин вақти келиб ошқозон ости безининг захиралари тугайди ва шунда ҳатто қандли диабет касаллигининг 2-турида ҳам инсулин дориси билан даволаш зарурати пайдо бўлади. Сульфанилмочевина дорилари орасида манинил (глибенкламид) энг фаол ва кенг қўлланиладиган доридир. Диабетон қанд миқдорини пасайтирувчи таъсир кўрсатиши билан бир қаторда ангиопротектор (томирларни ҳимоя қилувчи) хусусиятга эгадир: сульфанилмочевина дориларининг метаболитлари танадан, асосан, буйрак орқали чиқарилади. Фақат глюренорм танадан ошқозон-ичак тракти орқали чиқарилади ва шунинг учун ҳам буйраги оғриган беморларда қўлланилиши тавсия этилади.

Сульфанилмочевина дориларининг энг хавфли қўшимча таъсир кўрсатиши – бу узоқ муддатли гипогликемик ҳолат, яъни қон таркибидаги глюкозанинг сезиларли даражада меъёрдан пасайиб кетишидир. Дорини айнан бир хил тайинлаш ҳамда парҳез ва жисмоний машқлар режими тўғрисида риоя этиш йўли билан бу ҳолатнинг олдини олиш мумкин.

Бигуанидлар (сиофор, адебит, буформин-ретард ва ҳоказолар) жигарда глюкоза ҳосил бўлишини сусайтириш, ёғ алмашинувини яхшилаш, тана тўқималарининг инсулинга турғунлигини (резистентлигини) пасайтириш, овқат таркибидан

шакарнинг ичакдан сўрилишини камайтириш, иштаҳани сусайтириш орқали қон таркибидаги глюкоза миқдорини камайтиради.

Бигуанидларни қўлланилганда кўпроқ учрайдиган асорат – бу лактацидоздир. Бигуанидлар орасида кенг қўлланиладигани ва лактацидозга кам дучор қиладигани сиофор (метформин)дир.

Шакар миқдорини камайтирувчи дориларнинг турлари, уларнинг дозаси ва қабул қилиш вақти даволовчи врач томонидан белгиланади.

Дорини узоқ вақт қабул қилиш зарурлигини ҳисобга олиб, ошқозон касалликлари (сурункали гастрит, ошқозон яра хасталиги) билан оғриган беморлар учун перораль дориларни (сульфаниламидлар ва бигуанидларни) овқат вақтида ва овқатдан кейин сув билан ичиш мақсадга мувофиқдир.

Башарти, парҳез қилиш ва дорилар билан даволаш мобайнида қон таркибидаги шакар миқдорини меъёрга келтиришга эришилмаса, унда кейинги амал даволашни сульфаниламидлар ва бигуанидларни қўшиб олиб боришдан иборатдир. Масалан, манинилнинг энг

Шакар миқдорини камайтирувчи сульфаниламидлар ва бигуанидларни овқатдан олдин, овқат вақтида ва овқатдан сўнг истеъмол қилиш мумкин. Овқатдан олдин истеъмол қилганда дорининг самараси овқат вақтида ва овқатдан кейин истеъмол қилинганига қараганда кучлироқ бўлади.

Акарбоза (глюкобай) эса ичакда овқат таркибидаги углеводларнинг парчаланishiга тўсқинлик қилади ва уларнинг ўзлаштирилиши даражасини пасайтиради, шу тариқа қон таркибидаги шакар миқдорининг камайishiга сабаб бўлади.

Шакар миқдорини камайтирувчи дорилар вазни кам, жигари ва буйраги хаста бўлган ҳолсиз беморларга, ҳамиладорликда ва кўкрак сuti билан эмизишда, оғир асоратлар мавжуд бўлганда тавсия қилинмайди. Бундай ҳолларда беморларга инсулин дорисини танага юбориш белгиланади.

кўп дозасига (эрталаб 2 дона, кечқурун 1 дона дори) қўшимча равишда кунига 1 – 2 марта сиофор (метформин) қўшилади. Баъзан инсулин дорисини метформин билан қўшиш ҳам маъқулдир.

Акарбоза ҳар сафарги овқатланиш (нонушта, тушлик, кечки овқат)дан олдин ичилади. Уни қандли диабет касаллигининг

1-турида ҳам, 2-турида ҳам инсулин дориси билан бирга қўллаб ёки шакар миқдорини камайтирувчи бошқа перораль дорилар билан қўшиб истеъмол қилиш мумкин.

Шакар миқдорини камайтирувчи дорилар билан даволашда айрим ҳолларда дорини кўтаролмаслик, аллергия реакциялар, тананинг ушбу дозага ёки дорига урганиши кузатилади.

8-БЎЛИМ

ҚОНДА ҚАНД МИҚДОРИНING КАМАЙИШINI ДАВОЛАШ

Гипогликемиянинг олдини олиш

Гипогликемия – қонда қанд миқдорининг камайиши билан изоҳланади. Гипогликемиянинг олдини олиш қанд касаллигини даволашда муҳим жиҳат ҳисобланади.

Қуйидаги тавсияларимиз давомида айнан ушбу жиҳатга эътибор қаратамиз.

Демак, бошладик.

– Навбатдаги овқатланишни ҳеч қачон ўтказиб юборманг. Ҳар сафар овқатланганда углеводлар истеъмол қилинг.

– Жисмоний машқларни бажариш олдидан таркибида 15-30 грамм углевод бўлган бирор нарса тамадди қилиб олинг, башарти машқлар, кўпроқ бўладиган тақдирда ҳар бир соатдан сўнг шундай тамадди қилинг.

– Ҳар доим ўзингиз билан бир бўлак оқ қанд, конфет олиб юринг. Шунингдек, ётоқ жойингиздаги жавончада, автомобилда, сумка ва бошқа жойларда ҳам оққанд, конфетлар сақланг.

Гипогликемия бўлганда нима қилиш керак?

