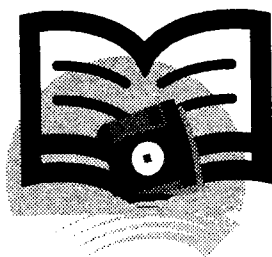


М.РУСТАМОВА, М.ХЎЖАМБЕРДИЕВ

ГЕРИАТРИЯ



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ГЕРИАТРИЯ

**ТИББИЁТ ОЛИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ
УЧУН ДАРСЛИК**

**ОЛИЙ ВА ЎРТА-МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ТОМОНИДАН ТИББИЁТ ОЛИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИДА
ДАРСЛИК СИФАТИДА ТАВСИЯ ЭТИЛАДИ**

ТОШКЕНТ - 2012

УДК:

ББК:

Муаллифлар:

ТГА УАШТ ички касалликлар ва
эндокринология кафедраси мудири,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

М.Т. Рустамова

АндТИ факультет терапияси
кафедраси мудири, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

М.А. Хўжамбердиев

Гериатрия фани бўйича ёзилган ушбу дарслик тиббиёт олий ўқув юртлари дастурига мос бўлиб, унда фан тўғрисида тушунча, қариш жараёнига таъсир қилувчи омиллар, қарилик даврида кўпроқ учрайдиган касалликларнинг кечиши, диагностикаси ва замонавий даволашга ёндошиш кенг ёритилган, қарияларни парвариш қилиш усулларига алоҳида аҳамият берилган.

Ушбу дарслик тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун мўлжалланган.

Тақризчилар:

М.З. Зоҳидова – ТВМОИ УАШТ кафедраси мудири,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ш.Я. Зокирхўжаев – ТГА ички касалликлар пропедевтикаси,
гематология ва ХДТ, касб касаллиги кафедраси мудири,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

МУАЛЛИФЛАРДАН

Ушбу китоб қарилик даври ва унда учрайдиган касалликларни ташхиси ҳамда даволаш муаммоларига бағишланган. Китоб авваламбор тиббиёт олий ўқув юртлирида ўқиётган талабалар учун қизиқарли, деб ўйлаймиз ва ундан амалиётда ишлаётган ҳамшира ва шифокорлар ҳам фойдаланса бўлади. Дарсликда геронтология ва гериатрия фани ҳақидаги асосий маълумотлар кенг ёритилган. Шу жумладан, қарилик жараёнига замонавий қарашлар, ушбу жараёнда тизимларда бўладиган ўзгаришлар ҳамда қарилик даврида энг кўп учрайдиган ички касалликларнинг асосий клиник белгилари, лаборатор кўрсаткичлари, ташхис қўйиш учун ёрдам берувчи асосий текширув усуллари кўрсатадиган ўзгаришлар, даволаш йўллари, қарияларни парвариш қилиш усуллари келтирилган. Дориларни қўллашда уларнинг асосий ва ножўя таъсирлари ҳисобга олиниб, энг кенг қўлланиладиган дорилар ҳақида батафсил маълумотлар ҳам берилган.

Китобда замонавий, керакли материаллар тушунарли қилиб баён этишга ҳаракат қилинди. Дарсликни ёзишда рус ва хорижий тилларда нашр этилган адабиётлар ҳамда шу соҳа бўйича интернет тармоғидан олинган маълумотлар ва материаллардан фойдаланилди.

Ўйлаймизки, бу китоб талабаларга ўқув жараёнида ва шифокорларга уларнинг амалий фаолиятларида зарурий қўлланма бўлади. Китоб ҳақидаги маслаҳат ва таклифларингизни қабул қиламиз ва уларни келажакда албатта ҳисобга оламиз.

М. Рустамова, М. Хўжамбердиев

Фаннинг мақсади

Талабаларга гериатрия фани назарий билимларини олиш ва уларни мустахкамлаш, амалий кўникмаларни ҳосил қилиш, эгалланган билим ва кўникмаларни амалиётда қўллашни ўргатиш. Уларга деонтологик тарбия асосларини ўргатиш, амалиётда ахлоқий жавобгарлик ҳиссини тарбиялаш, мутахассисликка қизиқишни шакллантириш, талабаларда ўз билимларини кенгайтиришга қизиқишни тарбиялаш, клиник фикрлашни ривожлантиришдан иборат.

Фаннинг долзарблиги

Геронтология ва гериатрия фани тарихи қисқача ўрганилганда қарилик муаммолари инсонларни қадим замонлардан бери қизиқтириб келганлиги маълум бўлади. Геронтология – мураккаб табиий фанлардан бири бўлиб, қариш жараёни, унинг биологик, тиббий (гериатрик), социал, психологик, гигиеник ва иқтисодий жиҳатларини ўрганади. Гериатрия фани эса геронтологиянинг асосий қисмларидан бири бўлиб, кекса ва ёши улуғ кишиларнинг соғлигини сақлаш, уларда кўп учрайдиган касалликларнинг хусусиятларини ўрганадиган фан ҳисобланади. Гериатрия саломатлик фани бўлиб, ўқув дастурларида асосий ўринлардан бирини эгаллаши лозим. Чунки, қарилик деб аталмиш кўпгина ўзгаришлар эрта – етуклик, ҳатто ўсмирлик даврларида ҳам бошланиши мумкин. Геронтология ва гериатрия асосини қариш биологияси ташкил қилади. Аммо қарилик муаммолари комплекс бўлиб, биотиббий, психологик, антропологик, ижтимоий-иқтисодий муаммолардан иборатдир.

Замонавий геронтология ва гериатриянинг мақсади физиологик ва патологик қариш жараёнларининг нафақат специфик белгиларини аниқлаш, балки уларнинг ривожланиш босқичларини, кечиш динамикасини, уларнинг кечишидаги умумийлик ва хилма-хилликни аниқлашдан иборат.



УМУМИЙ ЎҚУВ МАҚСАДЛАРИ

- Таълимий:** Талабаларда геронтология фанини ривожланиш тарихи, жаҳон миқёсида олиб борилаётган илмий янгиликлар ҳақида назарий билимларни, шунингдек, бу фан бўйича амалий кўникмаларни шакллантириш.
- Тарбиявий:** Талабаларнинг жамоада, кичик гуруҳларда ва индивидуал ишлаш қобилиятларини шакллантириш, касбга бўлган қизиқишларини орттириш
- Ривожлантирувчи:** Талабаларнинг эркин фикрлаш ва мустақил ишлаш қобилиятини ривожлантириш.

1-МАВЗУ

ГЕРОНТОЛОГИЯ ВА ГЕРИАТРИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Ўқув мақсади

Талабаларда геронтология ва геатрия фанининг ривожланиш тараққиёти ҳақида билимларни шакллантириш.



Асосий маълумотлар



Инсон саломатлиги ва унинг ҳаётини давомийлиги организмнинг қариш жараёни билан чамбарчас боғлиқдир. Ҳозирги даврда соғлиқни сақлаш тизимида энг долзарб муаммолардан бири одамнинг қариш жараёнини ўрганиш ҳисобланади. Бу жараённи ўрганувчи фан геронтология фанидир.

Геронтология, юнонча *geros* – қари ва *logos* – билим демакдир. Геронтологиянинг асосий мақсади инсонни фаол ва тўлақонли ҳаётини узайтириш йўлларини излаб топишдан иборатдир.

Қарилкнинг биринчи таърифи ва сабаблари антик даврга тўғри келиб, қадимги юнон шифокори Букрот (эр. авв. IV аср) қарилкка организм қуриши ва тана иссиқлигининг йўқолиши натижаси, деб баҳо берган. Платон эса қарилк ривожланишига ўрта ёшдаги ҳаёт тарзининг таъсирини таъкидлаб ўтган. Қарилкни секинлаштирувчи сир-асрорлар қадимги Хитой ва Ҳинд тиббиётида, Ибн Синонинг «Тиб конунлари» асаида чуқур ёритилган.

Шунингдек, узоқ яшаш сирларини қадимги Юнон олимлари Арасту ва Букротлар ўз тажрибаларида ўрганганлар. Буюк нотик ва ёзувчи Цицерон ҳам бу фан хақида ўз фикрларини баён этган. Рим шифокори Галеннинг айтишича, қариликдаги саломатлик бошқа ёшдаги саломатликлардан фарқ қилади ва бу ҳолат касаллик ва саломатлик ўртасидаги оралик ҳолат деб ҳисобланади.

Россияда қарилик муаммоларига бағишланган масалалар муҳокамаси XVIII аср ўртасига тўғри келади. Бунга рус шифокори И.Фишернинг «Қарилик, унинг даражалари ва касалликлари» (1754) китоби мисол бўла олади. Буюк рус олими И.И. Мечников Россияда ва бутун жаҳонда илмий геронтология асосчиси бўлиб ҳисобланади. Кейинчалик геронтология ва гериатриянинг ривожланишига А.А. Богомолец, А.В. Нагорний, В.Н. Никитин, И.П. Павлов, В.В.Фролькис, Д.Ф.Чеботарев ва бошқа кўпгина олимлар ҳисса қўшганлар. 1938 йил Киевда қарилик муаммоларига бағишланган I-конференция ўтказилган. Германияда эса шу йили биринчи геронтология журнали чиқа бошлаган.

XX аср бошларида геронтология илмий фан сифатида ривожланди. Бунда Америка олими Р.Пирл, таниқли геронтологлар А.Комфорт ва Б.Стрелерлар ўтказган текширувлар катта ёрдам берди.

XX аср ўрталарига келиб қарилик муаммоларига кўпгина табиий (биология, тиббиёт) ва ижтимоий фанлар (демография, иқтисодиёт ва бошқалар) томонидан эътибор кучайди. Қарилик асосларини ўрганишда биологик ва физиологик текшириш усуллари катта аҳамиятга эга бўлди. 1958 йили Киевда дунёда энг йирик геронтология институти ташкил этилди, 1963 йили Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти томонидан геронтолог ва гериатрларнинг қарилик жараёнига бағишланган семинари ўтказилди ва унда:

- 20 ёшдан 44 ёшгача ёшлар
- 45 ёшдан 59 ёшгача ўрта ёшлилар
- 60 ёшдан 74 ёшгача кекса ёшлилар
- 75 ёшдан 89 ёшгача қариялар
- 90 ёшдан катта ёшдагилар узоқ умр кўрувчилар, деб қабул қилинди.

Ҳар йили қариялар сони ер юзиде 2,4%га кўпаймоқда. Бунинг сабаби аҳолининг ижтимоий-иқтисодий ҳолатини, ҳамда гигиеник шароитини яхшиланиб боришидир. Айрим маълумотларга кўра, 2020 йилга бориб кекса ва қариялар сони 1 миллиардга етиши мумкин.

Геронтология ва гериатрия тиббий биология фани билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, қариш сабабларини молекула ва ҳужайралардан то бутун организмгача ўрганади. Кекса ёшдаги беморларга хизмат қилиш ҳар бир

тиббийёт ходимининг меҳнати асосини ташкил қилади. Чунки тиббий хизматга мухтож беморларнинг 25-30 фоизи кекса ёшдаги беморлардир.

Маълумки, демографик кўрсаткичлар қариялар ҳисобига кўтарилиб бормоқда. Бу эса ўз навбатида геронтология ва гериатрия соҳасидаги билимлар доирасини янада чуқурроқ кенгайтиришни талаб қилди.

Геронтология фани таркибига: қариш биологияси, гериатрия, геронтопсихология, герогигиена, геродермия, геродиетика ва героэкология қиради.

Гериатрия – кекса, ёши улғу кишиларда касалликларнинг кечиш хусусиятларини ўрганадиган фан ҳисобланади.

Геронтопсихология – кексалар психик ҳолатини ва феъл-атворини ўрганади.

Герогигиена – кексайган ва катта ёшдаги кишилар гигиенасини ўрганади.

Геродермия – кексайган кишилар тери қоплами хусусиятларини ўрганувчи бўлимдир.

Геродиетика – кексайган кишилар овқатланиши ва унинг хусусиятларини ўрганади.

Героэкология – қариш жараёнига экологик омилларнинг таъсир этишини ўрганувчи бўлимдир.

ҚАРИШ ЖАРАЁНИНИНГ КЕЧИШИ ВА ДАВРИЙЛИГИ

Қариш, қариллик организмда ёшнинг улғая бориши билан рўй берадиган табиий ўзгаришларнинг якуний босқичидир. Қариш жараёнларида орган ва тўқималардаги ўзгаришларга ташқи муҳит таъсир қилади. Қарилликдаги ўзгаришлар физиологик жараён бўлиб, кўпчилик олимлар фикрига кўра касаллик ҳисобланмайди, лекин организмнинг функционал қобилиятининг чекланишига ва ташқи зарарли омилларга чидамлилигининг пасайишига олиб келади. Бундан ташқари қариш биологик парчаланувчи жараён бўлиб, бунда организмнинг мослашиш қобилияти чеклана бориб, турли патологик ўзгаришлар ривожланади ва ўлим муқаррарлиги тезлашади.

Кўп хужайрали мураккаб организмлар умри давомида анатомик ва функционал жиҳатдан маълум бир ўзгаришларни бошидан кечиради. Бу ўзгаришлар ёш ўтган сари уларнинг ташқи кўринишида намоён бўлади. Қарилликда юз териси қуруқ, буришган, серажин, илвиллаган, ранги паст, юпқалашганлиги натижасида тери остидаги томирлар бўртиб кўриниб туради. Бош қисмидаги соч толалари оқарган, сийрақлашган, кўзлари нурсиз, оғиз бўшлиғида тишлар

етишмайди, умуртқа погонаси букчайган, ҳаракатлари суствлашган бўлади. Бу белгилар қарилликка хос белгилардир. Кўриш ва эшитиш қобилияти қарилликда пасаяди. Қари одам тез-тез жунжикади. Бўйи ва вазни ҳам камаяди. Эркаклар бўйи 50-85 ёшлар ўртасида камида 3 сантиметрга, аёллар бўйи эса 4 сантиметрга пасаяди. Меъёрда эркакларда тана вазни 40 ёшда, аёлларда эса 50 ёшда максимал ҳолатда бўлади.

Ёшнинг даврийлиги – инсон ҳаётини биологик, қисман ижтимоий ва иқтисодий тавсифларга асосан алоҳида босқичларга бўлиш демакдир. Содда ва кенг қамровли (универсал) тасниф ўз ичига 3 та даврни олади: болалик, ўсмирлик, қариллик.

Қадимги Юнон олими Пифагор (эр.авв. IV аср) инсон ҳаётида йилнинг фаслларига мос 4 та даврни ажратади:

- 1 давр – тикланиш «баҳор» (0-20 ёш)
- 2 давр – ёшлик «ёз» (20-40 ёш)
- 3 давр – ғайратга тўлиш «куз» (40-60 ёш)
- 4 давр – сўниш «киш» (60-80 ёш)

Бизнинг юртимизда ёшга қараб, инсон ҳаётини қуйидаги даврларга бўлиш тавсия қилинган:

1. Она қорнида ривожланиш (антенатал давр) (1-жадвал)
2. Постнатал ривожланиш (2-жадвал)

Она қорнида ривожланиш даври

1-жадвал

БОСҚИЧЛАРИ	ДАВОМИЙЛИГИ
1) бошланғич давр	0-2 ҳафта
2) эмбрионал давр	3-8 ҳафта
3) ҳомила (фетал) давр	антенатал ривожланишнинг 2-9 ойи

Постнатал ривожланиш даври

2-жадвал

1) чақалоқлик даври	ҳаётнинг 1-ойи
2) эмизиклик даври	1ой – 1 йил
3) мактаб ёшигача бўлган давр	1-3 йил

4) мактабгача бўлган давр	3-7 ёш
5) кичик мактаб ёши даври	7-11
6) катта мактаб ёши (ўсмирлик) даври	12-18 ёш
7) ёшлиқ даври	18-21 ёш эркеклар, 18-20 ёш аёллар
8) етуклик даври I	22-35 ёш эркеклар, 21-35 ёш аёллар
9) етуклик даври II	36-60 ёш эркеклар, 36-55 ёш аёллар
10) кексалик даври	61-74 ёш эркеклар, 56-74 ёш аёллар
11) қарилик даври (улуғ ёш)	75-90 ёш эркеклар ва аёллар
12) узок яшовчилар	90 ёш ва ундан юқори, эркеклар ва аёллар

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, ёшнинг даврийлигини чегаралаш шартли равишда олинган. Табиийки, бу чегара у ёки бу томонга сурилиши мумкин. Айниқса, бу ҳолат қарилик даврига тўғри келиб, бу даврни кексаликдан ажратишда кийинчилик туғдиради.

Маълумки, ёшлиқ давридан етуклик даврига ўтишда инсон ҳаётининг сифатини ўзгаришлари 30-35 ёшдан, лекин сезиларли пасайиб бориши 45 ёшдан сўнг бошланади. Нафақа ёшига тўғри келувчи 45-59 ёшни физиологик ва ижтимоий хусусиятларга кўра «ўрта» ёш деб қараш тавсия қилинади. Бу даврда одатда турли эндокрин ўзгаришлар кузатилиб, климакс ривожланиши ва қарилик жараёнларига таъсир қилиши эркекларга нисбатан аёлларда кучлироқ намоён бўлади.

Кексалик даври иш қобилиятини ва фаоллик даражасини сақланиши билан ҳам характерланиши мумкин. Ҳаёт циклининг охириги босқичи – физиологик қарилик эса 75 ёшдан бошланиши аниқланган. Узок яшовчилар (90 ёшдан юқори) кечки физиологик қарилик модели сифатида қаралади.

Демак, физиологик қариш детерминирланган биологик жараён ҳисобланади, эрта қариш эса, табиий жараён кечишининг турли омиллар билан боғлиқ бўлган ўзгариши, деб қаралади.

Қариш жараёнида канцерогенез кучаяди, аутоиммун бузилишлар юзага келади. Бу патологик ҳолатларни ривожланиши ёш ошган сари кучаяди. Қариликка хос бўлган ўзгаришларнинг организмда эрта бошланиши касаллик келиб чиқишининг янада ривожланишга олиб келади. Бундан хулоса шуки, касаллик қаришни тезлаштиради.

ҚАРИЛИК ТУРЛАРИ

Геронтологиянинг асосий мақсадларидан бири қариш жараёни – нормал, физиологик ҳолат ёки касаллик эканини ўрганишдир. Гален қарилик касаллик эмас, балки организмнинг алоҳида бир ҳолати, лекин ёшга характерли бўлган соғлиқ эмас деган. У қариликни соғлиқ ва касаллик орасида, деб билган. Сенека эса «қарилик – бедаводир» деб таъкидлаган. Геронтология адабиётларида «физиологик» ва «вақтидан олдинги» қариш терминлари кенг ишлатилади.

И.В. Давидовскийнинг таъкидлашича, қарилик фақат биологик сабабларга кўра эрта ва кеч бўлади, ҳар доим ўз вақтида бўлади, фақатгина ўлим бевақт бўлади.

В.В. Фролькиснинг фикрича, физиологик қариш деганда табиий бошланиб секин ривожланувчи, организмни ташқи муҳитга мослашиш имкониятларини чегараланиши ва ўлим эҳтимолининг ортиши билан кечувчи қариш тушунилади.

Табиий (физиологик, нормал) қариш деб, қарилик белгиларини улғайишнинг аниқ бир босқичида табиий бошланиб, кетма-кет, аста-секин ривожланишига айтилади.

Секинлашган (ретардланган) қариш – ёш улғайишининг ҳамма (умумий) популяцияга қараганда секинлашган босқичда кечиши билан фарқланади. Бу тонфа қариликнинг кўринишига узоқ умр кўриш феномени киради.

Вақтидан олдин ёки эрта (патологик) қариш – эрта бошланган, тез кечувчи, ёш даврда қарилик белгиларини ёркинрок намоён бўлиши билан характерланади. Бунда инсоннинг биологик ёши унинг календар ёшидан ўзиб кетиши аниқланади. Вақтидан олдин қаришни аниқлаш нафақат ҳаёт давомийлигини оширишнинг индивидуал дастурини тузишга имкон яратади, балки уни келиб чиқишининг эндоген ва экзоген механизмларини билишга ва уларни олдини олишга асосланган комплекс профилактик чора-тадбирларни ўз вақтида амалда қўллашга имконият беради. Биологик ёшни аниқлаш вақтидан олдин қариш синдромини диагностика қилишнинг усули ҳисобланади.

Эрта қариш омиллари 2 гуруҳга бўлинади:

1. Эндоген омиллар;
2. Экзоген омиллар.

Эндоген омилларга организмнинг турли касалликлари, ирсий омиллар, хромосом касалликлар киради. Организмни эрта қаришига энг кўп сабабчи бўлган касалликлар атеросклероз, артериал гипертония, сурункали ўпка касалликлари, ошқозон, жигар касалликлари, асаб ва эндокрин касалликларидир.

Қариш жараёнида ирсият муҳим аҳамият касб этади. Эрта қаришни ёки узоқ умр кўришни наслдан наслга ўтиши исботланган.

Экзоген омилларга иқлимий, касбий, ижтимоий-иқтисодий, экологик сабаблар киради. Турмуш тарзи, гиподинамия, стресслар, нораціонал овқатланиш ҳам экзоген омиллар бўлиб ҳисобланади.

Аёлларда қариш жараёнининг анча секин бориши ҳам генетик аппарат хусусиятларига, ҳамда аёлларда зарарли одатларнинг йўқлигига боғлиқ.

Вақтидан олдин ёки эрта қариш ташқи муҳит омили, иқлимий, касбий, ижтимоий-иқтисодий, экологик, турмуш тарзи, организмнинг орган ва системаларига сурункали касалликларнинг таъсир қилиши натижасида келиб чиқади.

Эрта қаришга олиб келадиган факторларни баргараф этиш соғлиқни сақлаш тизимини ва ижтимоий геронтологиянинг ҳамда гериатрия фанининг асосий стратегик вазифаси ҳисобланади.

Геронтологлар фикрича, эрта қариш 40-50 ёшларда пайдо бўлади. Вақтидан олдин қариш – қизиқишларнинг чегараланиши, ҳаётдан қониқмаслик, шахснинг дестабилизацияси сабабларидан биридир. Вақтидан олдин қариш но-актив ва қари аҳолини яшаши учун керак бўлган барча чиқимларни ўзига оладиган, ишга лаёқатли аҳоли сонининг камайишига олиб келади. Бу босқичда геронтологиянинг энг муҳим вазифаларидан бири нафақат ҳаётни узайтириш, балки қари одамларни жамиятдаги ва оиладаги ўрнини мустахкамлаб, фаол ва сифатли яшашини таъминлашдан иборатдир.



Мунозара учун саволлар.

- 1. Геронтология ва гериатрия фани нимани ўрганади?*
- 2. Геронтология фанининг ривожланиш тарихи?*
- 3. Геронтология фанининг таркибий қисмлари?*
- 4. Инсон ҳаёти қандай даврларга бўлинади?*
- 5. Қариллик турлари деганда нимани тушунасиз?*
- 6. Эрта қариш сабаблари нималар?*

ХУЖАЙРА, ОРГАНЛАРНИНГ ҚАРИШ ЖАРАЁНИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Ўқув мақсади

Талабаларда қарилик даврида рўй берадиган хужайра ва тўқималардаги ўзгаришлар ҳақида назарий билимларни шакллантириши.



Асосий маълумотлар



Анатомик ўзгаришлар қарилик атрофияси кўринишида, склерозга мойиллик ҳолатида характерланади. Бу ҳолат моддалар алмашинувининг бошқача бўлиб қолиши, шунингдек, жинсий безлар функциясининг сусайишига, эндокрин мувозанатнинг бузилишига, яъни янгилиниш ва емирилиш мувозанатининг бузилишига олиб келади. Бунга ёрқин мисол «анорексия» – иштаҳанинг йўқолишидир. Бунга тўқималарнинг яшаш учун зарур бўлган энергия манбаи ҳисобланувчи озуқа моддаларига бўлган талабининг пасайиб кетиши сабабдир. Қарилик атрофияси хужайраларда юз берадиган регрессив ўзгаришлар йиғиндиси, яъни хужайралар ҳажмини, сонини камайиши ва улар протоплазмасида физикавий ва морфологик ўзгаришлар рўй бериши натижасида терининг юпқалашуви, суяк ва тоғай тўқималарининг мўртлашуви, тери ости ёғ қатламининг йўқолишида намоён бўлади. Аёлларда «климакс» бошланганидан кейин тухумдонлар ва бачадон кичраяди. Эволюцион жараёнда бош мия вазни ҳам камаяди. Нерв тўқималарида пигментли, ёғли дегенерация ва атрофик ўзгаришлар рўй беради.

Қон айланиш системасида атеросклероз вазомотор ўзгаришларга сабабчи бўлади. Булар одамнинг бошига қон қуйилиб келиши билан ифодаланади, артериал босим кўпинча кўтарилади.

Юракда миофиброз қайд этилади. Бу эса юрак фаолиятини сусайтиради, қон айланиш системасининг етишмовчилигига ва органларнинг озуқа моддаларига, кислородга тўйинмаслигига олиб келади ва маълум бир клиник симптомларга сабабчи бўлади. Булар бош айланишида, хотиранинг пасайишида, уйқунинг бузилишида, оёқ-қўлларнинг кучсизлигида намоён бўлади.

Қарилик ҳар бир организмда индивидуал ривожланади. Инсоннинг ёшини биологик ва календар, яъни хронологик тарзда ўрганиш мумкин. Кўпинча, қариш жараёни инсоннинг ёшига мос келмайди. Масалан, 60 ёшли одам организмда 70 ёшга кирган одам организмга хос бўлган таркибий ўзгаришлар,

функциялар бузилиши кузатилиши мумкин. Демак, физиологик қариш билан бир каторда эрта қариш жараёни ҳам мавжуд. Инсоннинг календар ёши биологик ёшидан қанча катта бўлса, қариш жараёни шунча секин кечади, умри узаяди. Ҳозирги тиббиётнинг вазифаси эрта қаришни олдини олиш ва инсоннинг турмуш тарзидаги, ижтимоий муҳитидаги қаришга таъсир этадиган омилларни йўқотишдан иборатдир.

Қариш жараёни организмда хужайра, орган, система ва бутун тана даража-сида ривожланиши ва бу ўзгаришлар бир-бири билан ўзаро боғлиқдир.

В.В. Фролькис назариясига биноан, организм қаришида адаптацион- регулятор механизмнинг бузилиши сабаб бўлади. Қариш мураккаб биологик жараён бўлиб, организм ҳаёти мобайнида унга таъсир этаётган эндоген ва экзоген омиллар муҳим физиологик функциялар ишини издан чиқаради. Қаришнинг олдини олиш учун экзоген омиллар таъсирини камайтириш, экологик турмуш тарзини яхшилаш зарур, бу эса умрни узайтиради.

Эволюция мобайнида организм ҳаёт фаолиятида қаришга қарама-қарши бўлган жараён – витаукт мавжуд. Витаукт *vitae* – лотинча ҳаёт, *auctum* – узун деганини англатади.

Қариш ва витаукт жараёнларининг ўзаро алоқаси инсон туғилиши билан пайдо бўлади ва умрни узайтиришни ифодалайди.

Қариш кўп ўчоқли умумбиологик жараён бўлиб, хужайраларнинг ядросида, цитоплазмасида, мембраналарида, митохондрия ва бошқа структураларида намоён бўлади. Қариш жараёни ривожланишида 4 хил хусусият фарқ қилинади:

- Гетерохронлик
- Гетеротоплик
- Гетерокинетиклик
- Гетерокатефтенлик

Гетерохронлик хусусияти бу қариш жараёнининг турли орган, тўқима, система ва хужайраларда ҳар хил муддатда бошланишидир. Масалан, айрисимон безнинг атрофияси 13-15 ёшларда бошланса, жинсий безларнинг атрофияси климактерик даврда бошланади. Марказий нерв системаси ва эндокрин системанинг турли бўлимларида ҳам гетерохрон қариш кузатилади.

Гетеротоплик хусусияти маълум бир органнинг турли қисмларида қариш белгиларининг турлича намоён бўлишидир.

Гетерокинетиклик хусусияти организм тўқималарида қариш жараёнининг турлича тезлик билан кечишидир. Яъни, айрим тўқималарда эрта қариш белгилари суст ривожланиб бориши мумкин. Аксинча, бошқа тўқималарда кечроқ

бошланган қариш белгилари тез ривожлана бориб, организмнинг функционал ҳолатига таъсир этиши мумкин.

Гетерокатефтенлик хусусияти организмдаги ёшга боғлиқ ўзгаришларнинг турли хил йуналишларда, организмдаги ҳаётий жараёнларнинг бирини сўниши ва иккинчисини фаоллашуви билан кечишида намоён бўлади.

Қариш жараёнини кўп олимлар ҳужайраларнинг генетик аппаратидаги ва оксил биосинтезидаги бузилишлар билан боғлайдилар. Ўзгаришлар ДНКнинг генетик маълумотлар узатиш зеносида содир бўлади. Оксил молекуласидаги ўзгаришлар ҳужайра функциясининг бузилишига олиб келади. Бу ўзгаришлар ҳужайрада энергиянинг пайдо бўлиши, узатилиши ва сарфланишида кузатилади. Ҳужайрада кислородга бўлган эҳтиёж камаяди, ферментлар фаолиги пасаяди. Липидлар алмашинуви издан чиқиб, ҳужайра мембранасининг фосфолипид таркиби бузилади, қонда холестерин, триглицеридлар, липопротеидлар сони ошиб кетади, натижада атеросклероз ривожланади. Бу эса қариш жараёнини янада тезлаштиради.

Қариш жараёнида ҳужайралар функциясининг бузилиши ва нобуд бўлиши орган, тўқималар ва организм иш фаолиятини издан чиқаради, ҳужайрада дистрофик ва компенсатор ўзгаришлар юз беради.

Қарилик оқибатида мия нейронлари 30-40%га, буйрак нефронлари, ўпка альвеолалари 30-50%га камаяди.

Қаришнинг асосий морфологик кўриниши орган ва тўқималарнинг атрофияси бўлиб, бу ҳужайраларнинг камайиши ҳисобига ривожланади. Ҳар бир орган тўқималарида атрофик ҳужайралар билан бир қаторда нормал ҳужайралар ҳам учрайди. Атрофияга учраган ҳужайралар ҳисобига нормал ҳужайраларда гиперфункция ва гипертрофия содир бўлади. Яъни мослашув сабабли ҳужайраларда ядро сони кўпайиб, ундаги ДНК миқдори ортиб боради. Митохондрияларнинг умумий миқдори камайиши оқибатида гигант формадаги митохондриялар пайдо бўлади. Ҳужайраларда органоидларнинг парчаланиши маҳсулоти бўлган фермент-липофуцин тўплана бошлайди ва ҳужайралар функциясининг ўзгариши кузатилади. Нейронларнинг маълумот қабул қилиш қобилияти пасаяди, секретор ҳужайраларда моддаларни синтез ва ажратиш процесси камаяди, юрак ҳужайраларининг қисқариши пасаяди, ҳужайра мембранасининг кўзғалиши, биоэлектрик хусусияти бузилади. Ҳужайраларда кальций ионларининг фаол транспорти бузилади, бу эса ўз навбатида ҳужайра функциясини издан чиқаради. Бириктирувчи тўқималарда коллаген толаларининг фибриллалари хусусиятини йўқола бориши ва ўзгариши кузатилади.



1. Қарилик атрофияси деганда нимани тушунасиз?
2. Қариш жараёни ривожланишининг 4 хил хусусиятини санаб беринг.
3. Қариш жараёнида ҳужайрада қандай ўзгаришлар рўй беради?
4. Қариш жараёнининг нейрогуморал механизми деганда нимани тушунасиз?

ГЕРИАТРИК БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ТЕКШИРИШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ўқув мақсади

Талабаларда қарияларни клиник текшириш бўйича тушунчаларини ва ушбу текширувлар кўрсаткичларини аниқлаш бўйича амалий кўникмаларини шакллантириш



Асосий маълумотлар



Қари ёшдаги беморлар тиббий ёрдамга мурожаат қилишганда уларни жамиятнинг тенг ҳуқуқли аъзоси, деб билиш ва уларга алоҳида ҳурмат ва эҳтиром кўрсатиш зарур.

Тиббиёт ходимлари геронтологик беморларда кечадиган касалликларни ўзига хос хусусиятларини, улар билан суҳбатлашишни, уларни қандай парваришлаш ва даволашни билишлари шарт. Кекса одамлар текширилганда уларда 3-4 та касаллик аниқланиши мумкин. Булар юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги, ўпка эмфиземаси, умуртқа поғонаси остеохондрози, катаракта, кулок оғирлиги, простата беzi аденомаси, онкологик касалликлар ва бошқалардир.

Қари одамлар организмда сурункали кечадиган касалликлар кўпроқ учрайди. Аммо ўткир ва инфекцион касалликлар ҳам учраб туради. Қарияларда патологик жараён жуда секинлик билан ривожланади. Шунинг учун улар тиббий ёрдамга кеч мурожаат қиладилар. Ўткир касалликлар клиникаси организмнинг қаршилик фаолияти пасайганлиги сабабли суст ифодаланган бўлади. Шу сабабли тиббиёт ходимлари катта ёшдаги одамларни текширишда, даволашда, парваришлашда алоҳида кўникмаларга эга бўлишлари мақсадга мувофиқдир.

Диагностика учун, касалликнинг турли хил кўринишларини ўрганиш мақсадида беморларни текширишнинг ҳар хил усулларини: сўраб суриштириш ва кўздан кечириш, тана ҳароратини ўлчашдан тортиб, лаборатория ва функционал текширишларни ҳам ўтказиш зарурдир. Геронтологик беморларни текширишнинг субъектив ва объектив методлари мавжуд.

Субъектив текшириш, яъни сўраб суриштириш, беморнинг касаллик бўйича шикоятини, мазкур касаллик тарихини, ҳаёт тарихини, бошидан кечирган касалликларини, оила турмуши ва ирсият тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олади. Беморларни сўраб суриштириш ҳамда анамнез тўплаш уларнинг хотираларига тааллуқли бўлиб, қуйидаги тартибда олиб борилади:

1. Орган ва системалар бўйича сўраб суриштириш.
2. Тиббий анамнез (бошдан кечирган касалликлари, жарроҳлик амалиётлари, даволаш турлари ва уларнинг натижалари)
3. Оилавий ҳаёт анамнези.
4. Ижтимоий анамнез.
5. Овқатланиш тартиби.
6. Руҳий ва жинсий анамнез.

Кекса ёшдаги бемордан анамнез тўплаш тиббиёт ходимидан усталикни талаб қилади. Чунки, бундай беморларда эшитиш ва кўришнинг пасайиши, руҳий аҳволдан норозилик, инжиклик ва эзмалик анамнез тўплаш вақтини узайтириб юборади. Гериатрик беморни сўраб суриштириш пайтида беморлар бемалол эшитиш аппаратидан фойдаланишлари керак. Бунда бемор қулоғига бақириб гапириш, уни жеркиш ярамайди. Аксинча, секинроқ, раvon гапириш, шифокор ва ҳамшира юзида ҳамдардлик ва беморга қизиқиш аломатлари акс этиши керак. Шундагина бир-бирларига ишонч уйғонади. Агар бемор касалхонага қариндошлари билан келган бўлса, унда шифокор ва ҳамшира аввал улар билан алоҳида суҳбатлашиб олиши керак.

