

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

Sog‘liqni saqlash vazirligi

Ilmiy texnik kengashi raisi

_____ **Sh.K.Atadjanov**

«_____» _____ 2026 y.

HAYDAROVA BUZULAYHO AXMEDOVNA

GERANTOLOGIYA

(Monografiya)

Farg‘ona 2026

Ushbu monografiyada gerantologiya fanining shakllanishi, ilmiy-nazariy asoslari va zamonaviy rivojlanish yo'nalishlari kompleks ilmiy yondashuv asosida tahlil qilingan. Asarda inson qarishi jarayonining biologik, genetik, immunologik hamda ijtimoiy omillari o'zaro bog'liq holda o'rganilib, qarish mexanizmlarining zamonaviy ilmiy konsepsiyalari tizimlashtirilgan.

Monografiyada gerantologiyaning jahon miqyosida rivojlanish tarixi, XVIII–XIX asrlardagi ilmiy qarashlardan boshlab, XX asrda mustaqil fan sifatida shakllanishi va XXI asrda molekulyar biologiya, genomika va biotexnologiya yutuqlari asosida yangi bosqichga ko'tarilishi ilmiy manbalar tahlili orqali yoritilgan. Qarishning hujayraviy va molekulyar mexanizmlari, telomerlar dinamikasi, oksidativ stress, immun qarish (immunosensenssiya) hamda metabolik o'zgarishlar haqidagi ilmiy qarashlar umumlashtirilgan.

Shuningdek, monografiyada aholi demografik qarishi sharoitida sog'lom qarish konsepsiyasi, keksa yoshdagilar salomatligini saqlash strategiyalari, profilaktik tibbiyot va gerontologik xizmatlarni tashkil etish masalalari tahlil qilingan. Dunyo mamlakatlari tajribasi bilan bir qatorda O'zbekistonda gerantologiya sohasining shakllanishi, milliy sog'liqni saqlash tizimida amalga oshirilayotgan islohotlar, keksa yoshdagilarga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishning zamonaviy modellari ilmiy jihatdan baholangan.

Mazkur monografiya uzluksiz ta'lim tizimining barcha bo'g'inlarida faoliyat ko'rsatayotgan o'qituvchilar va talabalar foydalanishi uchun mo'ljallangan.

TAQRIZCHILAR:

Kattaxanova

R.Yu.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

“Ichki kasalliklar propedevtikasi” kafedra

mudiri, t.f.n., dotsent

Sadikov U.T.

- SAMU “Oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar”

kafedrasi dotsenti, t.f.n.

KIRISH

Respublikamizda islohotlar shiddat bilan kechayotgan hozirgi davrda, sog'liqni saqlash tizimida ishlaydigan bo'lajak tibbiyot hamshiralarni kasbiy faoliyatga tayyorlashda ularning professional kasbiy tayyorgarligiga va kasbiy kompetensiyasini shakllantirish, o'zlari tanlagan kasblari bo'yicha chuqur bilimli, yuqori malakali, yuksak mahoratli, professional madaniyatga va aqliy salohiyatga ega kreativ fikrlaydigan, fanning bugunini va kelajagini ilmiy taxlil qila oladigan va hamshiralik ishini istiqbolini oldindan ko'ra oladigan ijodkor professional hamshiralarni tayyorlash davr talabidir.

Shunday ekan, professional ta'lim muassasalaridagi bo'lajak mutaxassislardan o'zlari tanlagan kasblari bo'yicha bilimli va har tomonlama yetuk, zamon talablarining o'zgarishiga moslashuvchan, o'z malakasini oshirishga intiluvchan bo'lishlari talab etiladi.

Biz keng ko'lamli sog'lomlashtirish, sog'liqni tiklash, kasalliklarning oldini olish vazifasiga tayyor, tibbiy yordam bera oluvchi, har qanday holatlarda bemor yoki sog'lom odam bilan professional muloqotga kirisha oladigan o'z kasbining mohir ustasi, tayyorlash vazifasini oldimizga qo'yar ekanmiz, ularni inson salomatligi yo'lida, sog'ligini tiklash va saqlashda yordam ko'rsata oladigan yaxlit jamoaning teng huquqli a'zosi etib tarbiyalashimiz lozim. Bu jahon andazalari talabidir.

Insonning qarish jarayonini o'rganishdan maqsad keksayish paytida sog'lom turmush kechirish, o'zini o'zi mustaqil parvarish qilish, kasalliklarning oldini olishga erishishdan iborat. Kexsa yoshdagi odamlarda kasalliklarning kechish jarayoni ularning yoshi va ruhiy holatga bog'liq. Ular bilan ana shu jihatni hisobga olib muloqot qilish, ularni parvarishlash sog'liqni saqlash tizimining muammolaridan biridir.

Shunday qilib, Gerantologiyada hamshiralik ishi fani - yoshga aloqador bo'lgan fiziologik o'zgarishlar va rivojlanayotgan patologik o'zgarishlar o'rtasidagi boqliqlikni va shu bilan birga organizmni qarish sabablari, mexanizmi hamda

qariyotgan organizmni fiziologik jihatdan o'ziga xos tomonlarini o'rganadigan fan. Geriatrik pasientlarni davolash va parvarishlashda hamshiralarning tutgan o'rni va vazifalarini o'rganishdir. Shu bilan birga keksa va qariya yoshidagi pasientlar bilan ishlashda o'ziga xos tomonlarini inobatga olishdan iboratdir.

"Geriatriyada hamshiralik ishi" faninig maqsadi - hamshiralik ishi bo'yicha hamshiralarni tayorlashda, ularga geriatrik pasientlarning ichki organlarining turli kasalliklarida sifatli tibbiy yordam ko'rsata bilishni o'rgatish.

1-BOB. GERANTOLOGIYA TUSHUNCHASI VA TARIXI

Gerantologiya — qarish va qariyalarning biologik, psixologik va ijtimoiy jihatlarini o'rganuvchi fan sohasi bo'lib, XX asrning o'rtalarida mustaqil ilmiy yo'nalish sifatida shakllangan.

Jahon miqyosida demografik o'zgarishlar natijasida aholining qarish sur'ati ortib bormoqda. Birlashgan Millatlar Tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, keksa yoshdagi aholi ulushining oshishi sog'liqni saqlash tizimlarini transformatsiya qilishni talab etmoqda.

Qarishni tushunish ham klinik, ham fundamental ilmiy tadqiqotlar uchun muhimdir, chunki u nafaqat umr davomiyligini, balki organizm salomatligini saqlashni ham belgilaydi. Shuning uchun bu sharh qarish biologiyasining fundamental nazariyalarini, ularning molekulyar asoslarini va organizm tizimlariga ta'sirini tushunishga qaratilgan.

Qarilik davrida surunkali kasalliklar ko'p uchrashi, funksional mustaqillikning pasayishi va ijtimoiy ehtiyojlarning o'zgarishi hamshiralik xizmatlarining ahamiyatini yanada kuchaytirmoqda.

Gerantologiyada hamshiralik ishi nafaqat tibbiy parvarish, balki profilaktika, reabilitatsiya, psixoemotsional qo'llab-quvvatlash va ijtimoiy adaptatsiyani qamrab oladigan kompleks yondashuvni talab qiladi. Shu sababli keksa yoshdagi patsientlar bilan ishlashda hamshiralarning kasbiy kompetensiyalarini takomillashtirish ilmiy va amaliy jihatdan dolzarb hisoblanadi.

Ta'lim va ilmiy maktablarda qarilikni o'rganish uzoq vaqt biologiya yoki tibbiyot sohasining bir qismi sifatida qaralgan bo'lsa-da, XX asrda bu masala mustaqil fan sohasiga aylana boshladi. Fransiya'dagi Toulouse universiteti 1910-yillarda birinchi marta qarilik bilan bog'liq ilmiy kurslar tashkil etgan, shuningdek Stokgolmda 1930-yillarda birinchi geriatriya kafedralari ochilgan. Bu geriatriyaning klinik sohada rivojlanishini ko'rsatadi.

Rus oylimi **Ilya Mechnikov (Ivan Ilyich Mechnikov)** XX asr boshlarida qarish jarayonini ilmiy tahlil qilishga katta hissa qo'shgan. U 1903–1908 yillardagi tadqiqotlarida qarishni immun mexanizmlar bilan bog'lagan, organizmda

mikrofloraning roli va toksinlar to'planishi nazariyalarini ilgari surgan. Bu ishlar "The Prolongation of Life" (1908) asarida aks etgan. Mechnikov o'z nazariyalarida qarilikni faqat biologik jarayon emas, balki organizmning ichki muhiti bilan bog'liq kompleks fenomen deb ta'riflagan.

Inson qarish jarayonini biologik, tibbiy, psixologik va ijtimoiy jihatdan o'rganishga qaratilgan. Zamonaviy tadqiqotlarda qarish jarayoni ko'p omilli va kompleks mexanizmlar asosida kechishi ta'kidlanadi. Bu davrda demografik o'zgarishlar, tibbiyotdagi ilmiy kashfiyotlar va aholi umr davomiyligining oshishi qarish jarayonini kompleks tadqiq qilishga bo'lgan ehtiyojni keskin kuchaytirdi.

XX asrda sog'liqni saqlash sohasida texnologik, klinik va demografik o'zgarishlar kengaydi. 1900-yillarda global o'lim darajasi sezilarli darajada kamayishi va infeksiyon kasalliklarga qarshi samarali davolash usullarining paydo bo'lishi natijasida o'rtacha umr davomiyligi o'sdi. Masalan, AQShda 1900–1950 yillar oralig'ida o'rtacha umr davomiyligi 46,3 yildan 68,2 yilgacha o'sgani qayd etilgan (CDC, National Vital Statistics). Bu demografik o'zgarish qarilik bilan bog'liq muammolar sohasida ilmiy tadqiqotlar uchun katta talab yaratdi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (WHO) ma'lumotlariga ko'ra, keksa yoshdagi aholi sonining o'sishi sog'liqni saqlash tizimida profilaktik va reabilitatsion xizmatlarni kuchaytirishni talab etadi.

Yaponiya — aholisi tez qariydigan davlat sifatida gerantologiya va geriatriya sohasida ilg'or tajribaga ega. U yerda qariyalarning tibbiy va ijtimoiy xizmatlarini tashkil qilish, reabilitatsiya va profilaktika tadqiqotlari ham katta rivojlangan. Keks yoshdagi insonlarda surunkali kasalliklar ustunligi hamshiralik xizmatlarining rolini yanada oshiradi.

Gerantologiya — inson organizmining qarish jarayonini, uning biologik, tibbiy, psixologik va ijtimoiy jihatlarini o'rganuvchi kompleks ilmiy sohadir. Mazkur fan qarish mexanizmlarini, yoshga bog'liq o'zgarishlarni, keksa yoshdagi insonlarning hayot sifati va funksional qobiliyatini saqlashga qaratilgan profilaktik va terapevtik yondashuvlarni tadqiq etadi.

Zamonaviy gerantologiyada asosiy yo'nalishlar:

- 1.Qarish biologiyasi va molekulyar mexanizmlari (López-Otín et al., 2013).
- 2.Qariyalar salomatligi va profilaktika (WHO, 2020).
- 3.Kognitiv va psixosotsial tadqiqotlar.
- 4.Davlat siyosatlarini va ijtimoiy xizmatlarning integratsiyasi

Zamonaviy gerontologiya qarish jarayonini yagona sababga emas, balki birdan-bir emas, turli biologik mexanizmlar, genetik nazorat tizimlari, tuzilma-funksional o'zgarishlar va tizimli fiziologiya yo'nalishlari orqali ishlaydigan murakkab jarayon deb baholaydi (Kenyon, 2010)³.

Gerontologiya fanining asosiy vazifalaridan biri qarish mexanizmlarini tushuntirish hisoblanadi. Shu maqsadda turli ilmiy nazariyalar ishlab chiqilgan bo'lib, ular ichida **biologik, genetik va immunologik nazariyalar** eng muhimlaridan hisoblanadi.

Gerantologiya bir nechta asosiy yo'nalishlarni qamrab oladi:

Biologik gerantologiya — hujayraviy va molekulyar darajada qarish mexanizmlarini o'rganadi;

Klinik geriatriya — keksa yoshdagi bemorlarda kasalliklarni diagnostika va davolash;

Ijtimoiy gerantologiya — qarilikning ijtimoiy va psixologik aspektlarini tahlil qiladi;

Gerantologik hamshiralik — keksa patsientlarga kompleks parvarishni tashkil etish.

Qarish — tirik organizmda vaqt o'tishi bilan kuzatiladigan fiziologik, bioximyoviy va molekulyar o'zgarishlar yig'indisi bo'lib, organizm funksiyalarining sistematik pasayishi va kasalliklarga moyillikning ortishi bilan tavsiflanadi (López-Otín et al., 2013)².

Qarish inson organizmida fiziologik funksiyalarning bosqichma-bosqich pasayishi bilan kechadigan murakkab biologik jarayondir. Zamonaviy biomeditsinada qarish ko'p omilli mexanizmlar orqali rivojlanishi ta'kidlanadi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, qarish genetik, molekulyar va hujayraviy

o'zgarishlarning yig'ilishi natijasida yuzaga keladi. Bu o'zgarishlar organizmning stressga chidamliligini kamaytiradi va turli kasalliklar xavfini oshiradi.

Ilmiy adabiyotlarda qarish jarayonini tushuntiruvchi turli nazariyalar taklif qilingan. Ular orasida molekulyar-biologik, genetik, immunologik va evolyusion konsepsiyalar alohida ahamiyatga ega. Hozirgi kunda ko'pchilik olimlar qarishni yagona sabab bilan emas, balki o'zaro bog'liq biologik mexanizmlar tizimi sifatida qarashni taklif qiladilar.

So'nggi yillarda qarish biologiyasi sohasida muhim ilmiy konsepsiya ishlab chiqilgan bo'lib, u **qarishning asosiy biologik belgilarini** tavsiflaydi. Ushbu modelga ko'ra qarish qator fundamental molekulyar o'zgarishlar bilan bog'liq. Ularga genom barqarorligining buzilishi, telomerlarning qisqarishi, epigenetik o'zgarishlar, mitoxondriya disfunktsiyasi va hujayra senessensiyasi kabi jarayonlar kiradi.

Genom barqarorligining buzilishi qarish jarayonida muhim omil hisoblanadi. Vaqt o'tishi bilan DNKda turli mutatsiyalar va shikastlanishlar to'planadi. Bu holat hujayra funksiyalarining buzilishiga va turli kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Telomerlar qisqarishi ham qarish bilan bog'liq muhim jarayon hisoblanadi. Hujayra bo'linishi davomida telomerlar uzunligi kamayib boradi va ma'lum nuqtaga yetganda hujayra bo'linishi to'xtaydi.

Mitoxondriya disfunktsiyasi ham qarishda muhim rol o'ynaydi. Mitoxondriyalar energiya ishlab chiqarishda ishtirok etadi, ammo ularda paydo bo'ladigan oksidativ stress hujayra komponentlariga zarar yetkazishi mumkin. Shuningdek, oqsillar gomeostazining buzilishi ham qarishga hissa qo'shadi. Vaqt o'tishi bilan zararlangan yoki noto'g'ri yig'ilgan oqsillar organizmda to'planadi va hujayra faoliyatini izdan chiqaradi.

Genetik omillar. Qarish jarayonining genetik mexanizmlari ham keng o'rganilmoqda. Ilmiy tadqiqotlar organizmning qarish sur'ati ma'lum darajada genetik nazorat ostida ekanini ko'rsatadi. Ayrim genlar metabolism, stressga javob reaksiyasi va hujayra reparatsiyasini boshqaradi. Shu sababli ularning faoliyati organizmning umr davomiyligiga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Zamonaviy genom tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki, qarish jarayoni evolyusiya davomida shakllangan biologik yo'llar bilan bog'liq. Bu mexanizmlar turli organizmlarda o'xshash bo'lib, ular energiya almashinuvi, hujayra signallari va metabolizmni boshqarishda ishtirok etadi.

Immunologik o'zgarishlar. Qarish jarayonida immun tizimida ham sezilarli o'zgarishlar yuz beradi. Bu holat ilmiy adabiyotlarda immun qarish (immunosenescence) deb ataladi. Immun tizimining zaiflashishi infeksiyon kasalliklar va onkologik patologiyalar xavfini oshiradi.

Yosh o'tishi bilan yallig'lanish jarayonlari ham kuchayishi mumkin. Bu holat "inflammaging" deb ataladi va ko'plab surunkali kasalliklar rivojlanishi bilan bog'liq. Shuning uchun zamonaviy gerontologiyada immun tizimi qarish biologiyasining muhim qismi sifatida qaraladi.

Zamonaviy ilmiy konsepsiyalar. Hozirgi vaqtda qarish biologiyasi bo'yicha tadqiqotlar jadal rivojlanmoqda. Yangi ilmiy modellar qarish jarayonini bir-biri bilan bog'liq bir nechta mexanizmlar orqali tushuntiradi. Ushbu yondashuv organizmdagi hujayraviy zararlar, genetik o'zgarishlar va tizimli regulyatsiya buzilishlarining o'zaro ta'sirini hisobga oladi.

Zamonaviy biogerontologiyaning asosiy vazifalaridan biri qarish mexanizmlarini chuqur o'rganish va inson salomatligini uzoq muddat saqlashga qaratilgan usullarni ishlab chiqish hisoblanadi.

Umumiy tendensiya shundan iboratki, dunyoda gerantologiya nafaqat tibbiyot, balki ijtimoiy, psixologik va demografiya sohalari bilan ham uzviy bog'lanmoqda.

O'zbekistonda gerantologiya fani 2000-yillardan so'ng rivojlana boshladi. Hozirgi paytda uning asosiy yo'nalishlari quyidagilar:

Geriatriya va tibbiy xizmatlar: O'zbekistonda qariyalarning tibbiy salomatligini yaxshilash maqsadida maxsus geriatriya markazlari va bo'limlar tashkil etilmoqda. Masalan, Toshkentdagi geriatriya markazlari qartlar salomatligi, profilaktika va reabilitatsiya sohasida ilmiy tadqiqotlar olib boradi.

Ijtimoiy xizmatlar va qartlar muhofazasi: Davlat dasturlarida qartlarni ijtimoiy himoya qilish, uyda xizmat ko'rsatish va qo'llab-quvvatlash tizimlari

rivojlantirilmoqda. Shu bilan birga, “**Aholini ijtimoiy himoya qilish**” dasturlari qariyalar salomatligi va ijtimoiy integratsiyasini ta’minlaydi.