Қандли диабет касаллиги билан оғриган киши атрофидаги инсонларга, жумладан, қариндош-уруғлари, дўстлар ва ишдаги ҳамкасбларига, бу касаллик билан хасталанганлигини маълум қилиб қўйиши лозим.

Бу узоқни кўзловчи қарор бўлади. Чунки, зарурат туғилганда улар беморга ёрдамга кела олишлари лозим. Гипогликемиянинг дастлабки белгилари пайдо бўлиши биланоқ 2-4 бўлак оққанд ейиш ёки таркибида шакар сақловчи шунча миқдордаги маҳсулот истеъмол қилиш зарур, агар имкони бўлса, қон таркибидаги глюкоза миқдорини ўлчаш керак.

ЖИСМОНИЙ МАШҚЛАР ВА ПАРВАРИШ**Қандан диабет касаллигида жисмоний машқлар билан шугулланиш**

Жисмоний машқлар билан мунтазам шугулланиш инсон саломатлигини мустаҳкамлайди. Қандли диабет касаллиги билан оғриганда жисмоний машқлар билан шугулланиш айниқса, муҳимдир.

Жисмоний машқлар моддалар алмашинувининг барча турларига самарали таъсир кўрсатади. Жисмоний машқлар жадал олиб борилганда инсулин рецепторларининг сезгирлиги ортади, бу эса қон таркибидаги шаккар миқдорининг озайтишига ва инсулин ёки шаккар миқдорини озайтирувчи дориларнинг дозасини камайтишига олиб келади. Жисмоний машқлар билан мунтазам шугулланилганда оқсил алмашуви яхшиланади, ёғларнинг парчаланиши кучаяди, тана вазни камайтилади, қондаги ёғ таркиби яхшиланади.

Бунда қандли диабет касаллигининг томирлардаги асорати ривожланиши учун вужудга келадиган шарт-шароитлар бартараф бўлади.

Қандли диабет касаллигида қўлланилиши мумкин бўлган жисмоний машқ-

Ҳар куни эрталабки 30 дақиқалик жисмоний бадантарбия қандли диабет ривожланиш хавфини 40 фоизга камайтиради.

Айниқса, инсулин дорисини қабул қилувчи беморларда жисмоний машқларни уқувсизлик билан бажарганда гипогликемиянинг ривожланиш хавфи кучаяди, бу эса саломатлик учун хатарли оқибатга олиб бориши мумкин.

Жисмоний машқлар қон таркибидаги шакарнинг миқдори компенсацияланган даражада бўлганида ўтказилиши керак. Қандли диабетнинг компенсацияланмаган даврида ўтказилмаган жисмоний машқлар қон таркибидаги шакар миқдорининг ортишига олиб келади.

ларнинг барча турлари иккига: қисқа муддатли ва узоқ муддатли турларга бўлинади. Ўз навбатида қисқа муддатли жисмоний машқлар режалаштирилган ва режалаштирилмаган бўлиши мумкин.

– Агар бемор режалаштирилмаган жисмоний машқларни бажарса (оғирлик кутариш, транспортга югуриб етиб олиш ва ҳоказолар), унда бемор гипоглике-

миянинг олдини олиш учун тез ҳазм бўладиган НБни зудлик билан ейиши лозим. Бунда шифокор беморнинг қандли диабет касаллиги билан оғирган беморлар учун белгиланган барча қоидаларга риоя қилишини ва қони таркибидаги шакар моддаси меъёрида эканлигини назарда тутати.

– Бемор, режалаштирилган қисқа муддатли жисмоний машқлар пайтида (жисмоний тарбия дарси, сув ҳавзасида сузиш, дискотека ва ҳоказолар) ҳар ярим соатда қўшимча равишда секин ҳазм бўладиган НБ (бир бўлак нон, олма ва ҳоказолар) истеъмол қилиши зарур.

– Узоқ муддатли жисмоний машқлар пайтида (ер ағдариш, ўтин ёриш, саёҳатга чиқиш ва ҳоказолар) унинг жадаллиги ва узоқ давом этишига, шунингдек, тана хусусиятларига боғлиқ тарзда инсулин дориси дозасини 20-50 фоизга камайтириш керак.

Агар шундай ҳолатда ҳам, барибир гипогликемия пайдо бўлса, унда буни енгил ҳазм қилинадиган углеводлар (ширин ичимликлар, шарбатлар) истеъмол қилиш билан ўрнини тўлдирилади.

Шунинг учун ҳам қандли диабет билан оғриган ҳар бир бемор қони таркибидаги шакар миқдори 15 ммоль/л дан юқори бўлганда жисмоний машқлар тавсия этилмаслигини билмоғи даркор.

Ҳар куни тахминан бир хилдаги жисмоний машқлар бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлиб, бу ҳол диабетни яхши назорат қилиш имконини беради.

Жисмоний машқларни кун давомида қуйидаги тарзда тақсимлаш энг оқилона ҳисобланади: эрталаб бадантарбия билан шуғулланган маъқул, асосий машқларни эса асосий овқат ейилганидан сўнг 1-2 соат ўтгач, гипогликемиянинг ривожланиши эҳтимоли паст бўлган пайтда бажариш керак.

Риоя этилиши зарур бўлган жисмоний машқларни танлаш ва ўтказишнинг асосий тамойиллари қуйидагилардир:

– Ҳар бир киши учун ёшига, шуғулланганлигига ва соғлигининг аҳволига қараб, жисмоний машқларнинг тури ва жадаллигини якка тартибда танлаш;

– Айниқса, инсулин қабул қилувчи шахслар учун машқларнинг ҳар куни айна бир вақтда мунтазам бажарилиши;

– Қатор машғулотлар давомида жисмоний машқларнинг давомийлиги ва жадаллигини аста-секин ошириб бориш, уларни оддийдан мураккабга қараб изчил бажариш;

– Жисмоний машқларни жуда жадал, лекин қисқа вақт бажаргандан кўра бир меъёрда, аммо узоқ вақт бажариш мақсадга мувофиқдир. Жисмоний машқлардан сўнг бемор қаттиқ чарчамаслиги лозим;

– Жисмоний машқлар қандли диабетнинг яхшигина компенсацияланган ҳолатда бўлганида бажарилмоғи даркор.