Беморнинг шикоятлари турли туман бўлиб, маълум бир касалликнинг клиникасига мос келмаслиги мумкин. Беморлар касалликнинг асосий белгиларига унча эътибор бермай, қарилик сабабли деб тушунтиришга уринадилар. Сийдик ва ахлатни тутиб турулмаслик ёки кабзият, камқувватлик, бош айланиши каби белгилар оғир патологик ҳолатнинг белгиси бўлиши мумкин.

Илгари бошидан кечирилган касалликлар ва ўтказилган даволаш муолажалари, қабул қилган дори-дармонлар ва уларнинг натижаси сўраб ўрганилади.

Ижтимоий анамнез тўлашда гериатрик беморларнинг ҳаёти, турмуши сўраб суриштирилади, уларнинг турар жой, маиший шароитлари, санитария шароитлари билиб олинади. Беморнинг оилавий муносабатлари, ким билан яшайди, тиббий ва ижтимоий ёрдамга мурожаат қилганми ҳамда унинг натижалари қандай бўлганлиги ўрганилади. Жуда эҳтиёткорлик билан эр ёки хотиннинг ўлимини қандай қабул қилганлиги сўралади.

Беморнинг овқатланиш тартиби сўраб суриштирилганда, улар тўғри ва рационал овқатланадими, ёғлар ва углеводлар чекланганми, оқсилга бой овқатларни (гўшт, балиқ, тухум, сут маҳсулотлари) мунтазам истеъмол

киладими ва овқатни чайнашда тиш протезларидан фойдаланадими, деган саволларга жавоб топиш керак.

Рухий анамнезни йиғишдан мақсад, беморда хавотирли – депрессив ҳолатлар, ўз жонига қасд қилиш, руҳий тушқунликка тушиш ҳолатлари қузатиладими ва бу ҳолатларни нима билан боғлашни билиб олишдир.

Бемордан жинсий анамнез йиғилганда, жинсий ҳаёт билан яшаш-яшамаслиги, фарзандлари бор-йўқлиги, климакс ва унга алоқадор касаллик кўринишлари (бошга дув этиб қон қуйилиб келиши, бош оғриқлари, кўзгалувчанлик) қачон пайдо бўлганлиги тўғрисида сўраб кўрилади.

Кекса ёшдаги беморлар объектив текширилганда айрим органлар зарарланиши бутун организм фаолиятининг бузилишига сабаб бўлишини эсда тутиш зарур. Объектив текшириш қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади:

1. Беморларни кўздан кечириш.
2. Пальпация.
3. Перкуссия.
4. Аускультация.
5. Асбоблар билан ва лаборатория текшириш методлари.

Тиббиёт ходимлари кекса ёшдаги беморларни алоҳида парвариш қилишлари, этика ва деонтология қоидаларига виждонан амал қилишлари, кекса ёшдаги беморлар руҳий ҳолатини тушунишлари зарур.

Бундай беморларни даволашда уларнинг касаллик тарихи билан бир қаторда ижтимоий психологик аҳволи билан ҳам танишиш керак. Оила шифокори ва ҳамшираси гериатрик беморлар аҳволи билан яқиндан танишиб чиқиб, тез-тез уйларига бориб улардан хабар олишлари зарур. Айниқса, ёлғиз яшайдиган қарияларнинг ижтимоий, руҳий ва жисмоний аҳволини билиш гериатрик ёрдамнинг асосий вазифаларидан биридир.

Касалхонада қарияларга кенг шароитлар яратиш, улар билан кўпроқ суҳбатлашиш, ҳаётга қизиқишларини орттириш лозим.

Ҳамшира бундай беморларни овқатлантириши, ювинтириши ва кийинтириши, улар билан психологик алоқа ўрнатиб, ўзига ишончни орттириши керак. Қари беморларни касалхона ички тартиб-қоидаларига риоя қилишга мажбур қилмаслик лозим.

Гериатрик беморлар ўз ўтмишлари ҳақида фахрланиб гапирадилар. Уларни кўпроқ ўтмиш ва ўтмиш воқеалари, ютуқлари қизиқтиради. Улар келажак ҳақида ўйлаш ва гапиришдан, ўлимдан кўрқадилар. Шундай пайтларда

беморларни ҳаётлари сермазмун, фойдали ўтганлигини, ўз ота-оналик бурчларини яхши адо этганликларини, жамият учун катта фойда келтирганликлари ҳақида ишонтариш керак. Бу эса қарияларнинг соғайишига ёрдам беради.

Шифокор ва ҳамшира бундай беморларни аҳволи билан яқиндан танишиб чиқиб, тез-тез уйларига бориб улардан хабар олишлари зарур. Айниқса, ёлғиз яшайдиган қарияларнинг ижтимоий, руҳий ва жисмоний аҳволини ўрганиб, керакли ёрдам бериш гериатрик ёрдамнинг асосини ташкил этади. Оила шифокори ва ҳамширалари қарияларни бўш вақтларида руҳан тетиклаштирувчи ва соғломлаштирувчи тадбирлар, суҳбатлар ташкил этишлари, фаол ҳаракатланувчи тадбирларни жорий этиб, рационал овқатланишларида антисклеротик ва энергетик сарфни камайтирувчи парҳез тайинлашлари керак.

Бундай беморларни парваришлашда уларнинг уйқулари бетартиб бўлишини эсда тутиш зарур, яъни кундузи кўп ухлаб, кечаси сергак юришларини эсда тутиш керак. Бундай ҳолларда уйқусизликнинг олдини олиш учун ухлатувчи дорилар тайинлаш ўрнига кечкурун тоза ҳавода сайр қилишни, оёқ ва белларни енгил уқалашни, оёқларни иссик кўрпага ўраб ётишни тавсия қилиш жоиз. Кундузги уйқуни эса бирор қизиқарли машғулот билан алмаштириш керак. Масалан, китоб, журнал, газеталар ўқиш билан.

Йиқилиш ва бахтсиз ҳодисалар қариялар ҳаётида тез-тез учраб туради. Бунга кўриш, эшитишнинг пасайиши, мувозанатнинг бузилиши, бош айланиши, камқувватлилиқ, оёқ мушакларининг бўшаши сабаб бўлиши мумкин. Қариликда суяқларда бўладиган остеопороз ҳолати суяқларнинг синишини осонлаштиради. Шунинг учун хоналарда, коридорларда, ванналарда кексаларнинг юришига ҳалақит берадиган ортикча нарсалар бўлмаслиги зарур. Ваннахонада уларни ёлғиз қолдириб бўлмайди, пол сирпанчик бўлмаслиги керак. Сувнинг ҳарорати 35⁰С дан ошмаслиги керак. Ваннахонада таянч мосламалари бўлиши шарт. Коридорларда девор бўйлаб ушлаб юриш учун махсус мосламалар бўлиши кексаларнинг юришини осонлаштиради, йиқилиб тушиш хавфини камайтиради.

Замонавий даволаш муассасаларида барча хоналарда сигнализация, икки ёқли телефон алоқаларининг бўлиши мақсадга мувофиқдир. Бемор кровати 60 см. дан паст бўлмаслиги ва функционал кроват бўлиши керак. Ёстиқлар ва кўрпалар юмшоқ, иссик бўлиши лозим. Хона ёруғ, шинам, овқатланиш столи ва алоҳида лампа бўлиши талаб этилади. Хона ҳарорати 20-23⁰С да бўлгани маъқул.

Кекса ёшда бадан терисининг юпқалашиши сабабли терининг химоя вази-фаси бузилади. Шунинг учун кекса ёшли беморларни ҳафтада 1-2 марта чўмилтириш зарур. Терининг куруклашган жойларига кремлар суртилади. Оёқ тирноқлари мўрт, каттик бўлиши сабабли уларни иссик, ёгли сувда буғлаб, кадокларни кунжут мойи билан юмшатиб, кейин олиб ташланади.

Беморларнинг ташки қиёфасига ва кийинишига эътибор бериш, сочларини турмаклашга, тараб кўйишга ёрдам бериш уларнинг кайфиятини кўтарди ва соғайишига ёрдам беради.



Мунозара учун саволлар.

- 1. Гериатрик беморларда кечадиган касалликларнинг ўзига хос хусусиятларини сўзлаб беринг.*
- 2. Беморларни субъектив текшириши деганда нимани тушунасиз?*
- 3. Объектив текшириши кетма-кетлиги қандай амалга оширилади?*
- 4. Кекса ёшдаги беморларни даволашда нималарга эътибор бериш керак?*

НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексалар нафас олиш тизимидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар



Нафас олиш тизими. 60 ёшдан ошган одам организмида кўкрак қафасининг суяк, мускул скелетида дистрофик-дегенератив ўзгаришлар рўй беради. Кўкрак қафаси деформацияланиб бочкасимон тус олади ва ҳаракатланиши чекланади. Бу ўзгаришлар ўпка вентиляциясига ноҳўя таъсир кўрсатади. Нафас органларининг шиллик қаватларида қариш жараёнида атрофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Бронх деворларида дистрофик, склеротик ўзгаришлар юзага келади ва бронхлар деформациялари кузатилиши мумкин. Бронх деворини мускул қавати атрофияга учраб тораяди, шилимшиқ тўпланади, бронхларнинг перистальтикаси пасайиб балғам кўчиши сусаяди. Ўпка эластиклиги камаяди, размерлари кичраяди, альвеолалар шакли ўзгаради, базал мембрана қалинлашади. Нафас олиш ритми тезлашиб, аритмия вужудга келади, ўпканинг ҳаётий сиғими камаяди. Альвеолалар орасидаги тўсиқлар емирилиб, катта альвеолалар пайдо бўлади ва қарилик атрофик эмфиземаси ҳамда пневмосклероз ривожланади. Бу эса бронх ўтказувчанлигининг ва нафас мушаклари кучининг пасайишига, кўкрак қафаси ригидлигини ошишига олиб келади. Ўпка артерияси ва артериолаларида ривожланган фиброз уларнинг эластиклигини пасайтиради.

Кексаларда нафас йўли ва ўпканинг сурункали касалликлари оқибатида ўпка тўқимаси ва бронхларда бириктирувчи тўқима ўсиб кетиши мумкин. Ўпка тўқимасидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар унинг тириклик сиғимини анча камайтиради. Гериатрик беморларда сурункали бронхит, пневмониялар, ўпка сили, бронхиал астма касалликлари оқибатида ўпка эмфиземаси пайдо бўлади.

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексалар нафас олиш тизими касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.

**Асосий маълумотлар**

Ўткир бронхит – бронхларнинг ўткир яллиғланиши бўлиб, кексаларда грипп ва ўткир респиратор касалликлар оқибатида, асосан бронх шиллик пардалари зарарланиши билан давом этувчи яллиғланиш ҳисобига келиб чиқади. Шунингдек, ўткир бронхит турли хил юқумли касалликлардан сўнг: кизамиқ, кўкйўтал, бўғма, ич терлама хасталикларидан колган асорат сифатида юзага келиши мумкин. Касаллик кечишига қараб 3 турга бўлинади: *енгил, ўртача оғир, оғир*.

Беморлар ланжликга шикоят қиладилар, тўш орқаси ачитаётгандек, тирналаётгандек бўлишини айтишади. Тана ҳарорати меърида ёки субфебрил бўлади. Аввал йўтал қурук бўлади, кейин шилимшиқ йирингли балғам кела бошлайди. Беморларда салбий омиллар устунлик қилганда, айниқса, аллергия ҳолат бўлганда касаллик чўзилиб кетади. Аускультацияда кўпинча ҳуштаксимон, гоҳо яккам-дуқкам нам хириллашлар эшитилади, бунда нафас чиқариш узайиб, нафас олиш қийинлашиб қолади.

Кексаларда яллиғланиш бронхиолаларга ҳам тарқалиши мумкин. Бронхиолит қўшилгач, бемор аҳволи ёмонлашади, ҳансираш кузатилади, интоксикация кучаяди, тахикардия, гипотония, юрак етишмовчилиги қўшилади. Беморни даволашда, албатта, ётоқ режими тайинланади. Ўпка вентилляциясини энгиллаштириш мақсадида бемор ярим ўтирган ҳолда ётгани маъқул. Кексаларда пневмония, нафас етишмовчилиги кабилар тез пайдо бўлади. Шунинг учун антибиотиклар, сульфаниламидлар тайинланади (ампициллин, эритромицин, бисептол).

Йўталга қарши либексин, амбросан, иситмага қарши ацетилсалицил кислотаси, балғам кўчирувчи дорилар – термопсис, мукалтин, бромгексин буюрилади. Натрий гидрокарбонат, ментол, эвкалипт эритмалари ингаляциялари тавсия қилинади. Горчичниклар, спиртли компресслар кўкрак қафасига қўйилади. Бемор тўғри даволанса, касаллик асосан соғайиш билан тугайди.

Сурункали обструктив ёки нообструктив бронхит – бронх деворининг диффуз яллиғланиши бўлиб, кексаларда энг кўп учрайди. Касалликнинг сабаби ўткир бронхитлар, юкори нафас йўлларига сурункали захарли омиллар таъсири, касб касалликлари, чекиш, зах иқлим таъсири бўлиши мумкин.

Беморни куруқ ёки балғамли йўтал, ҳансираш, дармонсизлик, салга чарчаб қолиш безовта қилади. Балғам шилимшиқ, йирингли характерда бўлиши мумкин. Йўтал совуқ тушиши билан ёки зах жойларда кучаяди. Аускультацияда дағал нафас, куруқ ва нам хириллашлар эшитилади.

Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши эмфизема пайдо бўлишига, деструктив ўзгаришлар эса бронхоэктазларга олиб келади. Бу ўзгаришлар нафас етишмовчилигини келтириб чиқаради. Аллергик компонент кўшилса бронхиал астма пайдо бўлиши мумкин. Сурункали бронхитда нафас етишмовчилигини аниқлашда хансирашга эътибор берилади.

I - даражали нафас етишмовчилигида ҳансираш жисмоний зўриқишда пайдо бўлади, тезда чарчаш кузатилади, цианоз бўлмайди, нафас мускуллари ўпка вентиляциясида иштирок этмайди.

II - даражали нафас етишмовчилигида ҳансираш доимий ҳолатда пайдо бўлади. Енгил цианоз кузатилади, чарчаш кучли бўлади, нафас мускуллари вентиляцияда иштирок этади.

III - даражали нафас етишмовчилигида тинч пайтда ҳансираш, цианоз ва чарчаш кучли ифодаланган бўлиб, нафас олишда ёрдамчи мускуллар ҳам иштирок этади.

Сурункали бронхитнинг энг кўп учрайдиган асорати ўчоқли пневмония бўлиб, бунда бемор аҳволи ёмонлашади ва ҳансираш кучаяди, адинамия, тахикардия пайдо бўлади. Сурункали бронхитнинг кўзиган даврида беморларда делириоз ҳолат, психоз кузатилиши мумкин. Бу эса мия қон томирларидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар ва гипоксия туфайлидир.

Сурункали бронхитни даволаш асослари:

1. касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этиш;
2. бронхлардаги яллиғланиш жараёнини йўқотиш;
3. бронх ўтказувчанлигини яхшилаш;
4. гипоксияга қарши курашиш;
5. организмнинг қаршилик қобилиятини ошириш.

Касаллик кўзиб турганда антибиотиклар (пенициллин, цефалоспоринлар) ва сульфаниламидлар (бисептол, сульфален) буюрилади. Бронхолитиклардан зуфиллин, теофиллин, беротек тайинланади. Балғам кўчирувчи, десенсибиловчи воситалар ва оксигенотерапия, физиотерапевтик муолажалар мақсадга

мувофиқдир. Согайиш даврида беморга жисмоний машқлар, организмни чиниктириш, тоза ҳавода сайр этиш, инфекция ўчоқларини санация қилиш, чекишни ташлаш тавсия этилади.

Бронхиал астма – нафас йўлларининг сурункали касаллиги бўлиб, унинг асосида бронхлар яллиғланиши белгилари ётади. Яллиғланиш бронхларнинг ўта сезувчан, гиперреактив бўлиб қолишига, кейинги босқичларда эса бронх-ўпка аппарати тузилишининг катта ўзгаришларига, эпителиал қошамининг йўқолиб боришига, базал мембрана фиброзига, қадахсимон хужайраларнинг гипертрофияланишига сабаб бўлади. Бу ўзгаришлар беморларнинг ҳансираб қолишига сабаб бўлади, кўкрак қафасида хириллаш, оғирлик пайдо қилиб, кечалари йўтал хуружига олиб келади.

Бронхиал астманинг куйидаги сабаблари мавжуд:

1. Аллергенлар.

Чанг – 40-50 фоиз органик бирикмалар ва 50-60 фоиз аорганик моддалардан ташкил топган бўлиб, кучли аллергия хисобланади. Хонадонларда учрайдиган каналар (уй каналари) энг кўп таркалган кучли аллергия бўлиб, уларнинг жаҳон бўйлаб бронхиал астманинг шак-шубҳасиз асосий сабабчиси эканлигини тасдиқловчи далил ва исботлар бор.

Ҳайвон аллергиялари. Хонаки иссиққонли ҳайвонлар аллергия манбалари бўлиб, уларнинг секретлари (сўлаги), экскретлари ва кўчиб тушган эпителийси ва бошқалар шулар қаторига киради. Болаларда аллергияланишининг юзага чиқишида кемирувчи ҳайвонлар катта рол ўйнайди.

Овқат аллергиялари. Овқат аллергияси меъда-ичак йўли шиллик пардасининг эпителийси ва базал мембранаси томонидан макромолекулалар ҳолида бўладиган овқат қолдиқларини қон оқимига кўпроқ ўтказиб юборилиши сабабли бошланади.

Дори аллергиялари. Пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, сульфаниламидлар ҳамда аспиригга жавобан рўй берадиган аллергия ҳаммадан кўп учрайди. Илк бор нафас қисиб, бўғилиб қолишларни баъзан дори аллергияси бошлаб беради ва бу прогностик жиҳатдан ёмон белги бўлиб, ушбу жараённинг зўрайиб бориши билан характерланади.

II. Инфекцион агентлар.

Инфекция куйидаги тарзда бронхлар обструкциясини келтириб чиқаради ва уни зўрайтириб боради:

- бактериал аллергияни шакллантиради;
- бронхларда (нафас олинганда тушувчи) аллергенларни кўпроқ қонга ўтказиб юборадиган шароит туғдиради;
- ноинфекцион аллергенларга сезувчанлик бўсағасини пасайтиради;
- бронхлар ва ўпка хужайраларида бўлиб турадиган метаболизмни беқарор ҳолга келтиради, натижада бронхлар ўта сезувчан ва ўта реактив бўлиб қолади.

III. Кимёвий моддалар.

Кимёвий зарарли омиллар аксарият ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлади. Зарарли кимёвий моддаларнинг кишига таъсири шу таъсирнинг муддати, доимийлиги ва даражасига боғлиқдир.

Бронхиал астманинг клиник кечishi – нафас қисиши ва унинг авж олиб боришида уч давр тафовут қилинади:

I - хуруж даракчилари даври. Хуруж бошланишидан бир неча дақиқа, баъзиди эса, бир неча соат илгари беморларда йўтал ёки томоқ ачишиши пайдо бўлиб, кўз, қулоқ, баъзан териси қичишиб туради. Диурез хаддан ташқари кўпаяди ва бошқа ўзгаришлар ҳам кўрилади.

II - бўғилиш белгилари даври. Бу пайтда бемор кўкраги “кисилиб” бораётганини сезади, тўла нафас чиқара олмай қолади.

III - касаллик хуружининг қайтиш даврида беморнинг ахволи бир оз энгиллашади. Беморда йўтал кучайиб, бир талай балғам ажралиб туради.

Бронхиал астма диагнози ўз вақтида қуйилган тақдирдагина уни муваффақиятли даволаш мумкин. Бронхиал астмага қуйидаги клиник белгилар хос: одамнинг вақт-бевақт хансираб туриши, ўпкада хуштакли хириллашларнинг бўлиши, кўкракнинг қисилаётгандек бўлиб сезилиши ва йўтал ҳамда унинг тунда ва эрта сахарда кучайиши характерли.

Бронхиал астмани кўпинча қуйидаги касалликлардан фарқлаш катта аҳамиятга эга:

1. Сурункали обструктив бронхит – бу касаллик билан оғриган беморлар учун хансираш, нафас олишга қийналиш хос бўлиб, одатда киши йўталганда, жисмоний иш қилганда зўраяди ва беморга энгиллик келтирмайди.

2. Вирусли ўткир респиратор касалликлар - майда бронхиолаларнинг тарқоқ тарзда обструктив зарарланиши билан бирга давом этиб боради.

3. Ҳикилдон, трахея ва йирик бронхлар компрессияси - баъзи ўсмалар, ёт жисмлар, овоз бойламларининг фалажи, полипллар, абсцесслар ҳамда калконсимон без ўсмаси туфайли юзага келади.

4. Юрак астмасини бронхиал астмадан ажратиб олиш жуда кийин. Кўпинча, гериатрик беморлар бронх-ўпка патологияси билан ҳам, юрак-томирлар патологияси билан ҳам касалланган бўлади.

5. Уремик астма сурункали буйрак етишмовчилиги бор бўлган беморларда кузатиладиган бронхлар обструкцияси ва бронхлар ўтказувчанлигининг ўзгариши бўлиб, беморлар қонида азотли чиқиндилар ва мочевинанинг кўп тўпланиб қолишига боғлиқ.

6. Даво қилингани билан тузалавермайдиган астма беморда гастрозофагеал рефлюкс борлигидан далолат бериши мумкин. Қизилўнғачга қараган диафрагма тешигининг чурраси ана шундай рефлюкс бошланишига олиб келади.

Астмага қилинадиган даво клиник ва лаборатория кўрсаткичларини яхшилаш ва касаллик устидан назорат олиб боришга эришишни кўзда тутати. Бронхиал астмани даволашда беморларни биргаликда ҳаракат қилишга ўргатиш, клиник ва функционал симптомларга қараб астма оғирлигини аниқлаш ва мониторинг ҳолатини ўрганиб чиқиш, хавфли омиллар таъсиридан ҳоли бўлиш ёки улар устидан назорат олиб бориш, ҳар бир беморнинг ўзига яраша даво режаларини ишлаб чиқиш зарур.

Бронхиал астмада яллиғланишга қарши воситалар ва таъсири узоқ давом этадиган бронходилататорлар кенг қўлланилади. Ёши ўтган беморларда, айниқса ёндош юрак касалликлари бўлганда атровент препаратини небулайзер орқали қўллаш жуда яхши натижалар беради, деярли салбий асоратлар кузатилмайди.

Даволашга “босқичма-босқич” ёндашиш астманинг нечоғлик оғирлашиб бораётганига қараб дориларнинг дозаси ва уларни неча марта ишлатиш ҳамда қандай ошириб боришни кўзда тутати. Бундан мақсад энг кам миқдорда препаратлар қўллаб, етарлича наф олишга эришишдир. Астмани уч ой ичида назорат остига олишга муваффақ бўлинса, давони камайтириш ёки “пастки” босқичга тушириш тўғрисида мулоҳаза қилиб кўриш мумкин. Булар умумий тавсиялар ҳисобланади. Алоҳида даво режаларини шифокор беморнинг индивидуал хусусиятлари ва астманинг қандай кечаётганига қараб давом эттириши лозим.

Пневмония – ўпка тўқимасининг яллиғланиши бўлиб, кўпинча касаллик кўзгатувчиси бактериялар, вируслар бўлиши кузатилади.

Кексаларда пневмониялар кўпинча бошқа бирор касалликнинг асорати сифатида ёки организмнинг қаршилик қобилияти пасайгани сабабли мустақил касаллик тарикасида бошланади. Оғир ички ва хирургик касалликлар билан оғриб, кимираммай ётадиган беморларда гипостатик пневмониялар ривожланиши мумкин.

Қаттиқ совқотиш, руҳан зўриқиш, яхши овқатланмаслик ва нафас йўллари­нинг яллиғланиш ҳоллари пневмонияга мойил қилиб қўядиган омиллардир.

Касаллик клиникаси бирдан бошланмайди, умумий беҳоллик, лоҳаслик, иштаҳанинг пасайиши кузатилади. Кексаларда қалтираш, кўкракда оғриқлар каби симптомлар кузатилмаслиги мумкин. Беморлар объектив текширилганда юзи ва лабларида цианоз кузатилади, нафас олиш тезлашган бўлади. Аускультацияда везикуляр нафас сусайган бўлиб, қуруқ хириллашлар эшитилиши мумкин. Пневмония сабабли кексалар юрагида миокардиодистрофик ўзгаришлар, буйрақлар зарарланиши кузатилади. Қон таҳли­лида лейкоцитлар нормада бўлиб, ЭЧТ баланд бўлади. Касаллик клиникаси суст ифодалангани сабабли пневмония рентгенологик текширув натижасига кўра аниқланади. Даволашда касалликнинг дастлабки пайтларидан бошлаб антибиотиклар буюрилади. Ўпка тўқимасига яхши диффузия бўла оладиган антибиотиклардан цефалоспоринлар, ярим синтетик пенициллинлар яхши наф беради (3-жадвал). Кексаларни антибиотиклар билан даволашда кандидозларнинг олдини олиш мақса­дида нистатин, леворин, поливита­минлар тайинланади. Қон айланиш системасида бўладиган асоратларнинг олдини олиш мақса­дида кўрсатма асосида юрак гликозидлари, камфора бериш мақсадга мувофиқдир. Балғам суюлтирувчи ва кўчирувчи воситалар ва оксигенотерапия ўтказиш керак. Гериатрик беморларнинг иммунобиологик фаолиятини кучайтириш мақса­дида, қарши кўрсатма бўл­маса, био­ген стимуляторлар қўллаш мумкин.

ҚЎЗГАТУВЧИ ТУРИГА ҚАРАБ АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАР САМАРАДОРЛИГИ

3-жадвал

Микроорганизм	1-қатор	2-қатор	Қўшимча препаратлар
Staphylococcus aureus	Оксациллин ёки цефалоспорин I	Котримоксазол АМП/СБ	Ванкомицин, линкомицин, клиндамицин, хлорамфеникол
Enterococcus	Ампициллин ёки амоксициллин (+	ПИП/ТАЗ	Ванкомицин, тетрациклин, хлорамфеникол,

	гентамицин)		азлоциллин, карбенициллин, нитрофураны
Escherichia coli	Ампициллин ёки амоксициллин	Котримоксазол, цефалоспорин I, цефалоспорин II	Цефалоспорин III, фторхинолон, тетрациклин, АМБ/СБ, азлоциллин, пиперациллин
Proteus	Ампициллин ёки амоксициллин	Котримоксазол	Цефалоспорин II-III, АМБ/СБ, фторхинолон, азлоциллин, пиперациллин
Pseudomonas aeruginosa	Норфлоксацин ёки ципрофлоксацин ёки офлоксацин	Цефтазидим	Имипенем, азтреонам, гентамицин, цифоперазон
Klebsiella pneumoniae	Цефалоспорин II-III	Фторхинолон	Котримоксазол, хлорамфеникол, карбенициллин, гентамицин, имипенем
Enterobacter	Фторхинолон	Цефалоспорин III	Гентамицин, амикацин, имипенем, азтреонам, котримоксазол
Chlamidia	Макролиды	Фторхинолон	Тетрациклин, доксициклин, хлорамфеникол, рифампицин
Candida	Флуконазол	Амфотерицин В, кетоконазол	Клотримазол, миконазол

Пневмония билан оғриган беморларга оилавий шифокор ва хамшира касаллик профилактикасини ва пайдо бўладиган асоратларни уктириши зарур. Турли респиратор касалликларнинг олдини олиш, организмни чиниктириш, нафас гимнастикасини қилиш кераклигини ва чекиш мумкин эмаслигини беморлар билишлари шарт.

Ўпка эмфиземаси – бу альвеолаларнинг ҳаво кўпайиши туфайли чўзилиб, улар орасидаги тўсиқларнинг бузилиши натижасида ўпка тўқимасининг шишинқираб кетиши ва эластиклигининг йўқолишидир.

Беморларни ҳансираш ва йўтал безовта қилади. Ҳансираш экспиратор характерга эга бўлиб, бемор юзида цианоз кузатилади, кўкрак қафаси бочкасимон шаклда бўлади. Бемор объектив текширилганда ўпкада перкутор кутича товуши, аускультацияда курук ва нам хириллашлар эшитилади.

Рентгенологик текширувда ўпка майдонлари тиниқлиги кучайган, диафрагма пасайган, ҳаракатчанлиги чекланган бўлади. Беморларга бронхолитиклар, балғам кўчирувчи дори моддалар, оксигенотерапия, нафас гимнастикаси ва тоғ курортларида дам олиш тавсия этилади.

Кексаларда нафас йўли ва ўпканинг сурункали касалликлари оқибатида ўпка тўқимаси ва бронхларда бириктирувчи тўқима ўсиб кетиши мумкин, бу касаллик пневмосклероз деб аталади ва бунда беморни хансираш безовта қилади. Рентгенограммада ўпка нақшининг ўзгариб қолгани, ўпка илдизидан чиқиб келаётган тарам-тарам соялар борлиги аниқланади.

Ўпка си.ш. Кекса ва ёши улуг одамлар организмнинг қаршилиқ қобилияти пасайиши, уларда қандли диабет, пневмониялар кўп учраши сабабли ўпка сили ривожланиши мумкин. Кекса одамлар ўртасида ўпка кеч диагностика қилиниши, етарлича даволанмаслик ва рентген текширувлари кам ўтказилиши оқибатида ўпка сили кўпайиб кетмоқда.

Ўпка сили белгиларини, кўпинча, қарилик ёки шамоллаш, деб англашилади. Чунки, кексаларда сил клиникасида кўп терлаш, тана хароратининг кўтарилиши кам кузатилади, кўпроқ беҳоллик, озиб кетиш, йўтал, балғам ажралиши каби белгилари бўлади.

Беморлар балғамида микобактерияларини топиш жуда қийин. Рентгенографияда ва томографияда сил манзарасини кўриш мумкин.

Кексаларда силни даволаш учун химиопрепаратлар қўллаш мумкин. Стрептомицин, фтивазид, тубазид, ПАСК, препаратлари қўлланилганда бемор албатта стационарда бўлиши керак, чунки бу препаратлар юрак қон айланиш ва

жигар системасига асорат қолдириши мумкин. Даволашда, кўрсатмага кўра, десенсибиловчи дори воситалари ва гормонлар қўллана бўлади.

Ўпка сили билан оғриган беморлар диспансер назоратида бўлишлари шарт. Шифокор ва ҳамшира беморнинг уйига тез-тез бориб, аҳолидан хабар олиши, гигиена қоидаларига риоя қилишни, балғамни махсус туфдонларда йиғиб бориши зарурлигини кузатиши зарур.

Ўпка раки – ўпкадаги хавfli ўсма бўлиб, 40 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморларда кўп учрайди. Ўпка ракининг келиб чиқишида чекиш, ўпканинг сурункали касалликлари ва ташқи муҳитдаги зарарли моддалар таъсири сабаб бўлади. Касаллик аста-секин авж олиб боради. Беморни йўтал, кўкрак кафасидаги оғриқлар безовта қилади. Балғамда қон чиқиши мумкин. Ҳансираш, иштаҳанинг йўқолиши, кахексия кузатилади. Тана ҳарорати ўртача бўлади. Лимфа тугунлари катталашади. Ўпка раки ташхиси рентгенологик текширувда қўйилади. Кексаларда ўпка ракини даволашда асосан консерватив даво буюрилади, оператив даво кам қўлланилади. Нур билан даволаш беморнинг иммунологик қобилятини сусайтириб юбориши мумкин. Шунинг учун у эҳтиёткорлик билан тайинланади. Химиотерапия ўтказиш мақсадида циклофосфан, тиофосфамид, 5-фторурацил қўлланилиши мумкин.

Ўпка раки билан оғриган беморлар доимо шифокор назоратида бўлишлари керак. Ҳамшира беморга диққат-эътиборини кучайтириши, буюрилган дори-дармонларни, кўрсатмаларни ўз вақтида бажариши зарур.

Нафас аъзолари касалликларида шифобахш овқатланиш асосий касалликнинг хусусиятларига, унинг клиник кечишига таяниб тузилади. Ўткир ва сурункали яллиғланиш жараёнида бемор мижози иссиқлик томонга ўзгаради, буни ҳисобга олиш зарур. Бемор рақсонда уни ҳазм аъзоларининг ҳолати ва организмнинг моддалар алманишуви бузилишлари ҳам ҳисобга олинади.

Ўпкадаги йирингли яллиғланиш билан кечадиган касалликлар, экссудатли плеврит, ўпка силида бемор овқатланишини кучайтириб, ортиқча йўқотилган оксиллар ва витаминлар етишмовчилигини тиклаш организмнинг сил ва носпецифик ўпка инфекцияларига чидамлилигини оширади. Нон ва нон маҳсулотлари, шўрва, ош, ёғсиз гўшт, сут, қатиқ, тухум, макарон маҳсулотлари, мева ва сабзавтлар, ширинликлар, турли ичимликлар, шарбатлар, наъматак суви тавсия этилади. Бемор жуда ёғли гўшт, товук, қўй ва мол ёғлари, думба ёғи, креми кўп тортлар истеъмол қилиши мумкин эмас.

1. Нафас олиш тизимида ёшига боғлиқ қандай ўзгаришлар кузатилади?
2. Сурункали обструктив бронхит ривожланишига олиб келадиган асосий сабабларни санаб беринг.
3. Кексаларда сурункали бронхитни даволашнинг асосий принципларини айтинг.
4. Кексаларда пневмониянинг клиник кўриниши ва уни даволашнинг ўзига хос хусусиятларини санаб беринг.
5. Кексаларда пневмониянинг олдини олишга йўналтирилган профилактика ишларини айтиб беринг.
6. Кексаларда бронхиал астмани клиник кўриниши ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари қандай?
7. Нафас олиш тизими касалликлари билан оғриган беморлар учун овқатланиш рациони қандай бўлиши зарур?

3-БОБ. ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ

1-МАВЗУ

ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексалар юрак қон-томир тизимидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар



Юрак-қон томир тизими. 60 ёшдан ўтган одам юрагининг оғирлиги камаяди, бўшлиқлари кенгаяди, эндокард қалинлашади, кардиомиоцитлар атрофияга учрайди. Қон томирларининг ички қавати қалинлашади, эластиклиги камаяди. Юрак қисқаришлари ритми секинлашади, гемодинамика ва кардиодинамика ўзгаради.

Миокарднинг қисқариш қобилияти ва энергетик жараённинг сустлашиши юрак етишмовчилигига олиб келади. Қон айланиши регуляциясининг бузилиши, қонда вазопрессин миқдорининг ортиб кетиши, буйрақларда қон айланишининг бузилиши артериал гипертензияга олиб келади. Коронар қон томирларнинг склерози эса юрак ишемик касаллигига сабаб бўлади.

Кексалиқдаги юрак хасталиқларининг асосини атеросклеротик ўзгаришлар ташкил этиб, бу гериатриянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади.

Атеросклероз 45-59 ёшларда бошланиб, организмнинг қаришини тезлаштиради. Атеросклерозни ривожлантирувчи омиллар: беморнинг ёши, жинси; холестерин ва липопротеидларнинг ошиб кетиши; артериал босимнинг ошиб кетиши; чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш; қандли диабет; овқат омиллари, семизлик; асабийлашиш. кўп ҳаяжонланиш; ирсий омиллар; кам ҳаракатланиш; қон ивувчанлигининг издан чиқиши.