Ilmiy tadqiqotlar: O‘zbekiston olimlari qarish biologiyasi, kognitiv funksiyalar va geriatriya sohasida tadqiqotlar olib bormoqda. Masalan, Toshkent davlat tibbiyot universiteti va Akademiya institutlari qariyalarning fiziologik va psixologik holatini o‘rganish bilan shug‘ullanadi.

Hukumat siyosati va strategik dasturlar: 2017 yildan so‘ng O‘zbekistonda aholi qariydi, bu gerantologiya va geriatriya sohasini rivojlantirish uchun davlat darajasida strategik ahamiyat kasb etdi. Hukumat qariyalar uchun tibbiy xizmatlar, reabilitatsiya va ijtimoiy himoya dasturlarini kengaytirmoqda (Jadval-1).

Yo‘nalish	Dunyoda	O‘zbekistonda
Ilmiy tadqiqotlar	Keng qo‘llanilgan, laboratoriya, klinik, epidemiologik	Sekin rivojlanayotgan, asosan klinik va epidemiologik tadqiqotlar
Geriatriya markazlari	Keng tarmoqlangan (AQSh, Yaponiya, Yevropa)	Faqat katta shaharlarda, hali rivojlanish bosqichida
Ijtimoiy xizmatlar	Integratsiyalangan, davlat va xususiy xizmatlar	Davlat dasturlari asosida, kengaytirilmoqda
Qariyalar soni	Ko‘p davlatlarda aholi qariydi (Yaponiya, Yevropa)	O‘zbekistonda ham qariylar ulushi oshmoqda

O‘zbekiston sharoitida aholining qarish tendensiyasi, surunkali kasalliklar tarqalishining ortishi va tibbiy xizmatlar sifatini oshirishga qaratilgan islohotlar gerantologiya sohasida hamshiralik xizmatlarini rivojlantirishni talab etmoqda. Bu esa mazkur tadqiqot mavzusining ilmiy ahamiyatini belgilaydi.

1.1. Gerontologiya va geriatriya haqida tushuncha

Inson salomatligi va uning hayotini davomiyligi organizmning qarish jarayoni bilan chambarchas bog‘liqdir. Hozirgi davrda tibbiyotning oldida turgan dolzarb muammolardan biri odamning qarish jarayonini o‘rganish hisoblanadi. Bu jarayonni o‘rganuvchi fan gerontologiya fanidir.

Gerontologiya (yunoncha «geros» - odam va «fan» soʻzlaridan olingan) — insonning qarishiga sabab boʻladigan va unga hamroh boʻladigan biologik mexanizmlar va jarayonlarni oʻrganuvchi tibbiyot sohasi;

Gerontologiya qarish jarayonini, uning biologik, tibbiy (geriatrik), ijtimoiy, psixologik, gigiyenik va iqtisodiy jihatlarini oʻrganadigan eng murakkab tabiiy fanlardan biridir. Boshqacha qilib aytganda, gerontologiya insonning qarishi haqidagi fan boʻlib, u atrof-muhit va ijtimoiy-gigiyenik omillarning yoshga bogʻliq oʻzgarishlar jarayoniga taʼsirini oʻrnatadi va umr koʻrish davomiyligini va faol uzoq umr koʻrishni oshirishga qaratilgan chora-tadbirlarni ishlab chiqadi.

Geriatrya - keksalar va qariyalar kasalliklari haqidagi fan. U insonning qarishi biologiyasi, rivojlanish xususiyatlari, klinik kechishi, ulardagi kasalliklar diagnostikasi, davolash va oldini olish, erta qarishning oldini olish va davolashga oid maʼlumotlar asosida shakllantiriladi "Geriatrya gerontologiyaning ajralmas qismi sifatida qarishning tibbiy jihatlarini oʻz ichiga oladi. Geriatrya umumiy tibbiyotning bir tarmogʻi sifatida keksalar va keksa odamlarning sogʻligʻini saqlash, ularning farovonligini fonda yaxshilash bilan shugʻullanadi. Yosh bilan yuzaga keladigan patologiya. Uning predmeti qarilik davridagi ham qarilik patologiyasi, ham keng tarqalgan kasalliklarning klinikasi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasini, shuningdek, keksalar va qariyalarga tibbiy-ijtimoiy yordam koʻrsatishni tashkil etishni oʻrganishdan iborat.

Inson organizmida tugʻilishdan to oʻlimiga qadar uzluksiz morfologik, ximiyaviy, fiziologik, psixologik oʻzgarishlar kuzatiladi. Qadimdan olimlar qarish sabablari va umrboqiylik sirlarini ochishga uringan, bu haqda falsafiy bahs, munozaralar yuritgan. Uning ildizlari juda qadimdan boshlangan boʻlib, qadimiy xitoy va hind olimlari asarlarida, Gippokrat toʻplamlarida hamda Ibn Sinoning "Tib qonunlari"da oʻz aksini topgan.

Qarilik muammolari boʻyicha buyuk rus olimi I.I. Mechnikov Rossiyada va butun jahonda ilmiy gerontologiya asoschisi boʻlib hisoblanadi. Keyinchalik gerontologiya va geriatriyaning rivojlanishiga A.A. Bogomolets, A.V. Nagorniy, V.N. Nikitin, I.P. Pavlov, V.V.Frol kis, L.F.Chebotarev va boshqa koʻpgina olimlar

hissa qo'shganlar. 1958 yili Kievda dunyoda eng yirik gerontologiya instituti tashqil etildi, 1963 yili Jahon Sog'liqni Saqlash tashqiloti tomonidan gerontolog va geriatrlarning qarilik jarayoniga bag'ishlangan seminari o'tkazildi va unda:

- 20 yoshdan 44 yoshgacha yoshlar
- 45 yoshdan 59 yoshgacha o'rta yoshlilar
- 60 yoshdan 74 yoshgacha keksa yoshlilar
- 75 yoshdan 89 yoshgacha qariyalar
- 90 yoshdan katta yoshdagilar o'zoq umr ko'ruvchilar, deb qabul qilindi.

Keksa yoshdagi bemorlarga xizmat qilish aksariyat tibbiyot xodimlarining kundalik vazifasi, chunki tibbiy xizmatga muhtoj barcha bemorlarning 25-30 foizi keksa yoshdagi bemorlardir.

Jahondagi barcha mamlakatlarda demografik ko'rsatkichlar qariyalar hisobiga oshib bormoqda. Bu esa "Gerontologiya" va "Geriatriya" sohasidagi bilimlar doirasini kengaytirishni taqozo etadi.

"Gerontologiya" fani quyidagi tarkibiy qismlardan iborat:

1. Qarish biologiyasi.
2. Geriatriya.
3. Gerogigiyena.
4. Gerontopsixologiya.
5. Gerodermiya.
6. Gerodietetika.
7. Geroekologiya.

Keksalik umrning qonuniy tarzda yuz beradigan yakunlovchi davridir. Biroq muddatidan oldin qarish hodisasi ham hayotda bor haqiqatdir. Shu sababdan S.P. Botkin va I. I. Mechnikovlar fiziologik va barvaqt qarish mavjudligi haqidagi tushunchalarni yoqlab chiqqanda haq edilar.

Olimlar tavsiya qilgan tasnifga ko'ra, inson yoshi quyidagi turlarga bo'linadi: Xronologik (kalendar) taqvim yoshi. Bu uslub yoshni aniqlashda eng oddiy va qulay hisoblanadi. Yoshning bu turi kalendar yillari bilan o'lchanadi, lekin u real qarish jarayonini ko'rsatib bera olmaydi.

Biologik (jismoniy) yosh. Bu odam organizmi a'zolari funktsional imkoniyatlari bilan aniqlanadi. Yoshni aniqlashni bu uslubi haqiqiy qarish jarayonini va butun organizmning jismoniy holatini aniqroq ko'rsatadi, lekin uni aniqlash juda murakkabdir.

Ruhiy yosh. Bu yosh psixometr yordamida aniqlanadi va insonning intellektual va ruhiy holatini ko'rsatib beradi. "Gerontologiya" tibbiy biologiya bilan chambarchas bog'liq bo'lib, u molekula va hujayralardan tortib butun organizmining qarish sabablarini o'rganadi.

Qarish - qarilik, ya'ni yosh ulg'aya borishi bilan organizmda paydo bo'ladigan o'zgarishlarning qonuniy tarzda ro'y berish jarayonidir. Umuman olganda, bugungi kunda qarilik muammolarini har tomonlama o'rganadigan turli fan sohalari paydo bo'ldi va ular jadal rivojlanmoqda. Xususan, dunyo aholisi sonining qariyalar hisobiga oshishi "Geriatrica" fanining rivojlanishini yanada tezlashtiradi. "Geriatrica" keksa, yoshi ulug' kishilarda kasallikning kechishi xususiyatlarini o'rganadigan fan bo'lib, sog'liqni saqlash tizimi amaliyotiga tobora chuqurroq kirib bormoqda.

Bugungi kunda jahonda genetik olimlarning chuqur izlanishlari natijasida, qarish jarayoniga ta'sir etuvchi genlar borligi taxmin qilinmoqda. Agar bu taxmin tasdiqlansa, "Gerontologiya" fanida keskin o'zgarishlar yuz berishi va insonning hozirdan ham uzoqroq umr ko'rishiga erishiladi. Genetikaning rivojlanishi juda ko'p geriatric kasalliklarning kamayishiga sabab bo'ladi.

1.2. Inson hayotida qarilik jarayonining kechishi

Shunday ekan, qari yoshdagi bemorlar tibbiy yordamga murojaat qilishganda ularni jamiyatning teng huquqli a'zosi, deb bilish va ularga alohida hurmat va ehtirom ko'rsatish zarur. Tibbiyot xodimlari gerontologik bemorlarda kechadigan kasalliklarni o'ziga xos xususiyatlarini, ular bilan suhbatlashishni, ularni qanday parvarishlash va davolashni bilishlari shart.

Har qanday tibbiyot xodimining ish kuni davomida uchrashi muqarrar bo'lgan xolatlarning 35-40 % qariyalar tashqil qiladi poliklinikaga kelgan yoki uyga chaqirgan qariya hamshiraga o'zining qariligidan emas, balki kasalligidan shikoyat

qiladi. Shuning uchun hamshira uning shikoyatlarini qariligi bilan bog'lashga xaqli emas. Hamshiralar tushuntirish kerakki, insonning qariligi kasallik bilan parallel kechishi mumkin. Lekin bu qarilikka o'xshab orqaga qaytmas jarayon emas. Qariya sog'ayib ketishi uchun barcha aqliy va jismoniy imkoniyatlaridan foydalanishi va to'liq bo'lmasa ham sog'ayib ketishi mumkin ekanligini hamshira tushintirishi kerak. Buning uchun hamshiradan xayotiy tajriba, adekvat psixoterapevtik ta'sir hamda diqqatligi bo'lish talab etiladi.

Qari odamlar organizmida surunkali kechadigan kasalliklar bilan birgalikda o'tkir va infeksiyon kasalliklar ham uchrab turadi. Qariyalarda patologik jarayon juda sekinlik bilan rivojlanadi. Shuning uchun ular tibbiy yordamga kech murojaat qiladilar. O'tkir kasalliklar klinikasi organizmning qarshilik faoliyati pasayganligi sababli sust ifodalangan bo'ladi. Shu sababli tibbiyot hamshiralar katta yoshdagi odamlarni tekshirishda, davolashda, parvarishlashda alohida ko'nikmalarga ega bo'lishlari maqsadga muvofiqdir. Diagnostika uchun, kasallikning turli xil ko'rinishlarini o'rganish maqsadida bemorlarni tekshirishning har xil usullarini: so'rab surishtirish va ko'zdan kechirish, tana haroratini o'lchashdan tortib, laboratoriya va funktsional tekshirishlarni ham o'tkazish zarurdir. «

Gerontologik bemorlarni tekshirishning sub'ektiv va ob'ektiv metodlari mavjud.

Sub'ektiv tekshirish, ya'ni so'rab surishtirish, bemorning kasallik bo'yicha shikoyatini, mazkur kasallik tarixini, hayot tarixini, boshidan kechirgan kasalliklarini, oila turmushi va irsiyat to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Bemorlarni so'rab surishtirish hamda anamnez to'plash ularning xotiralariga taalluqli bo'lib, quyidagi tartibda olib boriladi:

- 1.Organ va sistemalar bo'yicha so'rab surishtirish.
- 2.Tibbiy anamnez (boshdan kechirgan kasalliklari, jarrohlik amaliyotlari, davolash turlari va ularning natijalari)
- 3.Oilaviy hayot anamnezi.
- 4.Ijtimoiy anamnez.
- 5.Ovqatlanish tartibi.

6. Ruhiy va jinsiy anamnez.

Keksa yoshdagi bemordan anamnez to'plash tibbiyot xodimidan ustalikni talab qiladi. Chunki, bunday bemorlarda eshitish va ko'rishning pasayishi, ruhiy ahvolidan norozilik, injiqlik va ezmalik anamnez to'plash vaqtini o'zaytirib yuboradi. Geriatrik bemorni so'rab surishtirish paytida bemorlar bemalol eshitish apparatidan foydalanishlari kerak. Bunda bemor qulog'iga baqirib gapirish, uni jerkish yaramaydi. Aksincha, sekinroq, ravon gapirish, shifokor va hamshira yuzida hamdardlik va bemorga qiziqish alomatlari aks etishi kerak. Shundagina bir-birlariga ishonch uyg'onadi. Agar bemor kasalxonaga qarindoshlari bilan kelgan bo'lsa, unda shifokor va hamshira avval ular bilan alohida suhbatlashib olishi kerak.

Bemorning shikoyatlari turli tuman bo'lib, ma'lum bir kasallikning klinikasiga mos kelmasligi mumkin. Bemorlar kasallikning asosiy belgilariga uncha e'tibor bermay, qarilik sababli deb tushuntirishga urinadilar. Siydik va axlatni tutib turolmaslik yoki qabziyat, kamquvvatlik, bosh aylanishi kabi belgilar og'ir patologik holatning belgisi bo'lishi mumkin.

Ilgari boshidan kechirilgan kasalliklar va o'tkazilgan davolash muolajalari, qabul qilgan dori-darmonlar va ularning natijasi so'rab o'rganiladi.

Ijtimoiy anamnez to'plashda geriatrik bemorlarning hayoti, turmushi so'rab surishtiriladi, ularning turar joy, maishiy sharoitlari, ijtimoiy sharoitlari bilib olinadi. Bemorning oilaviy munosabatlari, kim bilan yashaydi, tibbiy va ijtimoiy yordamga murojaat qilganmi hamda uning natijalari qanday bo'lganligi o'rganiladi. Juda ehtiyotkorlik bilan er yoki xotinning o'limini qanday qabul qilganligi so'raladi.

Bemorning ovqatlanish tarkibi so'rab surishtirilganda, ular to'g'ri va ratsional ovqatlanadimi, yog'lar va uglevodlar cheklanganmi, oqsilga boy ovqatlarni (go'sht, baliq, tuxum, sut mahsulotlari) muntazam iste'mol qiladimi va ovqatni chaynashda tish protezlaridan foydalanadimi, degan savollarga javob topish kerak.

Ruhiy anamnezni yig'ishdan maqsad, bemorda xavotirli – depressiv holatlar, o'z joniga qasd qilish, ruhiy tushkunlikka tushish holatlari ko'zatiladimi va bu holatlarni nima bilan bog'lashini bilib olishdir.

Bemordan jinsiy anamnez yig'ilganda, jinsiy hayot bilan yashash-yashamasligi, farzandlari bor-yo'qligi, klimaks va unga aloqador kasallik ko'rinishlari (boshga duv etib qon quyilib kelishi, bosh og'riqlari, qo'zg'aluvchanlik) qachon paydo bo'lganligi to'g'risida so'rab ko'riladi.

Gerontologik bemorlar ob'ektiv tekshirilganda ayrim organlar zararlanishi butun organizm faoliyatining bo'zilishiga sabab bo'lishini esda to'tish zarur. Ob'ektiv tekshirish quyidagi ketma-ketlikda amalga oshiriladi:

1. Bemorlarni ko'zdan kechirish.
2. Palpatsiya.
3. Perkussiya.
4. Auskul tatsiya.
5. Asboblarni bilan va laboratoriya tekshirish metodlari.

Tibbiyot xodimlari keksa yoshdagi bemorlarni alohida parvarish qilishlari, etika va deontologiya qoidalariga vijdonan amal qilishlari, keksa yoshdagi bemorlar ruhiy holatini tushunishlari zarur.

Hamshiralarni bunday bemorlarni ahvoli bilan yaqindan tanishib chiqib, tez-tez uylariga borib ulardan xabar olishlari zarur. Ayniqsa, yolg'iz yashaydigan qariyalarning ijtimoiy, ruhiy va jismoniy ahvolini urganib, kerakli yordam berish geriatric yordamning asosini tashkil etadi. Oila shifokori va hamshiralari qariyalarni bo'sh vaqtlarida ruhan tetiklashtiruvchi va sog'lomlashtiruvchi tadbirlar, suhbatlar tashkil etishlari, faol harakatlanuvchi tadbirlarni joriy etib, ratsional ovqatlanishlarida antisklerotik va energetik sarfni kamaytiruvchi parhez tayinlashlari kerak.

Bunday bemorlarni parvarishlashda ularning uyqulari betartib bo'lishini esda tutish zarur, ya'ni kunduzi ko'p uxlab, kechasi sergak yurishlarini esda tutish kerak. Bunday hollarda uyqusizlikning oldini olish uchun uxlatuvchi dorilar tayinlash o'rniga kechqurun toza havoda sayr qilishni, oyoq va bellarni yengil uqalashni, oyoqlarni issiq ko'rpaga o'rab yotishni tavsiya qilish joiz. Kunduzgi uyquni esa biror qiziqarli mashg'ulot bilan almashtirish kerak. Masalan, kitob, jurnal, gazetalar o'qish bilan.

Qarilik oqibatida buyraklar va siydik ajratish apparati faoliyati ham o'zgaradi, ularning kotsentratsion xususiyati kamayib, tungi diurez ko'payadi. Qarilikda uyqu paytida siydik hosil bo'lishining fiziologik to'xtalishi ko'zatilmaydi. Eraklarda ko'proq prostata bezining adenomasi paydo bo'ladi. Tungi diurezning ortishi ham keksalar uyqusining bo'zishiga olib keladi. Shuning uchun kechki paytda suyuqliklarni, choyni ko'p iste'mol qilish cheklanadi. Iloji boricha siydik uchun idish xonalarga beriladi. Chunki qariyalar kechqurun yiqilib tushishlari mumkin.