10-БЎЛИМ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ТАНАДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Оёқларда қон айланишининг ўзгариши

Қандли диабет касаллигида оёқларда қон айланиши секинлашиши ҳамда терининг ҳар хил бактерияларга ва тери касалликларига мойиллиги ортиши мумкин.

Тери таркибида глюкоза борлиги инфекция кўзровчиларнинг кўпайиши ва ўсишига қулай муҳит яратади. Узоқ муддат қандли диабет билан оғриганда ҳарорат, тактиль ва оғриқ сезгилари пасаяди.

Қандли диабетга чалинган инсон оёқларини соғлом сақлаш учун қуйидагиларни бажариши зарур:

– Ҳар куни оёқларни яхшилаб ювиш лозим, бунда нейтрал совун (болалар совуни)дан фойдаланиш тавсия этилади, сув ҳароратини тирсак билан ўлчаш унинг меъерини таъминлайди;

– Оёқларни сувда 5 дақиқадан ортиқ сақлаш мумкин эмас;

– Оёқ бармоқлари орасидаги терига алоҳида эътибор бериш лозим;

– Оёқларни юмшоқ сочиқ билан яхшилаб артиш, тирноқларни жуда қисқа қилиб ва бурчакларини айлана қилиб қирқиш мумкин эмас;

– Қирқиш нотекислигини йўқотиш учун тирноқларни эгвлаш лозим;

– Терининг юмшоқлиги, эгиловчанлигини сақлаш зарур, чунки қон томирларининг узоқ вақт шикастланган ҳолда бўлиши беморнинг териси жуда қуриб қолишига ва у осонлик билан ёрили-

шига сабаб бўлиши мумкин. Терининг эгилувчанлигини сақлаш учун намловчи кремлардан фойдаланиш зарур;

– Яхши ёритилган жойда ойнадан фойдаланиб оёқларнинг ва уларнинг кафтини, бармоқлар орасидаги тери, тери қатламидаги ёриқларга, қирилган, тирналган, қавариқ жойларга, яраларга, тери қатлами рангининг ўзгаришига, ҳарорат ва таъсири сезиш қобилиятининг ўзгаришига эътибор бериш лозим.

– Оёқлар ости доимий равишда иссиқлик сезиши зарур, яъни муздек нуқталари бўлмаслиги зарур.

– Оёқлар кафтини асраш ниҳоятда муҳим, кўчада ҳам, уйда ҳам оёқланг юрмаслик лозим. Табиий матолар (жун, пахта)дан бўлган пайпоқлар ва чулкилардан фойдаланиш лозим, уларнинг ранги оқ бўлгани маъқул. Пайпоқлардаги резиналар таранг бўлмаслиги, оёқни қисмаслиги керак, акс ҳолда оёқлардаги қон айланиши бузилиши мумкин. Пайпоқлар ва чулкиларни ҳар куни алмаштириб туриш лозим, оёқларни иссиқлик асбобларидан узоқроқ сақлаш шарт.

– Пойабзални синчиклаб кузатиш керак. У тегишли ўлчамда ва қулай бўлиши зарур. Орқа тарафи мустақкам, усти юмшоқ, тумшуғи кенг ёки тўртбурчак шаклидаги ҳамда қалин амортизация қилувчи қапакилари бўлган спорт пойабзали ёки кроссовкаларни кийган маъқул. Ана шундай оёқ кийимларининг аксариятида олинадиган патаклар бўлади, чунки бемор ўзига зарур бўлган патаклар сонини (масалан, оёқлари шишганда) ўзи белгилаши зарур. Пойабзални кийишдан олдин унинг ички текислигига ишонч ҳосил қилинг.

Оёқ кафтлари шикастланганда биринчи ёрдам

Қандли диабет касаллигида оёқ кафтлари озгина шикастланганда ҳам узоқ вақт битмайди ва фаол даволашни талаб этади.

Оёқ кафтлари озроқ шикастланганда ҳам яранган жойга яхшилаб кучли антисептик суриш керак, шундан сўнг қуруқ мато босилади. Бриллиантли яшил суюқлик ёки йод каби антисептиклардан фойдаланиш мумкин эмас. Чунки, дорининг ранги врачга яллиғланиш даражасини ёки инфекция бор-йўқлигини аниқлаш имкони бериб қолмайди. Сўгал, қадоқ ёки терининг дағаллашган жойларини йўқотувчи дорилардан фойдаланиш мумкин эмас. Агар яра 2-3 кун мобайнида битмаса, ПОДИАТРИСТ ёки КЕРОПОДИСТ каби мутахассисларга тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилинади. Ўзингизни ўзингиз даволаш билан шуғулланманг.

Оёқлар, товонларни ёрилиши

Диабет беморлар учун ҳар бир парвариш алоҳида эътибор билан бажарилиши зарур. Оёқлар ва товонларнинг ёрилишга мойиллиги сабаб бу ҳолатдан сақланишга қатъий амал қилиш зарур.

1-рецепт: 2-3 та катта пиёз олиб пичоқ билан юпқа паррак қилиб тўғраб, оддий товага 1 пиёла ўсимлик ёри солиб яхшилаб қиздирилади. Сўнгра унга тўғралган пиёз солиб қиздириб, пиёз қизил ранг бўлгандагина уни товадан олиб ташлаб, қайноқ ёрга 2-3 та шамни солинади. Шам эриганидан сўнг уни банкага солиб совутиб, хона ҳароратида сақланади.

Товон ёрилганида оёқларни илиқ сувда ювиб қуришиб, сўнгра тайёрланган ёғ билан теридаги

ёриқларга сурилади ва устидан пайпоқ кийилади. Эрталаб товондаги ўзгаришлар яққол кўрилади. Агар ёриқлар катта бўлса муолажалар 4-5 марта бажарилади.