Атеросклерознинг ривожланишидаги асосий омил бу гиперхолестеринемия ва гиперлипопротеинемиядир. Атеросклерознинг кўп учрайдиган турлари аорта склерози, кардиосклероз, мия томирлари склерозидир. Атеросклерознинг олдини олиш учун уни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этиш лозим.

40 ёшдан ошган барча беморларда холестерин, триглицерид ва липопротеидлар миқдори текширилади. Беморларга холестеринни кам бўлган овқатлар буёрилади ва турмуш тарзини ўзгартириш тавсия этилади. Антисклеротик моддалар 3 гуруҳга бўлинади:

1. Холестеринни ичаклардан сўрилишига қаршилик қилувчи моддалар. Булар – диоспонин, полиспонин, денгиз карами.

2. Холестеринни парчаловчи моддалар. Булар – линетол, арахидең, холестерамин.

3. Холестерин ҳосил бўлишига қаршилик қилувчи моддалар. Булар – клофибрейт, мисклерон.

Бундан ташқари ўт ҳайдовчи воситалар, липотроп моддалар (холин, метионин, лецитин), йод препаратлари, аскорбин кислотаси ҳам холестерин миқдорини камайтиради. Никотин кислотаси, В₁, В₆, Е, Р витаминлар атеросклерознинг олдини олиш ва даволашда қўлланилади.

2-МАВЗУ

ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексаларда кўп учрайдиган юрак қон-томир тизими касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар



Ёши улуг ва кекса ёшдаги шахсларда юрак ишемик касалликлари, юрак тож томирлари ва артерияларнинг склерози оқибатида келиб чиқади. Атеросклерозни келтириб чиқарадиган омиллар ва кексаликдаги ўзига хос ўзгаришлар юрак ишемик касалликларининг ортишига сабаб бўлади. Энг кўп учрайдиган юрак ишемик касалликлари булар – стенокардия, миокард инфаркти ва аритмиялардир.

ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ ПАТОЛОГИЯСИ ВАРИАНТЛАРИ

Тадқиқотлар 80 ёшгача бўлган кексалар орасида ўтказилган (Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology fifth ed. Churchill.

Livingston, 1998, бўйича кўчирма)

Юрак қон-томир тизими патологияси	%
ЮИК	43
Атеротромботик табиатли инсультлар	26
Периферик артериялар ҳавзасидаги касалликлар	24

40 ва 100%ли уйку артериялари стенози	16
Юрак димланиши	22
АГ	38
Аорта стенози	17
митрал клапан кальцинози	48
митрал регургитацияси	33
Аорта регургитацияси	29
Ревматик митрал стенози	1
Гипертрофик кардиомиопатия	4
Ҳилпироқ аритмия	13
Кардиостимулятор имплантацияси	4
Зарб ҳажмининг камайиши	23
Чап қоринча гипертрофияси	43
Чап бўлмачанинг кенгайиши	34

СТЕНОКАРДИЯ

Стенокардия – кўкрак қисими-миокардни қон билан етарлича таъминланмай қолиши бўлиб, 60 ёшдан ошган беморларда юрак қон айланиши доирасида ёшга алоқадор, атеросклеротик ва органик ўзгаришлар оқибатида пайдо бўлади. Юрак соҳасидаги оғрик бундай беморларда типик ҳол бўлиши мумкин.

Оғриқсиз стенокардия 60-70 ёшдаги беморларда 25%, 80-89 ёшларда стенокардия 45%, 25-59 ёшлардаги одамларда эса 2-3%да учрайди.

Кекса ёшдаги беморларда стенокардия хуружи ўзгача кечади. Хуружнинг вегетатив аломатлари суст кузатилади. Оғрик кучли бўлмайди, балки оғирлик каби, қисилган ҳисдек бўлиши мумкин. Секинлик билан ривожланади ва фақат жағларга, бўйинга иррадиация беради. Кўпроқ неврологик симптомлар намоён бўлади. Бундай беморларда хуруж сабабчиси об-хаво ўзгаришлари ва кўп овқат истеъмол қилиш бўлиши мумкин.

Стенокардия ташҳисини қўйишда электрокардиография асосий текшириш усули ҳисобланади.

Стенокардиянинг профилактикаси ва давоси оғрик хуружининг қандай шароитларда пайдо бўлишига боғлиқдир. Хуружлар ортиқча асабийлашишга алоқадор бўлса, беморга тушунтирилади. Унинг турмуш ва ишида қулай шароит яратиш лозим. Унга етарлича дам олиш, тинчлантирувчи препаратлар ичиб юриш тавсия қилинади. Ош тузи, ёғлар, углеводлар қабул қилиши чеклаб

қўйилади. Хуруж пайтида нитроглицерин ёки валидол тил остига қўйилса ёрдам беради.

Агар бемор нитратларни қўтара олмаса, 5 мг дан тил остига нифедипин ёки В – адреноблокаторлардан бири буюрилади.

МИОКАРД ИНФАРКТИ

Миокард инфаркти – юрак тож артерияларининг тромб билан тикилиб қолиши натижасида миокарднинг озиклана олмай некрозга учрашидир. Ёши улуг ва кекса ёшдаги беморларда миокард инфаркти кўпроқ учрайди. Бунга сабаб:

1. Қоннинг ёшга алоқадор биохимик ўзгаришлари ва қўйилишга мойиллиги.
2. Юрак қон томирларида ёшга алоқадор склеротик ўзгаришлар.
3. Гемодинамиканинг ёшга алоқадор ўзгаришлари.

Миокард инфаркти клиникасида ўзига хос фарқлар мавжуд. Оғрик кучли бўлмаслиги, иррадиация ва жойи турлича бўлиши мумкин. Ёш ўтган сари инфарктнинг атипик формалари кўпроқ кузатилади. Масалан, абдоминал, гастралгик, астматик, аритмик, церебрал формалари. Ёши улуг беморларнинг 35% ва кексаларнинг 40 фоизда инфарктнинг оғриксиз формаси кузатилади.

Бундай беморларда касаллик якуни ёмон бўлиб, бош мияда қон айланишининг бузилиши, қайта такрорланувчи инфаркт ривожланиши мумкин. Юрак етишмовчилиги ва кардиоген шок, нафақат касалликнинг биринчи куни балки, кейинги кунлар ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бу эса буйрак етишмовчилигига ва ишемик инсультга олиб келади. Юрак ритмининг бузилиши, миокард ёрилиши ва чап қоринча билан ўнг қоринча орасидаги тўсик ёрилиши, тромбоэмболик асоратлар, юрак аневризмаси ривожланиши касаллик оқибатини ёмонлаштиради. Миокард инфарктдан ўлган беморларнинг 60% касалхонага ётқизилгунгача халок бўлади.

Кексаларда миокард инфарктининг кечишида ўзига хос белгилардан яна бири майда ўчоқли инфарктни йирик ўчоқли инфарктга нисбатан кўпроқ учраши ва 60 ёшдан кейин 20-22% ҳолатларда инфаркт қайталанишидир.

Кексаларда миокард инфаркти атипик формада кечганлиги сабабли уни аниқлашда электрокардиография усули ёрдам беради. Бунда Т – тишча манфий бўлиб қолади, патологик Q – тишча пайдо бўлади, ST кесма изоэлектрик чизикдан юқорига ёки паст томонга сурилади.

Даволаш. Биринчи навбатда оғриқ хуружини тўхтатиш керак. Вена ичига 1-2 мл. морфин ва 0,5 мл. атропин сульфат юборилади. Артериал босимни кўтариш мақсадида мезатон, кордиамин буюрилади. Юракнинг тож томирларида тромблар ҳосил бўлишини тўхтатиш мақсадида гепарин биринчи кун ичига, кейин 2-3 кун давомида ҳар 6 соатда 5000-10000 ТБ дан тери остига юбориб турилади. Фибринолитик воситалар билан даволаш кекса ёшдаги беморларда яхши наф беради, аммо 70 ёшдан кейин қўллаш тавсия қилинмайди. Бемор функционал кроватга ётқизилади ва ахволи тинмай кузатиб борилади. Унинг териси гигиенасига катта аҳамият берилади, ётоқ яраларининг олди олинади. Енгил ва осон хазм бўладиган овқат тайинланади.

Биринчи 24 соат мобайнида кимирламай ётиш режими, 7-12 кундан кейин эса ҳаракатланувчи режимда бўлиши керак.

Стационардан чиқарилишида доимий жисмоний ҳаракатлар, пиёда сайр қилиш машқлари тавсия этилади. Чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш, асабийлашиш, оғир жисмоний меҳнат, югуриш тақиқланади. Беморга амбулатория шароитида электрокардиография қилдириб туриши, β – адреноблокаторлар, аспирин ичиб юриши маслаҳат берилади. Юрак ритми бузилишига қарши обзидан, новокаинамид, калий тузларини буюриш мумкин.

Миокард инфаркти билан оғриган беморлар диспансер ҳисобида бўлиб доимо врач ва ҳамшира назоратида турадилар. Ҳамшира ва врач беморларни уйига бориб хабар олиши, қариндошларига беморнинг парвариши, овқатланиши ва ҳаёт кечириши ҳақида зарур маслаҳатларни бериб туриши керак.

АРИТМИЯЛАР

Ёши улуг ва кексайган одамларда кардиосклерознинг белгиларидан бири аритмиялардир. Бунга сабаб юракда қон айланишининг етишмовчилиги, миокарднинг ишемияси ва юракда органик ўзгаришларнинг ривожланишидир. Кексаларда кўпроқ юракда органик ўзгаришларнинг ривожланиши оқибатида экстрасистолиялар, яъни юракнинг вақтидан илгари қисқариши кузатилади. Бунда беморга худди юрак иши тўхтаб қолгандек бўлиб туюлади. Обьектив текширилганда пальпацияда пульс маромининг бузилганлиги аниқланади. Юрак аускультациясида юрак ритмининг бузилганлиги эшитилади. Ташхисни аниқ қўйиш учун беморга: электрокардиография (ЭКГ) текширувини ўтказиш лозим. Экстрасистолияни даволашда коронар қон томирларни кенгайтирувчи, миокардни қон билан таъминланишини яхшиловчи, юрак етишмовчилигини бартараф этадиган воситалар тайинланади. Бунинг учун дигиталис препарат-

лари, строфантин, нитратлар, антиаритмик моддалар ва транквилизаторлар буюрилади. Кўрсатмага кўра, новокаинамид вена ичига 5-10 мл. дан, лидокаин 10 мл.дан бериледи. Экстрасистолияларни даволаш мақсадида овқатдан кейин кунига 3-4 марта 20-30 мл. дан 10%ли калий хлор эритмаси мева сувлари билан ичириб турилади.

Пароксизмал тахикардия. Бу ритм бузилиши атеросклеротик кардиосклероз, миокард инфаркти, гипертонияда кузатилиб, юрак ритмининг бирдан тезлашиб, юрак қисқариш сонининг дақиқасига 180-250 тагача етиши ва бирдан секинлашиб, аслига келиб қолишидан иборатдир. Касаллик юрак ўйноғи хуружлари билан кечади.

Кекса ёшдаги беморлар бундай аритмияларни бошидан жуда оғир кечирадилар. Бундай ҳолларда стационар шароитида кардиореанимацияда даволаниш буюрилади.

Қоринчаларнинг хилпиллаши, кейин фибрилляцияси клиник ўлим ҳисобланиб, бунда юракдан аортага қон отилиб чиқмай қўяди. Гериатрик беморларда ҳам электр дефибрилляциясини ўтказиш мумкин.

Гериатрик беморларда **блокадалар**, яъни юрак ва коронар қон томирларининг склеротик ўзгаришлари оқибатида юрак ўтказувчанлиги бузилиши кўп кузатилади. ЭКГ текшириш усули ёрдамида блокадаларнинг тури аниқланади ва шунга қараб даволаш буюрилади. Блокадаларни даволашда мезатон, кофеин, зуфиллин, атропин қўлланилади. Морганьи – Адамс – Стокс синдроми ривожланганда, кескин брадикардия муносабати билан мияда қон айланиши бузилиши мумкин. Қоринчалар ритми кескин сусайиб қолади (30 тадан кам бўлади). Бу беморларга вена ичига зуфиллин, мезатон ва кортикостероидлар буюрилади. Электрокардиостимуляция ўтказилиши керак. Шифокор ва ҳамшира бундай беморларга жуда катта эътибор бериши ва уларни тинчлантириши керак.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Тиббиёт ходимлари гериатрик беморларга профилактик ва реабилитация тадбирларини ўтказишни билишлари керак. Реабилитация ёки соғлиқни тикловчи даво чораларининг мақсади гериатрик беморларни ва ногиронларни оддий турмуш тарзига қайтариш, мослаштириш, бегона одамларга муҳтожликдан қутқариш, ҳаёт сифатини яхшилашдан иборатдир.

Реабилитация мураккаб жараён бўлиб, у 4 турдан иборат:

1. Тиббий реабилитация – беморларни даволаш.

2. Психологик реабилитация – беморларни руҳий депрессия, тушкунликка тушиш ҳолатидан чиқариш.
3. Ижтимоий реабилитация – жамоатчилик ва оила даврасидаги ҳаётини тиклаш.
4. Меҳнат реабилитацияси – меҳнатга лаёқатлилигини қисман ёки тўлиқ тиклаш.

Беморларни даволашни бошлашнинг ўзи тиббий реабилитация ҳисобланиб, унинг муваффақияти даво нечоғли эрта бошланганлигига боғлиқ. Реабилитациянинг барча турлари бир-бири билан узвий алоқадор бўлиб, бемор соғлигини тиклашга қаратилган.

Кексайган беморларда реабилитация даври, издан чиққан функцияларнинг тикланиши, кўрсатилган давонинг нафи, жуда секинлик билан намоён бўлади. Гериатрик беморлар реабилитациясида тиббиёт ходимларининг муомаласи, хатти-ҳаракатлари, беморда соғайишга ишонч уйғотиши катта аҳамиятга эга.

Миокард инфарктдан, бош миёда ўткир қон айланишнинг бузилишидан кейинги парез ёки фалажларда, жароҳатларда эрта бошланган реабилитацион тадбирлар, ҳаракатлар, машқлар издан чиққан функцияларнинг тикланишига ёрдам беради. Машқларни аста-секинлик билан кўпайтириб бориш лозим. Бемор реабилитациясида меҳнат билан машғул бўлиш муҳим ўрин эгаллайди. Бу эса беморларни руҳан тетиклаштиради. Бундай беморларнинг меҳнат шароитини энгиллаштириш, уларга қулай шароитлар яратиш керак.

ГЕРИАТРИК БЕМОРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Беморларнинг ёши ошган сари артериал босим ҳам ортиб боради. Чунки йирик қон томирлар деволарида ёшга алоқадор ўзгаришлар кузатилади. Қон томирлар эластиклигини йўқотади, эктазия ва чўзилиш рўй беради. Иккинчи томондан гериатрик беморлар қон томирларидаги атеросклеротик ўзгаришлар қон томирлар торайишига сабаб бўлади.

Кекса беморларда артериал босимнинг 160/90 мм.с.у.дан ортиб кетиши алоҳида текширув ўтказишни талаб қилади. 60 ёшдан ошган беморларда систолик (атеросклеротик) гипертония кўпроқ учрайди.

Гипертония касаллиги (ГК). Кексаларда касалликнинг келиб чиқишида организмдаги артериал босимни бошқариб турувчи олий нерв фаолияти, мия лўстлоғи ва гипоталамус функциясининг издан чиқиши сабаб бўлади.

ГК I боскичида беморлар уйқусизлик, тажанглик, тез чарчаш каби симптомларга унча аҳамият бермайдилар. Уларни фақат бош айланиши ва бош оғриқлари, ҳансираш безовта қилиши мумкин. Гипертоник кризлар клиникаси суст ифодаланган бўлиб бу ҳолат жуда хавфлидир. Чунки ўз вақтида тез ёрдам кўрсатилмаса, беморда инсульт ёки ўткир юрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

ГК II боскичида АҚБ 180/100 мм.с.у.га тенг бўлади. Кризлар пайтида АҚБ 260/140 мм.с у.га етиши мумкин. Кекса ёшдаги беморларда касаллик манзараси суст бўлишига қарамай, албатта инструментал – диагностик текширув ўтказиб кўриш зарур. ЭКГда левограмма, Т – тишчанинг патологик ўзгаришлари, ST – сегмент изоэлектрик чизикдан пастда, юрак чапга кенгайган бўлади. Қонда умумий липидлар сони ошади. Гериатрик беморларда кўз тубини текшириш муҳим маълумотларни бермайди. Сабаби кўз тубидаги ёшга алоқадор склеротик ўзгаришлар ва кўз гавҳарининг хиралашиб қолиши кузатилади.

ГК III боскичида АҚБ 180/100 мм.с.у.дан баланд бўлади, нишон органлари бўлган юрак, буйрак, бош мия, кўз тубида патологик ўзгаришлар кузатилади. Кризлар оғир кечади ва асоратлар ривожланиши кузатилади.

Систолик (атеросклеротик) гипертензия. Бунда клиник белгилар суст бўлиши мумкин. Систолик босим ошиб, диастолик босим ўзгармайди. Бунга сабаб, йирик артерияларнинг атеросклероз оқибатида торайишидир.

Касаллик клиникасида бош айланиши, кулоқлар шанғиллаб туриши систолик босимнинг юкори бўлиши кузатилади. Бош оғриғи безовта қилиши мумкин. Артериал қон босими кексаларда 135-140/85-90 мм.с.у кўрсаткичларида бўлади. 60 ёшдан ошган шахсларда артериал қон босими 155/90 мм.с.у.га ошса артериал гипертония ҳақида ўйлаш керак. Перкуссияда юрак чегарасини чапга силжиши кузатилади. Аускультацияда аорта устида II тон акценти эшитилади. Беморларни субъектив белгилар унча безовта қилмаслигига қарамай, тез-тез ЭКГ ўтказиб туриш керак. Невропатолог ва офтальмолог кўриги ўтказиш зарур.

Гериатрик беморларда гипотензив воситаларни қўллашнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд:

1. Гипотензив моддалар дозасини 2-3 марта камайтириш керак.

2. Артериал қон босимини бирданига пасайтириб юборадиган препаратларни қўлламаслик (ганглиоблокаторлар, изобарин) зарур.
3. Раувольфия препаратларини, диуретикларни, β – адреноблокаторларни тайинлашда эҳтиёткорлик зарур.
4. Беморга невропатолог ва офтальмолог консультациясини мунтазам равишда ўтказиб бориш керак.

ЭКГ, қон ва сийдик таҳлили ўтказилиб турилиши даркор.

АГ бошқа касалликлар билан ёндош келганда дифференциал даволаш

Касаллик, ёндош АГ	Препарат гуруҳи
ЮИК: зўриқиш стенокардияси	β – адреноблокатор Кальций антагонистлари
Ўтказилган миокард инфаркти	β – адреноблокатор Кальций антагонистлари
Оғриқсиз миокард ишемияси	β – адреноблокатор Кальций антагонистлари
Ангиоспастик стенокардия	Кальций антагонистлари
Синусли брадикардия, СТЗС	АПФ ингибитори Диуретик а – адреноблокатор
Қоринча экстрасистолияси Қоринча усти аритмияси	β – адреноблокатор Кальций антагонистлари
Гиперхолестеринемия Дислипидемия	Кальций антагонистлари АПФ ингибитори β – адреноблокатор
Қандли диабет	АПФ ингибитори

	Кальций антагонистлари а – адреноблокатор
Гипертрофик кардиомиопатия, АД кўтаралиши билан	β – адреноблокатор Кальций антагонистлари
Сурункали обструктив бронхит, Брон- хиал астма	Кальций антагонистлари а – адреноблокатор АПФ ингибитори
СБЕ	Ҳалқали диуретик а – адреноблокатор АПФ ингибитори
Жигар циррози	β – адреноблокатор АПФ ингибитори
Остеопороз	Диуретик
Периферик кон-томирлар касалликлари	АПФ ингибитори Кальций антагонистлари
Подагра	β – адреноблокатор Кальций антагонистлари АТ – рецептори антагонисти

СЮЕ	Диуретик АПФ ингибитори β – адреноблокатор
Инсулт	Кальций антагонистлари
Глаукома	β – адреноблокатор
Ич қотиши	β – адреноблокатор

Гериятрик беморларда гипертонияни даволашда меҳнат ва турмушнинг оптимал шароитларини яратиш, тинчлантирувчи воситалар тайинлаш керак. Ош тузини чеклаш, яхши дам олиш, ухлаш, парҳез буюрилиши зарур.

Гериятрияда гипертоник кризларни бартараф этадиган воситалардан бири дибазолдир. Унинг 0,5% эритмасини 2,0-4,0 мл. дан мускул орасига ёки вена ичига юборилади, диабзол билан даволашда ҳар 10 кунда ЭКГ текширилади. Юқоридаги даво наф бермаганда босқичма-босқич схема бўйича даво буюриш мумкин.

- I босқичда - раувольфий препаратлари, диуретиклар ёрдамида монотерапия ўтказилади.
- II босқичда - диуретиклар билан адреноблокаторлар биргаликда қўлланилади.
- III босқичда - диуретиклар, адреноблокаторлар ва вазодилататорлар қўлланилади.

ГИПЕРТОНИК КРИЗДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ПРЕПАРАТЛАР

Препарат	Миқдори	Таъсир бошланиши	Ножўя таъсири
Натрий нитро-пруссид	0,5-10 мкг/кг/мин. инфузия	Узоқ вақт	Кўнгил айнаши Мушак учиши
Нитроглицерин	5-100 мкг/мин. инфузия	2-5 дақиқа	Брадикардия, тахикардия, юз қизариши, бош оғриғи
Фуросемид	20-60-100 мг.	2-3 дақиқа	Гипотония, ҳолсизлик
Пропранолол	5 мл. 0,1% эритмаси 15-20 мл. изотоник эритмада, секин	20-30 дақиқа	Брадикардия
Клонидин	0,5-1 мл. 0,01% эритмаси 15-20 мл. изотоник эритмада, секин	15-20 дақиқа	Уйқучанлик

ЮИК бўлган беморларда АГ ни даволашга тавсия

(Арабидзе Г. Г. ва бошқалар, 1999 й.)

ЮИК шакли	1-қатор	2-қатор	Тавсия этилмайди
Стенокардия	β – Блокатор	Кальций антагонистлари, Диуретиклар	
Стенокардия, ритм бузилиши билан	АПФ ингибиторлари	β – блокатор Амлодипин	Қисқа таъсирли дигидропиридин
Инфарктдан кейинги кардиосклероз	β – Блокатор АПФ ингибитори	Диуретик	Қисқа таъсирли дигидропиридин
Юрак етишмовчилиги	АПФ ингибитори Диуретиклар	β – блокатор	Кальций антагонистлари, амлодипин ва бошқалар

Гипотиазид қўлланилганда гипокалиемиянинг олдини олиш мақсадида 0,5 грамдан 3 маҳал калий хлор ва калийга бой бўлган олма, ёнғоқ, картошка, қуруқ мевалар, ўрик тайинланади.

Касаллик профилактикасида асабларга зўр келадиган иш, тунги маҳалларда ишлаш, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш таъқиқланади. Қовурилган, ўткир таомлар, аччиқ кофе беморларга умуман таъқиқланади.

Беморларга диспансер кузатувида бўлиб, санаторий ва профилакторийларда дам олиш маслаҳат берилади.

Геморрагик васкулит (ГВ) – тизимли васкулитлардан энг кўп тарқалгани бўлиб ҳисобланади. Асосий клиник кўриниши: терида тошмалар, артрит, абдоминал синдром ва гематурик нефрит.

Теридаги геморрагик васкулит

Қўшимча белгилар	Тахминий ташхис
Йирик бўғимлар артрити, абдоминал синдром, гломерулонефрит	Шенлейн – Генох геморрагик васкулити
Артрит, гломерулонефрит, криоглобулинемия	Васкулит криоглобулинемия билан аралаш
Клиник ва клинико-инструментал ўсма белгилари	Паранеопластик васкулит
Лимфа тугунлари ва талоқни катталашшиши	Лимфома, лимфогранулематоз
Суяк кўмиги плазмоцитоз, қон зардобиюқори парапротеинемияси	Миелома, Вальденстерм макроглобулинемияси
Гепатит В ва С маркерлари, ферментемия, анамнезида сурункали гепатит	Сурункали актив гепатитдаги геморрагик васкулит
Юрак нуқсони, иситма, талоқнинг катталашшиши, бактериемия	Бактериал эндокардит
Дорилар қабул қилганда	Дори касаллиги
Суяк деформацияси, ревматоид факторни борлиги	РА
Артралгия, серозит, гломерулонефрит, ДНК антитела ва ЛЕ-хужайраси	СҚБ

Беморларга антиагрегантлар, кўрсатмага кўра гормонал препаратлар бериллади. Пархез буюрилади. Оқ ва қора нон, суюқ, кучсиз шўрва, қайнаган гўшт, сут маҳсулотлари, сабзавот ва мевалар, турли ичимликлар, шарбатлар, петрушка, укроп истеъмол қилиш мумкин. Ёғли кучли шўрвалар, жигар, тил, бўйрак, мия, ёш мол, товуқ гўшт, шоколад, какао, кофе, аччиқ чой, мол, кўй ёғи мумкин эмас.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) – кўпинча юрак қон-томир касалликлари натижасида ривожланади. Ривожланган мамлакатларда СЮЕга олиб келувчи сабаблардан, биринчи ўринда, ЮИК билан артериал гипертензия бирга

кечиши, ёки артериал гипертензиясиз ЮИК туради. Иккинчи ўринда АГ, учинчи ўринда ревматик иситмадан кейинги орттирилган юрак нуксонлари сабаб бўлади.

СЮЕ анча вақт белгисиз кечиши мумкин. Беморларда асосан ҳансираш, тез чарчаш, организмда суюкликнинг тутилиши кузатилади.

ЭКГда ўзгаришлар, рентгенда кардиомегалия ва ўпкада димланиш белгилари, қон ва пешобда ўзгаришлар кузатилади. СЮЕ билан оғриган беморларни даволашда қўйидаги мақсадлар кўзда тутилади:

- СЮЕ авж олишини олдини олиш, унинг профилактикаси;
- СЮЕ белгиларини бартараф этиш;
- Ҳаёт тарзини яхшилаш;
- Беморларнинг умрини узайтириш.

Қариялардаги СЮЕни АПФ-ингибитори билан даволаш

Халқаро номи	Бошланғич доза	Тутиб турувчи доза	Юқори доза
Каптоприл	6,25 мг.	25 мг. 3 маҳал	150 мг/сут
Эналаприл	2,5 мг.	10 мг. 2 маҳал	40 мг/сут
Фозиноприл	2,5 мг.	10 мг. 2 маҳал	40 мг/сут
Рамиприл	1,25 мг.	2,5-5 мг. 2 маҳал	10 мг/сут
Трандолаприл	0,5 мг.	1-4 мг. 1 маҳал	4 мг/сут
Периндоприл	2 мг.	2-4 мг. 1 маҳал	8 мг/сут

Юрак қон томир касалликларида шифобахш овқатланиш - комплекс даволашнинг ажралмас қисмидир. Парҳез овқатланиш ана шу касалликларнинг асосий тури, уни келтириб чиқарган омиллар, юрак етишмовчилиги даражаси, моддалар алмашинуви ҳолати, касаллик асоратлари ва бемор мижозини ҳисобга олиб тузилади ва амалга оширилади. Беморлар рационида ёғлар, айниқса, ҳайвон ёғи чекланиб, уларнинг маълум қисмини тўйинмаган ёғ кислоталарига бой бўлган ўсимлик ёғи билан алмаштирилиши фойдалидир. Уларнинг таркибида метионин, холин каби моддалар бўлган оксиллар бўлиши керак. Рационда аскорбин кислотаси, В гуруҳ витаминлари ва никотин кислотаси қўй микдорда бўлиши мақсадга мувофиқ.

Беморларга бир кун олдин ёпилган нон, тузсиз парҳез нон, шакар ва ёғ солинган печенье, бисквит, кучсиз, ёғсиз шўрвалар, сметана, ёғсиз мол, қўй,

товук, индюк, балик гўшти, сут-қатик маҳсулотлари, кўк пнёз, укроп, петрушка, компот, кисель, асал, карамель, наъматак суви бериш мумкин. Янги ёпилган нон, кучли, ёғли шўрва, ёғли пишлоқ, каттиқ пишган тухум, тузланган ва маринадланган сабзавотлар, дудланган маҳсулотлар, шоколад, пирожнийлар, кофе, какао, аччик қора чой, гўшт, думба ёғлари бериш мумкин эмас.

Беморлар стационарда даволаниб чиққандан сўнг диспансер назоратига олинади ва доимий кузатувда бўлади.



3-боб бўйича саволлар

- 1. Юрак қон томир тизимида ёшига боғлиқ қандай ўзгаришлар қўзатилади?*
- 2. Атеросклероз ривожланишига олиб келадиган асосий хавф омилларини санаб беринг.*
- 3.Кекса ва қарияларда миокард инфарктини ўзига хос клиник кўринишларини айтиб беринг.*
- 4. Кексаларда гипертония касаллигининг ўзига хос клиник кўринишини характерлаб беринг.*
- 5. Кексаларда юрак етишмовчилиги сабабларини санаб беринг.*
- 6. Кексаларда юрак етишмовчилигини даволаш.*
- 7. Юрак қон-томир тизими касалликлари билан оғриган беморлар учун овқатланиш рақioni.*

4-БОБ. ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ

1-МАВЗУ

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларда кексалар овқат ҳазм қилиш тизимидаги ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштиришдан иборат.



Асосий маълумотлар



Ҳазм системаси. Ҳазм аъзолари фаолиятида қаришга тааллуқли бўлган ўзгаришлар кузатилади. Оғиз бўшлигининг ҳажми кичрайиб, тишлар тўкила бошлайди. Тилдаги ипсимон сўрғичлар йўқолиб сўлак безлари камайиб кетади. Сўлак безларининг функцияси пасайиши, тишларнинг тушиб кетиши, оғиз бўшлиғида овқатнинг механик майдаланишини ёмонлаштиради. Юздаги мимика ва чайнов мускуллари атрофияга учраб, чайнаш жараёнини қийинлаштиради, овқат ҳазм бўлишини бузади. Қизилўнғач деворларидаги секретор хужайралар камайиб, мускул қавати бириктирувчи тўқима билан алмашади ва бу атрофик ўзгаришлар қизилўнғачни узайтириб, овқат ўтишини қийинлаштиради.

Меъда деворидаги атрофик ўзгаришлар унинг юққалашишига олиб келади ва секретор аппарат ишини издан чиқаради. 60 ёшдан ошган кишиларнинг 1/3 қисмида ахлоргидрия топилади. Ёш қайтган сари гепатоцитлар сони камайиб жигар массаси кичрайиб боради. Бу эса жигарнинг антитоксик функциясини ва моддалар алмашинувининг бузилишига олиб келади.

Ўт пуфаги мускул қаватининг тонуси пасайиб унинг ҳажми катталашади, қисқариши сусаяди ва ўтнинг димланиб қолишига сабаб бўлади. Бу ҳолат кексаларда ўт-тош касаллигини ривожлантиради.

Меъда ости безининг атрофияси оқибатида ациноз хужайралар камайиб, уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди. Ациноз хужайралардаги секретор гранулаларнинг панкреатин ширасини ишлаб чиқариши камаяди. Меъда ости безининг оролчаларидаги В-хужайраларнинг камайиб кетиши кексалар қонида глюкоза миқдорининг ортиқроқ бўлишига сабаб бўлади. Ингичка ва йўғон ичак деворларидаги атрофик ўзгаришлар ичакларнинг узайишига олиб келиб, ундаги овқатнинг сўрилишини сусайтиради. йўғон ичак перистальтикаси пасаяди. Натижада кабзият ривожланади.

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексаларда овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.

**Асосий маълумотлар**

Сурункали гастрит – кексаларда кўп учрайдиган касаллик бўлиб, меъда шиллик пардаси яллиғланиши, секретор ва мотор функцияларининг бузилиши билан кечади.

Овқатланиш тартибининг бузилиши, кўп овқатланиш, спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш, чекиш нейрогуморал регуляциянинг издан чиқиши касалликни келтириб чиқаради. Кексаларда кўпроқ ахлоргидрия ва ахилия билан кечадиган атрофик гастрити учрайди. Беморларни кўнгил айланиши, қайт қилиш, ҳаво билан кекириш, эпигастрал соҳанинг оғир бўлиб туриши ва оғриқлар безовта қилади.

Гериатрик беморлардаги сурункали гастритни миокард инфарктининг гастралгик шаклидан фарқлаб олиш керак. Албатта ЭКГ ўтказиш лозим. Диагностика учун эндоскопияда биоптат олиб цитологик текшириш керак. Кекса ёшдаги беморларда, кўпинча, диффуз (пангастрит) атрофия билан кечувчи гастрит учрайди.

Сурункали гастритни даволашда овқатланиш тартибига риоя қилиб, чекиш, ичишга барҳам бериш зарур. Дорилардан H_2 - гистамин рецепторлари блокаторлари (ранитидин, фамотидин ва б.) ёки протон помпа ингибиторлари (омепразол ва б.), ацидин-пепсин, панкреатин, панзинорм, но-шпа, церукал, сульпирид тайинланади. Сурункали гастрит билан оғриган беморлар оилавий шифокор ва хамшира кузатуви остида даволаниши ва профилактик чора-тадбирларни амалга ошириб боришлари керак. Ахилик гастритни меъда ракига ўтиб кетиш эҳтимоли бўлгани учун беморлар йилида бир марта комплекс текширувдан ўтиб туришлари лозим.

Меъда раки. Бу касаллик 60-70 ёшли беморларда кўп учрайди. Меъда ракиннинг аёллар ва эркекларда учраш нисбати 1:2. Бу касаллик сурункали атрофик гастрит, меъда яраси фонида ривожланиши мумкин. 60-70% да меъданинг антрал қисмида жойлашган бўлади. Кексаларда меъда раки секин-аста ривожланиб, метастазларни кўпроқ беради.

Бемор иштаханинг пасайиши, эпигастрал соҳада оғирлик, ноқулайлик, оғриқ сезиш, озиш, баъзан кўнгил айнаш ва қушишга шикоят қилади. Беморнинг озиб кетиши, қонида гипохром анемия кузатилиши, рентгенологик ва цитологик текширувлар асосида меъда раки тасдиқланади.

Радикал операцияни, соматик касалликлар бўйича қарши кўрсатма бўлмаса, 75 ёшгача бўлган кексаларда ўтказиш мумкин. Кексаларда юрак қон томир касалликлари кўп учрагани сабабли меъда ракини оператив йўл билан даволашга шароит бўлавермайди. Консерватив давода оғриқ қолдириш учун аввал фамотидин, омепразол, кейинчалик наркотик анальгетиклар (промедол, трамадол ва б.), тинчлантирувчи дорилар, қон ёки эритроцитар масса қуйиш буюрилади. Овқат осон сингадиган, оқсил, ёғлар ва витаминларга бой бўлиши керак. Меъда ракининг олдини олиш учун рақдан олдин бўладиган касалликлар: сурункали атрофик гастрит, меъда яраси, меъда полипозига даво қилиш керак.