Zamonaviy davolash muassasalarida barcha xonalarda signalizatsiya, ikki yoqli telefon aloqalarining bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Bemor krovati 60 sm. dan past bo'lmasligi va funktsional krovat bo'lishi kerak. Yostiqlar va ko'rpalar yumshoq, issiq bo'lishi lozim. Xona yorug', shinam, ovqatlanish stoli va alohida lampa bo'lishi talab etiladi. Xona harorati 20-230S da bo'lgani ma'qul.

Keksa yoshda badan terisining yupqalashishi sababli terining himoya vazifasi bo'ziladi. Shuning uchun keksa yoshli bemorlarni haftada 1-2 marta cho'miltirish zarur. Terining quruqlashgan joylariga kremlar surtiladi. Oyoq tirnoqlari mo'rt, qattiq bo'lishi sababli ularni issiq, yog'li suvda bug'lab, qadoqlarni kunjut moyi bilan yumshatib, keyin olib tashlanadi.

Bemorlarning tashqi qiyofasiga va kiyinishiga e'tibor berish, sochlarini turmaklashga, tarab qo'yishga yordam berish ularning kayfiyatini ko'taradi va sog'ayishiga yordam beradi. Qarilik - yosh ulg'aya borishi bilan organizmda ro'y beradigan qonuniy o'zgarishlarning yakuniy bosqichidir. Qarish biologik parchalanuvchi jarayon bo'lib, bunda organizmning moslashish qobiliyati cheklana borib, turli patologik o'zgarishlar rivojlanadi va o'lim muqarrarligi tezlashadi. Ko'p hujayrali murakkab organizmlar umri davomida nafaqat anatomik, balki funktsional jihatdan ham ma'lum bir o'zgarishlarni boshidan kechiradi. Bu o'zgarishlar yoshi o'tgan sari ularning tashqi ko'rinishi yoki ularning "nabitus"ida ham namoyon bo'ladi.

Qarilik atrofiyasi deganda hujayralarda yuz beradigan regressiv o'zgarishlar yig'indisi, ya'ni hujayralar hajmining, sonining kamayishi va ular protoplazmasida fizikaviy va morfologik o'zgarishlar ro'y berishi, terining yupqalashuvi, suyak va

tog'ay to'qimalarining mo'rtlashuvi, teri osti yog' qatlamining yo'qolishi tushuniladi. Ayollarda "hyz sikli" tugaganidan keyin, ya'ni "klimaks" boshlanganidan keyin tuxumdonlar va bachadon kichrayadi. Involyutsion jarayonida bosh miya vazni ham kamayadi. Nerv to'qimalarida pigmentli – yog'li degeneratsiya va trofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Qarilik har bir organizmda individual rivojlanadi. Insonning yoshini kalendar, ya'ni xronologik tarzda o'rganish mumkin. Ko'pincha, qarish jarayoni insonning yoshiga mos kelmaydi. Masalan, 60 yoshli odam organizmida 70 yoshga kirgan odam organizmiga xos bo'lgan struktur o'zgarishlar, funksiyalar buzilishi kuzatilishi mumkin. Demak, fiziologik qarish bilan bir qatorda, erta qarish jarayoni ham mavjud ekan.

Insonning kalendar yoshi biologik yoshidan qancha katta bo'lsa, qarish jarayoni shuncha sekin kechadi, umri uzayadi. Hozirgi tibbiyotning vazifasi erta qarishning oldini olish va unga qarshi kurashdan iborat. Insonning turmush tarzi, ijtimoiy muhit qarishga ta'sir etadigan omillardir. Qarish jarayoni organizm hayot faoliyatining molekulyar, hujayra, organ, sistema va butun organizm darajasida rivojlanadi va bu o'zgarishlar bir-biri bilan o'zaro bog'liq. V. V. Frolkis nazariyasiga binoan organizm qarishida adaptatsionregulyar mexanizmining buzilishi sodir bo'ladi.

Qarish–ko'p o'choqli umumbiologik jarayon bo'lib, hujayralarning yadrosida, sitoplazmasida, membranalarida, mitoxondriya va boshqa strukturalarida namoyon bo'ladi. Qarish jarayoni rivojlanishida 4 xil xususiyat farq qilinadi:

1. Geteroxronlik.
2. Geterotonlik.
3. Geterokinetiklik.
4. Geterokateftenlik.

Geteroxronlik xususiyat qarish jarayonining turli organ, to'qima, sistema hujayralarida har xil muddatda boshlanishidir. Masalan, ayrisimon bezning atrofiyasi 13-15 yoshlarda boshlansa, jinsiy bezlarning atrofiyasi klimakterik davrda

boshlanadi. Markaziy nerv sistemasi va endokrin sistemasining turli bo'limlarida ham geteroxron qarish kuzatiladi.

Geterotoplik xususiyat ma'sul bir organning turli qismlarida qarish belgilarining namoyon bo'lishidir. Masalan, yurak miokard to'qimasida turli kardiositlar bo'lishi mumkin.

Geterokinetik xususiyat organizm to'qimalarida qarish jarayonining turlicha tezlik bilan kechishidir. Masalan, ayrim to'qimada erta boshlangan qarish belgilari sust rivojlanib borishi mumkin, aksincha boshqa to'qimada kechroq boshlangan qarish belgilari tez rivojlanib borib, organizm funksional holatiga ta'sir etishi mumkin.

Geterokateftenlik xususiyat organizmdagi yoshga bog'liq o'zgarishlarning turli xil yo'nalishlarda, organizmdagi hayotiy jarayonlarning birining so'nishi va ikkinchisining faollashuvi bilan kechishidir.

Demak, qarish jarayoni murakkab morfologik o'zgarishlar va funksiyalarning so'nishi bilan kechadigan jarayon ekan. Qarish jarayonini ko'p olimlar hujayraning genetik apparatidagi va oqsil biosintezidagi buzilishlar bilan bog'lashadi.

O'zgarishlar **DNK**ning genetik ma'lumotlar uzatish bo'g'inida sodir bo'ladi. Oqsil sintezida oqsil molekulasidagi o'zgarishlar hujayra funksiyasining buzilishiga olib keladi. O'zgarishlar hujayrada energiyaning paydo bo'lishi, uzatilishi va sarflanishida kuzatiladi. Hujayrada kislorodga bo'lgan ehtiyoj kamayadi, fermentlar faolligi pasayadi. Lipidlar almashinuvi ham izdan chiqib, hujayra membranasining fosfolipid tarkibi buziladi, qonda xolesterin, trigliseridlar, lipoproteidlar miqdori oshib ketadi, natijada ateroskleroz rivojlanadi. Bu esa qarish jarayonini tezlashtiradi.

Qarish jarayonida hujayralar funksiyasining buzilishi va o'limi organ, to'qimalarni hamda organizm faoliyatini izdan chiqaradi, hujayrada distrofik va kompensator o'zgarishlar bo'ladi. Qarish oqibatida miya neyronlari 30-40% ga, buyrak neyronlari, o'pka alveolalari 30-50% ga kamayadi. Qarishning asosiy morfologik ko'rinishi organ va to'qimalarning atrofiyasi bo'lib, bu hujayralarning

kamayishi hisobiga paydo bo'ladi. Har bir organ to'qimalarida atrofik hujayralar bilan bir qatorda normal hujayralar ham uchraydi. Atrofiyaga uchragan

hujayralar hisobiga normal hujayralarda giperfunksiya va gipertrofiya sodir bo'ladi. Hujayraning qarish jarayoniga moslashuvi tufayli undagi yadro soni ko'payib, **DNK** miqdori ortib boradi. Mitoxondriyalarning umumiy miqdori kamayishi oqibatida gigant formadagi mitoxondriyalar paydo bo'ladi, hujayralarda organoidlarning parchalanish mahsuloti bo'lgan ferment - lipofusin to'planadi. hujayralarning funksional o'zgarishlari kuzatiladi, hujayra funksiyasi susayadi, neyronlarning ma'lumot qabul qilish qobiliyati pasayadi. Sekretor hujayralarda moddalarni sintezlash va ajratish jarayoni kamayadi, yurak hujayralarining qisqarishi pasayadi, hujayra membrasining qo'zg'alishi va bioelektrik xususiyati buziladi. Hujayralarda kalsiy ionlarining faol transporti buziladi, bu esa hujayra funksiyasini izdan chiqaradi.

Biriktiruvchi to'qimalarda qarish jarayoni kollagen tolasining fibrillar xususiyati yo'qola borishi va o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'rish va eshitish qarilikda pasayadi. Qari odamning eti tez - tez junjikadi.

1.3. Qarish jarayonining kechishi va qarish jarayoniga ta'sir etuvchi omillar

Qarish - murakkab biologik jarayon. Organizm hayoti mobaynida unga ta'sir etayotgan endogen va ekzogen omillar muhim fiziologik funksiyalar ishini izdan chiqaradi.

Qarishning oldini olish uchun ekzogen omillar ta'sirini kamaytirish, toza ekologik turmush tarzini yaratish zarur, bu umrni uzaytiradi. Evolyutsiya mobaynida organizm hayot faoliyatida qarish bilan qarama-qarshi bo'lgan jarayon - vitaukt mavjuddir. Vitaukt («vitac» – lotincha hayot, uzun degani) organizm moslashishi qobiliyatini oshiradi, umrni uzaytiradi. Qarish va vitaukt jarayonlarining o'zaro aloqasi inson organizmi tuzilishi bilan paydo bo'ladi va umrni uzaytirishini ifodalaydi. Gerontologlarning fikricha, organizmning qarish jarayonida tabiiy yoki fiziologik va erta, tezlashgan qarish tafovut qilinadi. Fiziologik qarish organizmda asta-sekinlik bilan sodir bo'ladigan tabiiy o'zgarishlar bo'lib, organizmning biologik xususiyatlariga mos keladi, atrof- muhitga moslashuvi cheklanadi.

Erta qarish - yoshga bog'liq o'zgarishlarning ertaroq paydo bo'lishi, bunda insonning biologik yoshi uning kalendar yoshidan o'zib ketadi. Turli xil kasalliklar,

stresslar, neyrohumoral omillar, radioaktiv moddalar bilan nurlanish, qarish jarayonini tezlashtiradi. Masalan, yurak ishemik kasalligi, me'da yarasi, qandli diabet kabi kasalliklarda bemorlarning tashqi qiyofasi o'z yoshiga qaraganda ancha qariroq ko'rinadi.

Erta qarish sabablari 2 xil omildan iborat(1-rasm):

1. Endogen omillar
2. Ekzogen omillar

Endogen omillarga organizmning turli kasalliklari, irsiy omillar, xromosom kasalliklari kiradi.

Ekzogen omillarga ruhiy stresslar, gipodinamiya, noto'g'ri ovqatlanish, semirish, zararli odatlar, ekologik muhit ta'siri kiradi.

Organizmning erda qarishiga eng ko'p sababchi bo'lgan kasalliklar: ateroskleroz, arterial gipertoniya, surunkali o'pka kasalliklari, oshqozon, jigar kasalliklari, asab va endokrin kasalliklaridir. Qarish jarayonida irsiyat muhim ahamiyat kasb etadi. Erta qarish yoki uzoq umr ko'rish nasldan naslga o'tishi isbotlangan.

Ayollarda qarish jarayonining ancha sekin borishi ham genetik apparat xususiyatlariga, ham ayollarda zararli odatlarning yo'qligi bilan izoxlanadi. Erta qarishga sabab bo'ladigan omillardan biri bo'lgan chekish bemorlarda ateroskleroz, miokard infarkti, arterial gipertoniya kabi kasalliklarni avj oldiradi.

1.4. Qariyalarda hamshiralik ishining o'ziga hosligi

Hamshiralik ishi bo'yicha yuksak malakali mutaxassislar mavjudligi odamlar sog'lomligi va jamiyat jadal rivojlanishining muxim omillaridan biridir. Respublikamizda jahon tibbiy bozor talabiga har tomonlama to'liq javob bera oladigan professional hamshiralarni kasbiy faoliyatga tayyorlashda ularning professional kasbiy tayyorgarligiga va kasbiy kompetensiyasini shakllantirish, o'zlari tanlagan kasblari bo'yicha chuqur bilimli, yuqori malakali, yuksak mahoratli, professional madaniyatga va aqliy salohiyatga ega kreativ fikrlaydigan, fanning bugunini va kelajagini ilmiy taxlil qila oladigan va hamshiralik ishini istiqbolini

oldindan ko'ra oladigan ijodkor professional hamshiralarni tayyorlash davr talabidir.

Shunday ekan, qari yoshdagi bemorlar tibbiy yordamga murojaat qilishganda ularni jamiyatning teng huquqli a'zosi, deb bilish va ularga alohida hurmat va ehtirom ko'rsatish zarur. Tibbiyot xodimlari gerontologik bemorlarda kechadigan kasalliklarni o'ziga xos xususiyatlarini, ular bilan suhbatlashishni, ularni qanday parvarishlash va davolashni bilishlari shart.

Har qanday tibbiyot xodimining ish kuni davomida uchrashi muqarrar bo'lgan xolatlarining 35-40 % qariyalar tashqil qiladi poliklinikaga kelgan yoki uyga chaqirgan qariya hamshiraga o'zining qariligidan emas, balki kasalligidan shikoyat qiladi. Shuning uchun hamshira uning shikoyatlarini qariligi bilan bog'lashga xaqli emas. Hamshiralar tushuntirish kerakki, insonning qariligi kasallik bilan parallel kechishi mumkin. Lekin bu qarilikka o'xshab orqaga qaytmas jarayon emas. Qariya sog'ayib ketishi uchun barcha aqliy va jismoniy imkoniyatlaridan foydalanishi va to'liq bo'lmasa ham sog'ayib ketishi mumkin ekanligini hamshira tushintirishi kerak. Buning uchun hamshiradan xayotiy tajriba, adekvat psixoterapevtik ta'sir hamda diqqatligi bo'lish talab etiladi.

Qari odamlar organizmida surunkali kechadigan kasalliklar bilan birgalikda o'tkir va infeksiyon kasalliklar ham uchrab turadi. Qariyalarda patologik jarayon juda sekinlik bilan rivojlanadi. Shuning uchun ular tibbiy yordamga kech murojaat qiladilar. O'tkir kasalliklar klinikasi organizmning qarshilik faoliyati pasayganligi sababli sust ifodalangan bo'ladi. Shu sababli tibbiyot hamshiralar katta yoshdagi odamlarni tekshirishda, davolashda, parvarishlashda alohida ko'nikmalarga ega bo'lishlari maqsadga muvofiqdir.

Diagnostika uchun, kasallikning turli xil ko'rinishlarini o'rganish maqsadida bemorlarni tekshirishning har xil usullarini: so'rab surishtirish va ko'zdan kechirish, tana haroratini o'lchashdan tortib, laboratoriya va funktsional tekshirishlarni ham o'tkazish zarurdir.

Gerontologik bemorlarni tekshirishning sub'ektiv va ob'ektiv metodlari mavjud.

Sub'ektiv tekshirish, ya'ni so'rab surishtirish, bemorning kasallik bo'yicha shikoyatini, mazkur kasallik tarixini, hayot tarixini, boshidan kechirgan kasalliklarini, oila turmushi va irsiyat to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Bemorlarni so'rab surishtirish hamda anamnez to'plash ularning xotiralariga taalluqli bo'lib, quyidagi tartibda olib boriladi:

1.Organ va sistemalar bo'yicha so'rab surishtirish.

2.Tibbiy anamnez (boshdan kechirgan kasalliklari, jarrohlik amaliyotlari, davolash turlari va ularning natijalari).

3.Oilaviy hayot anamnezi.

4.Ijtimoiy anamnez.

5.Ovqatlanish tartibi.

6.Ruhiy va jinsiy anamnez.

Keksa yoshdagi bemordan anamnez to'plash tibbiyot xodimidan ustalikni talab qiladi. Chunki, bunday bemorlarda eshitish va ko'rishning pasayishi, ruhiy ahvolidan norozilik, injiqlik va ezmalik anamnez to'plash vaqtini o'zaytirib yuboradi. Geriatrik bemorni so'rab surishtirish paytida bemorlar bemalol eshitish apparatidan foydalanishlari kerak. Bunda bemor qulog'iga baqirib gapirish, uni jerkish yaramaydi. Aksincha, sekinroq, ravon gapirish, shifokor va hamshira yuzida hamdardlik va bemorga qiziqish alomatlari aks etishi kerak. Shundagina bir-birlariga ishonch uyg'onadi. Agar bemor kasalxonaga qarindoshlari bilan kelgan bo'lsa, unda shifokor va hamshira avval ular bilan alohida suhbatlashib olishi kerak.

Bemorning shikoyatlari turli tuman bo'lib, ma'lum bir kasallikning klinikasiga mos kelmasligi mumkin. Bemorlar kasallikning asosiy belgilariga uncha e'tibor bermay, qarilik sababli deb tushuntirishga urinadilar. Siydik va axlatni tutib turolmaslik yoki qabziyat, kamquvvatlik, bosh aylanishi kabi belgilar og'ir patologik holatning belgisi bo'lishi mumkin.

Ilgari boshidan kechirilgan kasalliklar va o'tkazilgan davolash muolajalari, qabul qilgan dori-darmonlar va ularning natijasi so'rab o'rganiladi.

Ijtimoiy anamnez to'plashda geriatrik bemorlarning hayoti, turmushi so'rab surishtiriladi, ularning turar joy, maishiy sharoitlari, ijtimoiy sharoitlari bilib olinadi.

Bemorning oilaviy munosabatlari, kim bilan yashaydi, tibbiy va ijtimoiy yordamga murojaat qilganmi hamda uning natijalari qanday bo'lganligi o'rganiladi. Juda ehtiyotkorlik bilan er yoki xotinning o'limini qanday qabul qilganligi so'raladi.

Bemorning ovqatlanish tarkibi so'rab surishtirilganda, ular to'g'ri va ratsional ovqatlanadimi, yog'lar va uglevodlar cheklanganmi, oqsilga boy ovqatlarni (go'sht, baliq, tuxum, sut mahsulotlari) muntazam iste'mol qiladimi va ovqatni chaynashda tish protezlaridan foydalanadimi, degan savollarga javob topish kerak.