2-рецепт: 100 мл кунгабоқар ёғи, 40 гр асалари мумига чой қошиқ учида шакар қўшилади. Ҳаммаси эмал идишга солиб газга кучсиз оловга қўйилади. Тайёрланган аралашма шиша идишда, музлатгичда сақланади.

Шифокор тавсиялари

Оёқлар шишиши

Бир бемор 11 йилга яқин диабет хасталиги борлиги сабаб оёқлари шишиб юра олмай қолди. Тавсиямиз бўйича табобат усулидан фойдалана бошлади. Уч ҳафтадан сўнг – оёқлардаги шиш, оғриқ сезмаслик йўқ бўлди, вена қон томири орқага қайтди.

Рецепт: 1 ош қошиқ укроп уруғини олиб 300 мл қайноқ сувга солиб термосга соламиз. Бу дамлама 1 пиёладан тўла кунига оч қоринга эрталаб ва кечқурун ичилади. Даволаш курси 21 кун. Икки курс дамлама ичилади, 3 курсда бир пиёла фақат уйқудан олдин, кечқурун қабул қилинади.

Оёқлар совуши

Диабетик полинейропатияда бемор оёқлари доимо совуқ бўлиши, музлаши безовта қилади. Буни бартараф қиладиган усул ушбу рецептда берилади.

Рецепт: 100 г қирғичдан ўтказилган картошка ва 50 г хрен олиб оёқ устига суртилади. Бу аралашмани қўллашдан олдин товон, оёқларга намлантирувчи крем суриб чиқилади. Картошка ва хрен аралашмаси оёққа суртилгандан сўнг унинг устига целлофан ва ундан кейин пайпоқ кийилади.

Кунига 2 марта бу муолажа ўтказилса оёқларнинг совуқ қотиши йўқолади.

Оёқ-қўлларнинг увишиши

Оёқ-қўлларнинг увишиши беморни фаол ҳаракатдан чеклаши мумкин. Бу ҳолат кўп беморларда учрайди. Шифокор тавсиялар қўйидагилардан иборат.

1-рецепт: Ердан чувалчангларни ковлаб 0,5 литрли банкага солинади, ундан сўнг уларни сувда ювилади. Сувни тўкиб, тоза чувалчангларни ароқ ёки спирт билан тўлдирилади. Қоронғи ва салқин жойда сақланади. Шиша идишда чувалчанглар тўла эриб кетади ва ушбу дамламадан дори ҳиди келади.

Кечқурун оёқни ювиб 10-15 дақиқа уқаланади ва шундан сўнг тайёр бўлган дорини оёқ, болдирлар, товонга суркаланади. Бу усулда бемор оёқлари бошқа уюшмай, енгил ва сезувчан бўлиб қолади.

2-рецепт: Беморни қўл уюшишида оддий жисмоний машқ ёрдам беради. Бунинг учун жимжилоқни бошқа қўлни 3 та бармоғи билан ушлаб тепа-пастга ҳаракатга келтириш керак. Шу билан бирга катта бармоқ билан кафтни ҳам уқалаш тавсия қилинади.

Товоннинг қизиши

Товондаги ўзгаришлар – хоҳ у совуши, хоҳ қизиши бўлсин, бемор организмда салбий ҳолат борлигидан далолат беради.

Товоннинг қизишига қарши қўйидаги муолажа фойда беради.

Эмалли тоғорага иссиқ сув солиб, унда ош тузи эритилади. Бунда меъёр 5 литр сувга 300 г туз. Бу суюқликда оёқни 30 дақиқа ушлаш керак. Бир кунда бу муолажани 2 марта бажариш лозим. Учинчи-тўртинчи кундан сўнг товонни қизиши

камаяди, лекин даволаш курси 10 кун. Ушбу тайёрланган суюқликни ўзгартириб янги тайёрлашни ҳожати йўқ, уни фақат қайноқ сув қуйиб иситиш даркор.

Товонни ёрилиши

Бу ҳолат қандли диабет беморларнинг қонидан қанд миқдори баланд бўлганда кузатилади.

Буни давоси қуйидагича: 2 ош қошиқ зиғир уруғини олиб 1 литр қайноқ сувда дамланади ва газда 5 дақиқа қайнатилади.

Ундан сўнг совуқ сув солиб хона ҳароратига олиб келинади. Оёқни ярмигача сув қоплаган ҳолда 15 дақиқа тоғорага ёки челаққа солинади. Сўнг оёқни чиқариб (артмаймиз, балки) қуритамиз.

Тайёрланган дамламадан бир неча бор фойдаланса бўлади. Даволаш курси – 1 ҳафта, кунига 2 марта.

Шунга ўхшаш рецепт – зиғир ёғи билан товонларни артиш мумкин, 15 дақиқа. Шу вақт орасида ёғ товон терисига шимилади, фақат уни ювиб юборманг.

Беморларнинг ўзини-ўзи назорат қилиши

Ўзини-ўзи назорат қилишдан мақсад – беморнинг ўз қони таркибидаги шакар моддасини узоқ вақт мобайнида меъёрида сақлаб туришдан ва бу билан қандли диабет касаллигининг ривожланиши ҳамда томирлардаги асоратлари авж олишининг олдини олишдан, соғлом кишилардаги каби меҳнат қобилиятига эришишдан иборатдир.

Бунинг учун ҳар бир бемор ўз касаллиги ҳақида муайян билимларга эга бўлмоғи даркор. Бундай билимларни бемор ўз даволовчи врачидан, диабет мактабидаги машғулотлардан, касаллар учун

*Тест япроқчаларидаги
натижалар – тест
япроқчаларининг
бўялиш даражасини
назорат шкаласи
билан таққослаш
орқали баҳаланади.*

мўлжалланган қўлланма-
лардан билиб олиши мум-
кин.