Яра касаллиги. Бу сурункали рецидив билан кечувчи, прогрессивлаб борувчи касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармоқли ичакда кўпроқ ривожланади. 60 ёшдан ошган беморларнинг 20%да яра касаллиги учрайди. Яра касаллиги (ЯК) 2 хил бўлади:

- «эски» яра, бу бемор ёшлигида орттирган касаллиги;
- «қарилик» яраси, бу бемор кексайганда пайдо бўладиган

касалликдир. Қариликда пайдо бўлган яра кўпинча кардиал соҳада жойлашган бўлади. Меъда қон томирлардаги склероток ўзгаришлар, шиллиқ пардадаги атрофик ўзгаришлар, сурункали меъда касалликлари қариликда яра пайдо бўлиши учун шароит яратиб беради.

ЯКни аниқлаш анамнезни, шикоятларни ва физикал текширув (пальпация ва перкуссия) натижаларини ўрганишдан бошланади. Касаллик клиникаси кам ифодаланган бўлиб, диагноз қўйишни қийинлаштиради. Аммо ЯКни клиникасида оғриқ симптоми асосий ҳисобланади. Эрта пайдо бўлувчи оғриқлар меъда ярасига, кечки, тунги оғриқлар эса ўн икки бармоқли ичак ярасига хос. Лекин кексаларда бундай ҳолат ҳар доим бўлавермайди. Баъзан жиғилдон кайнаши, кўнгил айнаши, озиш кузатилиши мумкин. Диагноз инструментал текширувда, яъни эндоскопияда биопсия олиб гистологик текшириш ёки рентгенография усули билан аниқланади.

Даволашда биринчи навбатда чекиш ва ичкиликлар ичишни тақиқлаш зарур. Парҳезга риоя қилиш тайинланади. Овқатни кун давомида 4-5 марта қабул қилиш мақсадга мувофиқ. Бунда холестеринга бой ёғли таомлар, аччиқ чой, кофе ичиш тақиқланади. Овқат витаминга бой бўлиши керак. Консерватив

даво учун протон помпа ингибиторлари (омепразол, пантопразол, лансопразол ва б.), H₂ - гистамин рецепторлари блокаторлари (ранитидин, фамотидин ва б.) антацид воситалар (алмагель, фосфалюгель) тавсия этилади. Тинчлантирувчи, анаболик воситалар, биостимуляторлар, спазмолитиклар, метилурацил, солкосерил тайинланади. Физиотерапевтик муолажалардан 5%ли новокаин билан эпигастрал соҳага электрофорез тавсия этилади.

Агар ЯКда НР инфекцияси топилса, уни эрадикацияси учун антимикроб препаратлар (амоксициллин, кларитромицин, тетрациклин, метронидазол)

протон помпа ингибиторлари билан биргаликда уч ёки тўрт компонентли схемада (П.Я. Григорьев, 2004 бўйича) берилди.

12 бармоқ ичак ва ошқозон яра касаллигида медикаментоз терапия вариантлари (П.Я. Григорьев, 2004)

1 вариант

Препарат	Миқдори	Давомийлиги
омепразол (лосек)	20 мг. (капсула) 2 мах. эрталаб ва кечқурун	7 кун

+

кларитромицин (кларитрид)	500 мг. (капсула) 2 мах., қунига 1г., овқатдан кейин	7 кун
амоксициллин	500 мг. (капсула), 2та дан 2 мах., қунига 2г., овқатдан кейин	7 кун

ёки

метронидазол	500 мг. қунига 2маҳ. овқатдан кейин	7 кун
фуразолидон	0,2 г. қунига 2 маҳал овқатдан кейин	7 кун
тетрациклин	250 мг. (таблетка), 2 та дан 2 мах., қунига 2г. овқатдан кейин	7 кун

Одатда ушбу комбинация 7 кун мобайнида қўлланилади. Зарур бўлганда протон помпа ингибиторларин 6 хафта мобайнида давом эттирилади.

II вариант

Омепразол (Лосек)	20 мг. 2маҳ. кунига	14 кун
Де-нол	120 мг 4 маҳ. кунига	14 кун

+

Тетрациклин	250 мг. дан 4 маҳ. ёки 500 мг. 2 маҳ. овқатдан кейин	14 кун
Амоксициллин	500 мг. 4 маҳ. овқатдан кейин	14 кун

ёки

Метронидазол	250 мг. 4 маҳ. кунига ёки 500 мг. 2 маҳ. кунига овқатдан кейин	14 кун
Фуразолидон	0,1 мг. 3 маҳал кунига овқатдан кейин	14 кун

Кексаларда яранинг битиши кийинрок бўлади, шуни ҳисобга олиб даволаш муддати индивидуал хал қилинади. Юкоридаги антисекретор препаратлар қўлланилганда 4 хафтадан кейин гастродуоденал яраларнинг чандикланиши 80-85% га етади.

Перфорация, пенетрация, ярадан қон кетиш, стеноз каби асоратлар бўлса, оператив даво зарур.

Сурункали гепатит – жигар хужайраларидаги яллиғли дистрофик ўзгаришлар билан характерланади ва бу жараён 6 ойдан ортиқ давом этади. Кексалардаги сурункали гепатит ёшлиқда орттирган касаллиги оқибатида келиб чиққан бўлиши мумкин. Сурункали гепатит (СГ) кўпинча ўткир вирусли гепатитдан (В,С,Д) кейин ривожланади. Аутоиммун ва токсик гепатитлар ҳам мавжуд. Кексаларда сурункали гепатитлар фаоллиги ўрта ва баланд бўлганда оғиррок

кечади. Астеновегетатив синдром билан характерланади. Беморлар дармонсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниши, озиш, бадан сарғайиши, ўнг ковуруға остида оғрикка шикоят қиладилар. Объектив кўрувда ва УТТда жигар катталашиши, баъзан, талоқ катталашиши кузатилади.

Сурункали гепатит билан оғриган беморларда, касалликни фаол даврида умумий оксил миқдори камаяди. Тимол синамаси мусбат бўлади. Умумий билирубин, ферментлар АлАТ ва АсАТ миқдори ошган бўлади. Вирусли гепатитларда қонда вирус маркерлари (HBsAg, ДНК HBV, анти-HCV, РНК HCV, РНК HDV) топилади.

Сурункали гепатитни даволашда парhezга катта эътибор бериш керак. Ёғлар чекланиб, оксилга бой, калорияли, осон hazм бўладиган овкатлар тайинланади. Липотроп воситалар, витаминотерапия, ўт хайдовчи кайнатмалар, спазмолитиклар, минерал сувлар буюрилади. Вирусга қарши интерферонотерапия фақат кўрсатма аниқлангандан сўнг ўтказилиши мумкин.

Аутоиммун гепатитда астеновегетатив синдром билан бирга жигардан ташқари систем ўзгаришлар кузатилади (аутоиммун тиреоидит, қандли диабет, гемолитик анемия). Қонда аминотрансферазалар миқдори меъридан 5-10 марта ошиб кетади, гипергаммаглобулинемия кузатилади.

Сурункали гепатитлар фаол даврида дезинтоксикация ўтказилади (5% глюкоза ва аскорбин кислотаси вена ичига, лактулоза ичишга), кўрсатма бўлса, кортикостероидларни қўллаш мумкин. Ремиссия даврида беморларга санаторий ва курортларда даволаниш ҳамда дам олиш тавсия этилади.

Жигар циррози (ЖЦ) – сурункали прогрессивлаб борувчи касаллик, фиброз ривожланиши ва паренхиматоз тугунлар пайдо бўлиши ҳисобига аъзо структурасининг бузилиши билан характерланади. Гериатрик беморларда жигар циррози кўп учрайди. Жигар циррози кўпинча сурункали гепатит оқибатидир. Жигар циррози алкоголизм, захарланиш, инфекцион касалликлар, қандли диабет, оқибатида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Шикоятлари: кучли ҳолсизлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши (астеник синдром), бурундан қон кетиши, милклардан қон кетиши (геморрагик синдром), иштаҳанинг пасайиши, қорин шишиши ва катталашиши, ич келишининг бузилиши (диспептик синдром), қорин ўнг қисмида ўткир бўлмаган оғрик, терида қичишиш, тана ҳароратининг ошиши, озиб кетиш.

Объектив кўрикда: кўзга кўринган шиллиқ қаватлар, склералар ва тери сариклиги, қорин олд девори веналарининг кенгайиши, қафт эритемаси, Дюпоитрен контрактураси, юзда майда ипсимон қон томирларини пайдо бўлиши, «томирли юлдузчалар» симптоми, эркакларда гинекомастия, жигар ҳажми, шакли ва консистенциясининг ўзгариши, спленомегалия, қорин катталашиши. озиш кузатилади.

Лаборатор текширувлардан: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, тромбоцитлар ва ретикулоцитлар, копрограмма, умумий оксил ва оксил фракциялари, умумий билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГТТП, қондаги холестерин, мочевино, фибриноген, калий, натрий ва темир микдори, қон гуруҳи ва резус-фактор, ахлатни яширин қонга текшириш, вируслар маркерлари (HBsAg, С, D гепатит вирусига антигенолари) аниқланади.

Инструментал текширувлардан жигар, ўт пуфағи, ошқозон ости беши, талоқ ва портал система томирлари УТТи, эзофагогастродуоденофиброскопия қилиш зарур. Қўшимча текширувлар (кўрсатмалар бўйича): жигар биопсияси, биоптатни гистологик текшируви, коагулограмма, қондаги иммуноглобулинлар, параабдоминоцентез, асцит суюқлигини биохимик, бактериологик ва цитологик текширувлари.

Кўрсатма бўйича мутахассислар маслаҳати: окулист, уролог, гинеколог, хирург.

Даволаш чора-тадбирлари. Жигар циррози компенсация даври: (Чайлд-Пью бўйича А синфи 5-6 балл: билирубин < 2 мг. %, альбумин > 3,5 г. %, протромбин индекси 60-80, асцит ва жигар энцефалопатияси йўқ.

Бунда панкреатин (креон, панцитрат, мезим ва бошқа ўхшашлар) 1 дозадан кунига 3-4 маҳал, курс давомийлиги – 2-3 ҳафта. Этиологик терапия: В вирусли жигар циррозида – ламивудин 100мг.дан кунига 1 маҳал 6-12 ой давомида; С вирусли жигар циррозида – альфа-интерферон (роферон А ва б.) 3 млн. ХБ дан ҳафтасига 3 марта 6 ой мобайнида.

Жигар циррози субкомпенсация даври: (Чайлд-Пью бўйича В синф – 7-9 балл: билирубин 2-3 мг. %, альбумин 2,8-3,4 г. %, протромбин индекси 40-59, жигар энцефалопатияси III даража, катта бўлмаган транзитор асцит).

Бунда пархез, оксил чегараланган (0,5 г/кг. тана оғирлигига) ва ош тузи (суткасига 2,0г.гача); Спиринолактон (верошпирон) кунига 100 мг. доимо; Фуросемид ҳафтасига 40-80 мг.дан доимо ва кўрсатмалар бўйича. Лактулоза (дюфалак) кунига 30-60 мл. кўрсатмага кўра; Ампициллин ёки неомицин сульфат кунига 0,5г. дан 4 маҳал. Ҳар икки ойда 5 кунлик курс; β – блокаторлар (анаприлин, индерал) 10-20 мг.дан 4 маҳал доимо.

Жигар циррози декомпенсация даври. (Чайлд-Пью бўйича С синф 9 баллдан кўпроқ: билирубин 3мг. %, альбумин 2,7% ва ундан кам, протромбин индекси 39 ва ундан кам, жигар энцефалопатияси 3-4 даражаси, катта торпид асцит).

Бунда интенсив даволашнинг 10 кунлик курси ўтказилади. Терапевтик парацентез асцитик суюқликни бир марта чиқариш билан ва бир вақтнинг ўзида 1,0 л. олинган асцитик суюқлик ҳисобига 50мл. 10% альбуминни ва 150-200 мл. полиглюкин эритмасини вена ичига қуйиш.

Лактулоза (дофалак) билан ҳўкна (1 литр сувга 75-100мл.), агарда кизилўнғач, меъда-ичаклардан қон кетиш ҳақида маълумотлар бўлса ва қабзият бўлса. Ампициллин ёки неомицин сульфат кунига 1,0 г. дан 4 маҳал, даволаш курси 5 кун.

Даволашнинг доимий узайтирилган курси: спиронолактон (верошпирон) кунига 100 мг.дан ичишга доимо. Фуросемид 40-80 мг. ҳафтасига 1-2 марта, спиронолактондан кейин 4-кунги. Лактулоза (дофалак) суткасига 30 мг. ичишга кўрсатма билан.

β – блокаторлар (анаприлин, индерал) кунига 10-20 мг.

Аутоиммунли гепатитдан кейинги жигар циррози: Преднизолон кунига 5-10 мг. – доимий ушлаб турувчи доза.

Бирламчи билиар цирроз: Урсодезоксиҳоли кислота (урсосан ва б.) кунига 750 мг. – доимий.

Гемохроматозда жигар циррози (жигар пигментли циррози): қон чиқариш (500 мл. дан ҳар ҳафтада, токи гематокрит 0,5 дан камайгунча ва зардоб темир боғлаш қобилияти 50 ммоль/л дан камайгунча). Инсулин кандли диабет даражасини ҳисобга олган ҳолда берилади.

Вильсон – Коновалов касаллигидаги жигар циррози: Пеницилламин (купренил ва бошқа ўхшашлар), ўртача доза кунига 1000 мг. дан доимий қабул қилинади. Сурнкали В ва С вирусли гепатитнинг актив фазаси фониди ривожланган ва прогрессивлашиб бораётган жигар циррозиди: альфа-интерферон (роферон А ва б.) вирус репликацияси бўлса ва юқори активлик даражасида, асосланган кўрсатмага кўра, буюрилади.

Жигар раки – кекса ёшдаги беморларда кўп учрайди. Қорин бўшлиғида учрайдиган хавфли ўсмаларнинг 50%и албатта жигарга метастаз беради. Бунда беморнинг аҳволи ёмонлашиб, жигар катталашади. Қаттиқ ва ғадир-будур бўлиши кузатилади, пальпацияда оғриқ кучаяди. Жигар ракининг асорати: қорин бўшлиғига қон қуйилиши, коллапс, анемия ва беморнинг ўлимидир. Ташхисни аниқлашда УТТ ва компьютер томографияси катта ёрдам беради. Беморлар асосан онкология бўлимда даволанади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - гепатобилиар тизим касаллиги бўлиб, билирубин ва холестерин алмашувининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўт пуфағида ва ўт йўлларида тош ҳосил бўлиши билан характерланади. Холестерин ва пигмент тошлар ажратилади.

Шикоятлар: қорин ўнг юқори квадрантида, айрим ҳолларда эпигастрал соҳада ва кўпинча ўнг куракка иррадиацияланувчи, рецидивланувчи оғриқлар. Оғик пайдо бўлиши кўпинча ёғли овқат егандан кейин бошланади. Калькулёз холециститда оғриқлар ҳаракатдан кейин кучаяди. Объектив кўрувда: холециститда қорин

дам бўлиши, газларнинг кўпгаб чиқиши, ўт пуфаги проекциясида таранглик ва пальпацияда оғрик кузатилади. Пальпатор жигар катталашиши кўпинча холангитда учрайди. Лаборатор текширувлардан: қон ва сийдик тахлили, қондаги холестерин, амилаза, қанд миқдори, копрограмма, қон гуруҳи ва резус фактори, дуоденал сокни бактериологик текширув, умумий билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГТТЦ, умумий оксил ва оксил фракциялари, С-реактив оксил миқдори аниқланади. Инструментал текширувлардан: қорин бўшлиғи рентгенографияси, жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши ва талоқ УТТи, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (кўрсатмалар бўйича), электрокардиография натижалари таҳлил қилинади.

Кўшимча текширувлар диагноз ва асоратларга боғлиқ ҳолда ўтказилади.

Даволаш чора-тадбирлари: касаллик диагнозига боғлиқ ҳолда белгиланади.

Холециститлар – ўт пуфагининг сурункали яллиғланиши бўлиб, билиар тизимдаги мотор-тоник бузилишлар оқибатида ривожланади, ўткир ва сурункали формалари фарқ қилинади. Ўткир холециститнинг 90% сабаби бу ўт-тош касаллиги ҳисобланади. Сурункали холицистит кексаларда ёшлиқда орттирилган касалликнинг давоми ҳисобланиб, кўпроқ тўла аёлларда учрайди. Сурункали холицистит тошли ва тошсиз бўлиши мумкин.

Шикоятлари: Ўнг қовурга остида, баъзан эпигастрал соҳада бир неча соатлар давом этадиган оғриқлар. Оғриқлар ёғли ва қовурилган овқатлар, тухум, совуқ газли сувлар, пиво, ўткир маҳсулотлар истеъмол қилинганда бошланади ва кучаяди. Айрим ҳолларда оғриқлар кўнгил айниши, кекириш, қорин дам бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, қорин юқори қисмида доимий бўлиб турувчи оғирлик ҳисси билан кечади. Объектив кўрувда: ўт пуфаги проекциясида оғрик, айниқса, нафас олганда Мерфи симптоми.

Бирламчи текширувлар: Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қондаги холестерин, амилаза, қанд, қон гуруҳи ва Rh-фактор, копрограмма дуоденал сокни бактериологик, цитологик ва биохимик текшириш, қондаги билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГТТЦ, қон умумий оксиди ва оксид фракциялари, қон зардобидаги С-реактив протеин.

Инструментал: УТТ-жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, дуоденал зондлаш, зофагогастродуоденоскопия, кўкрак қафасининг рентген текшируви.

Овқатланиш тартибини ўзгартириш бўйича тавсиялар: ёғли ва қовурилган таомлар, алкоголь ичимликлари, шунингдек, пиво, газлаштирилган ва совутилган ичимликлар, ўткир тамаддиларни ман этиш; оз-оздан, тез-тез овқатланиш (суткасига 4-5 марта), озик-овқат маҳсулотларини қайнатиш ёки буғда тайёрлаш ва илик

холда истеъмол қилиш; шунингдек, сабзаёт ва ёрмални маҳсулотларни газ печида тайёрлаб истеъмол қилиш мумкин.

Дорилар билан даволаш: хуруж даврида: антибактериал даво (имкони бор вариантлар): ципрофлоксацин 500-750 мг. дан кунига 2 маҳал 10 кун мобайнида ёки доксициклин ичишга ёки венага кунига 200 мг. гача томчилатиб куйилади, кейин касалликнинг оғирлигига боғлиқ ҳолда кунига 100-200 мг. дан 10-15 кун берилади.

Овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2-3 соатдан кейин эритромицин ичиш лозим. Қабул қилиш дозаси 400-600 мг. дан, Кейин 200-400 мг. дан ҳар 6 соатда 7-14 кун давомида инфекциянинг оғирлигига боғлиқ.

Кунига 2 маҳал овқатдан кейин касалликнинг оғирлигига боғлиқ ҳолда 250-500 мг. дан 10-15 кун давомида цефалоспоринлар ичиш лозим. Септрим (бисептол, бактрим, сульфатон) 480-960 мг. дан кунига 2 маҳал 12 соатлик оралик билан 10 кун давомида ичилади.

Препарат дуоденал таркибни бактериологик текшириш натижаларига ва клиник самарага боғлиқ ҳолда танланади. Хуруж даврида симптоматик даво: Спазмолитик препаратлар (керак бўлганда анальгетиклар билан бирга) оғрик синдроми йўқолгунча тавсия қилинади: бускопан 2%ли эритма-1,0 мл. м/о суткасига 3-4 марта, ёки но-шпа 2%ли эритма-2,0 мл. м/о суткасига 3-4 маҳал ёки метацин 1%ли эритма-2,0 мл. м/о суткасига 3-4 маҳал, ёки папаверин 2% ли эритма-2,0 мл. м/о суткасига 3-4 марта.

Дезинтоксикацион даво: полидез 200-400 мл. в/и томчилаб 3-4 кун.

Ошқозон ва 12 бармоқ ичак фаолиятини меъёрлаштиришга йўналтирилган даво: маалокс, ёки фосфалогель, ёки гастерин гел, ёки бошқа антацид препаратлар 1 дозадан овқатдан 1,5-2 соат ўтгандан сўнг қабул қилинади.

Дигестал, фестал, креон, мезим форте ёки бошқа полифермент препаратлар овқат вақтида 1-2 дозадан қабул қилинади.

Ремиссия даврида: метоклопромид (церукал) ва мебеверин (дюспаталин) 200мг кунига 2 маҳал ёки симетикон(эспумизан) ёки метеоспазмил 1капсуладан кунига 3 маҳал 2 ҳафта; фебихол 2 капсуладан 3 маҳал овқатдан олдин ёки аллохол 2 таблеткадан 3-4 маҳал кунига овқатдан кейин буюрилади.

Сурункали панкреатит – ошқозон ости безининг прогрессивланувчи касаллиги бўлиб, хуруж даврида ўткир яллиғланиш жараёни белгиларининг пайдо бўлиши ва аъзо паренхимасининг бириктирувчи тўқима билан аста-секин алмашилиб бориши ҳамда безнинг экзо – ва эндокрин функцияси етишмовчилиги ривожланиши билан характерланади.

Клиникада обструктив, кальцификацияланувчи, паренхиматоз сурункали панкреатитлар ажратилади. Унинг патоморфологик асосида ацинар аппарат деструкциясига прогрессив яллиғланиш жараёнининг кўшилиши ётади. Бу эса микро- ва макролитиаз ривожланиши ҳисобига ошқозон ости беши атрофияси, фибрози (цирроз) ва без йўллари системасидаги бузилишларга олиб келади. Шикоятлар: эпигастрал соҳада ва чап қовурга остида оғриқлар, кекса беморларда қорин дам бўлиши ва ич келишининг бузилиши бўлади. Кўпинча оғриқ белга беради, овқат еганда кучайиб, кислоталарга қарши препаратлар (антацидлар, H_2 - гистамин рецепторлари блокаторлари ва протон помпа ингибиторлари), ферментлар қабул қилганда камаяди.

Объектив кўрувда: беморда озиш билан бирга кўкрак, қорин соҳасидаги терида думалоқ “қизил томчилар” кўринади. Улар босганда йўқолмайди. Тери куруклиги, глоссит, стоматит белгилари. Қоринни пальпация қилганда эпигастрал соҳада ва чап қовурга остида оғриқ ва ичакларда дам. Мейо-Робсон симптоми аниқланади (чап қовурга-умуртка бурчагида оғриқ). Баъзан қаттиқлашган ва шишган ошқозон ости безини пальпация қилиш мумкин.

Текширувлар. Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, копрограмма, умумий билирубин ва фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қондаги амилаза ва липаза, қондаги қанд, қондаги кальций, умумий оксил ва уни фракциялари, қондаги қанд эргилиги.

Инструментал: қорин бўшлиғининг умумий рентген тасвири, УТТ - қорин бўшлиғи органлари (комплекс), эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, ошқозон ости беши УТГи (даволашдан олдин ва кейин). Лапароскопия, ошқозон ости беши мўлжалли биопсия билан, ошқозон ости беши КТси, коагулограмма кўрсатмалар бўйича тавсия этилади. Хирург, эндокринолог маслаҳати лозим.

Даволаш: хуружнинг биринчи уч қунида очлик, кўрсатмалар бўйича парентерал овқатлантириш.

Дуоденостада – ингичка зонд ёрдамида нордон ошқозон таркибини узлуксиз аспирациялаш (тозалаш), ҳар 8 соатда ранитидин (200 мг.) ёки квамател(20 мг) вена ичига; ичишга – гел кўринишда буферли антацидлар (маалокс, фосфалогель, гастерин гел) ҳар 2-3 соатда; в/и полиглюкин 400 мл. қунига, альбумин 10%-100 мл., 5-10% ли- 500 мл. глюкоза эритмаси қунига.

Оғриқ синдроми йўқолмаса- 2 мл. 50% анальгин эритмаси, 2 мл. 2% папаверин эритмаси ёки 5 мл. баралгин парентерал ёки соматостатиннинг синтетик аналоги – сандостатин (50-100 мкг. 2 маҳал қунига тери остига), ёки лидокаин вена ичига томчилатиб (400 мг. препарат 100 мл. натрий хлорид

изотоник эритмасида) буюрилади. Кучли оғрик синдроми йўқолгандан кейин даволашнинг 4-қунидан:

- Ҳайвон ёғисиз овқатланиш, кам-кам миқдорда;
- Полиферментлар: креон (1-2 капсуладан), ёки панцитрат (1-2 капсуладан), ёки мезим форте (1-2 даражадан) ҳар овқатланиш пайтида узок вақт давомида;
- Анальгетиклар, инфузион терапия ва препаратларни парентерал қўйиш секинлик билан тўхтатилади, улардан баъзилари ичишга тавсия қилинади;
- Ранитидин (ранисан) 150 мг. ёки фамотидин (фамосан) 20 мг. кунига 2 маҳал;
- Метоклопромид 10 мг. дан кунига 4 маҳал овқатдан 15 дақиқа олдин, ёки симетикон (эспумизан) 1-2 капсуладан кунига 3 маҳал;
- Селектив спазмолитиклар (дюспаталин) – қабул қилинган умумий дозаларда 2-4 ҳафта давомида.

Касалликнинг ремиссия даврида кекса беморлар диспансер кузатувига олинади ва доимо кузатиб борилади.

Қабзият. Қабзият деб 3 сутка давомида ич келмаслик (дефекациянинг йўқлиги), тўлиқ ич келмаганлик ҳисси ва қориндаги дискомфортга айтилади. Қабзиятда ич келиши қийинлик билан, қаттиқ юмалоқ шарчалар (“қўй қумалоғи”) ҳолатида бўлади. Суринкали қабзиятда бу симптомлар 6 кун ва бир ҳафта давомида кузатилади.

Маълумки, ич келиши (дефекация акти) тўғри ичак ампула қисми деворидаги хемо- ва механорецепторлар таъсирланиши оқибатида сигмасимон ичак захирасидан пропульсив перистальтика таъсирида тушувчи ахлат массаси туфайли юз беради. Шу билан бирга тос туби мускули рефлектор равишда бўшашади, аноректал бурчак ўзгаради, ички ва ташқи анал сфинктер очилади ва охир оқибатда ахлат ажралиб чиқади (ич келади).

Касални даволаш тактикасини белгилаш учун бемордаги қабзият сабаблари аниқланади. Улар асосан қуйидагилар:

- Ич келишидан ташқари бўлган сабаблар (ўсмалар, тўғри ичак тушиши, ичакни сурункали буралиши);

• Ичак ичи сабаблари (ўсмалар, ичак стриктуралари, дивертикуёз, лимфогранулематоз, сифилис, туберкулёз, эндометриоз, иммун ва ишемик зарарланишлар);

• Йўғон ичак девори мускул қавати функциясини бузилиши (дивертикулёз, ичак таъсирланиш синдроми, тизимли склеродермия, дерматомиозит, чамбар ичак сегментар дилатацияси);

• Тўғри ичак касалликлари (ректоцеле, инвагинация);

• Анал канали касалликлари (аноректал леватор синдроми, анал канал шиллиғи тушиб қолиши);

• Функционал ва психоген (сув ва ўсимлик клечаткаларини организмга етарли тушмаслиги, физик активлик пасайиши);

• Қабзиятни ичакдан ташқари бўлган сабаблари алоҳида кўрилади: аганглиоз (Гиршпрунг касаллиги гипо - ёки гиперганглиоз, ганглионейроматоз, ичак идиопатик псевдообструкцияси, диабетик нейропатия), марказий нерв тизими касалликлари (“от думи”(конский хвост) ўсмаси, тарқок склероз, мия устун жароҳати, Паркинсон касаллиги, мияда қон айланишининг бузилиши, Альцгеймер касаллиги ва ҳоказолар). Қуйидаги дорилар доимо қабул қилинганда (опиатлар, антихолинэргик ва спазмолитик воситалар, гипотензивлар, паркинсонга қарши воситалар, диуретиклар, антацидлар, айниқса кальций ва алюминий сакловчилар, темир ва висмутли препаратлар, бўшаштирувчи (слабительные) моддалар);

Қабзият метаболик бузилишлар оқибатида ҳам келиб чиқиши мумкин (гипокальциемия, гипокальциемия, гипо - ёки гипермагниемиа, гипотиреоз, қандли диабет, азотемия, порфирия, феохромоцитома ва б.)

Шикоятлари: 3 сутка давомида эркин ҳолда ич келмаслиги, ахлатни қаттиқ ва “кўй қумалоғи” ҳолатида келиши, қорин оғирлик ҳисси, баъзида ҳолсизлик ва тез чарчаш – бу симптомларнинг барчаси овқатланиш тарзи тўғри йўлга қўйилганда ҳам ва сурги воситалар берганда ҳам ўтиб кетмайди, балки кўпроқ ривожланиб боради. Объектив кўрувда: тана массаси турғун, қорин дам, қорин пайпаслаганда енгил оғриқ кўрилади.

Текширувлар. Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қондаги билирубин, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГТТ, копрограмма, ахлатни дисбактериозга текшириш, ахлатни яширин қонга текшириш.

Инструментал: ректороманоскопия биопсия билан, анусни бармоқ орқали текшириш, ирригоскопия, қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзоларининг УТГи,

электрокардиография, ЭГДФС, колонофиброскопия биопсия билан – кўрсатмага кўра.

Диагностика. Анусни бармоқ орқали текшириш, ва ректороманоскопияда текшириш қабзият сабабларини истисно қилади. Шу билан бирга минимал диагностика текшириш ўз ичига қуйидагиларни олади: тўғри ичак ва чамбар ичакни барий билан рентген текшируви, ректороманоскопия. Қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзоларининг УТТи, айрим ҳолларда колонофиброскопия қилинади. Баъзи беморларда қабзият сабабини аниқлаш қийин. Бу ҳолларда сурункали қабзият йўғон ичак инерт, идеопатик ёки проктоген дейилади.

Даволаш чора-тадбирлари. Касаллик симптомларини бемор ёрдамида йўқотиш (тўлақонли овқатланиш, ҳаёт тарзи, дорилар билан даволаш ва ҳоказо). Кўп ҳолларда, функционал қабзият бўлганда врачнинг тавсиялари ёрдамида бемор ўзи курашиши мумкин.

Касаллик симптомларини бемор ёрдамида йўқотиш (қуйидаги тавсиялар ёрдамида):

- Кишда ҳар куни 0,5кг сабзавот ва меваларни “кулинар” ишлов бериб истеъмол қилиш, ёзда улар миқдорини 1кг га ошириш;

- Ҳар куни 1,5 – 2 литр алкоғоли бўлмаган суюқлик ичиш – чой, кофе, компот, шарбат ва ҳоказо;

- Қора нон истеъмол қилиш;

- Системали ҳаракат активлиги-1 соат давомида тез юриш ва тўхтамасликка ҳаракат қилиш, бассейнда чўмилиш, регуляр гимнастика ёки ҳар куни корин олдинги деворини массаж қилиш, буларнинг ҳаммасини бемор ўзи қила олади (эрталабки чойдан олдин қилинса, мақсадга мувофиқ); ҳар куни кечкурун қайнаган сувга 4 донадан 10 донагача чернослив (қора маймоқ) ивитиб, дамлама тайёрлаб қўйиш, эрталаб дамламани ичиш. Эрталабки нонуштада албатта 1 стакан шарбат (сабзи, помидор ва ҳоказолар) ва сабзавот ёки мевалардан қилинган салатлардан истеъмол қилиш;

Одатда, нонуштадан сўнг ич келиши кузатилади ва ич келмаган ҳолатда ҳам санитар хонага (туалетга) бориш, унитазда бургут ҳолатида (поза) ўтириш, яъни тиззаларни қоринга сиққан ҳолда ва шошмасдан ичакни бўшатишга ҳаракат қилиш керак. Қабзиятга мойиллиги бўлганлар ҳар куни шундай қилиши керак (масалан, 2 сутка давомида ичи келмаслигида).

Кўп йиллар давомида қабзият билан касалланганларни бу муолажалар билан тузатиб бўлмайди. Айниқса, етарли даражада суюқлик ича олмаслик, сабзавот ва меваларга қарши кўрсатмаси бўлганда, регуляр актив ҳаракати

бўлмаса. Бу ҳолатларда сурги дорилардан фойдаланилади. Бошида ич келишини нормаллаштириш мақсадида зарарсиз сурги дорилар берилади. Бундай воситаларга лактулоза (дюфалак), форлакс ва бошқалар киради. Лактулоза, қабзиятни коррекция қилиш мақсадида, кунига 1 маҳал нонушта вақтида 15-30 мл дан берилади, қабул қилиш давомийлигини врач белгилаб беради. Кутиладиган натижага эришиш мақсадида форлаксининг 2 та пакетидаги дори 1 стакан сувга аралаштирилади. Нонушта вақтида ва иккинчи доза кечки овқат вақтида 10 кун давомида ва ундан кўпроқ ичилади.

Амбулатор шароитда доимий ушлаб турувчи даво (бемор учун қўлланма сифатида):

- Диета ва суюкликнинг режими;
- Физик фаолликни сақлаш ва массаж қилиш;
- “Талабга кўра” медикаментоз даво;
- Кутилган натижа бермаганда врачга мурожаат қилиш.

Даво кўп ҳолларда амбулатор шароитда олиб борилади.

Стационар даво алоҳида ҳолларда олиб борилади. Стационар шароитдаги даво давомийлиги врачга биринчи бор мурожаат қилинганда 8-10 кун, қайта кўрувда 3-4 кун.

Ичак таъсирланиш синдроми (ИТС) – ичакнинг, кўпроқ йўғон ичакнинг, мотор ва секретор фаолиятининг бузилиши бўлиб, органик структур ўзгаришларсиз кечиши билан ифодаланади. ИТС гетерогенлигига қарамадан, унинг келиб чиқишида олдин ўтказилган ўткир ичак инфекциясини дисбактериоз билан кечиши муҳим аҳамиятга эга. Бунга қуйидагилар киради:

ИТС диарея билан, ИТС диареясиз, ИТС қабзият билан

Бунга 3 ойдан ортик давом этадиган ичак функционал бузилишлари билан боғлиқ касалликлар киритилади.

Шикоятлар: қорин дам бўлиши ёки таранглашиши, қориндаги оғриқлар, ич юришининг бузилиши (қабзият), нажас шаклининг ўзгариши (қумалоқсимон), ахлатда қон бўлмайди, астено-невротик синдром, умумий холсизлик, бош оғриқлар, парестезия, юракни тез уриб кетиши, кўп терлаш, тез-тез диурез.

Объектив кўрувда: иштаҳа сақланади, гиповитаминоз ва минераллар етишмовчилиги белгилари, кўп ҳолларда чамбар ичакнинг пастга тушувчи қисмини оғрикли спастик қисқарганлиги пайпасланади.

Текширувлар. Лаборатор: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, копрограмма, ахлатни дисбактериозга текшириш, ахлатни

яширин қонга текшириш. Инструментал: ректороманоскопия биопсия билан, ирригоскопия, қорин ва кичик тос бўшлиғидаги аъзоларнинг УТТи. Электрокардиография, эзофагогастродуоденофиброскопия, колоноскопия биопсия билан – кўрсатмага кўра. Колопроктолог маслахати шарт. Бошқа мутахассисларнинг маслахати кўрсатмалар бўйича: гинеколог, уролог, физиотерапевт, невропатолог.

Даволаш чора-тадбирлари: Организм кўтара олмайдиган маҳсулот ва ичимликлар олиб ташланган парҳез буюрилади.