Ruhiy anamnezni yig'ishdan maqsad, bemorda xavotirli – depressiv holatlar, o'z joniga qasd qilish, ruhiy tushkunlikka tushish holatlari ko'zatiladimi va bu holatlarni nima bilan bog'lashini bilib olishdir.

Bemordan jinsiy anamnez yig'ilganda, jinsiy hayot bilan yashash-yashamasligi, farzandlari bor-yo'qligi, klimaks va unga aloqador kasallik ko'rinishlari (boshga duv etib qon quyilib kelishi, bosh og'riqlari, qo'zg'aluvchanlik) qachon paydo bo'lganligi to'g'risida so'rab ko'riladi.

Gerontologik bemorlar ob'ektiv tekshirilganda ayrim organlar zararlanishi butun organizm faoliyatining bo'zilishiga sabab bo'lishini esda to'tish zarur. Ob'ektiv tekshirish quyidagi ketma-ketlikda amalga oshiriladi:

1. Bemorlarni ko'zdan kechirish.
2. Palpatsiya.
3. Perkussiya.
4. Auskultatsiya.
5. Asboblardan va laboratoriya tekshirish metodlari.

Tibbiyot xodimlari keksa yoshdagi bemorlarni alohida parvarish qilishlari, etika va deontologiya qoidalariga vijdonan amal qilishlari, keksa yoshdagi bemorlar ruhiy holatini tushunishlari zarur.

Hamshiralar bunday bemorlarni ahvoli bilan yaqindan tanishib chiqib, tez-tez uylariga borib ulardan xabar olishlari zarur. Ayniqsa, yolg'iz yashaydigan qariyalarning ijtimoiy, ruhiy va jismoniy ahvolini urganib, kerakli yordam berish geriatrik yordamning asosini tashqil etadi. Oila shifokori va hamshiralari qariyalarni bo'sh vaqtlarida ruhan tetiklashtiruvchi va sog'lomlashtiruvchi tadbirlar, suhbatlar

tashqil etishlari, faol harakatlanuvchi tadbirlarni joriy etib, ratsional ovqatlanishlarida antisklerotik va energetik sarfni kamaytiruvchi parhez tayinlashlari kerak. Ushbu bemorlarni parvarishlashda ularning uyqulari betartib bo'lishini esda tutish zarur, ya'ni kunduzi ko'p uxlab, kechasi sergak yurishlarini esda tutish kerak. Bunday hollarda uyqusizlikning oldini olish uchun uxlatuvchi dorilar tayinlash o'rniga kechqurun toza havoda sayr qilishni, oyoq va bellarni yengil uqalashni, oyoqlarni issiq ko'rpaga o'rab yotishni tavsiya qilish joiz. Kunduzgi uyquni esa biror qiziqarli mashg'ulot bilan almashtirish kerak. Masalan, kitob, jurnal, gazetalar o'qish bilan.

Qarilik oqibatida buyraklar va siydik ajratish apparati faoliyati ham o'zgaradi, ularning kotsentratsion xususiyati kamayib, tungi diurez ko'payadi. Qarilikda uyqu paytida siydik hosil bo'lishining fiziologik to'xtalishi ko'zatilmaydi. Erkaklarda ko'proq prostata bezining adenomasi paydo bo'ladi. Tungi diureznining ortishi ham keksalar uyqusining bo'zishiga olib keladi. Shuning uchun kechki paytda suyuqliklarni, choyni ko'p iste'mol qilish cheklanadi. Iloji boricha siydik uchun idish xonalarga beriladi. Chunki qariyalar kechqurun yiqilib tushishlari mumkin.

Zamonaviy davolash muassasalarida barcha xonalarda signalizatsiya, ikki yoqli telefon aloqalarining bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Bemor krovati 60 sm. dan past bo'lmasligi va funktsional krovat bo'lishi kerak. Yostiqlar va ko'rpalar yumshoq, issiq bo'lishi lozim. Xona yorug', shinam, ovqatlanish stoli va alohida lampa bo'lishi talab etiladi. Xona harorati 20-23^oS da bo'lgani ma'qul.

Keksa yoshda badan terisining yupqalashishi sababli terining himoya vazifasi bo'ziladi. Shuning uchun keksa yoshli bemorlarni haftada 1-2 marta cho'miltirish zarur. Terining quruqlashgan joylariga kremlar surtiladi. Oyoq tirnoqlari mo'rt, qattiq bo'lishi sababli ularni issiq, yog'li suvda bug'lab, qadoqlarni kunjut moyi bilan yumshatib, keyin olib tashlanadi.

Bemorlarning tashqi qiyofasiga va kiyinishiga e'tibor berish, sochlarini turmaklashga, tarab qo'yishga yordam berish ularning kayfiyatini ko'taradi va sog'ayishiga yordam beradi.

1.5. Qariyalarda hamshiralik ishida talab etiladigan etika va deontologiya

Hamshiralik ishining asosida hayotga bo'lgan hurmat inson hayotining muqaddasligi, hayotiy mohiyat tamoyillari yotadi. Tibbiyot hamshirasi uchun har bir bemorning hayoti bir xil qiymatga ega, u bebahodir. Har bir tibbiyot hamshirasining, eng asosiy vazifasining falsafasi - avvalo, salomatlikka zarar keltirmaslik, inson hayotini xavfga qo'yimaslik, unga yomonlik va boshqalarga shifokorlik sirini oshkor qilmaslik hamda Gippokrat qasamiga sodiq qolishdan iboratdir.

Hamshira qariyalar va keksa yoshdgi bemorlar bilan muloqot jarayonida bemorga e'tiborli bo'lib, uning gapini bo'lmaslik, chalg'ituvchi omillarni bartaraf etish lozim. Masalan: telefon qo'ng'irog'i, shovqin, boshqa odamlar va boshqalar. Suhbat chog'ida emotsional reaksiyalar va xis-tuyg'ularga e'tibor berish kerak. Ko'proq ochiq va yopiq savollar berib, bemorlarni ko'proq sukut saqlab eshitish lozim. Bemorlarni ruhiy va psixologik tomondan ruhiyatini ko'tarish kerak. Bemorlarni ko'ziga qarab gapirish kerak. Hamshiralarda tinglash, savol berish, javob berish san'ati kuchli bo'lish kerak. Tibbiyot xodimlari bemor qarindoshlari bilan muloqot qilganda extiyotkorlik bilan muomulada bo'lish kerak.

Qariyalar va keksa yoshdgi bemorlar va uning yaqinlari bilan bo'layotgan jarayonda hamshira etika va deontologiya qonun qoidalariga rioya qilgan holda, uning odobi, xatti-harakati, aytayotgan gaplari, tovush intonatsiyasi, undagi vazminlik, qat'iylik va shu bilan bir qatorda iliq yoki muloyim tabassum ham katta ahamiyat kasb etadi. Uning zamirida insonga bo'lgan mehr, uning salomatligini saqlash xuquqlarini va insoniylik fazilatlarini hurmatlash yotadi. Bunga erishish uchun hamshira yurak haroratini, bor bilimini, vaqtini ayamassligi kerak. U har doim insonlarga yaxshilik qilishga intilib yashashi va tibbiy qasamyodiga, xalol kasbiy burchiga sodiq bo'lishi lozim. Shunday ekan hamshiralarning yuqori kasbiy bilimiga va yuqori darajadagi madaniyat va aqliy salohiyatga ega bo'lishida tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabatlari me'yori - kommunikatsiya asoslarining ahamiyati kattadir.

Bemorlarni davolanish va parvarishlash jarayonida etika va deontologiyar qonun qoidalariga rioyati qilib, ochiq ko'ngillilik, mehribonlik, hamdardlik va tashvish-quvonchlarni baham ko'riSi katta o'rin tutadi. Bemor bilan qilingan ilk muloqot batafsil to'plangan tahlillar va savol-javoblarga ko'ra, anamnez uchun ko'proq ma'lumot bera oladi. Bemorning Saxsi, uning hissiyotlari, kasallikka bog'liq bo'lgan munosabat va tashvishlari, taassurotlari haqida faqat uning nutqining ma'nosigina emas, balki oddiy hollar, uning gap ohangi, tovuSining mayin - qo'polligi, suhbat tarzi, imo-ishorasi ko'proq ma'lumot beradi.

Qariyalar va keksa yoshdgi bemorlarni ruhiy va psixologik tomondan ruhiyartini ko'tarish kerak. Bemorlarni ko'ziga qarab gapiriS kerak. Hamshiralarda tinglaS, savol berish, javob berish san'ati kuchli bo'lish kerak. Bemorlarning aksariyarti ko'pincha o'zlarining dardlarini aniq-ravshan so'zlab bera olmaydilar, ayrim xollarda notayin narsalardan ham shikoyart qiladilar. Shu bois, bemor shikoyartini to'g'ri yig'ish uchun, uni gapini bo'lmay, hamma shikoyartlarni batafsil eshitish kerak. So'ngra bemorga qo'shimcha savollar berib, uni esidan chiqib qolgan shikoyartlari ham yig'iladi.

Hamshira tomonidan qariyalar va keksa yoshdgi bemorlarga nisbatan dori-darmonlardan ham emas, balki ko'proq sezgirlik, ma'naviy yordam va iliqlik kerak bo'ladi. Qariyalar va keksa yoshdgi bemorlar bilan muloqotda, ko'pincha yoqimsiz va og'riqli bo'lgan muolajalardan hamshira bemorni qiyin fikrlardan chalg'itishi, uni baquvvat bo'lishiga, tuzalib ketishiga ishontiriSi kerak. Hamshiralik ishida bemorlar bilan muloqot qilish jarayonida kasbiy sirga sodiq qolishlari kerak.

Munozara uchun savollar.

1. Gerontologiya va geriatriya fani nimani urganadi?
2. Gerontologiya fanining asochilari haqida gapiring?
3. Gerontologiya fanining tarkibiy qismlari?
4. Inson hayoti qanday davrlarga bo'linadi?
5. Qarilik turlari deganda nimani tushunasiz?
6. Erta qarish sabablari nima?

2-BOB. KEKSALIK DAVRINING O'ZIGA XOS JISMONIY, RUHIY VA IJTIMOIIY XUSUSIYATLARI

2.1. Keksa va qariyalar tayanch-harakat tizimi anatoma – fiziologik xususiyatlari.

Organizmida chuqur anatomik va funksional o'zgarishlar qarilik involyutsion jarayoni tushunchasini anglatadi va bu jarayon uzoq vaqt davom etadi. Anatomik o'zgarishlar qarilik atrofiyasi ko'rinishida, skelerozga moyillik holatida harakterlanadi. Bu holat moddalar almashinuvining boshqacha bo'lib qolishiga, shuningdek, jinsiy bezlar funksiyasining susayishiga hamda endokrin muvozanatining buzilishiga, ya'ni yangilanish va yemirilish muvozanatining buzilishiga olib keladi. Qarilikda ro'y beradigan anoreksiya - ishtahaning pasayib ketishi holati bunga yorqin misoldir. Bu holat to'qimalarning yashash uchun zarur bo'lgan energiya manbai, ozuqa moddalariga bo'lgan talabining pasayib ketishi ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Bo'yi va vazni ham kamayadi. Erkak kishi 50-85 yoshlar o'rtasida kamida 3 sm.ga, ayollar esa 4 sm.ga pasayadi. Me'yorda erkaklarda tana vazni 40 yoshda, ayollarda esa 50 yoshda maksimal holatida bo'ladi. Yoshi ulg'aygan odam organizmining barcha fiziologiya tizimida asta-sekin o'zgarishlar rivojlanadi va ularning pasaygan imkoniyatlarga moslashuvi yuz beradi.

60 yoshdan oshgan odam organizmida ko'krak qafasining suyak muskul skeletida distrofik-degenerativ o'zgarishlar ro'y beradi. Ko'krak qafasi deformatsiyalanib bochkasimon tus oladi va harakatlanishi cheklanadi. Bu o'zgarishlar o'pka ventilyatsiyasiga nojo'ya ta'sir ko'rsatadi. Bronx devorini muskul qavati atrofiyaga uchrab torayadi, shilimshiq to'planadi, bronxlarning peristal tikasi pasayib balg'am ko'chishi susayadi. O'pkaning biriktiruvchi to'qimasida destruktiv o'zgarishlar ro'y beradi. O'pka arteriyasi va arteriolalarida rivojlangan fibroz ularning elastikligini pasaytiradi. O'pka to'qimasidagi yoshga aloqador o'zgarishlar uning tiriklik sig'imini ancha kamaytiradi. Keksa va yoshi qaytgan odamlarda arterial qonning kislorod bilan to'yinishi pasayadi, arterial gipoksemiya rivojlanadi.

Tayanch harakat apparatining suyak va tog'ay to'qimalarida, boylamlarida yosh o'tishi bilan distrofik- destruktiv o'zgarishlar, osteoporozlar paydo bo'ladi. Suyak, tog'ay apparatining qarish jarayoni odam bo'yining pasayishi bilan ifodalanadi. Bunga umurtqa pog'onasining egilishi, umurtqalararo diskning va suyak tog'aylarining yupqalashuvi sabab bo'ladi.

Tayanch-harakat apparatining suyak va tog'ay to'qimalari hamda boylamlarida yosh o'tishi bilan distrofik-destruktiv o'zgarishlar, osteoporozlar paydo bo'ladi. Suyak-tog'ay apparatining qarish jarayoni odam bo'yining pasayishi bilan ifodalanadi. Bunga umurtqa pog'onasining egilishi, umurtqalararo diskning va suyak tog'aylarining yupqalashuvi sabab bo'ladi. Suyak va bo'g'imlarda osteoporoz, osteoxondroz va atrofik o'zgarishlar sodir bo'ladi.

2.2. Osteoporoz jarayonida suyak to'qimasida ro'y beradigan distrofik o'zgarishlar

Har 10 yilliklarda ortib boraveradi. Suyakning mustahkamligi va turli cho'zilishlar, egilishlar, qisilishlarga chidamliligi pasayadi, shuning uchun keksalarda suyak sinishi ko'p kuzatiladi. 60 yoshli kishilarda barcha siniqlarning yarmidan ko'pida son suyagining bo'yinchasi sinadi.

Umurtqa osteoxondrozi – umurtqalararo disklarning distrofik- destruktiv o'zgarishlari oqibatida kelib chiqadi. Gerontologik bemorlarning 95-98%ida bu kasallik uchraydi. Diskning liqildoqsimon yarasi juda qisilgan bo'lib, doimo kengayishga harakat qiladi, umurtqalarning tanasiga tushadigan zarblarni bilintirmaydi. Fibroz halqalari va gialin plastinkalarda yoriqlar va uzilishlar paydo bo'ladi. Diskdagi bu destruktiv o'zgarishlar oqibatida umurtqalararo oraliq kamgak torayib qoladi. Umurtqa pog'onasi yon tomonga qarab qiyshayib qoladi, lasseg simptomi tekshirilganda og'riqlarning kuchayishi kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi rentgenogrammasida diagnoz tekshirib ko'riladi. Bo'yin osteoxondrozida yelka kamari va qo'llarda og'riqlar kuzatiladi. Osteoxondroz bilan og'rigan bemorlarning o'rinboshi qattiq bo'lishi kerak, bemorga og'riq qoldiruvchi dorilar, spazmolitiklar, tiamin, sianokobalomin buyuriladi. Paraverterbral novokain bilan blokadalar qilish mumkin.

Fizioterapevtik muolajalardan diadinamik toklar, ultratovushlar, novokain bilan elektroforez, vodorod sulfidi va rodonli vannalar, massaj tavsiya etiladi. Defromasiyalovchi osteoartroz - asosan yoshi qaytgan va keksa odamlarda uchraydigan kasallik. Bu kasallikda tog'ay to'qimasida degenerativ va destruktiv o'zgarishlar boshlanib, keyinchalik suyaklar reaktiv holda o'sib ketadi, natijada bo'g'imlar funksiyasi ishdan chiqadi. Odamning semirib ketishi, bo'g'imlar travmasi osteoartrozni paydo qiladi. Bo'g'im tog'ayi yupqalashadi, yoriladi, osteofitlar va suyak o'siqlari paydo bo'ladi. Kasallik sekin-asta rivojlanadi. Bemorlar bo'g'implarda og'riq, qarsillashidan noliydilar. Bo'g'imlar harakati qiyinlashadi, agar oyoq bo'g'imida bo'lsa, bemor oqsoqlanib yuradi. Rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda suyakni turtib chiqib qolgan osteofitlar, osteoporozi kuzatiladi. Davolash maqsadida analgetiklar, butadion, reoperin, indometasin buyuriladi. "V" guruh vitaminlari, rumalon, elektroforez, balchiq va suv muolajalari tavsiya etiladi.

Bel-dumg'aza osteoxondrozi – klinikasida lyumbago yoki lyumbalgiya, ya'ni to'satdan bel sohasidagi qattiq og'riqni paydo bo'lishi, bu og'riqqa oyoq og'rig'i qo'shilishi mumkin. Og'riqlar yurganda, kishi yo'talganda, aksa urganda zo'rayadi. Umurtqa pog'onasi yon tomonga qarab qiyshayib qoladi. Laseg simptomi tekshirilganda og'riqlarning kuchayishi kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi rentgenogrammasida diagnoz tasdiqlanadi.

Bo'yin osteoxondrozida yelka kamari va qo'llarda og'riqlar kuzatiladi. Osteoxondroz bilan og'rigan bemorlar o'rin-boshi qattiq bo'lishi kerak, bemorga og'riq qoldiruvchi dorilar, spazmolitiklar, vitaminlar buyuriladi. Novokain bilan paravertebral blokadalar qilish mumkin. Fizioterapevtik muolajalardan diadinamik toklar, ultratovush, novokain bilan elektroforez buyuriladi. Vodorod sulfidli va rodonli vannalar, massaj tavsiya etiladi.

Deformatsiyalovchi osteoartroz – asosan yoshi ulug' va keksa odamlarda uchraydigan kasallikdir. Bu kasallikda bo'g'implarda degenerativ va destruktiv o'zgarishlar rivojlanadi, natijada bo'g'imlar funktsiyasi ishdan chiqadi. Odamning semirib ketishi, bo'g'imlar travmasi osteoartrozni paydo bo'lishi sabablaridandir.

Bo'g'im tog'ayi yupqalashadi, yoriladi, osteofitlar va suyak o'siqlari paydo bo'ladi. Kasallik sekin-asta rivojlanadi. Bemorlar bo'g'implarda og'riq, qarsillashidan shikoyat qiladilar. Bo'g'implar harakati qiyinlashadi, agar oyoq bo'g'imda bo'lsa, bemor oqsoqlanib yuradi. Rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda suyakni bo'rtib chiqib qolgani, osteofitlar, osteoporoz topiladi.