Ўзини-ўзи назорат қи-
лиш учун қон таркибида-
ги шакар миқдорини уй
шароитида аниқлаш воси-
таларидан фойдаланила-

ди. Бу глюкоза даражасини аниқлаш учун
мўлжалланган махсус тест япроқчалари ҳамда
бемор томонидан тест япроқчаларига ёки глюко-
метрнинг махсус чуқурчасига томизиладиган қон
томчисидаги шакар миқдорини аниқлайдиган
глюкометрлардир.

Глюкометрда аниқланган қон таркибидаги
шакар натижалари электрон таблога чиқарила-
ди. Айрим глюкометрлар электрон хотира билан
жиҳозланган бўлиб, улар қон таркибидаги шакар
миқдорининг илгариги кўрсаткичларини қайд
этиб боради, бу беморнинг ўзи учун ҳам, врач учун
ҳам қулайдир.

Инсулинга боғлиқ бўлган қандли диабет касал-
лигида қон таркибидаги

*Қон таркибидаги
шакар даражасини
мустақил назорат
қилиб борилса, тана-
га юбориладиган
инсулин ёки шакар
даражасини камай-
тирувчи дорилар
миқдорини зарурат
бўлганда врач рўхсат
берадиган даражада
мустақил равишда
ўзгартириши мумкин.*

шакар даражасини ҳар бир
овқатланишдан олдин
аниқлаган маъқул. Инсу-
линга боғлиқ бўлмаган қанд-
ли диабет касаллигида қон
таркибидаги шакар дара-
жасини эрталаб оч ҳолда
ҳамда овқатлангандан сўнг
икки соат ўтгач аниқлаш-
нинг ўзи кифоя қилиши
мумкин.

Сийдик таркибидаги
ацетон миқдорини аниқ-

лаш учун ҳам тест япроқчалари бор. Ацетон борлиги гумон қилинганда ана шу тест япроқчалари ёрдамида унинг сийдик таркибидаги миқдорини осонлик билан аниқлаш мумкин.

Етарли даражада ўзини ўзи назорат қилиб бориш диабет касаллигининг ривожланиши ва унинг асоратлари кучайишининг олдини олиш гаровидир. Унутманг, бемор ҳаёти қанчалик узоқ ва ажойиб кечиши саломатлиги ҳақида қанчалик узоқ ва сабот билан ғамхўрлик қилишига боғлиқдир.

Диабетга оид нефропатиянинг ривожланишини назорат қилиш учун сийдик таркибидаги микроальбуминурияни аниқловчи махсус тест япроқчалари мавжуддир.

Қандаи диабет хасталигида учрайдиган тери қичиши

Кўпинча диабетик беморларда қондаги қанд миқдори кўтарилиб кетса қорин пастида тери қичиши пайдо бўлади. Бир хил ҳолатларда бу суррункали ҳолатга айланади.

Рецепт: Бир сиқим картошка крахмалини олиб уни қичаётган жойга сепиб қўйинг. Қичиш дарров тўхтайд.

11-БЎЛИМ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ТАБОБАТ ВА ПАРҲЕЗ

Қандли диабетни 1-турида табобат усуллари

1 бўлак чагани 3 бўлак сувга (50°C) солиб 2 кун сақланади. Бундан кейин сувни тўкиб, қолдиғини қаттиқ сиқиб ташланади. Қолган қолдиғи яна қайнатилган сув билан олдинги ҳажмгача кўшилади.

Ҳар куни 1-3 маҳал овқатдан 30-40 дақиқа олдин 1 пиёладан қабул қилинади. Дамламани музлаткичда 4 кунгача сақлаш мумкин.

* * *

Инсулин қабул қилиш билан бирга черника баргларидан чой тайёрлаш катта фойдага эга. Бунинг учун черника барглари йиғиб қуритиб чой сифатида фойдаланилади.

Қандли диабетни 2-турида табобат усуллари

Дорихонадан харид қилинган мумиё 0,2 грамм миқдоридида кунига 2 маҳал эритилади ва кучқурун 10 кун ичида қабул қилинади. Бундай даволаниш 2 курсни ўтказиш орасида 5 кун дам олиш лозим.

* * *

Бир ош қошиқ қариқиз (лопух) илдизини майдалангани 1 стакан қайноқ сувга солинади ва 15 дақиқа газда қайнатилади. Докадан сузиб олиб 1 ош қошиқда 3 маҳал қабул қилинади.

* * *

Оддий сариқ пиёзни пўстлоғини олиб темир товоқда 10 дақиқа димлаб қўйилади. Бундай пиёзни кунига 1 марта истеъмол қилинади.

* * *

1 ош қошиқ хом гречкани 1 стакан қатиқ (кефир)қа солиб, эрталабгача қолдирилади ва эрталаб наҳорда истеъмол қилинади.

* * *

Гўшт қиймалагич ёрдамида 300 гр петрушка ва саримсоқ пиёз, 100 гр лимон цедрасини аралаштириб, 2 ҳафта қоронғи жойда шиша банкада сақланади. Қондаги қанд қанд миқдорини пазайтириши учун бемор 1 чой қошиқ ушбу аралашмадан овқатдан олдин қабул қилиши керак.

* * *

Битта тухум, битта лимонни қўшиб яхшилаб аралаштирилади, шундан сўнг ярим чой қошиқ асал қўйилади ва овқатдан 1 соат олдин ичиб юборилади.

* * *

Лавр баргини 10 донасини олиб 0,5 литрда 4 соат дамлаб қўйилади. Ҳар куни 2 марта бир пиёладан ичилади.

* * *

20 дона ловия пўчоғи паст оловда 1л сувда 1,5–2 соат қайнатилади ва сузилади. Овқатдан 20 дақиқа олдин кунига 4 маҳал 1/2 стакандан ичилади. Муолажа муддати – 45 кун.

* * *

Қирғичдан ўтказилган ерқалампир ва қатиқ (1:10 нисбатан) қўшилмаси тайёрланади. (Мисол: 1 ош қошиқ ерқалампирга 10 ош қошиқ қатиқ). Бир ош қошиқдан кунига 3 марта қабул қилинади.