Қуйидагилар мумкин эмас: эфир ёғларига бой маҳсулотлар (шолғом, кўк пиёз, саримсоқ), кийин эрийдиган ёғлар, қаймоғи олинмаган сут.

ИТСда даволовчи парҳезнинг асоси бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: пектинлар ва овқат толалари, яъни кепакли ўсимликлар, илдизли мевалар (лавлаги, карам, сабзи), мевалар (олма, олхўри), ёрмалар (гречка, сули). Гўшт ва балиқ истеъмол қилиш мумкин. Ичимликларни кўпроқ (суткасига 1.5-2л суюқлик) ичиш тавсия этилади.

• Психотерапия ва психотроп препаратлар психотерапевт иштирокида тайинланади;

• Ортиқча бактериялар ўсишини (микроб контаминацияси, дисбактериоз) даволашда кенг таъсир доирасига эга бўлган ичак антисептиклари 3 маҳалдан 7 кун тайинланади. Интетрикс 2 капсуладан кунига 3 маҳал, фуразолидон кунига 0.1г дан 3 маҳал ёки нифураксизид (эрсефурил) кунига 0,2 г. дан 3 маҳал. Сульгин кунига 0.5г дан 4 маҳал ёки энтерол 1-2 капсуладан ёки пакетчада кунига 2 маҳал. Навбатдаги даволаш курсида препаратларни алмаштириш ва кейинги курсларда пробиотиклар (бифиформ, лактобактерин, бифидумбактерин ва бошқалар) ва пребиотиклар (хилак-форте ва бошқалар) қўллаш тавсия этилади.

• Йўғон ичакнинг спастик ва гипермотор дискенезиясида спазмолитик ва анальгетик препаратлар тайинланади. Булар мебеверин(дюспаталин) кунига 200 мг. 2 маҳал 2 ҳафта давомида ёки но-шпа ёки папаверин 0,04 г. кунига 3 маҳал ёки эспумизан кунига 40 мг. дан 3 маҳал ёки бускопан 10мг дан кунига 3-4 маҳал 2 ҳафта давомида.

Қабзият бўлганда овқат толаларига бой парҳез ва етарли даражада суюқлик ичиш тавсия этилади, қўшимча бўшаштирувчи воситалар бериледи: Лактулоза (дюфалак) 30-60 мл. кунига ёки бисакодил 1-3 драже (0.005-0.015г) бир марта уйқудан олдин ёки гутталакс 10-12 томчидан уйқудан олдин ёки калифиг (комбинирланган препарат) 1-2 ош қошиғида уйқудан олдин ёки кафиол (комбинирланган препарат) 1 брикет ва бошқалар.

Диареяда цитомукопротектор смекта 1 пакетдан кунига 3 марта овқатдан кейин, буферли алюминийси бор антацидлар (маалокс, гастал, протаб ва бошқалар) 1 дозадан кунига 3-4 марта овқатдан 1 соатдан кейин ва ичак перистальтикасини секинлаштирувчи диареяга қарши препаратлар – лоперамид 2 мг дан 4 мг гача (16 мг суткасига) ич кетиши тўхтагунча қабул қилинади.

Шифохона шароитида даволашнинг давомийлиги – 10-14 кун. Беморлар хар йили амбулатор – поликлиника шароитида диспансер кўригидан ва текширу-видан ўтказилади.

Даволаш натижаларига бўлган талаблар: оғриқ ва диспептик синдромни тўхта-тиш, ич келишини ва лаборатор кўрсаткичларни меъёрга тушиши (ремиссия). Умумий аҳволнинг яхшиланиши, лекин объектив кўрсаткичларнинг мусбат динамикаси етарли эмас (қисман ремиссия). Даволаш самарасиз бўлганда уни ва кузатишни амбулатория поликлиника шароитида давом эттириш зарур.

Ҳазм аъзолари касалликларини даволашда овқатланишга алоҳида эътибор берилади. Бунда касаллик туфайли организмнинг ферментлар тизими билан овқатнинг кимёвий таркиби структураси орасидаги ўзаро мослашувнинг бузилишини бартараф этиш керак. Ҳазм аъзолари функциялари бузилишининг овқат ҳазмига таъсир қилиши эътиборга олинади. Масалан, пепсин ажралмаса ёки жуда кам бўлса, меъдада оксиллар ҳазм бўлиши бузилади. Бундай ҳолда беморга энгил ҳазм бўладиган парҳез овқат тайинланади ва пепсин ёки панкреатин алоҳида берилади. Ҳазм аъзолари касалликларида парҳез овқатланиш касалликнинг турига, оғир-енгил кечишига, асоратига ва касалланган аъзонинг функционал ҳолатига қараб белгиланади. Шунингдек, парҳез овқатланиш организмнинг озуқа моддаларига бўлган эҳтиёжини ҳам кондиритиши лозим.

Гастрит билан оғриган беморларга манкали суюқ бўтқа гуруч, ёғсиз гўштлар чала пишган тухум, асалли сутли чой, шарбатлар; яра касалликларига бир кун олдин пишган нон, қайнатилган гўшт, тухум, ёрмалардан тайёрланган бўтқалар, шовла, ширгуруч, сабзавотлар, қабзиятда кучсиз шўрвалар, бўтқалар, сабзавотлар, кўк чой, кофе, какао; жигар ва ўт йўллари касалликларида гўштли, балиқли сабзавотлардан салатлар, макаронли, сутли, угра ош, мастава, чучвара, парда пиширилган балиқ, қайнатилган гўшtdан котлетлар, палов, манти, қийма қабоб бўтқалар, кўкатлар, сабзавотлар, компот, кисель, шарбатлар бериш мумкин. Янги ёпилган нон, ёғли ширин булочка, гўшт консервалари, кучли шўрвалар, шовул кислотаси ва эфир мойига бой сабзавотлар, ловиялар, қахва, какао, газли ичимликлар бериш мумкин эмас.



1. Овқат ҳазм қилиш тизимида ёшга боғлиқ қандай ўзгаришлар кузатилади?
2. Кексаларда сурункали гастритнинг ўзига хос клиник кўриниши ва даволашнинг асосий принципларини айтинг.
3. Кексаларда меъда рақини таъхислашни айтинг.
4. Кексаларда яра касаллигининг клиник кўриниши ва уни даволашнинг ўзига хос хусусиятларини санаб беринг.
5. Кексаларда сурункали гепатит ва жигар циррозини таъхислаш, даволаш.
6. Кексаларда сурункали холецистит ва панкреатитни клиник кўриниши, таъхислаш, даволаш.
7. Кексаларда ИТС ва қабзиятнинг сабаблари ва уни клиник кўринишининг ўзига хос хусусиятларини санаб беринг.
8. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари билан оғриган беморлар учун овқатланиш рақioni.

5-БОБ. СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ

1-МАВЗУ

СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларда кексалар сийдик йўли ва буйракларида ёшга алоқадор ўзгаришлар тўғрисидаги bilimларни чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар



Ёш ўтиши билан буйраклар паренхимасида нефронлар миқдори камайиб, уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллай бошлайди, нефросклероз авж олади. 70 ёшли кексаларда фаолият кўрсатаётган нефронлар сонининг 1/3-1/2 қисми атрофияга учрайди. 20-30 ёшдан бошлаб буйрак артерияларида атрофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Буйракларнинг барча функциялари пасайиб буйрак гипофункцияси ривожланади. Буйраклар фаолиятининг нерв ва гуморал йўл билан идора этилиши кексаларда пасаяди. Буйрак тўқимаси, сийдик йўллари ёш ўтиши билан катталашиб, эластиклигини йўқотади. Сийдик пуфағи қалинлашиб, дағаллашиб, сиғими кичраяди. Шунинг учун қариялар тез-тез сийишга шошиладилар.

Буйрак структурасининг инволюцион ўзгаришлари

Кўрсаткичлар	Ёшларда	Кексаларда
Буйрак оғирлиги гр.	290	200
Нефронлар сони млн.	2	1
Морфологик аномал нефронлар сони %	5	30
Юкстамедулляр нефронлар сони %	8	6
Нефронларнинг каналчалари ҳажми %	15	9
Нефрон коптокча юзаси мм ²	0,254	0,155
Мезангиал матрикс ҳажми %	6,2	10,4
Проксимал найчалар узунлиги мм	19,36	12,50
Проксимал найчалар ҳажми мм ³	0,076	0,052
Дистал каналчалар ҳолати	–	Дивертикулез

**Ёшлар ва кексаларда буйрак функцияси таъминланишининг
асосий жараёнлари қиёсий характеристикаси**

Кўрсаткичлар	Ёшларда	Кексаларда
Буйрак қон оқими (мл/ мин):		
умумий	3,0	1,65
кортикал	4,0	2,40
юкстамедулляр	0,7	0,59
Эффектив буйрак плазма оқими мл/мин.	650	250
Коптокчалар фильтрацияси, мл/мин.	120	75-60
Фильтрацион фракция %	20	32
Максимал экскреция	80	56
Максимал глюкоза экскрецияси мг/мин.	330	110
Клиренси, мл/мин.		
эркин сув	16,0	6,0
калий	7,5	4,1
кальций	2,4	1,6
натрий	0,8	0,6

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексалар сийдик йўли ва буйрак касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар



Қарияларда буйракда кон айланишининг сусайиши натижасида буйракда фильтрация ва реабсорбция жараёнлари пасаяди. Бу эса куйидаги сийдик ажратиш тизими касалликлари ривожланишига шароит яратади:

Сийдик ажратиш тизими патологияси	%
Ангионефросклероз	43,6
Пиелонефрит	38,9
Диабетик гломерулосклероз	4,1
Миеломли нефропатия	1,1
Подагрик нефропатия	0,9
Буйрак амилоидози	0,9
Гломерулонефрит	0,9
Ўткир буйрак етишмовчилиги	9

Ўткир гломерулонефрит – икки томонлама буйрак коптокчаларининг диффуз иммунологик яллиғланиши касаллигидир. Буйраклар диффуз яллиғланишининг 40 ёшдан кейин кам учрашига организм иммунологик хусусиятининг пасайиши сабабчидир.

Касалликнинг асосий сабабчиси стерептококклардир. Касаллик қаттиқ совқотишдан, респиратор инфекциялар, терининг йирингли касалликларидан сўнг ривожланиши мумкин.

Кексаларда касаллик белгилари суст ифодаланган бўлади, шишлар кам пайдо бўлади, жуда тез ўтиб кетади, анасарка деярли кузатилмайди. Сийдикдаги ўзгаришлар катта миқдорда бўлмайди. Аммо юрак синдроми аниқ ифодаланadi, артериал гипертензия, юрак ва коронар етишмовчилиги кузатилади.

Беморлар тез чарчаб қолиш, дармонсизлик, бош оғриб туриши, ҳансираш, кам сийишдан нолийдилар. 60 ёшдан ўтган беморларда бу касаллик сурункали формага ўтиб кетади. Бундай беморлар стационар даво олиши зарур.

Беморни ўрнидан турғизмай, ётқизиб қўйиш, уларга парҳез буюриш керак. Кексаларга парҳезда оксилларни, тузларни кескин чеклаш мақсадга мувофиқ эмас.

Дорилар билан даволашда антиагрегантлар, иммунодепрессантлар, антибиотиклар, десенсибиловчи ва симптоматик воситаларни буюриш зарур. Кортикостероидлар ҳам буюрилиб, фақат қабул қилингандан 2-3 ҳафта сўнг унинг дозаси аста-секин камайтириб борилади.

Юрак кон-томир етишмовчилигида строфантин, гипертонияга қарши АПФ ингибиторлари, диуретиклар, тайинланади. Даво комплексига декамевит, ундевит каби поливитаминлар қўшилади.

Инфекция ўчоқларини санация қилиш керак ва беморлар доимий диспансер кузатувида бўлиши шарт.

Сурункали гломерулонефрит (СГ) 18% кексаларда учрайди ва касаллик кўпроқ артериал гипертензия, анемия, буйрак етишмовчилиги каби асоратлари билан кечади.

Бу касалликда буйрак коптокчаларида дегенератив–дистрофик ўзгаришлар авж олади. Касалликнинг бошида буйрак функциялари узок вақт сақланиб туриши мумкин. Касаллик сурункали буйрак етишмовчилиги билан тугайди.

Касаллик 3 хил формада кечади: латент, гипертоник, нефротик. Латент кечишида касаллик белгилари кам ифодаланиб, фақат асорат бергандагина аниқланади. СГнинг гипертоник формаси юрак кон томир етишмовчилиги, гипертензия каби белгилар билан кечиб, юрак хасталигини эслатади, сийдикда деярли ўзгаришлар бўлмайди.

СГнинг нефротик формасида сийдикда ва биохимик кўрсаткичларда патологик белгилар аниқланади. Сийдикда оксил миқдори юкори бўлади, гиалин цилиндрлари, эритроцитлар топилади. Қонда гипо-диспротеинемия, гиперхолестеринемия кузатилади.

Даволашда парҳез, ош тузини суткасига 5-6 граммгача чеклаш, мевалар, тарвуз, қовун, узум буюрилади.

Дори-дармонлардан: 1) касаллик қўзиган даврида кортикостероидлар; 2) антиагрегантлар; 3) гипотензив воситалар; 4) юрак гликозидлари; 5) витаминотерапия буюрилади. Иқлими куруқ ва иссиқ бўлган курортларда даволаниш тавсия этилади. Беморлар доимий диспансер кузатувида бўлади.

Сурункали пиелонефрит. Барча гериатрик беморларнинг 15-25%да пиелонефрит касаллиги учрайди. Буйрақлардаги ёшга алоқадор ўзгаришлар пиелонефрит касаллигининг кўпайишига сабаб бўлади.

Шикоятлар: ҳолсизланиш, кўнгил айниш, дармонсизлик, субфебрил температура. Бел соҳасида симилловчи оғриқлар ва дизурик белгилар суст ифодаланади. Аммо касаллик оғир кечади, буйрақ етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Қонда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиб кетиши билан ифодаланади.

Сурункали пиелонефритда Нечипоренко усули бўйича сийдик чўкмаси миқдори текшириб кўрилади. Пиелонефритнинг энг типик белгиси лейкоцитурия аниқланади. Сийдикнинг умумий таҳлилида бактериурия бўлиши мумкин. Рентгенологик ва ультратовуш текшируви ташхисни аниқлашда катта ёрдам беради. Пиелонефритнинг олдини олиш учун сийдик йўлларидаги инфекция ўчоқларини бартараф этиш, организм қаршилик қобилиятини кучайтириш лозимдир.

Парҳез буюрилганда спиртли ичимликлар ичиш, ўткир таомлар истеъмол қилиш таъқиқланади. Сийдик хайдовчи ўтлар дамламалари, сабзавот, мевалар тайинланади. Овқат калорияли ва витаминларга бой бўлиб, ош тузи чекланади.

Касалликка қарши антибактериал препаратлар (пенициллин, гентамицин, левомецетин, 5-НОК), уроантисептиклар (нитрофуранлар, сульфаниламидлар) юрак гликозидлари, биостимуляторлар, фитотерапия буюрилади.

Сийдик йўллари инфекциясида эмпирик антибактериал терапия

(Яковлев С.В., 1995)

Ташхис	Қўшимча маълумот	Танлов препаратлари	Альтернатив препарат
Ўткир цистит	Сийдик йўллари бошқа касаллиги бўлмаганда	Ко-тримоксазол ёки амоксициллин	Ампициллин, цефалексин, цефуроксим аксетил, ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин,
Ўткир простатит		Ко-тримоксазол	Амоксициллин, норфлоксацин, цефалоспорин III, макролид

Сурункали простатит		Ципрофлоксацин, норфлоксацин	Офлоксацин, ко-тримоксазол
Ўткир асоратсиз пиелонефрит	Амбулатор касаллар	Амоксициллин, ко-тримоксазол	Цефуроксим аксетил ко-амоксиклав, доксициклин, фторхинолон
Ўткир асоратли пиелонефрит	Обструкция, азотемия, катетер	Цефуроксим нефуроксим аксетил	ко-амоксиклав, цефалоспорин III, ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин
Сурункали асоратланган пиелонефрит	Амбулатор касаллар	Цефуроксим, аксетил ёки ко-амоксиклав	Ко-тримоксазол, фторхинолон, цефалоспорин III
	Стационар бўлимдаги беморлар	Цефуроксим ёки ко-амоксиклав	Ко-триамоксиклав, ципрофлоксацин, офлоксацин, цефалоспорин III, гентамицин
	Реанимация	Цефтазидин ёки ципрофлоксацин	Офлоксацин, цефалоспорин III + аминогликозид, имипенем, меропенем, цефалоспорин II + амикацин, амикацин+ циперациллин ёки карбенициллин
Паранефрал абцесс	+ Пиелонефрит	Ципрофлоксацин ёки нефтазидин	Офлоксацин, + АГ цефалоспорин III
	+ Стафилококкли бактериемия	Оксацилин в/и 8-12 г/сут ёки цефуроксим	Ванкомицин, оксациллин + гентамицин

Беморларга минерал сувлар ичиш, санатория ва профилакторияларда бальнеологик ва физиотерапевтик даво тайинланади.

Буйрак-тош касаллиги. Тошлар ҳосил бўлишида, буйракларда моддалар алмашинувиининг бузилиши сабаб бўлади. Буйракдаги тошлар кўпинча рентгенологик текширувда тасодифан топилиши мумкин.

Касаллик белгилари қуйидагилардан иборат:

- Бел соҳасида симиллаб турадиган ёки қаттиқ оғриқлар, кўнгил айнаши, қайд қилиш, метеоризм, тана ҳароратининг ошиши, санчиқ пайтида микро- ва макрогематурия бўлиши, сийдик билан тузларнинг ёки тошларнинг чиқиши ва оғриқнинг тўхтаб қолиши;

- Сийдик чиқишининг камайиши, ҳатто анурияга етиши;

- Артериал босимнинг ошиши;

Буйрак санчиғида тўсатдан белда қаттиқ оғриқлар пайдо бўлиб, чов соҳасига, қоринга, ташқи жинсий органларга узатилиб туради.

Беморлар қаттиқ безовталанадилар. Санчиқ бир неча дақиқа, соат ёки кун мобайнида тутиб туриши мумкин. Кексаларда оғриқлар жуда кучли бўлмайди. Касалликни аниқлашда рентгенологик текшириш ёки УТТ кифоядир.

Буйрак-тош касаллигининг олдини олишда тўғри овқатланиш, ҳаракат режими, сийдик йўллари инфекциясининг олдини олиш тайинланади. Буйрак санчиғи маҳалида бемор 39-40⁰С иссиқ ваннага туширилади. Оғриққа қарши анальгетиклар, спазмолитиклар берилади. Майда тошлар ва қумларни суриб чиқариш мақсадида цистенал, фитолизин ишлатилади. Беморларга парҳез тайинланади. Минерал сувлар, санаторийларда даволаниш тавсия этилади.

Простата безининг аденомаси – эркакларда энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, кексаларнинг 82%да бу касаллик топилиши мумкин. Касаллик сабабини эндокрин назария билан тушунтириш мумкин. Чунки эркаклар климаксида жинсий фаолият сўниб боради, тухумлар фаолияти издан чиқади, простата безида ўсаётган аденоматоз тугунлар уни эзиб қўяди.

Қовуққа нисбатан аденома қовуқ ичида, қовуқ устида (ректал) ва диффуз жойлашиши мумкин.

Касаллик клиникасининг биринчи босқичида сийиш кўпроқ кечқурун тезлашади ва қийинлашади, сийдик оқими пасаяди. Бемор эрталаб кучаниб сяди. Бемор қаттиқ совқотганда, кўп ўтирганда, спиртли ичимликлар ичганда ўткир сийдик тугилиши мумкин.

Касалликнинг иккинчи босқичида сийиш анча қийинлашади. Бемор сийишни кучаниб бошлайди. Сийиш бир неча дақиқагача давом этади, сийдик оқими пасайиб, ҳатто томчилаб чиқади. Беморга сийишдан енгиллик бўлмайди,

50 мл ва ундан кўпроқ қолдиқ сийдик пайдо бўлади. Бу босқичда цистит, ўткир сийдик тутилиши пайдо бўлиши мумкин.

Касалликнинг бошланғич босқичида сийиш ҳар 10-15 дақиқада, бемор аввалига кечаси, кейин кундузи ҳам сийдик тута олмайди. Сийдик пуфагида сийдик тўпланиб, кенгайди ва парадоксал ишурия, яъни сийдик оқиб кетиши кузатилади. Беморлар аҳволи оғирлашади, ранги оқариб оғзи қуриydi, кўп чанқайди, сурункали буйрак етишмовчилиги авж олиши мумкин.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ СТРУКТУРАСИ

Терапевтик (61,2%)	Инфекцион яллиғланиш (29,3%)	Бошқалар (6,2%)	Хирургик (3,8%)
Юрак-қон томир (25,8%)	Ўткир хуружли Пиелонефрит (10,2%)	Нефрит ўткир бошланиш билан (2,7%)	Жароҳатдан кейинги СБЕ (27,9%)
ЎМИ (20,3%)	Ўткир пневмония (10,2%)	Буйрак ўткир миеломаси (1,4%)	Йирик томирлар- даги амалиёт (11,6%)
Ўткир инсулт мияда (4,8%)	Грипп, сарамас ва б, (6,2%)	Буйрак усти беzi амилоидози (0,7%)	Ёмон сифатли ўсмалар амалиёти (6,8%)
Аритмоген шок (0,7%)	Сепсис (2,7%)	Буйрак венаси тромбози (0,7%)	Бошқа амалиёт (9,5%)
		Гиповолемия (0,7%)	Ўт қопи, ошқозон ости беzi ўсмаси (6,2%)
			Қон кетиши (2,0%)

Кекса беморларни диспансер назоратидан ўтказиш ва касалликни эрта аниқлаш керак. Аденома диагностикасида сийиш жараёнининг анализи, безни бармоқ билан ректал текшириш, цистография, ультратовуш текшируви ёрдам беради. Мутахассислардан уролог кўриги зарур. Асосий даволаш усули бу аденомэктомия, яъни хирургик йўл билан аденома олиб ташланади.

Буйрак касалликларида шифобахш овқатланиш касалликнинг турига, босқичига, буйрак етишмовчилиги ва азотемия даражасига ва бошқа метаболик

ўзгаришларга қараб белгиланади. Бемор рациони тўла қийматли ва патогенетик асосланган бўлиши лозим. Унда етарли миқдорда витаминлар, минерал моддалар ва суюқликлар бўлиши керак. Хамма буйрак касалликларида ош тузи чекланади ва унинг миқдори касалликнинг характериға боғлиқ. Рациондаги туз миқдорининг қанча бўлиши буйрақлар экскретор функциясининг бузилиши даражасига ва қон айланиши етишмовчилигининг бор йуқлиғига қараб аниқланади.

Тузсиз нон, дрожжи солиб тайёрланган блинчик, сабзавотлар, ёғсиз шўрвалар, ёғсиз қуён, мол, бузоқ, балиқ, товуқ, курка, кўй гўшти, мевалар, соуслар, чой, суюқ кофе, шарбатлар, наъматак суви бериш мумкин. Туз солинган нон, кучли шўрвалар, балиқ шўрва, қайнатмай ковурилган гўшт, колбаса, сосиска, дудланган пишлок, дуккакли донлар, редиска, хрен, шпинат, шолғом, мурч, аччиқ кофе, шokolод, минерал сувлар бериш мумкин эмас.



5-боб бўйича саволлар

1. Сийдик ажратиш тизимида ёшга боғлиқ қандай ўзгаришлар кузатилади?
2. Кексаларда ўтқир ва сурункали гломерулонефрит ривожланишиға олиб келувчи сабабларни санаб беринг.
3. Кексаларда сурункали пиелонефритни даволашнинг асосий принциплари қандай?
4. Кексаларда буйрак тош касаллигини клиник кўриниши ва даволаш.
5. Кексаларда простата бези аденомаси клиник кўриниши ва даволашнинг ўзига хос хусусиятларини санаб беринг.
6. Сийдик ажратиш тизими касалликлари билан озриган беморлар учун овқатланиш рациони.

6-БОБ. ЭНДОКРИН ТИЗИМИ

1-МАВЗУ

ЭНДОКРИН ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексалар эндокрин тизимидаги ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар



Эндокрин системаси. Қарилқда эндокрин безларда атрофик ва склеротик ўзгаришлар пайдо бўлади, секретор функциялар пасаяди. Гипофизда базофил хужайралар сони кўпайиб, ацидофил хужайралар сони камайиб кетади. Бу хужайраларда ДНК миқдори камаяди, коллоид тўпланади.

Қалқонсимон безлар эпителиоцитларида ДНК миқдори камайиб кетади. Меъда ости безида деструктив ўзгаришлар оқибатида йирик оролчалар камайиб, майда оролчалар кўпайиб кетади. Хужайралар сони камайиб, қандли диабет ривожланиши мумкин. Стриопаллидар системада катехоламин алмашинувининг бузилиши паркинсонизмнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Қариш жараёнининг нейрогуморал механизми. Маълумки, қариш жараёни организмдаги барча функцияларнинг нейрогуморал бошқаруви бузилиши, моддалар алмашинувининг издан чиқиши, гипоталамо-лимбик системасининг дисфункцияси билан кечади. Организм қаришининг асосини моддалар алмашинувининг издан чиқиши ташкил этади. Қаришнинг бирламчи механизмлари генетик аппаратдаги силжишлар билан боғлиқ ҳолда кечади. Бунда нуклеин кислотаси концентрациясининг пасайиши кузатилади. Натижада оксиллар алмашинуви, ферментлар миқдори ва фаоллиги бузилади, энергия алмашинуви камайиб, кислороднинг тўқималарда ўзлаштирилиши прогрессив равишда пасаяди, тўқималар нафас олиши бузилади. Организмнинг нейрогуморал регуляциясидаги ёшга алоқадор ўзгаришлари қариш жараёнининг асосини ташкил этади. Натижада организмда моддалар алмашинуви ва хужайралар функцияси ишдан чиқади. Қарилқ билан кечадиган атеросклероз оқибатида беморнинг рухий ва эмоционал дунёсида ўзига хос белгилар намоён бўлади: невроз, лақмалик, эзмалик, хотиранинг пасайиши, насиҳатгўйлик. Гипоталамус функциясининг издан чиқиши гомеостазнинг бузилишига олиб келади.

Ёш улғайган сари ички секреция безлари, жинсий безлар фаолияти сўна бошлайди. Жинсий безлар фаолияти климактерик даврда аёлларда 45-55 ёшларда, эркекларда 55-65 ёшлардан сўнади. Гормонал аппаратдаги жадал ўзгаришлар 45-68 ёшларга тўғри келиб, қариш жараёни кечишига таъсир қилади.

1-МАБЗУ


ЭНДОКРИН ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўқув мақсади

Талабаларда кексаларда кўп учрайдиган эндокрин тизими касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар

 **Гипотиреоз** – қалқонсимон без етишмовчилиги синдроми, кўпроқ аёлларда 50 ёшдан кейин кузатилади. Касаллик белгиларига юзининг салқинлиги, лабларининг қалинлашганлиги, лоқайдлик, тана хароратининг пасайиши, терини қуруқлашиши, сочларнинг тўкилиши, овознинг бўғилиши, эшитиш, таъм билишнинг пасайиши, тишларнинг тўкилиши киради. Беморлар бўшаган, уйқучан, бефарқ бўлиб қоладилар. Бу касаллик атеросклероз жараёнини тезлаштиради. Тапхисни аниқлашда қалқонсимон без УТТи ёрдам беради. Касалликни даволашда тироидин, трийодтиронин гидрохлорид, L-тироксин, витаминлар, симптоматик воситалар қўлланилади. Ҳамшира беморни алоҳида парваришлаши, овқатлантириши, ювинтириши керак. Беморлар доимий диспансер кузатувида бўладилар.

Диффуз токсик бўқоқ кўпроқ 45-65 ёшли аёлларда учрайди. Клиникасидаги белгилар кам инфодаланади, кўпроқ беморларни беҳоллик, дармонсизлик, соч тўкилиши, ич кетиши, тери қичиши безовта қилади. Юрак томир ва асаб системасидаги органик ўзгаришлар тез ривожланади. Диагнозни аниқлашга эндокринолог кўриги ва қалқонсимон без УТТи ёрдам беради.

Касалликни давосида нохуш омиллар, руҳий зўриқишни бартараф этиш, меҳнат ва турмуш режимини тартибга солиш тавсия этилади. Юрак томир воситалари, тинчлантирувчи ва тиреостатик воситалар тайинланади. Хирург кўрсатмаси бўлганда оператив даво ўтказилади. Касалликнинг оғир формаларида бемор тиббий ходимларнинг доимий назоратида бўлиши шарт.

Қандли диабет – кексаларда кўп учрайдиган касаллик бўлиб, барча диабетик беморларнинг 80% 40 ёшдан ошган беморлар бўлса, 50% 50 ёшдан ошган

беморлардир. Қандли диабетнинг пайдо бўлишида ирсий омиллар, инфекция, руҳий травмалар, семириш сабаб бўлади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг кўрсатмасига биноан, 65 ёшдан ошган беморларда учрайдиган бу касаллик «Қарилик диабети» деб аталади. Қандли диабет кўпинча семизлик билан бирга кечади. Семизликда қандли диабет тана оғирлиги нормал бўлган беморларга қараганда 4 марта кўпроқ учрайди.

Қандли диабетда инсулин етишмовчилиги оқибатида углевод, липид, оксил, витамин, сув-туз алмашинуви бузилади. Нормада қонда глюкоза миқдори 3,34-5,55 ммоль бўлади. Касаллик клиникаси оғирлигига қараб қандли диабет енгил, ўртача оғир ва оғир турларга бўлинади.

Енгил турида – қонда глюкоза миқдори 7,77 ммоль/л гача бўлиб, бунда парҳез ва углеводларни чеклаш билан кифояланилади.

Ўртача оғир турида – глюкоза миқдори 12,21 ммоль/л гача бўлиб, қунига 20-60 ТБда инсулин, парҳез билан қанд пасайтирувчи сульфаниламид препаратлари тайинланади.

Оғир турида –қонда глюкоза миқдори 12,21 ммоль/л дан ортиқ бўлиб, катта дозаларда инсулинотерапия ўтказилади.

Ёши улуг ва кекса кишиларда қандли диабет белгилари аниқ ифодаланмайди. Бу эса касалликни эрта диагностика қилишни кечиктиради.

Кексаларда бу касалликнинг ўзига хос хусусиятлари тана оғирлигининг пасайиши, кўп сийиш, тери кичишиши, йирингли касалликларнинг пайдо бўлиши ҳисобланади. Кексалар иммунитети пасайганлиги сабабли диабетик беморларда пневмония, ўткир респиратор касалликлар оғирроқ кечади. Айниқса туберкулёз касаллиги бундай беморларда тез ривожланади.

Парҳез билан даволаш касалликнинг барча турларида буюрилади. Углеводлар миқдори чекланиб етарли миқдорда оксиллар ва ёғлар тавсия этилади (9 сонли парҳез). Суткалик рационда углеводлар – 5%, оксиллар – 20%, ёғлар – 30%ни ташкил этади. Инсулин билан даволашда гипогликемияга йўл қўймаслик керак. Қондаги қанд миқдорини пасайтиришда перорал препаратлардан сульфаниламидлар ва бигуанидлар ишлатилади: бутамид, цикламид, бикарбон, глибенкламид, адебит,диабетон,сиафор. Бунда қондаги лейкоцитлар ва тромбоцитлар сони кузатилиб борилиши керак.

Қандли диабетнинг асоратларидан гипогликемик кома бўлиб, инсулин миқдорини ошириб юборилганда ривожланади. Комага тушган беморлар зудлик билан реанимация бўлимига ётқизилиши шарт. Беморда ҳолсизланиш, бўшашиш, калтираш, совуқ тер босиш, очлик, бош оғриги, безовталиқ кузатилади. Бундай ҳолатда дарҳол ширин чой, печенье, булочка, конфет берилади, венадан 50 мл - 40%ли глюкоза эритмаси юборилади.

Диабетик комада юбориладиган инсулин миқдори етарлича бўлмаса, моддалар алмашинуви чуқур издан чиқиб, қонда кетон таналари тўпланиб қолади. Беморда бўшашиш, апатия, уйқучанлик, кўнгил айниш, қайт қилиш, чанқаш, иштаҳанинг йўқолиши кузатилади, оғиздан ацетон ҳиди келиб, одам ҳушдан кетади. Диабетик комада 100 ТБ да инсулин, организмнинг сувсизланишига қарши изотоник натрий хлор эритмаси ва витаминлар юборилади.

Қандли диабет билан оғриган беморлар доимий диспансер кузатувида турадлар. Шифокор ва ҳамшира беморнинг қони ва сийдигидаги глюкоза миқдорини мунтазам текшириб бориши керак.

Семизлик – турли тўқима ва органларнинг ёғ босиши бўлиб, эрта қаришнинг муҳим омилларидан бири ҳисобланади. Кексаларда семизликка мойиллик бўлиб, бунга энергиянинг сарф қилиши ва моддалар алмашинувининг пасайиши сабаб бўлади. Семизлик кам ҳаракатдан, ортиқча овқат истемол қилиш, ирсий омил оқибатида ҳам юзага келиши мумкин.

Семизликнинг 3 та даражаси тафовут қилинади:

I даража – бунда тана оғирлиги 20-30%га,

II даража – бунда тана оғирлиги 31-40%га,

III даража – бунда тана оғирлиги 40% дан юқорига ортиб кетади.

Беморларни нафас қисиши, хансираш, бош оғриқлари, уйқучанлик, қабзият безовта қилади. Тез-тез ва қаттиқ очлик ҳисси пайдо бўлиб қалтираш юзага келиши, ҳамда бўшашиб, овқат истеъмол қилгач эса, бу белгилар йўқолиши мумкин. Қонда холестерин, триглицеридлар миқдори ортади. Беморлар эндокринолог текширувидан ўтиши зарур.

Семизликни даволашда энгиллаштирувчи парҳез тавсия қилинади. Ҳаракат фаоллигини ошириш, сув муолажалари, калорияси паст овқатларларни истеъмол қилиш, иштаҳани пасайтирувчи моддаларни қабул қилиш мақсадга мувофиқдир. Қабзиятни олдини олиш учун сабзавот ва мевалар, сурғи дорилари тайинланади.

Патологик климакс. Климактерик давр – эркак ва аёллар учун хос бўлган қариш жараёнининг муҳим босқичидир. Бу давр гипоталамус олий вегетатив марказнинг ёшга алоқадор ўзгаришлари, яъни гипофиз ва тухумдон циклик гонадотроп фаолиятининг бузилиши, аёлларда овуляция ва репродуктив қобилятнинг тугаши, эркакларда гонадалар функциясининг пасайиши билан характерланади. Эркак ва аёлларда физиологик климакс физиологик қариш жараёнида рўй беради.

Климакснинг патологик кечишига бошдан кечирилган инфекцион ва травматик касалликлар, руҳий травмалар, турмуш ва меҳнат шароитларининг етар-

лича эмаслиги сабаб бўлиши мумкин. Патологик климакс эса ўз навбатида эрта қаришга олиб келади.

Эркакларда патологик климакс климактерик синдром ва эрта климакс каби асоратларни олиб келиши мумкин. Аёлларда эса эрта ёки кечиккан климакс, климактерик синдром, бачадондан дисфункционал қон кетиши каби асоратларни бериши мумкин.