Davolash maqsadida anal getiklar, reopirin, ibuprofen, diklober indometatsin buyuriladi. V grupp vitaminlar, elektroforez, balchiq va suv muolajalari tavsiya etiladi.

Tovon shporalari – bularga axillov payi yoki oyoq kafti uzun payining tovon suyagiga birlashgan joyida tikon kabi paydo bo'ladigan suyak o'siqlari kiradi. Bu keksalarning 75-80%ida uchraydi. Shporalarning paydo bo'lishiga surunkali travmalar, umurtqalar osteoxondrozi, gripp, revmatizm, bo'g'implarga doimiy statik va dinamik yuk tushishi sabab bo'ladi. Kasallik klinikasida tovonda og'riqlar, oqsoqlanish kuzatiladi, boldir-tovon bo'g'imida harakatlar cheklanib qoladi, bemorning yurishi o'zgarib, qiyinlashib qoladi.

Shporalarni rentgenologik tekshiruvda aniqlash oson. Kasallikni davolashda analgetiklar, spazmolitiklar, tomir kengaytiruvchi vositalar buyuriladi. Tovon yuzasiga 4-5 ml. 2%li novokain bilan blokadalar qilish og'riqlarni kamaytiradi. Fizioterapevtik muolajalardan novokainli elektroforez, gidroterapiya, massaj, badantarbiya qilish tavsiya qilinadi.

Yiqilish va baxtsiz hodisalar qariyalar hayotida tez-tez uchrab turadi. Bunga ko'rish, eshitishning pasayishi, muvozanatning buzilishi, bosh aylanishi, kamquvvatlilik, oyoq mushaklarining bo'shashganligi sabab bo'lishi mumkin. Qarilikda suyaklarda bo'ladigan osteoporoz holati suyaklarning sinishini osonlashtiradi. Shuning uchun xonalarda, koridorlarda, vannalarda keksalarning yurishiga halaqit beradigan ortiqcha narsalar bo'lmasligi zarur. Vannaxonada ularni yolg'iz qoldirib bo'lmaydi, pol sirpanchiq bo'lmasligi kerak. Suvning harorati 350S dan oshmasligi kerak. Bemor xohlagan joyiga borishi uchun unga kerakli yurish uchun moslamadan foydalanishda yordam berish kerak. Harakatlanishga yordam berayotganda bemorni qoqilishi, yiqilishining oldini olishga ahamiyat berish kerak.

Bemor yurish uchun moslamaga to'g'ri joylashishini kuzatish kerak. Vannaxonada tayanch moslamalari bo'lishi shart (1-rasm).



1- rasm. Tayanch moslamalar.

Koridorlarda devor bo'ylab ushlab yurish uchun maxsus moslamalar bo'lishi keksalarning yurishini osonlashtiradi, yiqilib tushish havfini kamaytiradi.

2.3. Keksa yoshdagi odamlarning davolovchi jismoniy tarbiya mashqlari bilan shug'illanishi

Keksa yoshdagi odamlarning jismoniy tarbiya bilan shug'illanish hayotni cho'zish, qarilik bilan kurashish tibbiyot fanining oldiga qo'yilgan muhim masalalardan biri hisoblanadi. Ko'p umr kurishda jismoniy tarbiyaning ahamiyati katta. Qarish bu faqat so'lish emas, balki butun organizmning murakkab qayta qurilishidir. Biologik qonun bo'yicha yoshi katta bo'lgan sari organizmning moslashuv imkoniyatlari qisqaradi. Ma'lumki, qarish jarayonida organ va sistemalar o'zgarishlari bilan bir qatorda organizmning o'ziga xos kompensator moslashuv reaksiyalari hosil bo'ladi. Bu narsa muhim hisoblanadi yoki aynan shu reaksiyalar qarish jarayoni rivojlanishining sekinlashuviga faol ta'sir ko'rsatadi.

Jismoniy mashqlarni muntazam bajarish shartli reflektor bog'lanishlarga ijobiy ta'sir ko'rsatib, organizmning erta qarishga ta'sir qiluvchi omillarga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Jismoniy mashqlar moddalar almashinuvi, mushaklardagi oksidlanish jarayonlarining kuchayishiga, qonda lipidlar miqdori pasayishiga hamda

xolesterinning tomirlar devorida to'planishini kamaytirib, ateroskleroz rivojlanishiga to'siqlik qiladi. Jismoniy harakat turli organ va sistemalarning hayotiy faolligini normallashtirib rag'batlaydi, miokardning qisqaruvchanligini oshiradi, bunda koronar qon aylanishining yaxshilanishi kapilyar qon tomirlarining kengayishi bilan kechadi, o'pka ventilyasiyasi oshadi, kichik qon doirasida qon aylanishi yaxshilanadi, ko'krak qafasi qarakatlari normallashadi. Jismoniy mashq me'da ichak yo'llarinining silliq mushaklari harakatini rag'batlaydi. Mushak sistemasini, bog'lovchi apparatni, bo'g'imlardagi harakatlarni normallashtirib, ish harakatini uzoq muddatgacha saqlab turadi.

Gormonal fonning jismoniy harakatlarga ahamiyati juda katta. Ular ta'sirida endokrin a'zolar faoliyati oshib, inson tanasi yosharadi. Shifokorning birinchi vazifasi bemorning biologik yoshini, surunkali va latent bo'lgan kasalliklarni, kasallik asoratini aniqlash, me'yorda jismoniy harakat tavsiya etish hisoblanadi. qari odamlar vrach nazoratidan o'tgandan keyin jismoniy mashg'ulotlarning 4 turidan iborat bo'lgan biron bir guruhiga yuboriladi.

1-guruh. Bu guruhga yaxshi jismoniy tayyorgarlik ko'rgan, kasallik va uning asoratlari bo'lmagan bemorlar kiradi.

2-guruh. Sezilmagan miqdordagi asoratlari bor va kasallikdan keyin yaxshi kompensasiyaga ega bo'lgan bemorlar kiradi.

3-guruh. Past jismoniy tayyorgarlikka ega bo'lgan, jismoniy harakatlari cheklangan holda sog'liqida biron bir o'zgarishi bor bemorlar kiradi.

4-guruh. Turli kasalliklar bilan kasallangan bemorlar tashkil qiladi. Ular shifokor nazorati ostida jismoniy mashqlar bilan davolanish, badan tarbiyasi bilan shug'ullanadilar.

Salomatlik bo'yicha avvalgi 3 guruhga kiritilgan bemorlar yuklamali davolovchi badan tarbiya mashqlari bilan shug'ullansalar bo'ladi, biroq 3guruhga ehtiyotkorlik bilan yondoshish kerak. Davolash tarbiyasi bilan shug'ullanish o'rtacha tartibda olib borilishi kerak. Yuklamalarni bosqichma-bosqich oshirib boriladi. Yuklamalar shug'ullanuvchilarning funksional imkoniyatiga to'g'ri kelishi kerak. Qari organizmning holatidan kelib chiqib, tanani va boshni keskin

harakatlantirmaslik lozim. Qon tomirlarining sklerotik o'zgarishlari natijasida tana holatini tez va keskin o'zgartirish, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, muvozanat buzilishi, bemorlar ko'plab jarohat olishiga sababchi bo'lishi mumkin.

Tanani va nafas faoliyatini o'ta zo'riqtiruvchi mashqlarni, kichik qon aylanish doirasida bosimni oshirish mumkinligi tufayli, bajarish mumkin emas. Bunda yurakka qon kelishi qiyinlashadi, o'pka emfizemasi kelib chiqishi kuzatiladi. Keksalarga kam tanish bo'lgan, zo'riqtiruvchi mashqlar va tana holatini tez-tez o'zgartirib turish qiyinchilik tug'dirishi mumkin.

Keksa yoshdagilarga mashqlarni shunday tanlash kerakki, bunda hamma bo'g'im va muskullar me'yorda ishlasin. Bu mashqlarning hammasi ritmik, bir maromda, yurak, tomir sistemasini zo'riqtirmasdan bajarilishi kerak. Nafas olish va chiqarish ritmik, erkin bo'lishi lozim. Nafas yetishmovchiligi va bo'tilishdan bemor ehtiyot bo'lishi zarur.

Uzoq masofaga yugurganda ortiqcha jismoniy zo'riqish hosil bo'ladi. Bu oyoq bo'g'inlarida va umurtqada og'riq bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Keksalarga jismoniy mashqlardan "Sport yurishi" tavsiya qilinadi, bunda tananing hamma qismi, muskullar, oyoq, qo'l bo'g'implari va yelka kamari, korpusi qatnashadi. Bunda bo'g'implar jarohatlanishi kam bo'ladi. Jismoniy mashq bilan shug'ullanuvchi shaxslar o'zini nazorat qilib turishi kerak. Pulsni tezlashib ketishiga yo'l qo'ymaslik lozim.

Pulsni chegaraviy miqdorini aniqlash, funksional diagnostika xonalarida veloergometriya, EKG yordamida qilinadi. Shuni yodda tutish kerakki, keksalar jismoniy mashqlar bilan muntazam shug'ullanishi kerak. Bir yil gipodinamiyada bo'lib, ta'til paytida esa jismoniy mashqlar, sport o'yinlari bilan haddan tashqari ko'p shug'ullanish mumkin emas. Chunki u yomon oqibat bilan tugashi mumkin. "Ta'til infarkti" tushunchasi ana shundan paydo bo'ladi. Bunday shaxslarga jismoniy mashqlar tanlovi, vrach maslahati bilan, individual holatda olib borilishi va bunda albatta "Zarar qilma!" - tibbiy prinsipiga rioya qilish kerak.

2.4. Keksalik davrining o'ziga xos ruhiy va xususiyatlari

Odamning yoshi oshgan sari paydo bo'ladigan ruhiy kasalliklar jinsiy bezlar funktsiyasining susayishi, moddalar almashinuvining pasayishi oqibatida ro'y beradi.

Invalyutsion psixozlar 2 ga bo'linadi:

- presenil psixozlar 45-60 yoshlarda uchraydi;
- senil psixozlar 60-65 yoshlardan keyin boshlanadi.

Presenil psixozlar klinikasida xavotirlikka tushish asosiy o'rinni egallaydi. Bemorlarda xavotirlanish hissi paydo bo'ladi, o'zlarini ko'p ayblayveradilar.

Kasallik simptomlaridan qaysi biri ustun turishiga qarab paranoid, presenil isteriya farq qilinadi. Presenil depressiya boshlanishidan oldin ko'pincha qandaydir ko'ngilsiz hodisalar bo'lib o'tadi. Kasallik manzarasi depressiya, xavotirga tushish, qo'zg'alib bezovtalanish, besaramjon bo'lishdan iborat. Bemorlarda uyqu bo'ziladi, ishtaha pasayadi, ular ozib ketadilar. Ko'pincha suitsidal fikrlar va urinishlar sodir bo'ladi. Kasallik bir necha yillar davom etishi mumkin.

Presenil paranoidning klinikasida konkret shart-sharoitda, uyda, ishda ro'y bergan ko'ngilsizlik oqibatida vasvasali hayajonlanish paydo bo'ladi. Bemorlar «atrofdagilar menga g'alati munosabatda bo'lyapti», – deb hisoblaydilar, shubhalanaveradilar, rashk o'tida yonadilar. Bu kasallik presenil depressiyaga qaraganda og'irroq va o'zoqroq kechadi.

Presenil isteriya – ko'pincha ayollarda paydo bo'ladi, beqaror bo'lib, arziyasababdan g'azablanib, tajang bo'laveradilar.

Bemorlar tomog'iga bir nima tiqilib qolganday bo'lganini aytadi, badanida yoqimsiz hid borligidan noliydilar. Ko'pincha isteriya tutqanoqlari, qo'l-oyoqlar funktsional paresteziyalari ko'zatiladi.

Davosida bemorlar albatta psixiatriya stasionlariga yotqiziladi, psixoterapiya o'tkaziladi. Bunday bemorlarga alohida e'tiborda bo'lish kerak, chunki ularda suitsidal urinishlar bo'lishi mumkin. Dori vositalaridan aminazin, amitriptilin, galoperidol, trioksazin, elenium buyuriladi. Bemorlarni umumiy holatiga e'tibor berib, ovqatlantirish va kiyinishida yordam berish lozim.

Senil psixozlar paydo bo'lishining sababi bosh miya po'stlog'idagi nerv hujayralarining atrofiyasi bo'lib, uning natijasida aqli pastlik rivojlanadi. Bemorlarda avvaliga xotira pasayadi, hatto yaqin kishilari nomlarini esdan chiqarib qo'yadilar. Bunday bemorlar haqiqatda hech qachon bo'lmagan hodisalar to'g'risida gapiradilar, o'z ahvoliga tanqid bilan qarashmaydi, o'g'ridan qo'rqish, ziyon ko'rish vasvasasi bunday bemorlar uchun xarakterlidir. Bemorlar o'z narsalarini berkitib qo'yishadi, ammo keyin topa olmaydilar, birov o'g'irlab qo'ydi, deb o'ylaydilar. Ular ko'pincha keraksiz narsalarni yig'ib yuradilar, o'z kiyim-kechagini tugib ushlab yuradilar. Ular betartib ovqatlanaveradilar, isqirt bo'lib qoladilar. Yaqin kishilarning taqdiri ularni qiziqtirmaydi.

Kasallikni davolashda simptomatik davo, uyqusizlikda uxlatuvchi dorilar tavsiya etiladi.

Keksalarda bo'ladigan yatrogeniyalar – bu psixogen kasallikning bir turi bo'lib, tibbiyot xodimlarining bemorga bo'lgan noto'g'ri muomalasi oqibatida ipoxondrik, depressiv reaksiyalar rivojlanadi. Bemor bilan suhbatlashganda uning salomatligi to'g'risida hamisha ehtiyot bo'lib gapirish kerak. Bemor noto'g'ri xulosa chiqarib olishi mumkin bo'lgan turli terminlarni ishlatish tavsiya etilmaydi. Ko'pincha bemorlar kasallik diagnozi to'g'risidagi gaplarga diqqat bilan quloq soladilar. Ular salomatligiga ziyon keltirishi mumkin bo'lgan xulosalar chiqarib olishlarini hamisha yodda to'tish kerak. Keksalar ko'proq seksual qobiliyatining pasayishi yoki yo'qolishi kabi shikoyatlari, savollari bilan turli mutaxassislariga murojaat qilaveradilar. Bunday bemorlar bilan suhbatlashganda ularni sabr-toqat bilan tinglab, tinchlantirib, kerakli maslahat va muolajalani tavsiya qilish zarur.

Qarilikda inson ruhiy faoliyatida bilish, idrok, fikr qilish, tafakkur, emotsiyalar pasayadi. Yoshga aloqador o'zgarishlar, ya'ni moddalar almashinuvining bo'zilishi, jinsiy bezlar funktsiyasining susayishi, endokrin muvozanatning bo'zilishidan psixoz rivojlanishi mumkin. Bemorlar ko'nglida xavotirlanish, bezovtalanish, besaranjomlik, vasvasa paydo bo'lib, sekin-asta aql pastlik rivojlanadi, o'z joniga suiqaasd qilish hollari ko'zatilishi mumkin.

Yosh o'tishi bilan organizmning oliy nerv faoliyatining asosiy jarayonlarida o'zgarish ko'zatiladi. Bu o'zgarishlar keksalarda mehnatga layoqatining pasayishida, uyquning bo'zishida, diqqat va xotiraning pasayishida namoyon bo'ladi. Bosh miya tomirlari kasalliklari yosh o'tishi bilan ko'payib boradi. 60 va undan katta yoshdagi bemorlarda miya insul ti yoshroq bemorlarga qaraganda 17 marta ko'proq uchraydi, chunki miya tomirlarida aterosklerotik o'zgarishlar rivojlanadi.

Organizm qarishi davomida miya og'irligi kamayadi, pushtalar yupqalashadi, egatchalar kengayadi, miya qorinchalari bo'shliqlari kattalashadi, neyronlarda distrofik va atrofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Aterosklerotik entsefalopatiya kasalligida bosh miya tomirlari ateroskleroz oqibatida torayib, miya to'qimasining oziqlanishi va kislorod bilan ta'minlanishi izdan chiqariladi, natijada bosh miyada qon aylanishi bo'zilishi ko'zatiladi.

Kasallik klinik manzarasida bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, tajanglik, tez charchash, uyqu va xotiraning bo'zilishi, panjalar tremori ko'zatiladi. Bemorlar xayoli parishon bo'lib qoladi, yaqinda bo'lib o'tgan voqealarni eslab qolishi qiyinlashadi. Bemorlar borgan sari ko'ngli bo'sh bo'lib, salga yig'layveradi, asta-sekin aql pastlik manzarasi paydo bo'ladi, fahm-farosat kamayadi. Ba'zi hollarda aterosklerotik marazm belgilari paydo bo'ladi. Ateroskleroz tufayli depressiya, parkinsonizm, epilepsiya tutqanoqlari ko'zatilishi mumkin.

Kasallikni davolashda – bosh miyada qon aylanishini yaxshilash uchun kavinton, eufillin, ksantinol, tsinnarizin, qon ivishiga ta'sir etadigan geparin, esko'zan, neodikumarin, to'qima metabolizmini normallashtiruvchi amination, piratsetam, glutamin kislota, dekamevit, undevit va ferment preparatlari tayinlanadi. Kasallik simptomlariga qarab antidepressant, tutqanoqqa va parkinsonizmga qarshi preparatlar qo'shimcha tayinlanadi.

Kasallik profilaktikasida mehnat va dam olish rejimiga qattiq amal qilish, uyquni normallashtirish, toza havoda sayr qilish, vannalar qabul qilish kerak.

Ovqatlar o'simlik va sut mahsulotlaridan tayyorlangani ma'qul, spirtli ichimliklarni ichish va chekishga barham berilishi lozim. Bemorlar muntazam dispanser nazoratida bo'lmog'i zarur.

Miyada qon aylanishining buzilishi. Bu kasallik yosh o'tishi bilan ko'proq uchraydi. Miyada qon aylanishining bo'zilish turlari orasida organik va o'tkinchi o'zgarishlar farq qilinadi. Insult bo'lganda yoki miyaga qon quyilganda qonning qaysi joyga quyilganligini yoki miyaning qaysi joyi yumshab qolganini, ya'ni insultning gemorragik yoki ishemik ekanligini aniq bilish kerak. Bosh miyaga qon quyilishi ko'p hollarda gipertoniya kasalligiga sabab bo'ladi.