Умумий тавсиялар

Эман дарахтини мевасидан 20-30 дона олиб ховончада майдалаб кукун ҳолатига келтирилади. Эрталаб 1 чой қошиқни оч қоринга ва уйқудан олдин қабул қилинади ва қайнатилган сув билан ичиб юборилади. 3 курс даволаши зарур. Бир ҳафта ичиб 1 ҳафта дам олиш тавсия этилади.

* * *

Кунига 0,5 чой қошиқ долчин кукунини қабул қилиш қондаги қанд миқдорини нормага туширади.

* * *

Қандли диабет беморлари гиёҳ ўтлар қўшмаси, далачай, мойчечак, василёк гуллари, аччиқ шувоқ – чой сифатида ичилади.

* * *

Тол дарахтини шохларини олиб, майдалаб, чойга солиш яхши натижа беради.

* * *

Ловия пўчоқлари майдаланган ҳолатда (унинг таркибида инулин моддаси бор) 2-3 ош қошиқ миқдорда олиб кичкина чойнакка дамлаб эрта-лабгача қолдирилади. Эртаси кун ярим пиёладан 6 маҳал ичилади.

Бу рецептни бошқача усули: 20 гр ловия пўчоғини олиб, 1 литр сувга солиб 3 соат қайнатила-

ди. Шундан сўнг уни докадан сузиб олиб ҳар куни 2 маҳал ярим пиёладан истеъмол қилинади. Да-волаш муддати – 1 ой.

Холестеринни камайтириш чоралари

Холестерин тўғрисида ҳақиқатлар

Холестерин – организмнинг нормал фаолият кўрсатиш учун керакли бўлган мода ҳисобланди.

У тана ҳужайраларининг мембраналари таркибига киради, овқат ҳазм қилинишига керакли бўлган кўпчилик гормонларнинг, Д витаминининг, сафро кислоталарининг ишлаб чиқарилиши учун ишлатилади. Холестериннинг манбаси, келиб чиқиши ҳайвонларга оид маҳсулотлар ҳисобланади (гўшт, балиқ, қуш гўшти, тухумлар, балиқ икраси, сут маҳсулотлари).

Бундан ташқари, холестерин организмда, кўпроқ жигарда фаол ишлаб чиқарилади.

Холестериннинг ошиши соғлиқ учун нега хавфли?

Кўпчилик инсонлар организмда холестерин ошганини билшмайди. Чунки юқори даражали холестериннинг ўзи ҳеч қандай аломатларни билдирмайди.

Холестериннинг ортиқчаси артериянинг деворларида тўпланиб қолиши мумкин ва томирларда торайтирувчи тузилманинг пайдо бўлишига олиб келади. Улар томирларни торайтиради ва шу шаклда атеросклероз касаллиги ривожланади. Бунда эса қоннинг томирлар бўйлаб ўтиши бузилади, тўқималарга кислород ва тўйимли моддаларнинг етказиб берилиши бузилади ва шу шаклда тўқиманинг қуришига олиб келади. Агар бу юракда юзага келса, миокард инфаркти ривож-

ланади, агарда мияда юзага келса, мия инсульти ривожланади. Бундай касаллар ёки вафот этишади, ёки инвалид бўлиб қолишади.

Холестерин рақами қандай бўлиши керак?

Ҳар бир инсон, 20 ёшдан бошлаб йилда 1-2 марта, холестериннинг ўзидаги даражасини назорат қилиши ва билиши шарт. Бунинг учун қоннинг биокимёвий таҳлилини қилиш керак. Кўпинча холестериннинг умумий даражаси аниқланади, унинг даражаси соғлом кишиларда < 5,0 ммоль/л, ва юрак томир касалликлари ва қандли диабет касалларида < 4,5 ммоль/л бўлиши керак. Агарда беморда юрак томир касалликлари бор бўлса ёки қандли диабет билан қайналаётган бўлса, холестерин даражасини пасайтириш йўли билан атеросклерознинг мумкин бўлган асоратларини (инфаркт, инсулт) камайтириш мумкин.

Доимий жисмоний машқларни бажариш

Камида ҳафтасига 3-4 марта 30 дақиқадан, ўртача интенсивликдаги доимий жисмоний машқлар тавсия этилади. Жумладан, лифт ўрнига зиналардан фойдаланиш, оғир бўлмаган боғ ва уй ишлари, сайр қилишлар, майда қадам билан югуриш, велосипедни ҳайдаш, сузиш, ўйинга тушиш ва ҳоказодир.

Дори ёрдамида холестеринни камайтириш

Баъзан яшаш тарзини ўзгартирилиши (парҳез, жисмоний машқлар) холестериннинг нормал даражасигача пасайтирмайди. Холестерин даражасини назорат қилишга ёрдам берувчи замонавий дорилар мавжуд. Кўпинча, бу мақсадда шифокорлар статинлар гуруҳига кирувчи препаратларни буюришади.

Бемор ҳеч қачон ўзига ўзи дори буюриши керак эмас, фақатгина шифокор қайси дорини, қандай дозада ва қандай қабул қилишини аниқлайди ва тавсия қилади.

**Тавсия этилган озиқ-овқат мақсулотларида
холестериннинг миқдори**

Тайёр мақсулотлар	Миқдор	мг да холес- терин
Сут 3%		
Кефир 3%	1 стакан	29
Кефир 1%	1 стакан	6
Ёғсизлантирилган кефир, қаймоғи олинган сут	1 стакан	2
Қуюлтирилган сут	1 чой қошиғи	2
Сметана 30%	1 чой қошиғи	5
Творог 18% (ёғли)	100 г	57
Творог 9% (ярим ёғли)	100 г	32
Творог ёғсизлантирилган	100 г	9
Бринза	25 г	17
Сутли музқаймоқ	100 г	14
Сариёғ	5 г (1 чой қошиғи)	12
Қайнатилган қўй гўшти	100 г	98
Қайнатилган мол гўшти	100 г	94
Қайнатилган товуқ гўшти	100 г	89
Қайнатилган тил	100 г	90
Балиқ (скумбрия, став- рида, сельд, судак ва бошқалар	100 г	65-88
Ўз ширасида балиқ консервалари	100 г	95
Томатдаги балиқ консервалари	100 г	51
Тухум (сариги)	1/4 дона	50
Майонез қошиғи)	5 г (1 чой қошиғи)	5