Эркак ва аёлларда климакс белгилари 45 ёшдан олдин пайдо бўлса, эрта климакс ҳисобланади. Кечиккан климакс аёлларда 55 ёшдан кейин, эркакларда 60 ёшдан кейин ривожланади.

Эрта пайдо бўлган климакс оғирроқ кечиб, даволаш бирмунча кийин бўлади. Аёлларда бўладиган кечки климакс постменструал қон кетишлар, метрит, бачадон ўсмалари, эндометрит оқибатида рўй бериши мумкин. Шунингдек, асаб, психик, юрак, қон-томир ва эндокрин касалликларида ҳам патологик климакс кузатилади. Патологик климаксда биринчи ўринга юрак ва қон-томирларга алоқадор бўлган симптомлар юзага чиқади. Булар гипертония, тахикардия, мигрен, кўп терлаш, парестезиялар, юрак соҳасида оғриқлар, бирданига қизиб кетиш ҳолатларидир. Психоневрологик ўзгаришлар эса асабийлашиш, уйқусизлик, тез чарчаш, депрессия, йиғлокилик, кўркувда ифодаланади.

Патологик климаксни даволаш комплекс тарзда олиб борилади. Тинчлантирувчи, седатив воситалар кичик дозаларда тайинланади (бромидлар, триоксазин, рудотель, седуксен ва ҳоказолар). Вегетотроп воситалардан белласпон, беллатаминал берилади. Нейровегетатив дистонияда пантокрин, женьшень, фитин, витаминлар тайинланади.

Агарда простата безининг аденомаси ва артериал босим юқори бўлса, гормонал воситалардан метилтестостерон (5 мг) 1-2 таблеткадан 3 маҳал тил остига 1 ой давомида қўллаш тавсия этилади.

Аёлларда эса климактерин препаратини кунига 3 маҳал 1-2 дражедан овқатдан 1 соат кейин 1 ой ичилади. Даволашнинг умумий тадбирларидан фаол ҳаракатланиш, рационал овқатланиш, жисмоний тарбия, физиотерапевтик муолажалар, ванналар яхши натижа беради.

Подагра – моддалар алмашинуви касалликларига кириб, бунда сийдик кислотаси алмашинуви бузилади. Бу касалликда бўғимларда сийдик кислотаси тўпланиб, уларда яллиғланиш, деструктив – склеротик ўзгаришлар келтириб чиқаради ва сурункали кечишга ўтади. Сийдик кислотаси қонда ортиқча тўпланиб буйрақларда ҳам йиғилиши мумкин. Спиртли ичимликлар, гўшти таомлар, творог, балиқни кўп истеъмол қилиш эса подагра касаллигининг авж олишига сабабчи бўлади.

Касаллик кўл ёки оёқ бўғимларида, панжаларда каттик огрик билан, бўғимларнинг шишиб кетиши ва қизариши, тана ҳароратининг кўтарилиши билан намоён бўлади. Касаллик узоқ вақт тез-тез хуруж билан давом этиб бўғимларни деформацияга учратади. Касалликнинг диагностикаси ва дифференциал диагнозида қонда сийдик кислотаси миқдорини текшириш, бўғинлар рентгенографияси яхши ёрдам беради. Даволаш жараёнида беморларга парҳез буюрилади. Гўшт маҳсулотлари, нўхат, ловия, ширинликларни истеъмол қилиш таъқиқланади. Ишкорий минерал сувлар ичиб туриш, массаж, иссиқлик, гимнастика, курортларда даволаниш маслаҳат берилади.

Буғдой ва жайдари ундан нон, ҳар хил сабзавотлардан, ёрмалардан тайёрланганга кучсиз, ёғсиз шўрвалар, ёғсиз сут-қатик, тухум, салатлар, меъвалар истеъмол қилиш мумкин. Ёғли, дудланган гўшт, тузланма, узум, банан, анжир, майонез, зираворлар, узум шарбати, какао, гўшт ва думба ёғлари мумкин эмас. Дорилар билан даволаш ревматолог билан бирга олиб борилади.



6-боб бўйича саволлар

1. Эндокрин тизимида ёшга боғлиқ қандай ўзгаришлар кузатилади?
2. Кексаларда моддалар алмасуви билан боғлиқ касалликларнинг ривожланишига олиб келувчи сабабларни санаб беринг.
3. Кексаларда гипотиреозни клиник кўриниши, таъхислаш, даволаш.
4. Кексаларда қандли диабет касаллигини клиник кўриниши ва даволаш.
5. Кексаларда семизликнинг клиник кўриниши ва даволашнинг ўзига хос хусусиятларини санаб беринг.
6. Кексаларда подагра ни даволашни асосий принциплари қандай?
7. Эндокрин тизими касалликлари билан огрикган беморлар учун овқатланиш рақциони.

1-МАВЗУ

ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларда кексалар таянч-ҳаракат тизимидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштириш.



Асосий маълумотлар



Таянч-ҳаракат апаратининг суяк ва тоғай тўқималари ҳамда бойламларида ёш ўтиши билан дистрофик-деструктив ўзгаришлар, остеопорозлар пайдо бўлади. Суяк-тоғай апаратининг қариш жараёни одам бўйининг пасайиши билан ифодаланади. Бунга умуртка поғонасининг эгилиши, умурткалараро дискнинг ва суяк тоғайларининг юққалашуви сабаб бўлади. Суяк ва бўғимларда остеопороз, остеохондроз ва атрофик ўзгаришлар содир бўлади.

2-МАВЗУ

ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўқув мақсади

Талабаларда кексалар таянч-ҳаракат тизимида кўп учрайдиган касалликлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштиради.



Асосий маълумотлар



Остеопороз жараёнида суяк тўқимасида рўй берадиган дистрофик ўзгаришлар ҳар 10 йилликларда ортиб бораверади. Суякнинг мустаҳкамлиги ва турли чўзилишлар, эгилишлар, қисилишларга чидамлилиги пасаяди, шунинг учун кексаларда суяк синиши кўп кузатилади. 60 ёшли кишиларда барча синиқларнинг ярмидан кўпида сон суягининг бўйинчаси синади.

Остеохондроз. Умуртка остеохондрози – умурткалараро дисklarнинг дистрофик-деструктив ўзгаришлари оқибатида келиб чиқади. Гериатрик

беморларнинг 95-98%ида бу касаллик учрайди. Дискнинг лиқилдоксимон яраси жуда кисилган бўлиб, доимо кенгайишга ҳаракат қилади, умуртқаларнинг танасига тушадиган зарбларни билингирмайди. Фиброз ҳалқалари ва гиалин пластинкаларда ёриқлар ва узилишлар пайдо бўлади. Дискдаги бу деструктив ўзгаришлар оқибатида умуртқалараро оралиқ камгаки торайиб қолади.

Бел-думгаза остеохондрози – клиникасида люмбаго ёки люмбалгия, яъни тўсатдан бел соҳасидаги қаттиқ оғриқни пайдо бўлиши, бу оғриққа оёқ оғриғи қўшилиши мумкин. Оғриқлар юрганда, киши йўталганда, акса урганда зўраяди. Умуртқа поғонаси ён томонга қараб қийшайиб қолади. Ласег симптоми текширилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади. Умуртқа поғонаси рентгенограммасида диагноз тасдиқланади.

Бўйин остеохондрозида елка камари ва қўлларда оғриқлар кузатилади.

Остеохондроз билан оғриган беморлар ўрин-боши қаттиқ бўлиши керак, беморга оғриқ қолдирувчи дорилар, спазмолитиклар, витаминлар буюрилади. Новокаин билан паравертебрал блокадалар қилиш мумкин. Физиотерапевтик муолажалардан диадинамик тоқлар, ультратовуш, новокаин билан электрофорез буюрилади. Водород сульфидли ва родонли ванналар, массаж тавсия этилади.

Деформацияловчи остеоартроз – асосан ёши улуг ва кекса одамларда учрайдиган касалликдир. Бу касалликда бўғимларда дегенератив ва деструктив ўзгаришлар ривожланади, натижада бўғимлар функцияси ишдан чиқади. Одамнинг семириб кетиши, бўғимлар травмаси остеоартрозни пайдо бўлиши сабабларидандир. Бўғим тоғайи юпқалашади, ёрилади, остеофитлар ва суяк ўсиқлари пайдо бўлади. Касаллик секин-аста ривожланади. Беморлар бўғимларда оғриқ, қарсиллашидан шикоят қиладилар. Бўғимлар ҳаракати қийинлашади, агар оёқ бўғимда бўлса, бемор оксоқланиб юради. Рентгенологик текширув ўтказилганда суякни бўртиб чиқиб қолгани, остеофитлар, остеопороз топилади.

Даволаш мақсадида анальгетиклар, реопирин, ибупрофен, диклоберл индометацин буюрилади. В группа витаминлар, электрофорез, балчик ва сув муолажалари тавсия этилади.

Товон шпоралари – буларга ахиллов пайи ёки оёқ қафти узун пайининг товон суягига бирлашган жойида тикон каби пайдо бўладиган суяк ўсиқлари киради. Бу кексаларнинг 75-80%ида учрайди. Шпораларнинг пайдо бўлишига сурункали травмалар, умуртқалар остеохондрози, ревматизм, бўғимларга доимий статик ва динамик юк тушиши сабаб бўлади. Касаллик клиникасида товонда оғриқлар, оксоқланиш кузатилади, болдир-товон бўғимида ҳаракатлар чекланиб қолади, беморнинг юриши ўзгариб, қийинлашиб қолади.

Шпораларни рентгенологик текширувда аниқлаш осон. Касалликни даволашда анальгетиклар, спазмолитиклар, томир кенгайтирувчи воситалар буюрилади. Товон юзасига 4-5 мл 2%ли новокаин билан блокадалар қилиш оғриқларни камайтиради. Физотерапевтик муолажалардан новокаинли электрофорез, гидротерапия, массаж, бадантарбия қилиш тавсия қилинади.



7-бобга доир саволлар

1. Таянч-ҳаракат тизимида ёшга боғлиқ қандай ўзгаришлар кузатилади?
2. Шакл бузувчи остеоартрозни ривожланишига олиб келадиган асосий сабабларни санаб беринг.
3. Кексаларда ностероид яллиғланишига қарши препаратларни ножўя таъсирини айтинг.
4. Кексаларда остеохондрозни клиник кўриниши ва даволашнинг ўзига хос хусусиятларини санаб беринг.
5. Кексаларда остеопороздаги парҳезни таърифлаб беринг

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексалар асаб тизимидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштиради.



Асосий маълумотлар

Асаб системаси. Организм қариши давомида мия оғирлиги камаяди, пушталар юққалашади, эгатчалар кенгайди, мия қоринчаларининг бўшлиқлари катталашади, нейронларда дистрофик ва атрофик ўзгаришлар рўй беради. Марказий нерв системасидаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар оқибатида қариллик белгилари намоён бўлади ва психикада, олий нерв фаолиятида, ақлий ва жисмоний қобилиятнинг пасайиши, организм ички фаолияти бузилиши, хотира пасайиши кузатилади.

И.П. Павловнинг фикрича, қарилликда миядаги кўзгалиш ва тормозланиш жараёнларининг бир-бири билан алмашилиши сулшлашади, шартли рефлекслар пайдо бўлиши қийинлашади. Шартсиз рефлекслар характери ҳам ўзгаради, анализаторлар фаолияти пасаяди.

Психика. Қарилликда инсон рухий фаолиятида билиш, идрок, фикр қилиш, тафаккур, эмоциялар пасаяди. Ёшга алоқадор ўзгаришлар, яъни моддалар алмашинувининг бузилиши, жинсий безлар функциясининг сусайиши, эндокрин мувозанатнинг бузилишидан психоз ривожланиши мумкин. Беморлар кўнглида хавотирланиш, безовталаниш, бесаранжомлик, васваса пайдо бўлиб, секин-аста ақл пастлик ривожланади, ўз жонига суиқасд қилиш ҳоллари кузатилиши мумкин.

Ёш ўтиши билан организмнинг олий нерв фаолиятининг асосий жараёнларида ўзгариш кузатилади. Бу ўзгаришлар кексаларда меҳнатга лаёқатининг пасайишида, уйқунинг бузилишида, диққат ва хотиранинг пасайишида намоён бўлади. Бош мия томирлари касалликлари ёш ўтиши билан кўпайиб боради. 60 ва ундан катта ёшдаги беморларда мия инсульти ёшроқ беморларга қараганда 17 марта кўпроқ учрайди, чунки мия томирларида атеросклеротик ўзгаришлар ривожланади.

Организм қариши давомида мия оғирлиги камаяди, пушталар юққалашади, эгатчалар кенгайди, мия қоринчалари бўшлиқлари катталашади, нейронларда дистрофик ва атрофик ўзгаришлар рўй беради.

Ўқув мақсади

Талабаларда кексалар асаб тизимидаги кўп учрайдиган асаб тизими касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштиради.



Асосий маълумотлар



Атеросклеротик энцефалопатияда бош мия томирлари атеросклероз оқибатида торайиб, мия тўқимасининг озикланиши ва кислород билан таъминланиши издан чиқарилади, натижада бош мияда қон айланиши бузилиши кузатилади.

Касаллик клиник манзарасида бош оғриғи, бош айланиши, қулоқ шангиллаши, тажанглик, тез чарчаш, уйқу ва хотиранинг бузилиши, панжалар тремори кузатилади. Беморлар хаёли паришон бўлиб қолади, яқинда бўлиб ўтган воқеаларни эслаб қолиши қийинлашади. Беморлар борган сари кўнгли бўш бўлиб, салга йиғлайверади, аста-секин ақл пастлик манзараси пайдо бўлади, фаҳм-фаросат камаяди. Баъзи ҳолларда атеросклеротик маразм белгилари пайдо бўлади. Атеросклероз туфайли депрессия, паркинсонизм, эпилепсия тутқаноқлари кузатилиши мумкин. Ташхисни аниқлашда клиник-инструментал (ЭЭГ, КТ) текширувлар натижалари муҳимдир.

Касалликни даволашда – бош мияда қон айланишини яхшилаш учун кавинтон, эуфиллин, ксантинол, циннаризин, қон ивишига таъсир этадиган гепарин, эскузан, неодикумарин, тўқима метаболизмини нормаллаштирувчи аминалон, пирацетам, глутамин кислотаси, декамевит, ундевит ва фермент препаратлари тайинланади. Касаллик симптомларига қараб антидепрессант, тутқаноққа ва паркинсонизмга қарши препаратлар кўшимча тайинланади.

Касаллик профилактикасида меҳнат ва дам олиш режимида қаттиқ амал қилиш, уйқуни нормаллаштириш, тоза ҳавода сайр қилиш, ванналар қабул қилиш керак.

Овқатлар ўсимлик ва сўт маҳсулотларидан тайёрлангани маъқул, спиртли ичимликларни ичиш ва чекишга барҳам берилиши лозим. Беморлар мунтазам диспансер назоратида бўлмоғи зарур.

Мияда қон айланишининг бузилиши. Бу касаллик ёш ўтиши билан кўпроқ учрайди.

Мияда қон айланишининг бузилиш турлари орасида органик ва ўткинчи ўзгаришлар фарқ қилинади.

Инсулт бўлганда ёки мияга қон қуйилганда қоннинг қайси жойга қуйилганлигини ёки миянинг қайси жойи юмшаб қолганини, яъни инсултнинг геморрагик ёки ишемик эканлигини аниқ билиш керак. Бош мияга қон қуйилишига кўп ҳолларда гипертония касаллиги сабаб бўлади. Атеросклероз оқибатида эса қон қуйилиши камроқ бўлади. Мия томирлари атеросклерозида мияда юмшаш кузатилади. Мияда қон айланиши кўпинча артериал босимнинг юқори кўтарилишига олиб келадиган руҳий изтироб, жисмоний зўриқишдан кейин бузилади. Мияга қон қуйилганда бемор тўсатдан коматоз ҳолатига тушиб қолади, гемипарез, юз ассимметрияси, мускулар тонусининг кучайиши, афазия, патологик рефлекслар кузатилади.

Гемипарезда беморлар Вернике – Манн ҳолатида юрадилар, бунда қўли гавдасига яқинлаштирилган бўлиб, тирсак ва билак-кафт бўғимларида букилган, бармоқлари мушт қилиб тугилган, оёғи барча бўғимларда ёзилган бўлади.

Ишемик инсулт бош миядаги бирор бир томирнинг тромбози, эмболияси натижасида юзага келиши мумкин.

Ишемик инсулт кекса одамда кўпроқ учрайди. Касаллик аста-секин ривожланади, аввалига бош оғриғи, бош айланиши, қўз олди қоронғилашиши пайдо бўлади. Одам қарахт бўлиб, эс-хуши жойида бўлмай қолади. Артериал босим пасайиб, ранги оқариб кетади. Аста-секин гемипарез ва нутқнинг бузилиши ҳам пайдо бўлади.

Мияда қон айланишининг ўтиб кетувчи бузилишлари мия инсультига қараганда кўпроқ учрайди. Бу бузилишлар тўсатдан пайдо бўлиб, бир неча дақиқадан 24 соатгача чўзилади. Бу касаллик бош мия томирининг тортишиб, торайиб, спазмга учраши натижасида келиб чиқади. Бу ўткинчи бузилишлар инсултдан олдин келадиган хабарчилар бўлиши мумкин.

Асосан у клиникасида бош оғриқлари, бош айланиши, кўнгил айниши, қарахтлик ва ўчоқларга алоқадор симптомлар, парестезиялар, сон нерви тармоғининг, тил ости нервининг парези билан, афазия кўринишидаги ўтиб кетадиган нутқ камчиликлари билан ифодаланиши мумкин.

Мияда қон айланишининг бузилганида инсулт характеридан қатъи назар, беморларга 10 мл 2,4%ли эуфиллин эритмаси билан 10 мл 40%ли глюкоза эритмаси венадан юборилади, бу томирлар спазмини, бош миядаги шишини камайтиради.

Дегидратацияловчи препаратлардан магний сульфат, лазикс, маннитол берилади. Агар артериал босим баланд бўлса, гипотензив воситалар, юрак фаолиятини яхшилаш учун кордиамин, строфантин, коллапсда мезатон, норадреналин,

фибринолитик препаратлар, томир кенгайтирувчи воситалар тайинланади, гипостатик пневмониянинг олдини олиш мақсадида антибиотиклар буюрилади.

Беморлар тинч ётқизилади, боши ёстикдан баландроқ кўтариб қўйилади, оғиздаги протезлар олиб ташланади.

Гериатрик беморлар реабилитациясида ўзига хос хусусиятлар мавжуд:

1 Асаб, юрак-томир ва бошқа системалардаги ёшга алоқадор ўзгаришлар мавжудлиги, мослашиш қобилияти ва трофиканинг чекланганлиги.

2 Биргаликда даволаниш талаб қиладиган йўлдош касалликларнинг бўлиши;

3 Кексалар психик фаолиятининг инертлиги.

Шуларни ҳисобга олган ҳолда реабилитация режалаштирилади.

Паркинсонизм. Паркинсон касаллиги – кексаларда кўп учрайдиган асаб системасининг органик бузилишидир.

Паркинсонизм мия томирлари атеросклерози оқибатида вужудга келиши мумкин. Касаллик клиникасига қараб 3 та босқичга бўлинади:

1-босқичда – бемор кам ҳаракат бўлиб қолади, қўл ва оёқларида титраш кузатилади.

2-босқичда – мускуллар тонуси аста-секин кучайиб боради, қўл ва оёқларда доимий титраш кўзга ташланади, меҳнат қобилияти чекланади, беморлар юриши ўзгаради.

3-босқичда – одам сусткаш, кам ҳаракатли бўлади, мускуллар ригидлиги кузатилади, мимикаси кам ифодаланади, юзи никобга ўхшаган кўринишга кириб, қотиб қолгандек бўлиб туради. Юз териси ёғли бўлади, узок вақт ҳолатини ўзгартирмай ўтиравериши мумкин, юрганда қўллари ҳаракат қилмайди. Танасини тутиши ғалати бўлади, гавдаси олдинга букилиб, энгашиб туради, майда кадам ташлаб юради. Нутқи секинлашиб, овози пасайиб қолади. Беморлар шилқим бўлиб қоладилар, ахлоқсиз ҳаракатлар қилишга мойил бўладилар. Беморларга невропатолог маслаҳати лозим.

Касалликни даволашда паркинсонизмга қарши катехоламинлар алмашинувини нормаллаштирувчи препаратлар буюрилади: леводона, мадопар, наком. Умумий даво учун витаминлар, анаболик стероидлар, биостимуляторлар қўлланилади. Енгил ҳазм бўладиган парҳез овқатлари буюрилади. Бемор доимий невропатолог ва ҳамшира кузатувида бўлади.

Гернатрик беморлар рухий фаолиятидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар ва касалликлари (психозлар)

Одамнинг ёши ошган сари пайдо бўладиган рухий касалликлар жинсий безлар функциясининг сусайиши, моддалар алмашинувининг пасайиши оқибатида рўй беради.

Инвалюцион психозлар 2 га бўлинади:

- пресенил психозлар 45-60 ёшларда учрайди;
- сенил психозлар 60-65 ёшлардан кейин бошланади.

Пресенил психозлар клиникасида хавотирликка тушиш асосий ўринни эгаллайди. Беморларда хавотирланиш ҳисси пайдо бўлади, ўзларини кўп айблайверади.

Касаллик симптомларидан қайси бири устун туришига қараб параноид, пресенил истерия фарқ қилинади. Пресенил депрессия бошланишидан олдин кўпинча қандайдир кўнгилсиз ходисалар бўлиб ўтади. Касаллик манзараси депрессия, хавотирга тушиш, қўзғалиб безовталаниш, бесарамжон бўлишдан иборат. Беморларда уйку бузилади, иштаҳа пасаяди, улар озиб кетадилар. Кўпинча суицидал фикрлар ва уринишлар содир бўлади. Касаллик бир неча йиллар давом этиши мумкин.

Пресенил параноиднинг клиникасида конкрет шарт-шароитда, уйда, ишда рўй берган кўнгилсизлик оқибатида васвасали ҳаяжонланиш пайдо бўлади. Беморлар «атрофдагилар менга ғалати муносабатда бўляпти», – деб хисоблайдилар, шубҳаланаверадилар, рашк ўтида ёнадилар. Бу касаллик пресенил депрессияга қараганда оғирроқ ва узоқроқ кечади.

Пресенил истерия – кўпинча аёлларда пайдо бўлади, бекарор бўлиб, арзимас сабабдан ғазабланиб, тажанг бўлаверади.

Беморлар томоғига бир нима тикилиб қолгандай бўлганини айтади, бадаида ёқимсиз ҳид борлигидан нолийдилар. Кўпинча истерия тутқаноқлари, қўлоёқлар функционал парестезиялари кузатилади.

Давосида беморлар албатта психатрия стационалига ётқизилади, психотерапия ўтказилади. Бундай беморларга алоҳида эътиборда бўлиш керак, чунки уларда суицидал уринишлар бўлиши мумкин. Дори воситаларидан аминазин, амитриптилин, галоперидол, триоксазин, элениум буюрилади. Беморларни умумий ҳолатига эътибор бериб, овқатлантириш ва кийинишида ёрдам бериш лозим.

Сенил психозлар пайдо бўлишининг сабаби бош мия пўстлоғидаги нерв хужайраларининг атрофияси бўлиб, унинг натижасида ақли пастлик ривожланади. Беморларда аввалига хотира пасаяди, ҳатто яқин кишилари номларини эслан чиқариб қўядилар. Бундай беморлар ҳақиқатда ҳеч қачон бўлмаган ҳодисалар тўғрисида гапирдилар, ўз аҳволига танқид билан қарашмайди, ўғридан кўрқиш, зиён кўриш васвасаси бундай беморлар учун характерлидир. Беморлар ўз нарсаларини беркитиб қўйишади, аммо кейин топа олмайдилар, биров ўғирлаб қўйди, деб ўйлайдилар. Улар кўпинча кераксиз нарсаларни йиғиб юрадилар, ўз кийим-кечагини тугиб ушлаб юрадилар. Улар бетартиб овқатланаверадилар, искирт бўлиб қоладилар. Яқин кишиларнинг тақдири уларни қизиқтирмайди.

Касалликни даволашда симптоматик даво, уйқусизликда ухлатувчи дорилар тавсия этилади.

Кексаларда бўладиган ятрогениялар – бу психоген касалликнинг бир тури бўлиб, тиббиёт ходимларининг беморга бўлган нотўғри муомаласи оқибатида ипохондрик, депрессив реакциялар ривожланади. Бемор билан суҳбатлашганда унинг саломатлиги тўғрисида ҳамиша эҳтиёт бўлиб гапириш керак. Бемор нотўғри хулоса чиқариб олиши мумкин бўлган турли терминларни ишлатиш тавсия этилмайди. Кўпинча беморлар касаллик диагнози тўғрисидаги гапларга диққат билан қулоқ соладилар. Улар саломатлигига зиён келтириши мумкин бўлган хулосалар чиқариб олишларини ҳамиша ёдда тутиш керак. Кексалар кўпроқ сексуал қобилиятининг пасайиши ёки йўқолиши каби шикоятлари, саволлари билан турли мутахассисларга мурожаат қилаверадилар. Бундай беморлар билан суҳбатлашганда уларни сабр-тоқат билан тинглаб, тинчлантириб, керакли маслаҳат ва муолажалани тавсия қилиш зарур.



8-бобга доир саволлар



1. *Инсон психологик фаолиятида ёшга bogлиқ қандай ўзгаришлар содир бўлади?*
2. *Кекса ва қарияларда Паркинсон касаллигининг асосий қўриниши.*
3. *Функционал психозларни асосий қўринишлари.*
4. *Юқоридаги ҳолатларда шифокор ва ҳамшираларнинг мақсад ва иш режаси қандай бўлиши керак?*

КЎРИШ ТИЗИМИДАГИ ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларда кексалар кўриш тизимидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштиради.



Асосий маълумотлар



Кўз тўкималарида бошқа органларга ўхшаб, қариш жараёнида ўзгаришлар кузатилади. Кўп ҳолларда бу ўзгаришларни физиологик қариш ёки баъзи бир касалликлар натижаси эканлигини ажратиш мумкин. Физиологик касаллик натижасидаги ёки геронтологик ва гериатрик ўзгаришлар ўртасидаги чегара шартли равишда белгиланади. Кўп кўз касалликлари қарилик жараёнида бутун организмнинг умумий ҳолатига боғлиқ бўлади, яъни метаболик ўзгаришлар, эндокрин системасидаги ўзгаришлар ва бошқаларга.

Баъзида эрта қариш жараёнида кўздаги гериатрик ўзгаришлар эртароқ бошланади. Ёшга алоқадор ўзгаришлардан қуйидагилар кузатилади. Булар кўз гавҳарининг деформацияси, аккомодациянинг бузилиши, 40 ёшга бориб кўз гавҳарининг эластиклиги камайиб бориши. Кўз гавҳари нечоғлиқ кам эластик ва қаттиқ бўлиб қолса, ўз эгрилигини шунча кам ўзгартира оладиган бўлиб қолади. Демак ёш катталашиб борган сари энг яқиндан аниқ кўриш нуқтаси аста-секин узоклашиб, кўз гавҳари эгрилигининг ўзгариши ҳисобига кўзнинг аккомодацияланиш хусусияти йўқолиб боради. Одамнинг энг яқиндан аниқ кўрадиган нуқтаси 33 см дан нари сурилиб қоладиган бўлса, ана шунда у яқин масофага кўз тикиб ишлаганида нокулайлик сеза бошлайди. Бу ҳодиса 40 ёшдан кейин бошланади ва одамнинг ёши қайтиб қолган чоғларида ҳаммадан кўп намоён бўлади. Унинг «пресбиопия» деган номи шундан келиб чиққан, бу сўз кексалар кўзи деган маънони билдиради. Пресбиопия нурларни тўплаб берадиган линзалар ёрдамида ростланади. 30 ёшдан кейин ҳар қайси ёшга тахминан 1,0 дптр ҳисобидан конвекс линзалари буюриш зарур. 60-65 ёшда аккомодация умуман йўқолади. Кексаларда тўр парданинг дистрофик ўзгаришлари ҳам кўпайиб кетади, бу эса кўришга катта таъсир этади. Гипертония касаллигида, атеросклерозда ва бошқа гериатрик касалликларда тўр парданинг дистрофияси кузатилади.

Ўқув мақсади

Талабаларда кексаларда кўп учрайдиган кўриш тизими касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштиради.



Асосий маълумотлар



Қариллик катарактаси. Бу касаллик кўз гавҳарининг хиралашуви билан ифодаланади. Бу 50 ёшдан ошган кишиларда одатда босқичма-босқич авж олиб борадиган касалликдир. Кўпроқ қандли диабетда, кўз травмасидан сўнг пайдо бўлиши кузатилади. Катаракта касаллиги кўрликка олиб келадиган касаллик бўлиб, буни олдини олиш, даволаш мумкин.

Касаллик 4 та босқичда ривожланади:

1. Бошланиб келаётган катаракта;
2. Етилмаган катаракта;
3. Етилган катаракта;
4. Ўтиб кетган катаракта.

Касалликнинг I босқичида кўз олдида парда тургандек бўлиб сезилади, ёруғ нарсалар кўзга иккита бўлиб кўринади, липиллаб турган нарсалар бордек бўлиб туюлади. Бундай ҳолат беморни бир неча йил безовта қилиши мумкин.

Касалликнинг II босқичида бемор кўзининг кескин хиралашиб қолганидан шикоят қилади. Бу босқич ҳам бир неча йил давом этиши мумкин.

Катарактанинг етилган босқичида кўз гавҳари бир текис хиралашади. Касал ҳеч нарсани кўра олмайди, фақат ёруғлик қайси томонда турганини ажратиши мумкин. Бу босқичда операция йўли билан кўз гавҳари олиб ташланса бўлади.

Ўтиб кетган катаракта босқичида кўз гавҳарининг пўстлоқ моддаси аста-секин суюлиб, сутсимон массага айланиб қолади ва унда гавҳар ядроси қалқиб юриб, бош қимирлаган маҳалда ўз вазиятини ўзгартириб туради. Қариллик катарактасини даволашда В комплекс витаминлари, витамин С, Р ва кўзга томизиш учун витайодурал, витафокал, вицеин препаратлари буюрилади.

Хиралашган кўз гавҳарини катарактанинг етилган босқичида олиб ташлаш (экстракция) керак. Етилмаган катаракта босқичида ҳам операция қилиш мумкин. Кўз гавҳари олиб ташлангандан кейин беморлар нур йиғувчи кўзойнақлар ёки контакт линзалардан фойдаланишлари мумкин.

Глаукома. Бу касалликда кўз ички босими бирдан юқори бўлиб, кўз тўр пардаси ва кўрув нерви дискада кўриш функцияларининг пасайиб кетишига олиб борадиган трофик ўзгаришлар юзага келади. Бу касалликда кўз ички босими мудом ёки вақти-вақтида кўтарилиб туриб, кейин кўрув нервида экскавация, яъни чуқур тортган жойлар ва кўрув нерви майдонида типик нуқсонлар пайдо бўлиши билан характерланади. Глаукомада кўз ички босими ошади. Кўз ички босимини ўлчаш тонометрия дейилади. Тонометрия кўзга тонометр қўйиш йўли билан ўтказилади. Бу тонометр оғирлиги 10 грамм бўлган Маклаков тонометри деб аталади. Меъёрда кўз ички босими 18-27 мм.сим.уст. гача бўлади. Глаукома диагнози аниқлашда тонометрия ёрдам беради. Бунда кўз ички босими 30 мм.сим.уст. дан юқори бўлади.

Глаукома касаллиги 3 хил бўлади: туғма, бирламчи ва иккиламчи.

Туғма глаукома табиатан ирсий бўлиши мумкин ва бу глаукома хирургик йўл билан даво қилинади.

Бирламчи глаукома – ёшга алоқадор ўзгаришлар оқибатида пайдо бўлиб, 40 ёшдан ошган аҳолининг 1-2% да учрайди.

Бирламчи глаукома ёпик бурчакли, очик бурчакли ва аралаш формаларда бўлади.

Иккиламчи глаукома кўз ўсмаларида, яллиғланиш, дистрофик, дегенератив жараёнларда, травмаларда пайдо бўлиши мумкин.

Глаукоманинг ривожланишида 4 та босқич кузатилади:

1. Бошлангич
2. Авж олган
3. Вақтидан ўтган
4. Терминал босқич

Глаукома билан оғриган касаллар доимий диспансер кузатувиغا олинади ва офтальмолог назоратида бўлади. Глаукомани даволашда кўз ички босимини пасайтирувчи холиномиметик ва антихолинэстераз моддалар буюрилади; пилокарпин, карбохолин, ацелидин, фосфакол, адреномиметик препаратлардан адrenalин гидрохлорид, фенатол ва шунга ўхшашлар қўлланилади.

Умумий таъсир кўрсатувчи препаратлардан диакарб, панангин, аспаркам, трентал, циннаризин, биостимуляторлар, глутаминат кислота, витаминлар, склерозга қарши препаратлар қўлланилади.

Бошни узоқ энгаштириб ўтириб бажариладиган ишни бажаришда қисиб турадиган белбоғ тақиш тавсия этилади. Чекиш ва спиртли ичимликларни ичиш ман қилинади. Овқат асосан сут, ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган бўлиши керак. Ичиладиган суюклик миқдори чекланган бўлиши лозим.

Консерватив даво наф бермаганда хирургик даво олиб бориш керак бўлади.



9-бобга доир саволлар



- 1. Кексаларда кўриш фаолиятида ёшга боғлиқ қандай ўзгаришлар содир бўлади?*
- 2. Кексаларда катаракта касаллигининг асосий белгиларини санаб беринг.*
- 3. Глаукомани эрта аниқлаш.*
- 4. Юқоридаги ҳолатларда шифокорларнинг мақсад ва иш режаси қандай бўлиши керак.*

ЭШИТИШ ТИЗИМИДА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Ўқув мақсади

Талабаларнинг кексалар эшитиш тизимидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар тўғрисидаги билимларини чуқурлаштирадн.



Асосий маълумотлар



Қулоқ органи жуда нозик ва муҳим орган ҳисобланади. Бошқа органларга нисбатан инсон ёшининг ўзгаришига қараб, ҳатто 20 ёшдан бошлаб қулоқ органининг эшитиш қобилияти ўзгариб боради. Ёшга қараб эшитиш қобилиятининг пасайиши физиологик ҳолат ҳисобланади.

Патогистологик текширишларда эса эшитиш қобилиятининг пасайиши қулоқ органининг дегенератив атрофик ўзгаришларига ҳам боғлиқлиги кузатилган.

Масалан: ўрта қулоқ эшитиш суякчаларининг остеопорози, суяк ичи қон томирларнинг атросклерози. Эшитиш қобилиятининг ўзгариши, унинг қай даражада эканлиги товуш қабул қилиш аппаратининг, яъни Кортиев органининг ҳужайралари атрофияга учраганлигига ҳам боғлиқдир. Айниқса, бош миёна қон томирлари атеросклерози ҳам эшитиш функциясига жуда салбий таъсир қилади. Қарликдаги қарликнинг 4 та тили бор:

I типда – Кортиев органидаги ўзгаришлар туфайли;

II-IV типда – ички қулоқ чиғаноқ спиралида, нерв толаларида ядросида, эшитиш анализаторидаги ўзгаришлар ҳисобига ҳосил бўлади.