Ateroskleroz oqibatida esa qon quyilishi kamroq bo'ladi. Miya tomirlari aterosklerozida miyada yumshash hodisasi boshlanadi. Miyada qon aylanishi ko'pincha arterial bosimning yuqori ko'tarilishiga olib keladigan ruhiy iztirob, jismoniy zo'riqishdan keyin bo'ziladi.

Miyaga qon quyilganda bemor to'satdan komatoz holatiga tushib qoladi, gemiparez, yuz assimmetriyasi, muskullar tonusining kuchayishi, afaziya, patologik reflekslar ko'zatiladi.

Gemiparezda bemorlar Vernike – Mann holatida yuradilar, bunda qo'li gavdasiga yaqinlashtirilgan bo'lib, tirsak va bilak-kaft bo'g'imlarida bukilgan, barmoqlari musht qilib tug'ilgan, oyog'i barcha bo'g'implarda yozilgan bo'ladi.

Ishemik bosh miyadagi biror bir tomirning trombozi, emboliyasi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ishemik insult keksa odamda ko'prok uchraydi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi, avvaliga bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ilashishi paydo bo'ladi. Odam karaxt bo'lib, es-hushi joyida bo'lmay qoladi. Arterial bosim pasayib, rangi oqarib ketadi. Asta-sekin gemiparez va nutqning bo'zilishi ham paydo bo'ladi. Miyada qon aylanishining o'tib ketuvchi buzilishlari miya insult tiga qaraganda ko'proq uchraydi. Bu buzilishlar to'satdan paydo bo'lib, bir necha daqiqadan 24 soatgacha cho'ziladi. Bu kasallik bosh miya tomirining tortishib, torayib, spazmga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu o'tkinchi buzilishlar insultdan oldin keladigan xabarchilar bo'lishi mumkin.

Asosan u klinikasida bosh og'riqlari, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, karaxtlik va o'choqlarga aloqador simptomlar, paresteziyalar, son nervi tarmog'ining, til osti nervining parezi bilan, afaziya ko'rinishidagi o'tib ketadigan nutq kamchiliklari bilan ifodalanishi mumkin.

Miyada qon aylanishining bo'zilganida insultxarakteridan qat'i nazar, bemorlarga 10 ml. 2,4%li eufillin eritmasi bilan 10 ml. 40%li glyukoza eritmasi venadan yuboriladi, bu tomirlar spazmining bosh miyadagi shishini kamaytiradi.

Degidratsiyalovchi preparatlardan magniy sul fat, laziks, glitserin, mannitol beriladi. Agar arterial bosim baland bo'lsa, gipotenziv vositalar, yurak faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, strofantin, kollapsda mezaton, noradrenalin, fibrinolitik preparatlar, tomir kengaytiruvchi vositalar tayinlanadi, gipostatik pnevmoniyaning oldini olish maqsadida antibiotiklar buyuriladi.

Bemorlar tinch yotqiziladi, boshi yostiqdan balandroq ko'tarib qo'yiladi, og'izdagi protezlar olib tashlanadi.

Gerontologik bemorlar reabilitatsiyasida o'ziga xos xususiyatlar mavjud:

1.Asab, yurak-tomir va boshqa sistemalardagi yoshga aloqador o'zgarishlar mavjudligi, moslashish qobiliyati va trofikaning cheklanganligi.

2.Birgalikda davolanish talab qiladigan yo'ldosh kasalliklarning bo'lishi;

3.Keksalar psixik faoliyatining inertligi.

Parkinsonizm. Parkinson kasalligi – keksalarda ko'p uchraydigan asab sistemasining organik bo'zilishidir.

Parkinsonizm miya tomirlari aterosklerozi oqibatida vujudga kelishi mumkin.

Kasallik klinikasiga qarab 3 ta bosqichga bo'linadi:

1-bosqichda – bemor kam harakat bo'lib qoladi, qo'l va oyoqlarida titrash ko'zatiladi.

2-bosqichda – muskullar tonusi asta-sekin kuchayib boradi, qo'l va oyoqlarda doimiy titrash ko'zga tashlanadi, mehnat qobiliyati cheklanadi, bemorlar yurishi o'zgaradi.

3-bosqichda – odam sustkash, kam harakatli bo'ladi, muskullar rigidligi ko'zatiladi, mimikasi kam ifodalanadi, yuzi niqobga o'xshagan ko'rinishga kirib,

qotib qolgandek bo'lib turadi. Yuz terisi yog'li bo'ladi, o'zoq vaqt holatini o'zgartirmay o'tiraverishi mumkin, yurganda qo'llari harakat qilmaydi. Tanasini to'tishi g'alati bo'ladi, gavdasi oldinga bukilib, engashib turadi, mayda qadam tashlab yuradi. Nutqi sekinlashib, ovozi pasayib qoladi. Bemorlar shilqim bo'lib qoladilar, axloqsiz harakatlar qilishga moyil bo'ladilar.

Kasallikni davolashda parkinsonizmga qarshi katexolaminlar almashinuvini normallashtiruvchi preparatlar buyuriladi: levodona, madapor, nakom. Umumiy davo uchun vitaminlar, anabolik steroidlar, biostimulyatorlar qo'llaniladi. Yengil hazm bo'ladigan parhez ovqatlari buyuriladi. Bemor doimiy nevropatolog va hamshira kuzatuvida bo'ladi.

2.5. Keksa va qariyalar ko'z, quloq a'zolarida yoshi bilan bog'liq o'zgarishlar

Ko'z to'qimalarida boshqa organlarga o'xshab, qarish jarayonida o'zgarishlar ko'zatiladi. Ko'p hollarda bu o'zgarishlarni fiziologik qarish yoki ba'zi bir kasalliklar natijasi ekanligini ajratish mumkin. Fiziologik kasallik natijasidagi yoki gerontologik va geriatrik o'zgarishlar o'rtasidagi chegara shartli ravishda belgilanadi. Ko'p ko'z kasalliklari qarilik jarayonida butun organizmning umumiy holatiga bog'liq bo'ladi, ya'ni metabolik o'zgarishlar, endokrin sistemasidagi o'zgarishlar va boshqalarda.

Ba'zida erta qarish jarayonida ko'zdagi gerontologik o'zgarishlar ertaroq boshlanadi. Yoshga aloqador o'zgarishlardan quyidagilar ko'zatiladi. Bular ko'z gavharining deformatsiyasi, akkomodatsiyaning bo'zilishi, 40 yoshga borib ko'z gavharining elastikligi kamayib boradi. Ko'z gavhari nechog'lik kam elastik va qattiq bo'lib qolsa, o'z egriligini shuncha kam o'zgartira oladigan bo'lib qoladi. Demak yosh kattalashib borgan sari eng yaqindan aniq ko'rish nuqtasi asta-sekin o'zoqlashib, ko'z gavxari egriligining o'zgarishi hisobiga ko'zning akkomodatsiyanish xususiyati yo'qolib boradi.

Odamning eng yaqindan aniq ko'radigan nuqtasi 33 sm. dan nari surilib qoladigan bo'lsa, ana shunda u yaqin masofaga ko'z tikib ishlaganida noqulaylik seza boshlaydi. Bu hodisa 40 yoshdan keyin boshlanadi va odamning yoshi qaytib qolgan chog'larida hammadan ko'p namoyon bo'ladi. Uning «presbiopiya» degan

nomi shundan kelib chiqqan, bu so'z keksalar ko'zi degan ma'noni bildiradi. Presbiopiya nurlarni to'plab beradigan linzalar yordamida rostlanadi. 30 yoshdan keyin har qaysi yoshga taxminan 1,0 dptr hisobidan konveks linzalari buyurish zarur. 60-65 yoshda akkomodatsiya umuman yo'qoladi. Keksalarda to'r pardaning distrofik o'zgarishlari ham ko'payib ketadi, bu esa ko'rishga katta ta'sir etadi. Gipertoniya kasalligida, aterosklerozda va boshqa geriatric kasalliklarda to'r pardaning distrofiyasi ko'zatiladi.

Qarilik kataraktasi. Bu kasallik ko'z gavharining xiralashuvi bilan ifodalanadi. Bu 50 yoshdan oshgan kishilarda odatda bosqichma-bosqich avj olib boradigan kasallikdir. Ko'proq qandli diabetda, tetaniyada, ko'z travmasidan so'ng zaharlanish natijasida paydo bo'lishi ko'zatiladi. Katarakta kasalligi ko'rlikka olib keladigan kasallik bo'lib, buni oldini olish, davolash mumkin.

Kasallik 4 ta bosqichda rivojlanadi:

1. Boshlanib kelayotgan katarakta;
2. Etilmagan katarakta;
3. Etilgan katarakta;
4. O'tib ketgan katarakta.

Kasallikning I bosqichida ko'z oldida parda turgandek bo'lib seziladi, yorug' narsalar ko'zga ikkita bo'lib ko'rinadi, lipillab turgan narsalar bordek bo'lib tuyuladi. Bunday holat bemorni bir necha yil bezovta qilishi mumkin.

Kasallikning II bosqichida bemor ko'zining keskin xiralashib qolganidan shikoyat qiladi. Bu bosqich ham bir necha yil davom etishi mumkin.

Kataraktaning yetilgan bosqichida ko'z gavhari bir tekis xiralashadi. Kasal hech narsani ko'ra olmaydi, faqat yorug'lik qaysi tomonda turganini ajratishi mumkin. Bu bosqichda operatsiya yo'li bilan ko'z gavhari olib tashlansa bo'ladi.

O'tib ketgan katarakta bosqichida ko'z gavharining po'stloq moddasi asta-sekin suyulib, sutsimon massaga aylanib qoladi va unda gavhar yadrosi qalqib yurib, bosh qimirlagan mahalda o'z vaziyatini o'zgartirib turadi. Qarilik kataraktasini davolashda V kompleks vitaminlari, vitamin S, R va ko'zga tomizish uchun vitayodural, vitafoval, vitsein preparatlari buyuriladi.

Xiralashgan ko'z gavharini kataraktaning yetilgan bosqichida olib tashlash (ekstraktsiya) kerak. Yetilmagan katarakta bosqichida ham operatsiya qilish mumkin. Ko'z gavhari olib tashlangandan keyin bemorlar nur yig'uvchi ko'zoynaklar yoki kontakt linzalardan foydalanishlari mumkin.

Glaukoma. Bu kasallikda ko'z ichki bosimi birdan yuqori bo'lib, ko'z tur pardasi va ko'ruv nervi diskida ko'rish funktsiyalarining pasayib ketishiga olib boradigan trofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu kasallikda ko'z ichki bosimi mudom yoki vaqti-vaqtida ko'tarilib turib, keyin ko'ruv nervida ekskavatsiya, ya'ni chuqur tortgan joylar va ko'ruv nervi maydonida tipik nuqsonlar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Glaukomada ko'z ichki bosimi oshadi. Ko'z ichki bosimini o'lchash tonometriya deyiladi. Tonometriya ko'zga yuktonometr qo'yish yo'li bilan o'tqaziladi. Bu tonometr og'irligi 10 g. bo'lgan Maklakov tonometri deb ataladi. Me'yorda ko'z ichki bosimi 18-27 mm.sim.ust. gacha bo'ladi. Glaukoma diagnozi aniqlashda tonometriya yordam beradi. Bunda ko'z ichki bosimi 30 mm.sim.ust. dan yuqori bo'ladi.

Glaukoma kasalligi 3 xil bo'ladi: tug'ma, birlamchi va ikkilamchi.

Tug'ma glaukoma tabiatan irsiy bo'lishi mumkin va bu glaukoma xirurgik yo'l bilan davo qilinadi.

Birlamchi glaukoma – yoshga aloqador o'zgarishlar oqibatida paydo bo'lib, 40 yoshdan oshgan aholining 1-2%ida uchraydi.

Birlamchi glaukoma yopiq burchakli, ochiq burchakli va aralash formalarda bo'ladi.

Ikkilamchi glaukoma ko'z o'smalarida, yallig'lanish, distrofik, degenerativ jarayonlarda, travmalarda paydo bo'lishi mumkin.

Glaukomaning rivojlanishida 4 ta bosqich ko'zatiladi:

- 1.Boshlangich
- 2.Avj olgan
- 3.Vaqtidan o'tgan
- 4.Terminal bosqich

Glaukoma bilan og'rigan kasallar doimiy dispanser ko'zatuvida olinadi. Glaukomaning davolashda ko'z ichki bosimini pasaytiruvchi xolinomimetik va antixolinesteraz moddalar buyuriladi; pilokarpin, karboxolin, atselidin, fosfakol, adrenomimetik preparatlardan adrenalin gidroxlorid va fenatol qo'llaniladi.

Umumiy ta'sir ko'rsatuvchi preparatlardan diakarb, panangin, asparkam, trental, tsinnarizin, biostimulyatorlar, ATF, glutaminat kislotasi, vitaminlar, sklerozga qarshi preparatlar qo'llaniladi.

Boshni o'zoq engashtirib o'tirib bajariladigan ishni bajarishda qisib turadigan belbog' taqish tavsiya etiladi. Chekish va spirtli ichimliklarni ichish man qilinadi. Ovqat asosan sut, o'simlik mahsulotlaridan tayyorlangan bo'lishi kerak. Ichiladigan suyuqlik miqdori cheklangan bo'lishi lozim.

Quloq organi juda nozik va muhim organ hisoblanadi. Boshqa organlarga nisbatan inson yoshining o'zgarishiga qarab, hatto 20 yoshdan boshlab quloq organining eshitish qobiliyati o'zgarib boradi. Yoshga qarab eshitish qobiliyatining pasayishi fiziologik holat hisoblanadi.

Eshitish qobiliyatining pasayishi quloq organining har bir qismini o'zgarishi bilan bog'liq. 1962 yildan buyon LOR sohasida V.F. Undretsem tomonidan yaratilgan audiometriya egri chiziqlar metodini ishlatib kelinyapti. Bunda «shivirlash» metodiga asosan: I – 7m, II – 6m, III – 5-6m, IV – 5m, V–3-4 m aniqlanadi. Patogistologik tekshirishlarda esa eshitish qobiliyatining pasayishi quloq organining degenerativ atrofik o'zgarishlariga ham bog'liqligi ko'zatilgan.

Masalan: o'rta quloq eshitish suyakchalarining osteoporozi, suyak ichi qon tomirlarning atrosklerozi. Eshitish qobiliyatining o'zgarishi, uning qay darajada ekanligi tovush qabul qilish apparatining, ya'ni Kor tiev organining hujayralari atrofiyaga uchraganligiga ham bog'liqdir. Ayniqsa, bosh miya qon tomirlari aterosklerozi ham eshitish funktsiyasiga juda salbiy ta'sir qiladi.

Qarilikdagi karlikning 4 ta tipi bor:

I tipda – Kortiev organidagi o'zgarishlar tufayli;

II-IV tipda – ichki quloq chig'anoq spiralida, nerv tolalarida yadrosida, eshitish analizatoridagi o'zgarishlar hisobiga hosil bo'ladi.

Qarilikdagi karlik belgilari har bir shaxs uchun individual bo'ladi.

Yoshga qarab fiziologik eshitish qobiliyatining pasayishi butun organizmning fiziologik qarish belgilari bilan birga namoyon bo'ladigan norma holatidir. Bu holat nutqqa ham, eshitish funksiyasining ijtimoiy holatiga ham salbiy ta'sir etadi.

Eshitish qobiliyatining patologik pasayishi holati esa ko'p uchramaydi. Bunda quloq chig'anog'ining degenerativ o'zgarishi yuz beradi. Yoshga nisbatan eshitish qobiliyatining pasayishi gormonal holatiga hamda asab kasalliklariga ham bog'liqdir.

Kasallik klinikasida – tovush qabul qilishning yomonlashuvi, buning natijasida nutqning bo'zish, telefon orqali tovushni yaxshi qabul qilmaslik, quloq shang'illashi ko'zatiladi.

Davosida – polivitaminlar, vitamin V1,V6, biostimulyatorlar, aloe, ATF, garmonlar, quloq sohasiga UVCh va kaliy yodid bilan elektroforez tayyorlanadi.

Konservativ davo naf bermaganda eshitish apparatidan foydalaniladi.

Mavzuga oid savollar:

1. Tayanch-harakat organlaridagi yoshga bog'liq qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
2. Shakl buzuvchi osteoartrozni rivojlanishiga olib keladigan asosiy sabablarni sanab bering.
3. Keksalarda nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarni nojo'ya ta'sirini ayting.
4. Keksalarda osteoporozni klinik ko'rinishi va davolashning o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering.
5. Keksalarda revmatoidli artritni klinik ko'rinishi va davolashning o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering.
6. Kexsa va qariyalar ko'z, quloq a'zolarida yoshi bilan bog'liq o'zgarishlar.
7. Kexsa yoshdagi bemorlarni davolash va parvarishlashda nimalarga e'tibor berish kerak?

3-BOB. GERONTOFARMAKOLOGIYANING YOSH BILAN BOG‘LIQ HUSUSIYATLARI, TAMOIYILLARI VA QOIDALARI

3.1. Dori vositalarining qari va keksa yoshdagi bemorlarga nojo‘ya ta‘siri.

Zamonaviy geriatrik klinik farmakologiya biologik, klinik va tibbiy-ijtimoiy qoidalarining yaqin ta'siri bilan xarakterlanadi.

Farmakodinamika dorilarning biologik va terapevtik effektlarini namoyon qiladi. Farmakokinetika ularning so‘rilishi, tarqalishi, metabolizmi, ekskretsiya jarayonlarini bildiradi. Farmakodinamika organizmga dori vositalarining ta'sir mexanizmini, farmakokinetika esa doriga organizmning ta'sirini bildiradi.

Keksa odamlar organizmida farmakodinamikaning o‘ziga xosligini aniqlovchi sharoitlar qariganda farmakologik retseptorlarning bog‘lovchi qobiliyati va sonining o‘zgarishidan kelib chiqadi. Ba'zi dorilarni tavsiya qilganda parodoksal reaksiyalar paydo bo‘lishi mumkin.

Yoshi ulug‘ bemorlarda yana reaktivlik holati, ya'ni dori vositalariga sezgirlikning oshishi yoki kamayishi bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Klofelin bilan davolaganda ortostatik reaksiya bo‘lishi mumkin. Yurak mushagi yurak glyukoizidlariga sezgirligi oshib ketadi, ular odatiy dozada o‘tkazuvchanlikning bo‘zilishi va ekstrasistoliyaga olib kelishi mumkin. Shuning uchun kombinirlangan terapiyada bir nechta dorini birga tavsiya qilganda ularning o‘zaro ta'sirini hisobga olish kerak.