Сабзавотлар ва меваларда углеводларнинг миқдори

Таркибида 50 г углевод бор бўлган маҳсулот миқдори	Маҳсулотларнинг номланиши
2 кг	Салат
1,5 кг	Бодринг
1 кг	Бақлажонлар, кабачкилар, карам, патиссонлар, ширин қалампир, редиска, шолғом, помидор, қуруқ ловия
700 г	Сабзи, беҳи, тоғ олчаси
600 г	Ер тути, қора, оқ ва қизил қорағат
500 г	Ловия, петрушка кўкати, сельдерей, лавлаги, ўрик, анор, олча, нок, шафтоли, олхўри, олма, малина
400 г	Гилос, тут
350 г	Анжир
300 г	Хурмо, узум ¹
250 г	Бананлар

Яна бир неча маслаҳатлар

1. Гўшти, балиқли ва қуш гўшtidан тайёрланган таомларга гарнир сифатида сабзавотлардан фойдаланиш тавсия этилади (картошка ва ловияларни истисно қилган ҳолда).

2. Нонуштага ва кечки овқатга бир тиш саримсоқ истеъмол қилинг.

3. Ёрмалардан гречка ва сули ёрмасини афзал кўриш тавсия қилинади.

¹ Узум ва узум шарбатини озиқланиш рўйхатидан чиқариш маъқул бўлади.

4. Наъматак қайнатмасини ичиш фойдалидир.

5. Тайёр таомларга ҳар куни 1-2 ош қошиғида ўсимлик ёғини қўшиш керак.

6. Гўшти ҳафтасига 200-300 гр миқдориди истеъмол қилиш, тез-тез иложи борица балиқ билан, камроқ товуқ гўштини ёки ёғсиз творог билан алмаштириш керак.

7. Чойни кунига камида 3 марта ичинг (ҳамда тез-тез).

Ҳозирги кунда статинлар орасида энг самаралиси аторвастатин (тижорий номланиши – ЭС-КОЛАН). Кўпчилик илмий тадқиқотлар, Эсколаннинг қабул қилинганда, холестериннинг анча тез ва ифодаланувчи пасайиши юзага келишини кўрсатди. Бу эса ўз навбатида инфаркт ва инсультларни самарали олдини олади ва ҳаёт давомийлигини орттиради.

Ортиқча вазнга эга бўлганлар учун парҳез

Қандли диабет, метаболик синдроми, ортиқча вазнга эга инсонлар, Штейн-Левенталь синдроми таъхиси қўйилган беморларга ушбу парҳез қўлланилади.

1. Кўпиртирилган ва қатлама хамирли пишириқлар мумкин эмас;

2. Ёғли гўшт, ўрдак ва роз гўшти, дудланган ҳамда консерваланган гўшдан сақланиш лозим;

3. Ёғли, дудланган, тузланган ва консерваланган балиқ ҳамда балиқ увулдириғи мумкин эмас;

4. Шўр пишлоқ, шакарли творог ва қуюлтирилган сут мумкин эмас;

5. Қовурилган тухум мумкин эмас;

6. Гуруч, манни ёрмаси ва макарон маҳсулотлари мумкин эмас;

7. Тузланган ва маринадланган сабзавотлар мумкин эмас;
8. Ёғли, тузли салатлар мумкин эмас;
9. Узум, анжир, майиз, банан, жийда, шакар, мураббо, конфет ва музқаймоқ мумкин эмас;
10. Ёғли, аччиқ ва тузли қайла мумкин эмас;
11. Узум шарбати ва шакарга бой бўлган бошқа шарбатлар, ширин лимонад ва шакарли чой мумкин эмас;
12. Гушт ва пишириқ маҳсулотлари истеъмолидан тийилиш лозим.

Беморлар учун муҳим тавсиялар

1. Асоратларнинг олдини олиш учун қондаги қанд миқдорини доимо назорат қилиш лозим. Қонда қанд миқдорини ошиши оғир асоратларга олиб келиши, улар баъзан бир неча йилдан сўнг юзага чиқиши мумкин.

2. Бу асоратлар кечки асоратлар деб аталади ва кўз, асаб, буйрак, қон томирлари каби ҳаёт учун муҳим аъзолар ва тизимларни зарарлайди. Баъзан биринчи марта аниқланган қандли диабетда ҳам кечки асоратлар аниқланиши мумкин. Фақат қондаги қанд миқдорини меъёрлаштиришгина қандли диабетнинг кечки асоратлари ривожланишини олдини олади.

3. Қандли диабетнинг асоратлари борлигини аниқлаш учун тўлақонли текширувдан ўтиш лозим: шифокорингиз кўзлар ва оёқларингизни, буйрақлар ва юрак фаолиятини текшириши, артериал қон босимини ўлчаши, қондаги холестерин миқдорини аниқлаши керак.

4. Шифокорингиз асаб тизимини ҳам текшириши шарт, чунки у зарарланганда диабетик нейропатия деб аталувчи асорат ривожланади. Диа-

бетик нейропатия турли хил белгилар: оёқларда оғриқ, музлаш ва игна санчиш ҳисси, мушаклар бўшаши, ўрнидан туришда бош айланиши ёки хушдан кетиш, зўриқиш бўлмаса ҳам юрак уриб кетиши, ич кетиши, қайт қилиш, овқатланиш пайтида терлаш, эркакларда ҳиссий кучсизлик кабилар билан ифодаланади. Ўз вақтида даволаниш асаб тизими фаолияти ва ҳолатини тиклашга ёрдам беради.