Қарликдаги қарлик белгилари ҳар бир шахс учун индивидуал бўлади.

Хулоса қилиб айтганда, қулоқ органи эшитиш функциясининг ўзгариши ҳам физиологик, ҳам патологик бўлади.

Ўқув мақсади

Талабаларда кексалар эшитиш тизимида кўп учрайдиган эшитиш тизими касалликлари тўғрисидаги билимларини чуқурлаштиради.



Асосий маълумотлар

Қариликдаги кулоқ оғирлиги



Ёшга қараб физиологик эшитиш қобилиятининг пасайиши бутун организмнинг физиологик қариш белгилари билан бирга намоён бўладиган норма ҳолатидир. Бу ҳолат нутққа ҳам, эшитиш функциясининг ижтимоий ҳолатига ҳам салбий таъсир этади.

Эшитиш қобилиятининг патологик пасайиши ҳолати эса кўп учрамайди. Бунда кулоқ чиганоғининг дегенератив ўзгариши юз беради.

Ёшга нисбатан эшитиш қобилиятининг пасайиши гормонал ҳолатига ҳамда асаб касалликларига ҳам боғлиқдир.

Касаллик клиникасида – товуш қабул қилишнинг ёмонлашуви, бунинг натижасида нутқнинг бузилиши, телефон орқали товушни яхши қабул қилмаслик, кулоқ шанғиллаши кузатилади. Беморлар ЛОР мутахассиси кўригидан ўтишлари зарур, аудиометрия ўтказилади. 1962 йилдан буён ЛОР соҳасида В.Ф. Ундрецем томонидан яратилган аудиометрия эгри чизиқлар методини ишлатиб келиняпти. Бунда «шивирлаш» методига асосан: I – 7м, II – 6м, III – 5-6м, IV – 5м, V – 3-4м аниқланади.

Давосида – поливитами́нлар, витамин В₁, В₆, биостимуляторлар, алоэ, гормонлар, кулоқ соҳасига УВЧ ва калий йодид билан электрофорез тайёрланади.

Консерватив даво наф бермаганда эшитиш аппаратидан фойдаланилади.



10-бобга доир саволлар



1. Кексаларда эшитиш фаолиятида ёшга боғлиқ қандай ўзгаришлар содир бўлади?

2. Кексаларда кулоқ оғирлиги касаллигини асосий белгиларини санаб беринг.

3. Қулоқ касалликларини эрта аниқлаш.

4. Юқоридаги ҳолатларда шифокорларнинг мақсад ва иш режаси қандай бўлиши керак?

11-БОБ. ГЕРИАТРИК ФАРМАКОЛОГИЯ

МАВЗУ

ГЕРИАТРИК ФАРМАКОЛОГИЯ

Ўқув мақсади

Талабаларда гериатрияда кенг қўлланиладиган дори воситалари тўғрисидаги билимларни чуқурлаштиради.



Асосий маълумотлар

Замонавий гериатрик клиник фармакология биологик, клиник ва тиббий-ижтимоий қондаларнинг яқин таъсири билан характерланади.

Фармакодинамика дориларнинг биологик ва терапевтик эффектларини намоён қилади. Фармакокинетика уларнинг сўрилиши, тарқалиши, метаболизми, экскреция жараёнларини билдиради. Фармакодинамика организмга дори воситаларининг таъсир механизмини, фармакокинетика эса дорига организмнинг таъсирини билдиради.

Кекса одамлар организмда фармакодинамиканинг ўзига хослигини аниқловчи шароитлар қариганда фармакологик рецепторларнинг боғловчи қобилияти ва сонининг ўзгаришидан келиб чиқади. Баъзи дориларни тавсия қилганда парадоксал реакциялар пайдо бўлиши мумкин.

Ёши улуг беморларда яна реактивлик ҳолати, яъни дори воситаларига сезгирликнинг ошиши ёки камайиши билан намоён бўлиши мумкин. Клофелин билан даволаганда ортостатик реакция бўлиши мумкин. Юрак мушаги юрак глюкозидларига сезгирлиги ошиб кетади, улар одатий дозада ўтказувчанликнинг бузилиши ва экстрасистолияга олиб келиши мумкин. Шунинг учун комбинирланган терапияда бир нечта дорини бирга тавсия қилганда уларнинг ўзаро таъсирини ҳисобга олиш керак. Бунда 4 хил натижа бўлиши мумкин:

1. Даволаш эффектнинг кучайиши;
2. Унинг йўқлиги;
3. Эффектни камайиши;

4. Салбий реакциялар: бунга дори аллергияси ва унинг огир тури – дори касаллиги киради.

Дориларнинг ўзаро таъсирида организмда қуйидаги асосий механизмлар қатнашади:

- препарат молекулаларининг юборилган жойида, яъни қонда, лимфада, тўқималараро суюқликда, хужайраларда бир-бири билан ўзаро тўғри таъсири;
- фармакокинетикани ўзгариши (сўрилишни, тарқалишни, чиқаришни);
- метаболизмнинг ўзгариши;

Препаратларнинг комбинациясини тўғри танланганда даволаш эффекти ошади, лекин асосланган комбинирланган даво бўлмаса, даволаш эффекти пасаяди ва салбий таъсирлар кўпаяди.

Парэнтерал юбориладиган дориларнинг биргаликда қўлланилиши организмда чўкмалар ва преципитатлар пайдо бўлишига олиб келади. Беморга қуйилаётган плазма ва қонга дорилар қўшилганда шунга ўхшаш реакциялар кузатилиши мумкин.

Дорининг парэнтерал юбориш учун эритувчи сифатида инъекция учун сув, NaCl физиологик эритмаси, глюкоза ва новокаин эритмалари ишлатилади.

Инъекция учун сув кам ҳажмли препаратларни эритиш учун (5-15 мл.) ишлатилади, агар унинг ҳажми кўп бўлса, қоннинг осмотик босими ўзгариши мумкин. Глюкоза эритмасида кўпчилик антибиотиклар парчаланаяди (бензилпенициллин, эритромицин, олеандомицин, линкомицин, канамицин) ёки чўкмага тушади.

Новокаинли эритмалар гериатрияда кенг қўлланилади. Антибиотикларни эритиш учун 0,5-1% новокаин эритмаси ишлатилади.

Витамин препаратларини битта шприцда юборилгандаги ўзаро таъсири яхши маълум. Хусусан, аскорбин кислотаси ишқорий эритмалар билан сиғишмайди (эуфиллин, кордиамин, кофеин-бензоат-натрий).

Битта шприцда пиридоксин гидрохлорид тиамин хлорид (бромид) билан аралаштирилса, пиридоксин гидрохлорид кислотали муҳит таъсирида парчаланаяди.

Антибиотикларнинг инактивацияси (бензилпенициллин тузлари, гентамицин, стрептомицин) эуфиллин билан битта шприцда қилинса (ишқорий муҳит) пайдо бўлади. Уларни биргаликда қўллаш бронхиал астма, бронхитда бўлиши мумкин. Битта шприцда антибиотик ва гепарин аралаштирмаслик керак.

Айрим патологик ҳолатларда (антибиотиклар туфайли ривожланган аллергия, инфекция-токсик шок, бронхиал астма) антибиотикотерапия кортикостероидлар билан олиб борилади.

Ҳаммага маълумки, антибиотиклар ва витамин препаратларининг (аскорбин кислота, В гуруҳи витаминлари) мақсадга мувофиқ қўллаш ўтказилаётган давонинг терапевтик эффектини оширади. Масалан, аскорбин кислотаси пенциллинни тўқималарга кўпроқ ўтиши, организмда унинг сақланиш давомийлигини оширади.

Шундай қилиб мураккаб эритмаларни парэнтерал юборишга тайёрлашда препаратнинг ва эритувчининг хоссаларини ҳисобга олиш керак. Инфузион терапияни ўткази туриб, шифокор қуйидаги қоидаларни билиши керак:

- ҳамма аралашмаларни юборишдан олдин таёрлаш лозим;
- эритмада қанча кўп дорилар аралаштирилса, уларнинг ўзаро таъсири бўлиш эҳтимоллиги юқори бўлади;
- қонга, аминокислота эритмаларига, мойли эмульсияларга, сода эритмасига дорилар қўшмаслик керак.

ТАБИЙ АНТИОКСИДАНТЛАР ВА МЕТАБОЛИТЛАР

Табиий антиоксидантлар ва метаболитлар комплекс препаратларини гериаτρик восита сифатида қўллаш мақсадга мувофиқлиги аниқланди. Сувда ва ёғда эрийдиган витаминлар, айрим макро ва микро элементлар, аминокислоталар ва бошқа табиий метаболитлар физиологик дозада кўп компонентли препаратлар сифатида кенг тавсия қилинади.

Гериаτρик препаратлар сифатида декамевит қўлланилади. Адаптоген биостимуляторлар, тўқима липидлари, биорегуляторлар, нейропротекторлар, иммуномодуляторлар ҳам тавсия этилади.

Гериаτρияда ўсимликлардан тайёрланадиган дорилар кенг қўламда қўлланилади. Улар, асосан, умумий терапиянинг таркибида, ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида қўлланилади. Масалан, ёғ алмашинуви бузилишида стандартлаштирилган чеснокнинг экстрактдан, енгил депрессияларда зверобойнинг стандартлаштирилган экстрактдан фойдаланилади.

ГЕРИАТРИК ФАРМАКОЛОГИЯНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Хавфсиз ва эффектли даволаш клиник фармакологиянинг мақсади ҳисобланади. Агар дориларни буюраётган врач шу дориларнинг фармако-

динамикасини, фармако-клиник эффектини ва уларни кексаларга таъсирини билса, даволаш хавфли бўлмайди. Шундай қилиб гериатрик клиник фармакологиясининг қуйидаги асосий принциплари мавжуд:

- улуғ ёш ёки қариллик дорилар буюришга қарши кўрсатма бўла олмайди;
- катта ёшдагиларнинг ҳамма касалликлари ҳам дори билан даволашга муҳтож эмас;
- давони бошлашдан олдин аниқ ташхисни билиб олиш зарур;
- ёш ўтган сари дориларнинг актив ва хавфли таъсир қилувчи зоналари орасидаги чегара яқинлашиб боради;
- катта ёшли ва кекса беморлар дориларнинг юқори дозадагиларини кўтариши қийин бўлади;
- бир вақтда қўлланилаётган дорилар миқдори ошган сари ножўя таъсирлари ҳам ошади;
- иккита ва ундан ортиқ дорилар буюрилганда уларнинг ўзаро фармакодинамик ва фармакокинетик таъсирини баҳолаш зарур;
- дориларни ножўя таъсирини ва уларни бартараф қилишни билиш шарт;
- оптимал дори шакли танланиб, овқат, сув ва туз режимини тўғрилигини кузатиб бориш керак.

ГЕРИАТРИЯДА ДОРИ МОДДАЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Дори моддаларини қўллашнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Қари ва ёши катта беморларга дори моддаларини жуда эҳтиёткорлик билан буюриш зарур.

Дори-дармонларни нотўғри тайинлаш оқибатида 60 ёшдан ўтган беморларда дори интоксикацияси ва унинг турли асоратлари кузатилади. Гериатрик беморларнинг организмидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар дориларнинг ножўя таъсирини ошириб, кумуляцияга олиб келади.

Ҳазм системасининг ёшга алоқадор физиологик ўзгаришлари перорал қабул қилинган дориларнинг абсорбцияси, сўрилишини издан чиқариб, секинлаштиради. Кекса одамларда меъда деворининг тонуси пасайиб, эвакуацияси секинлашади. Бу эса айрим кислотали муҳитга чидамсиз бўлган дори-дармонлар учун хавфлидир. Меъданинг секретор қобилиятининг ёшга алоқадор пасайиши ҳам дорилар абсорбциясини секинлаштиради. Дори моддалари парентерал юборилганда ҳам қон айланишининг ва капиллярлар девори

ўтказувчанлигининг пасайиши оқибатида дори абсорбцияси сустлашади, дорининг таъсир этиш эффекти сустлашади.

Гериятрик беморларга тана оғирлигига нисбатан дори тайинлаб бўлмайди, чунки тана оғирлиги 25 ёшдан 60 ёшгача 20%га камаяди, организмдаги ёғ миқдори 10-20%га, сув миқдори 15-20%га камаяди, барча паренхиматоз органларнинг массаси ҳам кичраяди. Жигарнинг оғирлиги 10-15%га кичраяди, гепатоцитлар сони камайиб, атрофияга учрайдди. Дорилар парчаланишида асосий ўрин эгаллаган жигарнинг функцияси ўзгарганлиги сабабли дори интоксикацияси тез ривожланади.

Дори моддаларининг парчаланиш махсулотлари буйраклар оркали организмдан чиқарилади. Қариликда буйракларнинг кон айланиши ва функциялари 2-3 мартага камайган бўлади, шунинг учун дори моддаларини жуда кам дозада бошлаш керак. Буйрак хасталиги бор беморларга хлорпропамид, сульфаниламидлар, тетрациклинлар, фурадонин каби дориларни буюриб бўлмайди. Ёш ўтиши билан бир нечта дори моддаларини бирданига қўллаш салбий натижаларга олиб келади. Гериятрик беморларнинг ижтимоий аҳволи, рухий кайфиятини эътиборга олган ҳолда дори моддалари зарур бўлгандагина узоқ муддатларга кичик дозаларда тайинлаш керак ва беморлар дори моддаларини мунтазам қабул қилишлари зарур. Беморнинг қўллари қалтираши, хотира ва кўришнинг пасайиши оқибатида дориларни тўкиб юбориши, ичишни эсидан чиқариши, томчи дориларни нотўғри ўлчаши мумкин.

Гериятрияда дори тайинлашнинг ўзига хос хусусиятлари қуйидагилар:

- гериятрик беморлар организмдаги ёшга алоқадор ўзгаришлар ва бир қатор патологик ўзгаришлар сабабли дориларнинг ноўя таъсири ёшларга нисбатан юқорирок бўлади;
- организмнинг дори моддалари ва уларнинг метаболитлари таъсирига чидамлилиги пасайиб, интоксикация ривожланиши ортади;
- полипрагмазия, яъни бир нечта дори моддаларини бирданига қўллаш ноўя оқибатларга олиб келади. Иложи борича дорилар қабул қилиш интервалига риоя қилиш керак;
- даволоччи дозани ўрта ёшдаги одамга нисбатан 2 мартага кам миқдорда тайинланади. Ижобий ўзгаришларга эришилгач, дозани яна камайтириш лозим;
- антибактериал препаратлар тайинлашда уларнинг кекса ёшдаги одамларда интоксикацияси кучли бўлишини инобатга олиб, камроқ дозаларда буюрилади;

- дори тайинлашда беморларнинг сув-туз ращони, суткалик сийдик ажралишини, кексаларнинг суюқликни кам истеъмол қилишларини эътиборга олиш керак, организмда суюқликнинг камайиши дори интоксикациясини кучайтиради;
- дори аллергияси каби асорат бўлишини эсда тутиш керак.

Дориларнинг ножўя таъсирини камайтириш, эрта қаришни олдини олиш мақсадида даволашда албатта витаминотерапия қўшимча тайинланади.



ГЕРИАТРИК МОДДАЛАР

Эрта қаришнинг олдини олиш учун қўлланиладиган дори моддалари гериа-трик моддалар деб аталиб, организмдаги моддалар алмашинувини нормаллаш-тиради, асаб тизими ва бошқа органлар ишини яхшилайти, яъни ёшартирувчи таъсир кўрсатади.

Витаминлар. Ёш ўтган сари организмнинг витаминларга талаби ортади. Витаминлар моддалар алмашинувининг катализатори бўлиб, ферментлар таъсирини оширади. Атеросклерозни олдини олиш ва даволашда С, Е, В₁, В₆, РР витаминлари ва фолат кислотаси қўлланилади.

Аскорбин кислотаси (С витамини) атеросклероз касаллигида липид алма-шинувини яхшилайти, конда холестерин миқдорини камайтиради.

РР витамини аскорбин кислотаси билан бирга қўлланилганда капиллярлар ўтказувчанлигини яхшилайти, гиалуронидаза таъсирини тормозлайди ҳамда гистамин ҳосил бўлишини камайтиради. В₁, В₆ витаминлари, фолат кислотаси ҳам липотроп таъсир кўрсатади. Стенокардияда, ишемик ҳолатларда никотин кислотаси кенг қўлланилади.

Д витаминини кекса ёшдаги одамларга тайинлаб бўлмайти, чунки у атеро-склероз ҳолатини тезлатади.

Декамевит, ундевит, метионин каби витаминлар комплекси геронтологик беморларга яхши наф беради. Гериа-трик моддалардан микроэлементлар, ново-каинотерапия, гормонлар ва био-ген стимуляторлар билан даволаш организм-нинг қаршилиқ қобилятини оширади, физиологик функциялар ишини яхши-лайди.

Гериа-трик беморларга физиотерапевтик муолажаларни тайинлашда юрак ва қон-томирлар системасидаги ёшга алоқадор ўзгаришларни эътиборга олган

ҳолда текширишлар ўтказиб, кейин тайинланади. Бундай беморларга дорилар электрофорез, ультратовуш билан даволаш, маҳаллий ультра юқори частотали даво, паст дозаларда Бернар токи, гальванизация яхши наф беради. Ультраби-нафша нурларига сезгирлик қарилқда ошқб кетади. Сув муолажаларни тайин-лашда албатта электрокардиография ўтказилгач, рухсат берилгани маъқул. Бе-морлар кислородли, азотли, йод бромли ванналарни яхши кўрадилар. Суль-фидли ва нарзан ванналари, сув ости массажи юрак хасталиқларида тайинлан-майди. Санатория ва курортларни 65-70 ёшлардан кейин тавсия этиш ноўриндир.



11-бобга доир саволлар



1. *Гериатрик фармакологиянинг асосий принципларини санаб беринг.*
2. *Қарияларда қўлланиладиган дори воситалари ҳақида нималарни биласиз?*
3. *Гериатрияда дори моддаларининг қўлланилиши ҳақида айтиб беринг.*
4. *Гериатрик моддалар деганда нимани тушунаси?*



12-БОБ. ГЕРИАТРИК ХИРУРГИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Гериатрик беморлар сонининг ошқб бориши натижасида улар орасида хи-рургик касаллиқлар сони ҳам кўпайиб бормоқда. Гериатрик хирургиянинг ўзига хос хусусиятларига куйидагилар киради:

1. Организмнинг адаптацион қобилятининг пасайганлиги;
2. Хирургик касаллик пайдо бўлишида йўлдош касаллиқларнинг ноқулай шароитлар яратиши, бу эса хирургик бемор аҳволини оғирлаштиради;
3. Гериатрик беморлар руҳий ҳолатининг ўзгача бўлиши, уларга қилинадиган жарроҳлик операцияси ва ўз касаллиқлари якуни ҳақида қаттиқ хаяжонлан-надилар. Ҳатто операциядан бош тортадилар ёки кеч рози бўладилар.

Қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касаллиқларини кечиши типик бўлмайди, клиник белгилари яққол намоён бўлмайди. Ўткир аппендицитда оғриқлар кучли бўлмайди, Шчеткин-Блумберг симптоми аниқланавермайди, лейкоцитоз юқори бўлмайди. Кексаларда ўткир аппендицитнинг деструктив

формалари кўпроқ учрайди. Аппендикуляр инфилтрат ёшларга нисбатан кексаларда 2-6 марта кўпроқ учрайди ва кечиси узок бўлади.

Яра клиникаси сушт ифодаланиб, диагностикасини қийинлаштиради. Касаллик бошланишида корин соҳасида тушунарсиз оғриқлар пайдо бўлиб, юрак ва бел соҳасига тарқалиши мумкин, кўпроқ миокард инфаркти, холецистит, панкреатит диагнози хато қўйилади. Фақат махсус текширув усуллари ёрдамида аниқ диагностика қилинади (лаборатор, ЭКГ, рентгенологик, лапароцентез).

Гастродуоденал қон кетишлари ҳам рентгенологик эндоскопик текшириш усуллари ёрдамида аниқланади ва консерватив, яъни гемостатик, симптоматик даво берилади. Агар консерватив даво наф бермаса, оператив йўл билан даволаш керак.



ЁТОҚ РЕЖИМИДАГИ ОҒИР БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Пневмония, грипп, қон айланишининг бузилиши, уремия, кахексия, анемия, миокард инфаркти ва бошқа бир қатор оғир касалликларда гериятрик беморлар узок вақт ҳолатини ўзгартирмай бир жойда ётиб қоладилар. Бу эса иштаҳанинг пасайишига, гипостатик пневмонияга, ётоқ яраларининг пайдо бўлишига, тромбоэмболияларга, сийишнинг қийинлашувига ва сийдик йўллариининг инфекциясига олиб келади.

Бундай беморларга ётган жойида гимнастика ва енгил массаж буюрилади. Бир жойда узок ётган беморларнинг думгаза курак, товон ва тирсакларида терининг озиқланиши бузилиши оқибатида ётоқ яралари пайдо бўлади. Ҳамшира ётоқ яраларини олдини олиш учун кун давомида бир неча марта беморнинг вазиятини ўзгартириб туриши, кийимлари ва чойшабларида бурмалар бўлмаслигига ва терилари озода бўлишига аҳамият бериши лозим. Агар тери кизариб қолган бўлса, кунига бир марта 10%ли камфора спирти билан, сўнг нам сочик билан артилади. Яралар пайдо бўлган бўлса, уларга кучли калий перманганат эритмаси сурилиб, Вишневский мази, синтомицин линименти боғлаб қўйилади.

Қовуғини тута олмаслик – сийдик пуфагида яллиғланиш ёки тошнинг бўлиши, простата безининг касалликлари, аёлларда уретранинг касалликлари, мияда қон айланишининг бузилиши, деменция, миелит туфайли пайдо бўлади. Парвариш даврида сийдикни йиғиш учун резинали сийдикдонлардан фойдала-

нилади ва бадан терисини тоза саклаб турилади. Аёлларнинг ташқи жинсий органлари ҳар куни ювиб турилади ва чайилади. Тағни ювиш учун калий перманганатнинг кучсиз эритмаси ишлатилади.

Гериятрик беморларда учрайдиган кабзиятлар муҳим аҳамиятга эгадир. Бу овқатланишдаги нуқсонларга боғлиқ. Масалан, мева-сабзавотлар ва уларни сокларининг рационда бўлмаслиги ва нотўғри овқатланишдан иборатдир. Баъзи дори-дармонлар ва кам ҳаракатлик ҳам кабзиятга олиб келади. Аммо кекса кишиларда кабзиятда хўқна тайинлаш ичакларни зарарлайди, бунинг ўрнига эса сутли ва ўсимликлардан тайёрланган, мева-сабзавотларга бой парҳез тайёрланади, сургиялар буюрилади.

Қарилқда ахлатни тута олмаслик ҳоллари бўлса, тўғри ичак сфинктери соҳасидаги маҳаллий яллиғланиш, ўсмалар, нерв касалликларида, мияга қон қўйилганда кузатилади. Бундай беморлар алоҳида хоналарга жойлаштирилади, ости ювиб турилади, хона ҳавоси шамоллатиб турилади.

Қари одамларнинг овқатланиш режимини ташкил этишда уларда учрайдиган атеросклероз, гипертония, диабет, остеопороз, онкологик касалликлар, семириш каби касалликларни олдини олиш мақсадида аскорбин кислотаси ва Е витамини, А витамини, остеопорозни олдини олиш мақсадида Д витамини ва кальций бериш керак.

Қарилқда овқат таркибидаги оксил, ёғлар ва углеводларнинг нисбати 1,0:0,8:3,6 бўлиши керак. Овқатда углеводлар миқдори чекланган бўлиб, ош тузи эса 5-8 гр. гача камайтиради, бу эса артериал босимни ошишини, шишлар пайдо бўлишини олдини олади. Қари ёшдаги одам бир кунда 4 марта овқатлангани маъқул.

Биринчи нонушта овқатнинг умумий суткалик энергетик қийматининг 25%ини, иккинчи нонушта 15%ини, тушлик 35%ини, кечки овқат 25%ини ташкил этиши керак. Кечки овқат ухлашдан 2-3 соат олдин берилгани маъқул.



КЕКСА ЁШДАГИ ОДАМЛАР ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯСИ

Ҳаётни узайтириш. қарилқ билан курашиш тиббиёт фанининг олдиға қўйилган муҳим масалалардан бири ҳисобланади. Кўп умр кўришда жисмоний тарбиянинг аҳамияти каттадир.

Қариш – бу фақат сўлиш эмас, балки бутун организмнинг мураккаб қайта қурилишидир. Биологик қонун бўйича ёш катта бўлган сари организмнинг мослашув имкониятлари қисқаради.

Маълумки, қариш процессида орган ва системалар ўзгариши билан бир қаторда организмнинг ўзига хос компенсатор – мослашув реакциялари ҳосил бўлади. Айнан шу реакциялар қариш процесси ривожланишининг секинлашувига актив таъсир кўрсатади.

Жисмоний машқларни систематик бажариш шартли рефлектор боғланишларга ижобий таъсир кўрсатиб, организмнинг эрта қаришига таъсир қилувчи боғланишларни секинлаштиради.

Физик ҳаракат турли орган ва системаларни ҳаётий активлигини нормаллаштириб стимуллайди: миокардни қисқарувчанлигини оширади, коронар қон айланишини яхшиланиши капилляр қон томирларнинг кенгайиши билан болади, ўпка вентеляцияси ошади, кичик қон айланиши тизими ишини яхшилайди, кўкрак қафаси ҳаракатларини нормаллаштиради. Меъда ичак йўллариини силлиқ мушак моторикасини яхшилайди. Мушак системасини, унинг боғловчи аппаратини, бўғимлардаги ҳаракатларини нормаллаштириб иш ҳаракатини узоқ муддатгача сақлаб туради.

Гормонал фоннинг жисмоний ҳаракатларда аҳамияти жуда катта. Улар таъсирида эндокрин ҳосилалар фаолияти ошиб, инсон танаси ёшаради.

Шифокорнинг биринчи вазифаси беморларни биологик ёшини аниқлаб, сурункали ва латент кечувчи касалликлар ва уларнинг асоратини аниқлаб, физик машғулотлар миқдорини тўғри танлашдан иборат. Врачлар назоратидан ўтгандан кейин бемор физик машғулотларнинг 4 та гуруҳидан бирортасига юборилади:

I гуруҳ. Бу гуруҳга яхши физик тайёргарлик кўрган ва патология асоратлари бўлмаган беморлар киради.

II гуруҳ. Бунга сезилмаган миқдордаги асоратлари бор ва яхши компенсацияга эга бўлган беморлар киради.

III гуруҳ. Паст физик тайёргарликка эга ва жисмоний ҳаракатлари чекланган, соғлигида бирон бир ўзгариши бор беморлар киради.

IV гуруҳ. Бу гуруҳни турли касалликлар билан касалланган беморлар ташкил қилади. Улар шифокор назорати остида бадан тарбияси билан шуғулланадилар.

Саломатлиги бўйича I-3 гуруҳга киритилган беморлар юкломали даволовчи бадантарбия билан шуғуллансалар бўлади, бироқ 3-гуруҳга эҳтиёткорлик

билан ёндашиш керак. Даволовчи бадан тарбияси билан шуғулланиш ўртача тартибда олиб борилиши керак. Юкламаларни босқичма-босқич ошириб борилади. Юкламалар шуғулланувчиларни функционал имкониятига тўғри келиши керак.

Қари организмнинг ҳолатидан келиб чиқиб тез ҳаракатлар, кескин тана ва бошни букиш мумкин эмас. Тана ҳолатини тез ўзгартирганда қон томирларда склеротик ўзгаришлар бўлганлиги сабабли бош айланиши, қулоқда шовқинлар, мувозанат бузилиши, йиқилиб жароҳат олиши мумкин.

Кекса ёшдагиларга машқларни шундай танлаш керакки, бунда ҳамма бўғим ва мускуллар иштирок этиши керак. Бу машқларни ҳаммаси ритмик, бир маромда, юрак қон томир системасини зўриқтирмасдан бажарилиши керак.

Узок масофага югуриш ортикча юклама бўлади. Бу оёқ бўғимларда ва умурткада оғрик бўлишига олиб келиши мумкин. Шу сабабли кекса ёшдагиларга бадантарбия килиб юриши тавсия қилинади, бунда тананинг ҳамма қисмлари – мускуллари, оёқ-қўл бўғимлари тос ва елка камари, корпус қатнашади ва бўғимлар жароҳатланиши камаяди.

Жисмоний машқ билан шуғулланувчи шахслар ўзининг пульсини назорат қилиб туриши лозим. Пульси тезлашиб кетишига йўл қўймаслиги керак. Пульсни чегаравий миқдорини аниқлаш функционал диагностика хоналарида бир неча марта велоэргометрия усулини қўллаб ЭКГ ёрдамида ўтказилади. Агарда бундай текширишнинг иложи бўлмаса, биринчи ва иккинчи функционал гуруҳларга кирувчи беморлар учун формула ёрдамида аниқлаш мумкин.

Жисмоний машқлар билан систематик шуғулланиш керак. Бир йил гиподинамияда бўлиб, таътил пайтида эса жисмоний машқлар, спорт ўйинлари билан ҳаддан ташқари кўп шуғулланиш мумкин эмас. Чунки бу нарса фожиа билан туташи мумкин. Шундан келиб чиққан ҳолда «отпуск инфаркти» тушунчаси ҳам бордир. Бундай контингент шахсларга жисмоний машқлар шифокор консультациясидан сўнг индивидуал ҳолатда олиб борилиши керак ва албатта «Зарар қилма» деган тиббиёт қондасига риоя қилиш зарур.



13-БОБ. ГЕРИАТРИК ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Аҳоли сонининг қариялар ҳисобига ортиб бориши гериатрик ёрдамни тўғри ташкил қилиш, унинг тиббий ва ижтимоий асосларини билишни тақозо этади. Қари одамларга ёрдам кўрсатиш, соғлиқларини тиклашда фақат тиббий

чоралар билан чекланиб қолмай, балки ижтимоий нуктаи назардан ҳам ёндашиш керак.

Беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш билан бир қаторда унинг иш қобилиятини тиклашга, рухий тетиклигини оширишга ва Қизил Ярим ой жамияти билан алоқани ўрнатишга ёрдам бериш керак. Ёлғиз яшайдиган, ўз-ўзига хизмат қила олмайдиган кексалар учун қариялар уйи ташкил этилган бўлиб, уларда барча шарт-шароитлар яратилган. Кўрсатмаларга кўра ушбу уйларга жойлаштиришга кўмаклашиш зарур.



ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОЛЛАРНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Реабилитация жараёни тиббиёт амалиётида мураккаб комплекс жараён бўлиб, қуйидагилардан иборат:

- тиббий реабилитация – беморни даволаш;
- психологик реабилитация – шифокорни беморга ёки инвалидга уларнинг онгидаги рухий депрессияни, ўтказган касалликлари туфайли келиб чиққан реактив неврозни камайтириш мақсадида таъсир қилиши, даволашнинг яхши натижасига беморни ишонтириш;
- ижтимоий ёки жамоат реабилитацияси – оила ва жамиятда унинг ўрнини тиклаш;
- меҳнат, касбий реабилитация – меҳнат қобилиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш.

Даволаш жараёни тиббий реабилитация ҳисобланиб, натижаси унинг қандай бошланганлиги билан боғлиқ. Ҳамма реабилитация турлари бир-бири билан жипс боғлиқ ва мақсадн соғлиқ ва меҳнат қобилиятини тиклашга қаратилган. Қари ёшда тикланиш жараёнлари секин кечгани туфайли реабилитация узоқ вақт давом этади ва тикловчи даволаш олиб борилганда эса сабр-тоқат, қатъийлик билан ёшга мос ўзига хосликлари, жисмоний ва рухий ҳолати ҳисобга олиниши керак.

Қайта тиклаш терапияси – атеросклероз асорати, мия инсульти, миокард инфарктини ўтказган, таянч-ҳаракат аппаратининг ёшга хос ўзгаришлари туфайли тезда пайдо бўладиган травматик шикастланиши бор қатта ёшдаги гуруҳларда ўзига хос ўринга эга. Ўз вақтида ва тизимли ўтказиладиган реабилитацион ташкилий ишлар қари одамни ўзига-ўзи хизмат қила оладиган ёки

минимал бошқалар ёрдамидан фойдалана оладиган даражада функционал тикланишига олиб келади. Қари ёшдагиларнинг қайта тиклаш даволанишлари атрофдагилар ва беморлар учун ижтимоий нуқтаи назардан баҳоланиши керак.

У яна иктисодий натижа ҳам беради, чунки бу тадбирлардан кейин беморга қарайдиган тиббий персонал сони қисқаради, яна ўз касбини ташлаб беморни парвариш қиладиган қариндошлари сони камаяди.

Гериатрия амалиётида даволаш эффекти шифокорнинг обрўсига, беморнинг соғлигини яхшилашга бўлган ишончига боғлиқ. Беморнинг оптимистик ҳолати қайта тиклаш терапиясининг муҳим фактори ҳисобланади. Беморнинг кучига ишониши, соғайишига бўлган иродаси – уни даволаётган шифокорларни унинг сурункали касаллигига қанчалик маъсулиятли бўлишларига маълум даражада боғлиқ. Тиббий персонал қариялар билан ишлаганда билиши керак бўлган асосий принциплардан бири шуки, қари одам организми функцияларини қайта тиклаш учун аниқ резерв имкониятини билиб, фақат уни тўғри чиниқтиришни олиб бориш керак.

Қайта тиклаш терапиясида руҳий аспектларга алоҳида эътибор қаратиш керак, қари ёшдаги беморларга етарли даражада эътибор бериш, уларнинг индивидуаллигини баҳолаш, кечинмаларини тушуниш, атрофдагилар билан мулоқотга киришиши қийинлигини ҳисобга олиш лозим бўлади.

Реабилитацияни амалга оширишда тиклаш терапиясининг олдиндан тузилган режаси ва ундан беморнинг хабардор бўлиши катта психотерапевтик таъсирга эга. Бундай ёндашиш беморга ўзининг соғлигига онгли ва маъсулиятли равишда қарашига имкон беради, соғлигини сақлаш учун курашишга бўлган қатъиятини мустаҳкамлайди, депрессияни, умидсизлик фикрини йўқотади. Қари одам қайта тикланиш имконияти бор гуруҳга киришини англаб етади. Реабилитацион терапияни амалга ошираётган пайтда унинг ҳар хил этапларида гериатрик воситалар билан медикаментоз даволаш ўтказилади (фақат ўткир даврдан кейин, бузилган функцияларни қайта тиклаш учун гемиплегияда, травматик бузилишларда).

Бош миё қон айланиши бузилишини ўтказган, парез ва параличли травма бўлган беморлардаги қайта тиклаш терапияси гериатрик реабилитацияда алоҳида ўрин эгаллайди, алоҳида эътибор ва тиббий персонални махсус ўқитиш кераклигини талаб қилади. Чиниқтириш машғулотларининг муҳим қондаларидан бири – бемор ўзи қила оладиган нарсани унинг ўрнига қилмаслик. Кекса одамга доим ёрдам бермаслик керак, чунки у бунга ўрганиб қолади ва ўз-ўзига хизмат қилишни хоҳламайди. Бошқаларга боғлиқ бўлиб қолишлик салбий таъсирини кўрсатиши ва ҳамма реабилитация дастурини бу-

зиши мумкин. Реабилитацион машғулотларни ҳар кун ўтказилиши муҳим. Бу катта ёшдаги одамлар гуруҳлари учун муҳим, чунки эришилган яхши натижалар нерегуляр машғулотлар туфайли осон йўқолиб боради ва манфий томонга ўзгариб қолади.