Bunda 4 xil natija bo‘lishi mumkin:

1. Davolash effektining kuchayishi;
2. Uning yo‘qligi;
3. Effektini kamayishi;
4. Salbiy reaksiyalar: bunga dori allergiyasi va uning og‘ir turi – dori kasalligi kiradi.

Dorilarning o‘zaro ta'sirida organizmda quyidagi asosiy mexanizmlar qatnashadi:

- preparat molekulalarining yuborilgan joyida, ya'ni qonda, limfada, to‘qimalararo suyuqlikda, hujayralarda bir-biri bilan o‘zaro to‘g‘ri ta'siri;

- farmakokinetikani o'zgarishi (so'rilishni, tarqalishni, chiqarishni);
- metabolizmning o'zgarishi;

Preparatlarning kombinatsiyasini to'g'ri tanlanganda davolash effekti oshadi, lekin asoslangan kombinirlangan davo bo'lmasa, davolash effekti pasayadi va salbiy ta'sirlar ko'payadi.

Parenteral yuboriladigan dorilarning birgalikda qo'llanilishi organizmda cho'kmalar va pretsipitatlar paydo bo'lishiga olib keladi. Bemorga quyilayotgan plazma va qonga dorilar qo'shilganda shunga o'xshash reaksiyalar ko'zatilishi mumkin.

Dorining parenteral yuborish uchun erituvchi sifatida in'ektsiya uchun suv, NaCl fiziologik eritmasi, glyukoza va novokain eritmaları ishlatiladi.

In'ektsiya uchun suv kam hajmli preparatlarni eritish uchun (5-15 ml.) ishlatiladi, agar uning hajmi ko'p bo'lsa, qonning osmotik bosimi o'zgarishi mumkin. Glyukoza eritmasida ko'pchilik antibiotiklar parchalanadi (benzillennitsillin, eritromitsin, oleandomitsin, linkomitsin, kanamitsin) yoki cho'kmaga tushadi.

Novokainli eritmalar geriatriyada keng qo'llaniladi. Antibiotiklarni eritish uchun 0,5-0,1% novokain eritmasi ishlatiladi.

Vitamin preparatlarini bitta shpritsda yuborilgandagi o'zaro ta'siri yaxshi ma'lum. Xususan, askorbin kislotasi ishqoriy eritmalar bilan sig'ishmaydi (eufillin, kordiamin, kofein-benzaot-natriy).

Bitta shpritsda piridoksin gidrokslorid tiamin xlorid (bromid) bilan aralashtirilsa, piridoksin gidrokslorid kislotali muhit ta'sirida parchalanadi.

Antibiotiklarning inaktivatsiyasi (benzilpentsillin to'zlari, gentamitsin, streptomitsin) eufillin bitta shpritsda qilinsa (ishqoriy muhit) paydo bo'ladi. Ularni birgalikda qo'llash bronxial astma, bronxitda bo'lishi mumkin. Bitta shpritsda yana antibiotik va geparin aralashtirmaslik kerak.

Ayrim patologik holatlarda (antibiotiklar tufayli rivojlangan allergiya, infeksiyon-toksik shok, bronxial astma) antibiotikoterapiya kortikosteroidlar bilan olib boriladi.

Hammaga ma'lumki, antibiotiklar va vitamin preparatlarining (askorbin kislota, V guruhi vitaminlari) ni aqsadga muvofiq qo'llash o'tkazilayotgan davoning terapevtik effektini oshiradi. Masalan, askorbin kislotasi pentsillinni to'qimalarga ko'proq o'tishiga, organizmda uning saqlanish davomiyligini oshiradi.

Shunday qilib murakkab eritmalarni perenteral yuborishga tayyorlashda preparatning va erituvchining xossalari hisobga olish kerak. Infuzion terapiyani o'tkaza turib, shifokor quyidagi qoidalarni bilishi kerak:

- hamma aralashmalarni yuborishdan oldin tayorlash lozim;
- eritmada qancha ko'p dorilar aralashtirilsa, ularning o'zaro ta'siri bo'lish ehtimolligi yuqori bo'ladi;
- qonga, aminokislota eritmalariga, moyli emul siyalarga, soda eritmasiga dorilar qo'shmaslik kerak.

Tabiiy antioksidantlar va metabolitlar kompleks preparatlarini geriatric vosita sifatida qo'llash maqsadga muvofiqligi aniqlandi. Suvda va yog'da eriydigan vitaminlar, ayrim makro va mikro elementlar, aminokislotalar va boshqa tabiiy metaboliklar fiziologik dozada ko'p komponentli preparatlar sifatida keng tavsiya qilinadi.

Geriatric preparatlar sifatida dekamevit qo'llaniladi. Adaptogen biostimulyatorlar, to'qima lipidlari, bioregulyatorlar, neyroprotektorlar, immunomodulyatorlar ham tavsiya etiladi.

Geriatriciyada o'simliklardan tayyorlanadigan dorilar keng ko'lamda qo'llaniladi. Ular, asosan, umumiy terapiyaning tarkibida, hayot sifatini yaxshilash maqsadida qo'llaniladi. Masalan, yog' almashinuvi bo'zilishida standartlashtirilgan chesnokning ekstraktidan, yengil depressiyalarda zveroboyning standartlashtirilgan ekstraktidan foydalaniladi.

Xavfsiz va effektli davolash klinik farmakologiyaning maqsadi hisoblanadi. Agar dorilarni buyurayotgan vrach shu dorilarning farmakodinamikasini, farmakoklinik effektini va ularni keksalarga ta'sirini bilsa, davolash havfli bo'lmaydi. Shunday qilib geriatric klinik farmakologiyasining quyidagi asosiy printsiplari mavjud:

- ulug' yosh yoki qarilik dorilar buyurishga qarshi ko'rsatma bo'la olmaydi;
- katta yoshdagilarning hamma kasalliklari ham dori bilan davolashga muhtoj emas;
- davoni boshlashdan oldin aniq tashxisni bilib olish zarur;
- yosh o'tgan sari dorilarning aktiv va xavfli ta'sir qiluvchi zonalari orasidagi chegara yaqinlashib boradi;
- katta yoshli va keksa bemorlar dorilarning yuqori dozadagilarini ko'tarishi qiyin bo'ladi;
- bir vaqtda qo'llanilayotgan dorilar miqdori oshgan sari nojo'ya ta'sirlari ham oshadi;
- ikkita va undan ortiq dorilar buyurilganda ularning o'zaro farmakodinamik va farmokokinetik ta'sirini baholash zarur;
- dorilarni nojo'ya ta'sirini va ularni bartaraf qilishni bilish shart;
- optimal dori shakli tanlanib, ovqat, suv va to'z rejimini to'g'riligini ko'zatib borish kerak.

Gerontologik bemorlarni davolashning o'ziga hosligi

Dori moddalarini qo'llashning o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Qari va yoshi katta bemorlarga dori moddalarini juda ehtiyotkorlik bilan buyurish zarur.

Dori-darmonlarni noto'g'ri tayinlash oqibatida 60 yoshdan o'tgan bemorlarda dori intoksikatsiyasi va uning turli asoratlari ko'zatiladi. Geriatrik bemorlarning organizmidagi yoshga aloqador o'zgarishlar dorilarning nojo'ya ta'sirini oshirib, kumulyatsiyaga olib keladi.

Hazm sistemasining yoshga aloqador fiziologik o'zgarishlari peroral qabul qilingan dorilarning absorbttsiyasi, so'rilishini izdan chiqarib, sekinlashtiradi. Keksada odamlarda me'da devorining tonusi pasayib, evakuatsiyasi sekinlashadi. Bu esa ayrim kislotali muhitga chidamsiz bo'lgan dori-darmonlar uchun xavflidir. Me'daning sekretor qobiliyatining yoshga aloqador pasayishi ham dorilar absorbttsiyasini sekinlashtiradi. Dori moddalari parenteral yuborilganda ham qon aylanishining va kapillyarlar devori o'tkazuvchanligining pasayishi oqibatida dori absorbttsiyasi sustlashadi, dorining ta'sir etish effekti sustlashadi.

Geriatrik bemorlarga tana og'irligiga nisbatan dori tayinlab bo'lmaydi, chunki tana og'irligi 25 yoshdan 60 yoshgacha 20%ga kamayadi, organizmdagi yog' miqdori 10-20%ga, suv miqdori 15-20%ga kamayadi, barcha parenximatoz organlarning massasi ham kichrayadi. Jigarning og'irligi 10-15%ga kichrayadi, gepatotsitlar soni kamayib, atrofiyaga uchraydi. Dorilar parchalanishida asosiy o'rin egallagan jigarning funktsiyasi o'zgarganligi sababli dori intoksikatsiyasi tez rivojlanadi.

Dori moddalarining parchalanish mahsulotlari buyraklar orqali organizmdan chiqariladi. Qarilikda buyraklarning qon aylanishi va funktsiyalari 2-3 marta kamaygan bo'ladi, shuning uchun dori moddalarini juda kam dozirovkada boshlash kerak. Buyrak xastaligi bor bemorlarga xlorpropamid, sul fanilamidlar, tetratsiklinlar, furadonin kabi dorilarni buyurib bo'lmaydi. Yosh o'tishi bilan bir nechta dori moddalarini birdaniga qo'llash salbiy natijalarga olib keladi. Geriatrik bemorlarning ijtimoiy ahvoli, ruhiy kayfiyatini e'tiborga olgan holda dori moddalari zarur bo'lgandagina uzoq muddatlarga kichik dozalarda tayinlash kerak va bemorlar dori moddalarini muntazam qabul qilishlari zarur. Bemorning qo'llari qaltirashi, xotira va ko'rishning pasayishi oqibatida dorilarni to'kib yuborishi, ichishni esidan chiqarishi, tomchi dorilarni noto'g'ri o'lchashi mumkin.

Geriatriyada dori tayinlashning o'ziga xos xususiyatlari quyidagilar:

- geriatrik bemorlar organizmidagi yoshga aloqador o'zgarishlar va bir qator patologik o'zgarishlar sababli dorilarning nojo'ya ta'siri yoshlarga nisbatan yuqoriroq bo'ladi;

- organizmning dori moddalari va ularning metabolitlari ta'siriga chidamliligi pasayib, intoksikatsiya rivojlanishi ortadi;

- polipragmaziya, ya'ni bir nechta dori moddalarini birdaniga qo'llash nojo'ya oqibatlarga olib keladi. Iloji boricha dorilar qabul qilish intervaliga rioya qilish kerak;

- davolovchi dozani o'rta yoshdagi odamga nisbatan 2 marotaba kam miqdorda tayinlanadi. Ijobiy o'zgarishlarga erishilgach, dozani yana kamaytirish lozim;

- antibakterial preparatlar tayinlashda ularning keksa yoshdagi odamlarda intoksikatsiyasi kuchli bo'lishini inobatga olib, kamroq dozalarda buyuriladi;

- dori tayinlashda bemorlarning suv-to'z ratsioni, sutkalik siydik ajralishini, keksalarning suyuqlikni kam iste'mol qilishlarini e'tiborga olish kerak, organizmda suyuqlikning kamayishi dori intoksikatsiyasini kuchaytiradi;

- dori allergiyasi kabi asorat bo'lishini esda to'tish kerak.

Dorilarning nojo'ya ta'sirini kamaytirish, erta qarishni oldini olish maqsadida davolashda albatta vitaminoterapiya qo'shimcha tayinlanadi.

Erta qarishning oldini olish uchun qo'llaniladigan dori moddalari geriatric moddalar deb atalib, organizmdagi moddalar almashinuvini normallashtiradi, asab tizimi va boshqa organlar ishini yaxshilaydi, ya'ni yoshartiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Vitaminlar. Yosh o'tgan sari organizmning vitaminlarga talabi ortadi. Vitaminlar moddalar almashinuvining katalizatori bo'lib, fermentlar ta'sirini oshiradi.

Aterosklerozni oldini olish va davolashda S, R, Ye, V1, V6, PP vitaminlari va folat kislotasi qo'llaniladi.

Askorbin kislotasi (S vitamini) ateroskleroz kasalligida lipid almashinuvini yaxshilaydi, qonda xolesterin miqdorini kamaytiradi.

PP vitamini askorbin kislotasi bilan birga qo'llanilganda kapillyarlar o'tkazuvchanligini yaxshilaydi, gialuronidaza ta'sirini tormozlaydi hamda gistamin hosil bo'lishini kamaytiradi. V1, V6 vitaminlari, folat kislotasi ham lipotrop ta'sir ko'rsatadi. Stenokardiyada, trombanginitda, ishemik holatlarda nikotin kislotasi keng qo'llaniladi.

D vitaminini keksa yoshdagi odamlarga tayinlab bo'lmaydi, chunki u ateroskleroz holatini tezlatadi.

Dekamevit, undevit, metionin kabi vitaminlar kompleksi gerontologik bemorlarga yaxshi naf beradi. Geriatric moddalardan mikroelementlar, novokainoterapiya, gormonlar va biogen stimulyatorlar bilan davolash organizmning qarshilik qobiliyatini oshiradi, fiziologik funktsiyalar ishini yaxshilaydi.

3.2. Anafilaktik shokda birinchi yordam

Anafilaksiya grekcha – sezgirlik, o‘z-o‘zini himoya qilish degan so‘zdan kelib chiqqan bo‘lib, allergik reaksiyaning tez sodir bo‘ladigan tipiga kiradi va allergen parenteral (tomir ichiga, teri ostiga, teri ichiga) yuborilganda yuzaga keladi. Anafilaktik shok kelib chiqishini asosiy shartlaridan biri bemor organizmini shu allergenga nisbatan sezgirligi keskin oshgan bo‘lishi kerak. Shu sababli ayrim hollarda allergen nafas orqali yoki enteral yo‘l bilan organizmga kirganda anafilaktik shok holati kelib chiqishi mumkin .

Anafilaktik shok patofiziologik bosqichlardan iborat bo‘lib, avval antigen va antitanachaning immunologik to‘qnashuv ro‘y beradi, keyingi bioximik bosqichida vazofaol moddalar (gistamin, bradikinin)qonga tashlanadi va oxiri visseral bosqichda shokning klinik belgilari namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

Anafilaktik shokning klinikasi. Odatda, bemorlar holsizlikdan, hansirashdan, quruq yo‘tal, butun badanida qizish holatini sezish, sovuq ter chiqishi, o‘lib qolishdan shikoyat qiladilar. Bemor o‘zini qo‘ygani joy topolmaydi, badan terisi qizarib ketadi, bo‘g‘ilib entikadi, qorinda og‘riq sezadi, tomir urishi tezlashadi, qon bosimi keskin pasayib ketadi, birinchi daqiqalarda esa qon bosimi qisqa vaqt ko‘tarilib ketishi ham mumkin.

Anafilaksiyada kuzatiladigan klinik holatlar:

- Kollaps (88%);
- Bronxospazm (36%);
- Angionevrotik shish, ko‘proq yuz, ko‘z atrofi va og‘izda (24%);
- Tarqalgan shish (7%);
- Terida bo‘ladigan o‘zgarishlar:
 - toshma (13%),
 - eritema (45%)
 - qizamiq (8,5%)

Anafilaktik shokning og‘ir darajasidagi birinchi klinik belgilari:

- Puls periferiyada aniqlanmaydi, AB pasaygan (28%);
- Havo yetmasligiga shikoyati qiladi (26%);

- To'satdan yuzaga kelgan yuz va bo'yindagi qizarishlar (21%);
- Yo'tal (6%);
- Toshma (4%);
- sianoz (3%);
- Boshqa o'zgarishlar, masalan EKG da, qizamiq, turli shishlar (9%).

Anafilaktik shok birdaniga yashin tezligida yuz berishi mumkin va uning belgilari allergen dori moddaning miqdoriga bog'liq bo'lmaydi. ASH dori organizmga kiritilgandan keyin bir daqiqadan bir soatga qadar vaqt orasida rivojlanishi mumkin. U qanchalik tez boshlansa, klinikasi shuncha og'ir ko'rinishda o'tadi. Anafilaktik shokning bir necha klinik turlari mavjud.

Teri varianti. Teridagi qizarishlar, qichishishlar ustun turadi. Eshakem har xil kattalikda va turda (pufaklar) ko'plari bir biri bilan qo'shib ketadi. Shuningdek tomir bo'ylab angionevrotik shishlar (Kvinke shishi) paydo bo'ladi. Og'ir kechganda teri belgilari bo'lmaydi. Ular 30-40 minutdan keyin paydo buladi. AQB tiklangandan so'ng.

Gemodinamik (qonning tormirlarda turib qolishi) turi. Bunda yurak qon –tomir tizimidagi buzilishlar boshqalaridan ustunlik qiladi: yurak sohasida og'riqlar qon bosimining pasayishi, mikrotsirkulyasiyaning buzilishi (ranglari oqarib yoki qizarib ketish), tomir urish maromi buzilishi kuzatiladi. Yurak qon-tomir tizimidagi o'tkir yetishmovchilik yetakchi belgi bo'lib hisoblanadi, u ko'pincha yurakning ishemik kasalligi yoki miokard infarkti bilan qo'shib keladi.

Serebral (bosh miyaga oid turi). Bu hollarda markaziy asab tizimidagi buzilishlar bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda o'limdan qo'rqish hissi yaqqol ko'rinib turadi, talvasa, nafas olish va chiqarishdagi buzilishlar, miya shishi belgilari qayd etiladi. Shokning keyinchalik rivojlanishi oqibatida nafas va yurak faoliyatining to'xtab qolishi, meningal belgilari va hushini yo'qotish holatlari yuz berishi mumkin.

Asfiksik (bo'g'ilish) turi. Bemorlarda hilqildoq, o'pka shishi va bronxospazm belgilari bilan paydo bo'ladi. Bunda o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari ustunlik qiladi.

Kardiogen yoki koronar varianti. Yurak qon tomir tizimi tomonidagi uzgarishlar ustun turadi. Yurakda og'riq, taxikardiya, ritmning buzilishlari.

Abdominal (oshqozon–ichak yo'li bilan bog'liq) turi. Bunda ko'ngil aynishi, qayt qilish, oshqozon sohasida og'riqlar bo'lib, ko'pincha “O'tkir qorin” belgilarini namoyish qiladi.