5. Қондаги қанд миқдорини камайтирувчи дори воситаларини қабул қилиш билан бирга, тамаки чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик, парҳезга риоя қилиш, жисмоний фаолликни ошириш, диабетик нейропатияни олдини олиш ва даволаш учун қўлланиладиган дори воситаларини қабул қилиш лозим.

6. Текширув ўтказишда қуйидаги графикка риоя қилиш керак: артериал қон босими ва тана вазнини доимо назорат қилиш, йилига 1-2 марта кўз тубини текшириш, йилига 3-4 марта пешобда оқсил миқдорини текшириш, йилига 1-2 марта ЭКГ ўтказиш ва кардиолог кўригидан ўтиш, оёқлар кўриги (градуирланган камертон, монофиламент, типтерма ёки тўмтоқ игна ёрдамида оёқлар сезгирлигини текшириш, пайлар рефлекс ва мушак кучини текшириш), йилига 1 марта электронейромиография ўтказиш лозим.

Мурожаат учун муаллифни қуйидаги манзилдан топишингиз мумкин:

Тошкент шаҳри Шайхонтоҳур тумани Уйғур кўчаси, Оқсой тор кўчаси, 26 уй.

Уй тел.: (99871) 243-58-65,

Мобил тел.: (99893) 538-82-86.

МУНДАРИЖА

АВВАЛО, КАСАЛЛИК ҲАҚИДА (КИРИШ ЎРНИДА) 3

1-БЎЛИМ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ – ЖИДДИЙ МУАММО

Эпидемиология 6

Ўзбекистонда диабетнинг тарқалиши 7

Қандли диабет оқибатидаги
касаликлар 9

2-БЎЛИМ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ – БИР УМРЛИК КАСАЛЛИКМИ?

Қандли диабет асоратларининг олдини олиш мумкин 11

Қон таркибидаги глюкоза миқдорининг ортиши сабаблари 12

Қандли диабетнинг турлари 13

Қандли диабет касаллиги ривожланишини олдини олиш ... 15

Касалик «макри» ҳақида 16

3-БЎЛИМ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИНИНГ ОҚИБАТЛАРИ

Кечроқ намоён бўладиган асоратлари 17

Ўткир асоратлари: диабетга оид
кетозидоз ва диабетга оид кома 19

Қандли диабетнинг ўрнини тўлдириш 21

4-БЎЛИМ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ОВҚАТЛАНИШ

Қандли диабетнинг биринчи турида овқатланиш 24

Калория ва миқдор 27

Қандли диабетнинг иккинчи турида овқатланиш 32

Қандли диабетга чалинган беморларнинг овқатларида шакар
ўрнини босувчи маҳсулотлар 37

5-БЎЛИМ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ИНСУЛИН БИЛАН ДАВОЛАШ

Ким инсулин билан даволаниши лозим? 39

Инсулин дориларининг турлари ва таъсири 41

Инсулин дозалари 42

Яхши назорат қилишга қандай эришиш мумкин? 44

Инсулинни танага юбориш	45
Инсулин асоратлари	47
Инсулин дорисини қандай сақлаш керак?	48

6-БЎЛИМ. ДИАБЕТ МАКТАБИ

Инсулинотерапия ҳақида	49
Инсулин билан даволашнинг жадаллашган турлари	49

7-БЎЛИМ. ҚАНД МИҚДОРНИ КАМАЙТИРУВЧИ ПЕРОРАЛ ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Перорал дорилар билан даволашнинг аҳамияти	51
--	----

8-БЎЛИМ. ҚОНДА ҚАНД МИҚДОРНИНГ КАМАЙИШНИ ДАВОЛАШ

Гипогликемиянинг олдини олиш	55
Гипогликемия бўлганда нима қилиш керак?	55

9-БЎЛИМ. ЖИСМОНИЙ МАШҚЛАР ВА ПАРВАРИШ

Қандли диабет касаллигида жисмоний машқлар билан шурулланиш	57
---	----

10-БЎЛИМ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ТАНАДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Оёқларда қон айланишининг ўзгариши	60
Оёқ қафтлари шикастланганда биринчи ёрдам	62
Оёқлар, товонларни ёрилиши	62
Шифокор тавсиялари	63
Беморларнинг ўзини-ўзи назорат қилиши	65
Қандли диабет хасталигида учрайдиган тери қичиши	67

11-БЎЛИМ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ТАБОБАТ ВА ПАРҲЕЗ

Қандли диабетни 1-турида табобат усуллари	68
Қандли диабетни 2-турида табобат усуллари	68
Умумий тавсиялар	70
Холестеринни камайтириш чоралари	71
Яна бир неча маслаҳатлар	74
Ортиқча вазнга эга бўлганлар учун парҳез қилиш қоидалари	75
Беморлар учун муҳим тавсиялар	76

2000 с.г.г.

Адабий-бадиий нашр

ТОҲИР ИБРАГИМОВ

**ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ
ЕНГИШИ МУМКИНМИ**

Муҳаррир
Феруза ҚУВОНОВА

Бадиий муҳаррир
Уйғун СОЛИҲОВ

Техник муҳаррир
Сурайё АҲМЕДОВА

Компьютерда саҳифаловчи
Феруза БОТИРОВА

Босишга 21.11.2013 й да рухсат этилди. Бичими 84x108 1\32.

Гарнитура «Bookman Cyril+Uzb». Офсет қороз.

Босма тобоғи 2,5 б.т. Шартли босма тобоғи 4,2.

Адади 5000 нусха. Буюртма № 258.

Баҳоси келишилган нарҳда.

«Янги аср авлоди» нашриёт-матбаа марказида тайёрланди.

Лицензия рақами: АЛ № 198. 2011 йил 28.08 да берилган.

«Ёшлар матбуоти» босмаҳонасида босилди.

100113. Тошкент, Чилонзор-8, Қатортол кўчаси, 60.

Мурожаат учун телефонлар:

Нашр бўлими – 273-62-71; Маркетинг бўлими – 128-78-43

факс — 273-00-14; e-mail: yangiasravlod@mail.ru