Даволаш ва профилактика мақсадларида шифоталаб жисмоний тарбияни қўллаш соғайишни кучайтиради, меҳнат қобилиятини қайта тикланишига олиб келади.

Машғулотларни тўғри олиб бориш катта аҳамиятга эга. Бошланишида улар секин темпда олиб борилади, бу айниқса гемиплегияли психик реакциялари камайган беморлар учун муҳим. Агар ҳаракат методист билан биргаликда яхши бажарилса, унда машқлар темпини тезлаштириш мумкин. Реабилитация бўлимларида махсус мосламалар, ҳаракатланувчи стуллар, креслолар, юришни осонлаштирувчилар бўлиши керак. Беморни олдин қисман, кейинчалик тўлиқ ўз-ўзига хизмат қилишга ўргатиш муҳим ва ўзаро ёрдам мақсадга мувофиқ. Овқатланиш палатада эмас, касалхона умумий ошхонасида бўлиши керак.

Қайта тиклаш терапиясининг асосий омилларидан бири - ташкиллаштирилган меҳнат терапиясидир. Тиббий кўрсатмалар ҳисобга олинганидан кейин ва зарарланган тана қисмининг функцияларини, касбий кўникмаларни тиклашнинг кераклигига қараб, беморнинг руҳий ҳолатини ҳам ҳисобга олиб, меҳнат терапияси ташкиллаштирилади. Меҳнат терапияси қари одамнинг ёрдамга муҳтожлигини йўқотишда катта аҳамиятга эга. Кекса одам ўзининг одатий машғулотлари доирасида ишласа яхшироқдир. Бу кўнгил тўқлигига, хурсандликка олиб келади ва ички мувозанатни тиклашга ёрдам беради. Қари одамларнинг комплекс реабилитацион терапиясида аппаратли физиотерапия, массаж, маҳаллий гидротерапевтик ва иссиқлик муолажалари, айниқса, ҳаракат-таянч аппарати касалликларида ҳаракатланиш функциясини тиклашда катта аҳамиятга эга. Бу муолажалар қари одамларда эҳтиёткорлик билан ўтказилиши керак, чунки улар организмнинг мослашиш қобилиятининг бузилиши температура ва бошқа таъсирларга парадоксал реакция бериши мумкин. Ёшдан қатъи назар қари одамларнинг адаптацион имкониятларига реабилитациянинг охириги босқичларидаги чиниқтирувчи режим яхши таъсир қилади. Актив ҳаракат режими қон айланиш ва нафас олиш системасининг функционал имкониятларини кенгайтиради; у организмни кислород билан таъминлайди, қон ивиш ва ивишга қарши тизимга яхши таъсир қилади.

Қайта тиклаш терапиясининг яхши натижалари бўлиши касалхонадан оилага, одатий шароитга қайтиб келаётган қари одамнинг ижтимоий, жамоатдаги реабилитацияси қандай амалга оширилишига боғлиқ. Бу парез ва параличларнинг қолдиқ асоратлари бўлган беморлар учун айниқса муҳимдир. Улар одатда

Ўзининг жисмоний камчиликларидан уялишади. Ҳаётнинг одатий шароитларини бузилиши, ички дунёнинг ностабиллиги безовталанишга, қўрқишга, ёлғизлик истагига олиб келади. Беморга даволаш пайтида тушқунликка ва депрессияга тушмаслиги учун ёрдам бериш, унда ишончли шаклантириш, яхши рухий кулайлик яратиш керак. Бунинг учун тиббий персонал бемор билан рухий контактда, унинг оиласи билан ўзаро ҳамкорликда бўлиши лозим. Беморнинг яқинларига ундаги касалликни, асоратларини, зарарланган функцияларини тиклашнинг ахамиятини, беморни парвариш қилиш қоидалари ва беморни рухиятига таъсир қилишни тушунтириш керак.

Уйига қайтган қари одамни ҳолатини яхшиланишига бўлган оптимизм ва ишончли сақлай биладиган обрўли шифокор ва ҳамшира даврий текшириб туришлари керак. Тиббий ва ижтимоий реабилитацияни таъсирчанлигини ошириш учун кундузги ва уй шароитидаги стационарларни ташкил этилиши муҳимдир. Чунки қариндошлари эрталаб олиб келиб, сўнг кечкурун олиб кетадиган беморлар керак бўлган физотерапевтик муолажаларни олишлари, меҳнат терапияси билан шуғулланишлари, овқатланиш ва дам олиш режимида амал қилишлари, уларни даврий врач кўриб туриши керак.

Ижтимоий тикланишни муҳим бўлими бўлиб меҳнат ва касбий реабилитация ҳисобланади. Тиббий функционал ва оила реабилитацияси билан биргаликда у тўлиқ ижтимоий тузалиш учун керак. Меҳнат фаолияти соғлиқнинг тез тикланишига олиб келади. Лекин тўлиқ реабилитацияни имконият бўйича амалга ошириш учун касалликни тури ва оғирлигини ҳисобга олган ҳолда этапли, яхшилаб ўйланган дастур керак. Стационар шароитида беморнинг олдинги касби шароитларини, янги кўникмаларини машгулот турига боғлаб, юкламаларини меъёрига келтириш керак.

Электр даволаш, ультратовуштерапия, ёруғликтерапия, сув ва иссиқлик билан даво, массаж каби даволарни қўллаш қариётган организм учун яхши натижа беради.



1. Миокард инфарктини кечиши бўйича 4 та даврини айтинг:

- ўта ўткир даври
- ўткир даври
- ўткир ости даври
- инфарктдан сўнгги
- рецидивланган
- сурункали
- қайталанган

2. Инфаркт миокардни эрта асоратлари:

- ритм ўтказувчанлигининг бузилиши
- юрак астмаси, ўпка шиши
- зотилжам
- психик ўзгаришлар

3. Миокард инфарктини ўткир даврида медикаментоз терапиянинг 4 та асосий йўналишини топинг:

- коронар қон айланишини яхшилаш
- фибринолитик ва антикоагулянт текшириш
- аритмияни олдини олиш ва йўқотиш
- оғриқ синдромини йўқотиш
- Дресслер синдромига қарши дорилар
- юрак гликозидлари
- қон ивишини кучайтириш

4. Ўткир зотилжамни 6 та асосий сабаби:

- бактерия
- вирус
- микоплазма
- рикетсия
- патоген замбуруғлар
- физик ва кимёвий омиллар
- конституционал тузилиш
- насли
- иммун танқислик синдроми
- ҳомиладорлик

- ёши
- жинси

5. Ўчоқли зотилжамга хос 4 та клиник синдром:

- интоксикацион
- умумий яллиғланиш синдроми
- ўпка тўқимаси яллиғланиш синдроми
- бошқа аъзо ва система қўшилиш синдроми
- цитолитик синдром
- гемолитик синдром
- бўғим синдроми

6. Ўчоқли зотилжамга хос 4 та синдром:

- касалланган ўпка томондан кўкрак қафасини нафас олишдан орқага қолиши

- зарарланган соҳада товуш титраши ва бронхофония кучайиши
- перкутор товуш қисқариши ёки тўмтоқ товуш
- нафас олиш меъерининг ўзгариши
- юрак шовқинларининг ҳосил бўлиши
- лейкопения
- аллопеция
- тирноқлар синиши

7. Зотилжам ташҳисини тасдиқловчи 3 та асосий текширув усули:

- рентгенологик
- умумий қон анализи
- балғамни бактериологик текширув
- флюктуация усулида балғам анализи
- трансаминазага қонни текшириш
- балғамни гемокультурага текшириш

8. Ўчоқли зотилжамни даволашда асосий 4 та принцип:

- антибактериал
- дезинтоксикацион
- десенсибилизация
- организмни иммун реактивлигини ошириш
- витаминотерапия
- қон қуйиш
- β-адреноблокаторлар

9. Сурункали бронхитни ривожлантиришига таъсир қилувчи 5 та экзоген омиллар:

- чекиш
- касбий ноҳўя таъсирлар
- инфекция
- ҳавонинг ифлосланиши
- климатерик омил
- пархезнинг бузилиши
- аллергенларга таъсир
- дорилар ичиш
- кўкрак қафаси жароҳати

10. Сурункали бронхитни 3 та клиник формаси:

- оддий
- обструктив
- йирингли обструктив
- фибриноз
- ярали
- полипоз

11. Ўчоқли зотилжамни ўчоқ ҳажмига кўра 3 та клиник формаси:

- майда ўчоқли
- йирик ўчоқли
- кўшилувчи
- милиар
- гематоген диссеминирланган
- аралаш

12. Зотилжамни даволашнинг асосий 6 та принципи:

- антибактериал
- дезинтоксикацион
- десенсибилизация
- организм иммун реактивлигини ошириш
- кардио ва вазотоник терапия
- муколитик ва балғам кўчирувчи даволаш
- витаминотерапия
- қон қуйиш
- иммунодепрессия

- В-адреноблокаторлар
- гипотензив терапия
- H₂-блокаторлар

13. Сурункали гепатитнинг 4 та диагностик критерияси:

- гепатоцитлар некрози ва дистрофияси
- гепатомегалия
- қонда билирубин микдори, жигар ферментлари, глобулинлар микдори

ошиши

- оғриқ, диспептик ва астеновегетатив, холестаза синдромларни пайдо

бўлиши

- жигар циррози
- спленомегалия
- тери шиллик қаватининг сарғайиши
- қонда боғланган билирубин ошиши

14. Сурункали гепатитни варианты:

- агрессив
- персистланувчи
- холестатик
- қайталанувчи
- токсикоаллергик
- носпецифик

15. Диспептик синдромни 4 клиник белгиси:

- кўнгил айниши, иштаха йўқлиги
- эпигастрал соҳада оғриқ сезгиси, кекириш
- қоринни шишиб кетиши
- қабзият
- метеоризм
- иштаха очилиб кетиши
- ич келиши
- қоринда сув йиғилиши

16. Ичак диспелсиясини 3 та синдромини санаб ўтинг:

- бижғувчи
- чириган
- аралаш
- механик

- токсик
- рефлектор

17. Қабзиятни 4 та патологик механизмини санаб ўтинг:

- ичак моторикасининг бузилиши
- дефекацияга чакириқларнинг сустлиги
- органик ўзгаришларнинг келиб чиқиши
- йўғон ичакни ҳажми билан сиғимининг тўғри келмаслиги
- ичак моторикасини яхшилаш
- метеоризм
- ич бузилиши
- йўғон ичак ҳажми билан сиғимининг тўғри келиши

18. Геронтология фанини 4 та таркибий қисмларини санаб беринг:

- қариш биологияси
- гериатрия
- герогигиена
- герантопсихология
- фармакология
- геометрия
- химия
- биология

19. Геронтология фанининг 4 та таркибий қисмларини санаб ўтинг:

- геродермия
- геродиетология
- героэкология
- физиотерапия
- диализ
- антибактериал
- диета

20. Қуйидаги келтирилган 4 та сатрларнинг қайси бирларида қариллик давлари тўғри кўрсатилган:

- ўрта ёш 45-59
- кексайган ёш 60-74
- қариган ёш 75-89
- узоқ умр кўрувчи 90- ва ундан катта
- ўрта ёш 50-60

- кексайган ёш 61-75
- қариган ёш 75-90
- узок умр қўрувчилар 91 ва ундан катта

21. Физиологик қаришни 3 та таъриф:

- қарилик ўзгаришларини аста-секин ривожланиши
- табиий бошланиши
- организмни ташқи мухитга мослашишини чегараланиши

ТАВСИЯЛАР (РЕЦЕПТЛАР)

ЯЛДИНГЛАНИШГА ҚАРШИ ДАВО ВОСИТАЛАРИ

Rp: Tab. Acidi acetylsalicylici 0,5
D.S. 1 табл. 3 маҳал овқатдан кейин.

Rp: Tab. Analgini 0,5 N. 10
D.S. 1 табл. 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Brufeni 0,2 N. 100
D.S. 2 табл. 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Voltareni 0,025 N. 30
D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Tab. Indomethacini 0,025 N. 30
D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Tab. Delagili 0,25 N. 20
D.S. 1 табл. 1-2 маҳал.

Rp: Tab. Plaquenili 0,2 N. 20
D.S. 1 табл. 1-2 маҳал.

СТЕНОКАРДИЯДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИЛАР

Rp: Tab. Isosorbidi dinitrati 10 mg

D.S. 1 табл. 4 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Eryniti 0,01

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Molsidomini 2 mg

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Propranololi 40 mg

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Atenololi 50 mg

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Bisoprololi 5-20 mg (Конкор)

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Nifedipini 30 mg

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Verapamili 80 mg

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Diltiazem 30 mg

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Amlodipini 5 mg (Норвакс)

D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Tab. Metoprololi 50 mg

D.S. 1 табл. 3 маҳал ичишга.

ЮРАК ГЛИКОЗИДЛАРИ

Rp: Tab. Digoxini 0,00025 N. 20

D.S. 1 табл. 2-3 маҳал.

Rp: Sol. Digoxini 0,025% - 2,0

D.t.d. N 6 in amp.

D.S. 1 мл. дан венага секин юбориш учун.

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

D.t.d. N 6 in amp.

D.S. 0,5 мл. дан физиологик эритмада эритиб, венага юбориш учун.

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

D.t.d. N 6 in amp.

D.S. 0,5 мл. дан физиологик эритмада эритиб, венага юбориш учун.

СИЙДИК ҲАЙДОВЧИ ДОРИЛАР

Rp: Tab. Diacarbi 0,25 N. 10

D.S. 1 табл. 1 ҳафтада 2 марта.

Rp: Tab. Hypotiazidi 0,025 (0,05) N. 20

D.S. 1 табл. 1-2 маҳал.

Rp: Tab. Furosemidi 0,04 N. 50

D.S. 1 табл. 2 маҳал.

Rp: Tab. Acidi etacrinici 0,05 (Uregit) N. 30

D.S. 2-4 табл. 1 маҳал.

Rp: Tab. “Triampur” N. 30

D.S. 2-4 табл. 1 маҳал.

АРИТМИЯГА ҚАРШИ ДОРИЛАР

Rp: Tab. Panangini seu Asparcamii N. 30

D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Sol. Panangini 10,0

D.t.d. N. 10 in amp.

D.S. 10 мл. дан венага.

Rp: Sol. Aymalini 2,5% - 2,0

D.t.d. N. 20 in amp.

D.S. 10 мл. дан венага.

Rp: Tab. Allapinini 0,025 N. 20

D.S. 1 табл. 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Novocainamidi 10% - 5,0

D.t.d. N. 5 in amp.

D.S. 5 мл. дан томирга ёки мушак орасига.

Rp: Tab. Novocainamidi 0,25 N. 20

D.S. 2 табл. 4-5 маҳал.

Rp: Sol. Lidocani 1% - 10,0

D.S. 200-300 мл. глюкозада эритиб, томирга юборилади.

Rp: Chinidini sulfatis 0,2

Sacchari albi 0,2

M.f. pelv

D.t.d. N. 10

S. 1 порошокдан 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Anaprlini 0,04 N. 20

D.S. 1 табл. 2-4 маҳал.

Rp: Sol. Kalii chloridi 4% - 10,0

D.t.d. N. 10 in amp.

S. 10 мл дан 100 мл физиологик эритмада эритиб,
томир ичига томчилаб юборилади.

Rp: Tab. Cordaroni 0,02 N. 50

D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Tab. Atenololi 0,05 N. 50
D.S. 1 табл. дан кунига 2-3 маҳал.

Rp: Sol. Izoptini 1,0
D.t.d. N 25 in amp.
S. 1 мл дан физ. эритма билан венага юборилади.

СПАЗМОЛИТИКЛАР

Rp: Tab. No-spani 0,04 N. 60
D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Sol. No-spani 4% - 2,0
D.t.d. N. 10 in amp.
S. 2 мл. дан м/о.

Rp: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0
D.t.d. N. 10 in amp.
D.S. 2 мл. дан тери остига.

Rp: Sol. Halidori 2,5% -2,0
D.t.d. N 10 in amp.
S. 2 мл. дан мушак орасига 10-15 кун.

ГИПОТЕНЗИВ ДОРИЛАР

Rp: Tab. Raunatini 0,002 N. 50
D.S. 1табл. 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Verapamili 0,04 N. 50
D.S. 1 табл. кунига 3 маҳал.

Rp: Tab. Berliprili 0,05 N. 50
D.S. 1 табл. кунига 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Captoprili 0,025 (0,05) N. 50
D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Tab. Norvasc 0,005 N. 30

D.S. 1 табл. 1-2 маҳал.

ҚОН ИВИШИГА ҚАРШИ ДОРИЛАР

Rp: Sol. Heparini 5,0 (5000 ТБ – 1 мл)

D.S. 5000 ТБ дан териостига 2-3 маҳал.

Rp: Streptasae 250.000 ТБ

D.S. 3 – 4 флакондаги массани 250-300 мл. физ. эритмада эритиб, венага томчилаб юборилади.

Rp: Fibrinolizini 20000 ТБ

D.S. Физиол. эритмада эритиб, томирга томчилаб юборилади.

Rp: Tab. Neodicumarini 0.1 N 20 (Pelentan)

D.S. 1 табл. 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Syncumari 0,004 N. 10

D.S. 1 табл. кунига.

ГЕМОСТАТИК ДОРИЛАР

Rp: Sol. Vicasoli 1% - 1,0

D.t.d. N 6 in amp.

S. 1 мл. дан мушак орасига.

Rp: Sol. Calcii chloridi 10% - 10,0

D.t.d. N. 10 in amp.

S. 10 мл. дан томир ичига.

АДРЕНОМИМЕТИКЛАР

Rp: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% - 1,0

D.t.d. N 6 in amp.

S. 0,3—0,5—0,75 мл. дан томир ичига физ. эритмада.

Rp: Tab. Noradrenalini hydrotartratis 0,2% - 1,0

D.t.d. N. 6 in amp.

S. 2-4 мл. дан 5% ли глюкозада эритиб, томирга томчилаб юборилади.

Rp: Sol. Mesatoni 1% - 1,0

D.t.d. N. 6 in amp.

S. 0,5-1 мл. дан тери остига, мушак орасига, венага.

Rp: Tab. Isadrini 0,005 N. 10

D.S. 1 табл. 2 маҳал.

Rp: Sol. Isadrini 0,5% - 25,0

D.S. Ингаляция учун.

М – ХОЛИНОЛИТИКЛАР

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

D.t.d. N. 6 in amp.

D.S. 1 мл. дан тери остига.

Rp: Sol. Plathyphyllini hydrotartratis 0,2% - 1,0

D.t.d. N. 6 in amp.

D.S. 1 мл. дан мушак орасига.

АНАЛЬГЕТИКЛАР, СЕДАТИВ МОДДАЛАР ВА ТРАНКВИЛИЗАТОРЛАР

Rp: Sol. Morphini hydrochloridi 0,1 % - 1,0

D.t.d. N 6 in amp.

D.S. 1-2 мл. дан тери остига, томир ичига.

Rp: Sol. Promedoli 1% - 1,0

D.t.d. N. 6 in amp.

D.S. 1 мл. дан тери остига, томир ичига

Rp: Sol. Aminazini 2,5% - 1,0
D.t.d N. 6 in amp.
D.S. 1-2 мл. дан мушак орасига.

Rp: Sol. Droperidoli 0,25% - 2,0
D.T.d. N. 6 in amp.
D.S. 1 мл. дан мушак орасига ёки томир ичига.

АНТИГИСТАМИН ДОРИЛАР

Rp: Tab. Dimedroli 0,05 N. 10
D.S. 1 табл. 2 маҳал.

Rp: Tab. Pipolpheni 0,75 N. 20
D.S. 1 табл. 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Suprastini 0,025 N. 20
D.S. 1 табл. 2-3 маҳал.

Rp: Sol. Dimedroli 1% - 1,0
D.t.d. N. 6 in amp.
S. 1 мл. дан тери остига.

АНТИБИОТИКЛАР

Rp: Cefsoli 0,5 (1,0)
D.t.d. N. 20
S. Флакондаги массани инъекция учун сувида эритиб, мушак орасига кунига 3-4 маҳал юборилади.

Rp: Laevomycetini 0,25 N. 20
D.S. 2 табл. дан 4 маҳал овқатдан кейин.

Rp: Benzylpenicillini natrii 500.000 ТБ
D.t.d. N. 12
S. 500 000 ТБ дан ҳар 4-6 соатда мушак орасига ,0,5% новокаинда эритиб.

Rp: Tab. Sifloxi 0,25 N. 20
D.S. 2 табл. дан кунига 2 маҳал.

Rp: Streptomycini sulfatis 0,5
D.t.d. N. 10
S. 500 000 ТБ дан мушак орасига.

Rp: Tab. Erytromycini 0,1 (0,25) N. 20
D.S. 1 табл. дан ҳар 4-6 соат ичишга.

Rp: Cefamisini 1000 mg
D.S. 500 мг. дан мушак орасига, томир ичига.

Rp: Tab. Nystatini 0,25 N. 40
D.S. 1 табл. 3-4 маҳал.

НИТРОФУРАН, ОКСИХОЛИН ГУРУҲЛАР

Rp: Tab. Biseptoli – 480 N. 20
D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Tab. Furadonini 0,1 N. 20
D.S. 1 табл. 3 маҳал.

Rp: Tab. 5 – НОК 0,05
D.t.d. N. 50 in dragee
S. 1 дражедан 4 маҳал 7 кун ичида.

Rp: Tab. Nevigramoni (Negrami 0,5)
D.t.d. n. 56 in cfps. gelat.
S. 1-2 капс. дан 4 маҳал.

БРОНХОЛИТИКЛАР

Rp: Tab. Theophedrini N. 10
D.S. 1 табл. дан 2-3 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Euphyllini 0,15 N. 10
D.S. 1 капсул. дан 2-3 маҳал ичишга.

Rp: Sol. Euphyllini 2,4% - 10,0
D.S. 5 мл. дан венага секин юборилади.

БАЛҒАМ КЎЧИРУВЧИ ВА ЙЎТАЛГА ҚАРШИ ДОРИЛАР

Rp: Inf. Herbae Thermopsisidis ex 0,6 – 180,0
D.S. 1 ош қошиқдан 3-4 маҳал.

Rp: Sol. Kalii jodidi 3% - 200,0
D.S. 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал.

Rp: Tab. Libexini 0,1 N. 10
D.S. 1 табл. дан кунига 3 маҳал.

Rp: Tab. Bromhexini 0,0004 N. 50
D.S. 1 табл. дан кунига 3 маҳал.

ВИТАМИН ВА МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ПРЕПАРАТЛАР

Rp: Tab. Acidi ascorbinici 0,3 N. 30
D.S. 1 табл. дан кунига 3 маҳал.

Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1,0
D.t.d. N. 10 in amp.
S. 2 мл. 5%ли глюкоза эритмасида эритиб, томирга юборилади.

Rp: Sol. Acidi nicotinicici 1% - 1,0
D.t.d. N. 6 in amp.
S. 2 мл. дан мушак орасига.

Rp: Sol. Thiamini bromidi 5% - 1,0 (B₁)
D.t.d. N.10 in amp.
S. 1 мл дан мушак орасига.

Rp: Sol. Piridoxini hydrochloridi 5% - 1,0 (B₆)

D.t.d. N. 6 in amp.

S. 1 мл. дан мушак орасига.

Rp: Sol. Суанособаламини 0,01% - 1,0 (B₁₂)

D.t.d. N. 6 in amp.

S. 1 мл. дан мушак орасига.

Rp: Tab. Asidi folici 0,001 N. 30

D.S. 1-2 табл. дан кунига 4 маҳал.

Rp: Tab. Rutini 0,04 N. 30

D.S. 1 табл. дан кунига 3 маҳал.

Rp: Tab. Asidi glutaminici 0,25 N. 30

D.S. 2-4 табл. дан кунига 3 маҳал.

Rp: Cocarboxilasae 0,05 (50 mg)

D.t.d. N. 10 in amp.

S. 50 мг. дан мушак орасига, томир ичига.

Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 N. 50

D.S. 1-2 табл. дан кунига 3 маҳал.

Rp: Tab. Methionini obductae 0,25 N. 20

D.S. 1-2 табл. дан кунига 3 маҳал.

ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИЛАР

Rp: Susp. Almageli 170,0

D.t.d. N. 3 in flac.

D.S. 1-2 чой қошиқдан кунига 4 маҳал.

Rp: Tab. Panzynomni N. 100

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал.

Rp: Tab. Pancreatini N. 20

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал.

Rp: Tab. Festali N. 50

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал овқатдан кейин.

Rp: Tab. Ranitidini 0,150 N. 50

D.S. 1 табл. 2 маҳал.

Rp: Omeprazoli 20 mg

D.t.d. N. 30 in caps.

D.S. 1 капс.2 маҳал ичишга.

Rp: Tab. Motiliumi 10 mg

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал.

Rp: Tab. Metranidazoli 0,25 N. 20

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал, 7-10 кун давомида.

Rp: Succu gastrici naturalis 100,0

D.S. 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал овқат вақтида.

Rp: Sol. Asidi hydrochloride diluti 3% - 200,0

D.S. 1 ош қошиқдан 3 маҳал.

Rp: Tab.De-noli N. 120

D.S. 1 табл. дан 4 маҳал.

Rp: Tab. Allocholi N. 30

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал.

Rp: Cholosasi 200,0

D.S. 1 чой қошиқдан 3 маҳал.

Rp: Tab. Cholensytum obductae N. 50

D.S. 1 табл. дан 1-3 маҳал овқатдан кейин.

Rp: Tab. Asidi dehydrocholici 0,2 N. 30

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал 15-20 кун давомида ичишга.

КАМҚОНЛИҚДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИЛАР

Rp: Tab. Ferroplexi N. 20

D.S. 1 табл. дан 3 маҳал.

Rp: Ferrum lek 2,0

D.t.d. N. 6 in amp.

D.S. 2-4 мл. дан мушак орасига кун ора.

Rp: Tab. Maltoferi N. 30

D.S. 1 табл. дан кунига 2-3 маҳал.

Rp: Tab. Ginotardiferoni N. 30

D.S. 1 табл. дан кунига 2 маҳал овқатдан 1 соат олдин ичишга.

ХИМИОТЕРАПЕВТИК ВА ЦИТОСТАТИК ДОРИЛАР

Rp: Tab. Metotrexati 0,002 N. 50

D.S. Врач кўрсатмасига кўра ичиш .

Rp: Tab. Myelosani 0,002 N. 60

D.S. 1 табл. дан 2-3 маҳал..

Rp: Vinblastini 0,005

D.t.d. n. 6 in amp.

S. Томирга томчилаб юбориш учун.

Rp: Cyclophosphani 0,1

D.t.d. N. 10 in amp.

S. 1 мл. дан томирга кунига икки маҳал.

ҚОНДА ҚАНД МИҚДОРИНИ КАМАЙТИРУВЧИ ДОРИЛАР

Rp: Insulini 5,0

D.S. 10 – 20 – 30 – ТБ дан тери остига (1 мл. – 40 ТБ).

Rp: Susp. Zinc-insulini amorphi

D.t.d. N. 5 in flac.

D.S. тери остига .



Мустақил иш топшириқлари

1. *Гериатрия ва геронтология фани ривожланиши тўғрисида интернет ва бошқа манбалардан маълумот йиғинг ва реферат ёзинг.*
2. *Қарияларда кўп учрайдиган касалликлар ҳақида реферат ёзинг.*
3. *Қарияларда кўп қўлланиладиган янги дори воситалари тўғрисида маълумот йиғинг ва реферат ёзинг.*
4. *Қарияларни реабилитация қилиш тўғрисида таклифлар киритинг.*



Таянч иборалар

Гериатрия, геронтология, нафас тизими, юрак-қон томир тизими. Овқат ҳазм қилиш тизими, сийдик ажратиш тизими, эндокрин тизими. Асаб тизими ҳаракат-таянч тизими, кўриш, эшитиш тизими, фармакология, клиника, текширув, даволаш, профилактика, парҳез овқатлар.



Кўшимча адабиётлар рўйхати

1. Аскерханов Р.П., Тлапшаков Б.У. Изменения свертываемости крови у больных пожилого и старческого возраста в связи с патологией, обезболиванием, операцией и осложнениями // Вестник хирургии, 1972. - №6. – С. 7-10.
2. Басярина В.П., Яковлев В.М., Кукса П.Я. Артериальные сосуды и возраст. – М., 1986.
3. Валенкевич Л.Н. Гастроэнтерология в гериатрии. – Л.: Медицина, 1991. – 220с.
4. Дальмак В.М. Хронобиологические аспекты в геронтологии и гериатрии. Хронобиология и хрономедицина / Под. ред. Ф.И. Комарова. – М.: Медицина, 1989.
5. Кац Г.Л., Кац Л.Г. Особенности клинической картины и лечения больных хроническим бронхитом в пожилом и старческом возрасте // Гериатрические аспекты клинической пульмонологии. –Т., 1994.с. 108-111.
6. Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия. Учебное пособие. – М., 1997.
7. Клиническая гериатрия / Под.ред. акад. РАМН В.Г.Кунеса. – М., 2000.
8. Коркушко О.В. Клиническая кардиология в гериатрии. – М.: Медицина, 1980.
9. Липовецкий Б.М., Плавинская С.И., Ильина Г.Н. Возраст и функции сердечно-сосудистой системы человека. – Л.: Наука, 1988.
10. Мавлянов И.Р., Кац П.С., Азимова К.С. Общие аспекты побочного действия лекарств у лиц пожилого и старческого возраста // Здравоохранение Узбекистана. – №15.-2002.
11. Максимов С.В. Эндокринные железы и старение организма. Руководство по эндокринологии. – М.: Медицина, 1973.
12. Руководство по гериатрии / Под.ред. акад. Д.Ф. Чеботарева. – М., 1982.
13. Турчина Ж.Е., Мягкова Е.Г. Сестринское дело в гериатрии. Учебное пособие. – М., 2006.
14. Токарь А.В. Артериальная гипертензия и возраст. – Киев: Здоровье, 1977.
15. Журавлева Т.П., Пронина Н.А. Сестринское дело в гериатрии. Учебное пособие. – М., 2005.

16. Чеботарев Д.Ф. Геронтология и гериатрия. – М.: Знание, 1984.-63с.
17. Чеботарев Д.Ф. Гериатрия: Учебное пособие. – М., 1990.-238с.
18. Чеботарев Д.Ф. Слово о старости. – М.: Знание, 1992.-62с.
19. Шодмонов А.А., Хисамутдинов Р.А. Ички касалликларда шифобахш овқатланиш. Тошкент, 1995.
20. Яценко Б.П. Дифференциальная диагностика заболеваний органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста. – Киев: «Здоровья», 1979.-216с.



ҲИКМАТЛИ СЎЗЛАР

Ўқитувчининг бош вазифаси талабаларда мустақил фикр юритиш кўникмаларини ҳосил қилишдан иборат эканлигини кўпинча яхши тушунамиз, лекин, афсуски амалда – тажрибамизда унга риоя қилмаймиз.

И.А.Каримов

Дарс ила тарбия орасида бир оз фарқ бор бўлса ҳам, иккиси бир-биридан айрилмайдиган, бирининг вужуди бирига бойланган жон ила тан кабидир.

Абдулла Авлоний

Одамнинг улуғворлиги унинг бўйи билан ўлчанмаганидек, халқнинг улуғлиги ҳам унинг сони билан ўлчанмайди, ягона ўлчови – унинг ақлий камолоти ва ахлоқий баркамоллигидир.

В.Гюго

МУНДАРИЖА

Муаллифлардан	5
1-БОБ. ГЕРОНТОЛОГИЯ ФАНИ ҲАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУ-	
МОТЛАР	7
Геронтология ва гериатриянинг ривожланиш тарихи	7
Қариш жараёнининг кечиши ва даврийлиги	9
Қарилик турлари	12
Хужайра, органларнинг қариш жараёнидаги морфологик ўзгаришлари	14
Геронтологик беморларни клиник текширнинг ўзига хос хусусиятлари	18
2-БОБ. НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ	23
Нафас олиш тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар	23
Нафас олиш тизими касалликлари	24
Ўткир ва сурункали бронхитлар	24
Бронхиал астма	26
Пневмония	28
Ўпка эмфиземаси	31
Ўпка сили	31
Ўпка раки	32
3-БОБ. ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ	34
Юрак қон-томир тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар	34
Юрак қон-томир тизими касалликлари	35
Стенокардия	36
Миокард инфаркти	37
Аритмиялар	38
Реабилитация	40
Гериатрик беморларда артериал гипертензиянинг кечиш хусусиятлари	41
Геморрагик васкулит	46

Сурункали юрак етишмовчилиги	47
4-БОБ. ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ	49
Овқат ҳазм қилиш тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар касалликлари	49
Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари	50
Сурункали гастрит	50
Меъда раки	50
Яра касаллиги	51
Сурункали гепатит	53
Жигар циррози	54
Ўт-тош касаллиги	56
Холециститлар	57
Сурункали панкреатит	58
Кабзият	60
Ичак таъсирланиш синдроми	63
5-БОБ. СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ	67
Сийдик ажратиш тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар	67
Сийдик ажратиш тизими касалликлари	69
Ўткир ва сурункали гломерулонефрит	69
Сурункали пиелонефрит	71
Буйрак-тош касаллиги	73
Простата безининг аденомаси	73
6-БОБ. ЭНДОКРИН ТИЗИМИ	76
Эндокрин тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар	76
Эндокрин тизими касалликлари	77
Гипотиреоз	77
Диффуз токсик бўқоқ	77
Кандли диабет	77
Семизлик	79
Патологик климакс	79
Подагра	80

7-БОБ. ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ ТИЗИМИ	82
Таянч-ҳаракат тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар	82
Таянч-ҳаракат тизими касалликлари	82
Остеопороз.Остеохондроз	83
Деформацияловчи остеоартроз	83
Товон гипоралари	83
8-БОБ.АСАБ ТИЗИМИ	85
Асаб тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар	85
Асаб тизими касалликлари	86
9-БОБ. КЎРИШ ТИЗИМИ	91
Кўриш тизимидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар	91
Кўриш тизими касалликлари	92
10-БОБ. ЭШИТИШ ТИЗИМИ	95
Эшитиш тизимида ёшга алоқадор ўзгаришлар	95
Эшитиш тизими касалликлари	96
11-БОБ. ГЕРИАТРИК ФАРМАКОЛОГИЯ	97
Табий антиоксидантлар ва метоболитлар	99
Гериатрик фармакологиянинг асосий принциплари	99
Гериатрияда дори моддаларининг қўлланилиши	100
Гериатрик моддалар	102
12-БОБ. Гериатрик хирургиянинг ўзига хос хусусиятлари	103
Ётоқ режимдаги оғир беморларни парвариш қилиш	104
Кекса ёшдаги одамлар жисмоний тарбияси	105
13-БОБ. Гериатрик ёрдамни ташкил қилиш	107
Қари ва кекса ёшдаги беморларнинг реабилитацияси	108
Тестлар	112
Тавсиялар	117
Мустақил иш топшириқлари	130
Таянч иборалар	130
Қўшимча адабиётлар рўйхати	131