Hatto ichak tutilishi, axlat bilan qon kelishi ham kuzatilishi mumkin. Ayollarda qindan qonga o'hshash oqmalar, tuxumdon va bachadan yo'llari sohalarida og'riq qayd etiladi. Shoklarning alohida turlari juda kam uchraydi, ko'proq ular birgalikda uchraydi. Kechish tezligiga qarab yashin tezligida kechadigan, qaytalanadigan va abortiv (hamma belgilarsiz tez tugaydigan) shoklar farqlanadi. Yashin tezligida kechadigan turlarida hayot uchun muhim a'zolarining zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan o'lim hollari, odatda, shokning birinchi daqiqalarida yoki soatlarida yuz beradi. Abortiv shokning klinik belgilarida birdaniga tuzalish bo'ladi va klinik sog'ayish yuzaga keladi. Qaytalanuvchi kechishda esa klinik sog'ayishdan bir necha soat keyin shok yanada og'ir kechishda qaytalanishi mumkin. Anafilaktik shok kechishi og'irligiga qarab uch bosqichda kechadi.

Shokning og'ir bosqichi kollaps (rang oqarib ketishi), sianoz, tomirning ipsimon urishi, qon bosimining pasayishi, koma chuqur uyqu holati, xushdan ketish, ko'z qorachiqklarining kengayishi, yurak va nafas faoliyatining to'xtashi bilan namoyon bo'ladi.

Anafilaktik shok ko'p holatlarda 2 fazali kechadi. Bemorning ahvoli avvaliga biroz yaxshilanib keyin AB yana pasayadi. Shuning uchun bemorni shifoxona sharoitida davolash va 12 sutka davomida kuzatish kerak bo'ladi.

Anafilaktik shokning og'ir holatlarida bemor 5-30 minut yoki 24-48 soat va undan ham ko'proq vaqt ichida hayotiy muhim organlardagi ikkilamchi qaytmas o'zgarishlardan vafot etishi ham mumkin (glomerulonefrit, ichakdan qon ketishi, miokardit, bosh miyaga qon quyilishi).

Organizmga dori moddalarni birinchi marta kiritilishi holatlarida, ya'ni birlamchi sensibilizatsiyasiz ham anafilaktik shok kelib chiqishi mumkinligi turli adabiyotlarda bayon qilingan. Bunda anafilaktik shok hech qanday

sensibilizatsiyasiz dori moddaning to'g'ridan-to'g'ri tomir endoteliysidagi semiz hujayralarga va bazofillarga ta'siri natijasida ulardan biologik faol moddalar – gistamin, serotonin, bradikinin, atsetilxolin va prostoglandinlarni ajralib chiqib tomirlar falajini yuzaga keltirishi tufayli sodir bo'ladi. Bunday shok holatlari ko'pincha mushak relaksantlari (60-70%), antigistamin preparatlar, sombroven, diazepam, lidokain, yod saqlovchi kontrast moddalar shuningdek, oqsil va aminokislota saqlovchi dori moddalar qo'llanilganda kuzatiladi.

Anafilaktik shokda reanimatsiya va intensiv terapiya tamoyillari:

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash va 100% li kislorod ingalyasiya qilish.
2. Zudlik bilan vena tomiriga 0,1 % -1ml adrenalin, efedrin yoki mezaton yuborish. Samara bo'lmasa, har 3-5 minutda adrenalin vena ichiga qaytadan yuboriladi.
3. Gipovolemiya'ni bartaraf etish uchun oqim bilan vena tomiriga 5% -500ml glyukoza va 0,9% -500ml xlorid natriy eritmasini yuborish.
4. Hujayra membranasi turg'unligini ta'minlash uchun 90-180mg prednizolon, 12-16mg deksazon vena ichiga yuborish.
5. Voqea joyidan bemorni shifoxonaning reanimatsiya bo'limiga ko'chirishgacha bo'lgan vaqt davomida tomirga tomchilab 0,2% 4-5 ml noradrenalin 5% -500ml glyukoza bilan birgalikda tomchilab yuborilib turiladi.
6. Inyeksiya joyi yoki hasharot, ari chaqqan joyga 0,1% -1 ml adrenalin eritmasi sanchiladi.
7. Bemorning o'zi nafas olmaganda traxeya intubatsiya qilinadi va sun'iy nafas berish boshlanadi.
8. Anafilaktik shokni yashin tezligidagi turida yurak faoliyati to'xtaganda yurak o'pka reanimatsiyasi to'liq chora tadbirlari o'tkaziladi.
9. Bemor tomiriga yo'l davomida 0,2% - 4ml noradrenalin + 0,9% - 400ml natriy xlorid yoki 200 mg dopmin +0,9% - 400ml natriy xlorid ulangan holatda shifoxonaga transportirovka qilinadi.

Eslatma! Anafilaktik shokda antigistamin dorilarini (dimedrol, pipolfen, suprastin) qo'llash man etiladi. Chunki bu dorilar o'zi shunday ham mavjud og'ir gipotenziya holatini chuqurlashtiradi.

Mavzuga oid savollar:

1. Gerontofarmakologiyaning yosh bilan bog'liq xususiyatlari,
2. Dori vositalarining qari va keksa yoshdagi bemorlarga nojo'ya ta'siri.
3. Anafilaktik shokda birinchi yordam.

4-BOB. QARIYALAR SALOMATLIGINING XUSUSIYATLARI

4.1. Qariyalar salomatligining xususiyatlari va uni qo'llab-quvvatlashda hamda tiklashda hamshiralik ishi

Bugungi kunda hamshiralar pedagog, notiq, psixolog bo'lishilari lozim. Hamshira o'z kasbiga kreativ yondoshish lozim. Buning uchun hamshira tajribali va nozik didli psixolog bo'lishi va nafaqat ayol uchun balki uning yaqinlari uchun ham bu to'g'ri yo'l ekanligini tushintirishi talab etiladi. Masalan, yuqori lavozimda ishlayotgan odamni lavozimidan ozod qilishdi. Bu unga salbiy ta'sir etib, ya'ni, oila a'zolari oldida va yaqin birodarlari oldida uning qadr-qimmatini, obro'-e tiboriyo'qolganini va o'zini hech kimga keraksiz deb his qilishi va stress oqibatida infarktmikardi, insul t kabi oqibatlarga olib keladi. Bu esa jamiyatni yana bir aqliy va jismoniy ishchi kuchini yo'qotganini ko'rsatadi. Bu xolatda bo'limda yetgan bemor uchun shifokordan ham avval hamshira ko'prok shu bemor bilan ko'prok muloqotda bo'ladi. Bundan ko'rinib turibdiki, bemorni yolg'izlatmaslik, yaqinlariga esa ko'prok muruvvat ko'rsatish kerak ekanligini hamshira tushuntiradi. Bunda qariya bemorlarni kat'iy koidaga amal qilishga majburlash to'g'ri emas. Dispanser nazorati» dagilarni hisoblanganda qariyalar kasalligi 13,4 % yolg'iz yashovchilarga to'g'ri keladi.

Qariya va keksalarni oilaviy va ijtimoiy axvoliga ko'ra 3 guruxga bo'linadi:

- 1 gurux –yolg'iz yashovchilar;
- 2 gurux- umr yo'ldoshi bilan yashovchilar;
- 3 gurux- yaqinlari va farzandlari bilan yashovchilar;

Tibbiy va ijtimoiy ko'rsatkichlarga ko'ra qariyalarning:

- 1.60 yoshdagilar kasalxona tushagida 17 kun o'rtacha hisobda
- 2.Yolg'iz yashovchilar 22 kun davolanishadi.

Gospitalizatsiya kilingan qariyalarni sababiga ko'ra:

- 1.Qon aylanish sistemasi kasalligi 47,7 %
- 2.Nafas olish sistemasi kasalligi 16,6 %
- 3.Ovqat hazm qilish sistemasi kasalligi 7,9 % tashqil qiladi.

Gospitalizatsiya kilingan guruxlar ichida erkaklar ayollarga nisbatan ko'prok kasallanishadi. Qariyalar ilk marotaba poliklinika shifokorga murojat kilganda 20 daqiqa vaqt sarflanadi. Qariya bemorga birlamchi tibbiy ko'rik uchun 30-40 daqiqa, ikkilamchi tibbiy ko'rik uchun 15-20 daqiqa vaqt sarflanadi.

Yolg'iz yashovchilar farzandlar yordamiga va iqtisodiy ta'minotga muxtoj bo'ladilar. Buning uchun bemor parvarishini uning o'ziga va yaqinlariga asta sekin o'rgatib borish kerak.

Bunday bemorlarni davolashda ularning kasallik tarixi bilan bir qatorda ijtimoiy psixologik ahvoli bilan ham tanishish kerak. Oila shifokori va hamshirasi geriatric bemorlar ahvoli bilan yaqindan tanishib chiqib, tez-tez uylariga borib ulardan xabar olishlari zarur. Ayniqsa, yolg'iz yashaydigan qariyalarning ijtimoiy, ruhiy va jismoniy ahvolini bilish geriatric yordamning asosiy vazifalaridan biridir.

Ko'p uylarda, odatda, ko'p bolali oilalar yashaydi. Uzoq o'tmishdan hozirgi vaqtgacha bir qancha avlod birga yashagan, yashamoqda va qariyalar oilada markaziy o'rin egallashadi, ya'ni farzandlar va nevaralar diqqat markazida bo'lishadi. Odatda, bunday oilalarda qaram qariyalarni ishlamaydigan ayollar parvarish qilishadi. Bundan tashqari, O'zbekistonda statsionar davolanish vaqti qisqa va kasalxonadan chiqqandan so'ng ko'plab qariyalar davoni uyda olishadi. Qari bemorlarni parvarishlovchi shaxslar asosan sog'liq, vaqt va moddiy holat muammolari bilan to'qnashadilar. Bundan tashqari, qarilarni parvarish qilishda er-xotin o'rtasidagi mojaro, tushunmovchiliklar, emotsional o'zgarishlardagi muammolar paydo bo'lishi mumkin.

Hamshira bunday bemorlarni ovqatlantirishi, yuvintirishi va kiyintirishi, ular bilan psixologik aloqa o'rnatib, o'ziga ishonchni orttirishi kerak.

Kasalxonada qariyalarga keng sharoitlar yaratish, ular bilan ko'proq suhbatlashish, hayotga qiziqishlarini orttirish lozim. Qari bemorlarni kasalxona ichki tartib-qoidalariga rioya qilishga majbur qilmaslik lozim.

Geriatric bemorlar o'z o'tmishlari haqida faxrlanib gapiradilar. Ularni ko'proq o'tmish va o'tmish voqealari, yutuqlari qiziqtiradi. Ular kelajak haqida o'ylash va gapirishdan, o'limdan qo'rquvadilar. Shunday paytlarda hamshira bemorlarni hayotlari

sermazmun, foydali o'tganligini, o'z ota-onalik burchlarini yaxshi ado etganliklarini, jamiyat uchun katta foyda keltirganliklari haqida ishonitirishlari kerak. Bu esa qariyalarning sog'ayishiga yordam beradi.

Sog'lom qarish haqida tushuncha. Sog'lom qarishning asosiy negizlari (to'g'ri ovqatlanish, harakat va dam olishni to'g'ri taqsimlash, xordiq).

Tibbiyot naqadar mukammal bo'lmasin, u har bir kishini barcha kasallik-lardan xalos etaolmaydi. Insonning o'zi o'z salomatligining yaratuvchisidir, shuning uchun ilk yoshidan faol va sog'lom turmush tarzini yuritib, chiniqish, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish, shaxsiy va ijtimoiy gigiena qoidalariga rioya qilish va shunday qilib oqilona yo'llar bilan haqiqiy har tomonlama rivojlanishiga erishish yaxshi bo'ladi. zamonaviy jamiyat sharoitida, shunga xos bo'lgan ijtimoiy-iqtisodiy, ilmiy-texnik rivojlanishining xususiyatlarini va qadriyat ustuvorligining anchagina o'zgarganligini hisobga olgan holda, aholining salomatligini mustahkamlash muammosi – birinchi darajadagi ahamiyatga ega bo'lgan muammodir.

Insonning jismoniy ahvoli yuzasidan g'amxo'rlik qilish bizning ekologik nuqtai nazardan og'ir bo'lgan davrimizda alohida ahamiyat kasb etadi. Borgan sari ko'proq insonlar o'z salomatligini saqlashga, uni yaxshilashga e'tibor bera boshlaydi. Bunday vazifaga erishish vositasi sog'lom turmush tarzi bo'ladi.

Sog'lom turmush tarzi o'zi nima degan savolga javob berish uchun uning barcha tarkibiy qismlarini ko'rib chiqish lozim. Biz tahlil qilgan ishlarning mualliflari ularning turlicha sonini qayd etadi. Lekin bir nechta asosiy qismlarni ajratish mumkin, sog'lom turmush tarzini yuritish aynan shularning poydevoriga quriladi. Ularga quyidagilar kiradi:

1. Oqilona ovqatlanish.
2. Jismoniy faollik.
3. Organizmning umumiy gigienasi.
4. Chiniqish.
5. Zararli odatlardan voz kechish.

Barcha mualliflar istisnosiz birinchi ikkita qismini nihoyatda muhim-ligini aytib o'tgan. Oqilona ovqatlanish va jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish – bu salomatlik formulasidagi ajralmas qismlar bo'lib, usiz odam sog'lom bo'lishi, sog'lom qolishi mumkin emas. Bu eng zaruriy shartlar bo'lib, ularsiz salomatlikni saqlab bo'lmaydi JSSTning ma'lumoti va akademiklar Yu.P. Lisitsin va F.Yu. Komarovlarning o'tkazgan tadqiqotlariga ko'ra inson salomatligi quyidagi omillarga bog'liq ekanligi aniqlandi:

- Sog'lom turmush tarzi – 55%
- Irsiyat – 18%
- Atrof – muxitga – 17%
- Sog'likni saqlash ishlarining axvoliga – 10%

Bu omillarni har bir kishi turli darajada boshqarish mumkin. Ko'pgina kasalliklarni kelib chiqishi va insonlarning kasal bo'lishida ularning o'zlari sababchi bo'lib, ulardagi sanitariya madaniyatining pastligi, nosog'lom turmush tarzi va o'zlarining o'z sog'liqlariga etarli e'tibor bermaganliklarning oqibatidir. Demak, bundan kundan ko'rinib turibdiki, sog'ligimiz asosan bizning o'zimizga, ya'ni biz kechirayotgan turmush tarziga bog'liq.

Sog'lom tug'ilib ulg'aygan inson, sog'lom turmush tarzida xayot kechirganida edi, u 100 yil va undan uzoqroq umr kechirishi mumkin ekan. Lekin bu raqamning qanchaga qisqarishi yoki kiskarmasligi har bir insonning sog'lom turmush tarzida xayot kechirish darajasiga bog'liqdir.

Sog'lom turmush tarzi bu inson umrini qisqarishiga olib keluvchi kasallik va uning sabablari hamda zararli odatlarning oldini olishga qaratilgan xarakatlardan iborat bo'lgan xayot tarzidir.

5-BOB. QARIYALARDA NAFAS OLIISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARI KECHISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

5.1. Keksa va qariya yoshdagi bemorlarda nafas azolarining anatomik - fiziologik xususiyatlari.

Nafas olish sistemasi. Qarish jarayonida nafas organlarining shilliq qavatlarida atrofik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bronx devorlarida distrofik, sklerotik o'zgarishlar ro'y beradi. O'pkada alveolalar shakli o'zgaradi, ba'zan membrana qalinlashadi, alveolalar chuqurligi kamayadi. Nafas olish ritmi tezlashib, aritmiyalar vujudga keladi. O'pkaning hayotiy sig'imi kamayadi, bu esa bronxlar o'tkazuvchanligining, nafas mushaklari kuchining pasayishi, ko'krak qafas rigidligining oshishiga bog'liq.

60 yoshdan oshgan odam organizmining ko'krak-suyak muskul skeletida distrofik-degenerativ o'zgarishlar ro'y beradi, ko'krak qafasi deformatsiyalanib, bochkasimon tus oladi va harakatlanishi cheklanadi. Bu o'zgarishlar o'pka ventilatsiyasiga nojo'ya ta'sir ko'rsatadi. Bronx devorining muskul qavati atrofiyaga uchrab torayadi, shilimshiq to'planadi, bronxlarning peristaltikasi pasayib balg'am ko'chishi susayadi. 60 yoshdan o'tgach, o'pkaning biriktiruvchi to'qimasida destruktiv o'zgarishlar ro'y beradi. O'pka arteriya va arteriolalarida rivojlangan fibroz ularning elastikligini pasaytiradi. O'pka to'qimasidagi yosh bilan bog'liq o'zgarishlar o'pkaning tiriklik sig'imini ancha kengaytiradi.

Qariyalarda arterial qonning kislorod bilan to'yinishi pasayadi, arterial gipoksemiya rivojlanadi.

5.2. O'tkir bronxit – bronxlarning o'tkir yallig'lanishi bo'lib, qariyalarda gripp va o'tkir respirator kasalliklar oqibatida kelib chiqadi. Kasallik sababchisi ko'pincha viruslardir. Bemorlarda lanjlik, to'sh orqasi achishayotgandek, timalayotgandek bo'lib seziladi. Tana harorati normada yoki subfebril bo'ladi. Avval yo'tal quruq bo'ladi; keyin shilimshiqyiringli balg'am kela boshlaydi. Qariyalarda yallig'lanish bronxiolalarga ham tarqaladi. Bronxiolit qo'shilgach, bemor ahvoli yomonlashadi, intoksikatsiya kuchayadi, taxikardiya, gipotoniya,

hansirash kuzatiladi, yurak yetishmovchiligi qo'shiladi. O'pka auskultatsiyasida quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

Bemorni davolashda albatta yotoq rejimi tayinlanadi. O'pka ventilatsiyasini yengillashtirish maqsadida bemor yarim o'tirgan holda yotgani ma'qul. Qariyalarda surunkali bronxit, pnevmoniya kabi asoratlar tez paydo bo'ladi, shuning uchun antibiotiklar, sulfanilamidlar (ampitsillin, eritromitsin, biseptol, sulfadimetoksin kabilar) tayinlanadi. Yo'talga qarshi libeksin, glauvent, isitmaga qarshi asetilsalitsilat kislotasi, balg'am ko'chiruvchi termopsis, mukaltin, bromgeksin buyuriladi. Natriy gidrokarbonat, mentol, evkalipt eritmalari ingalatsiyalari tavsiya qilinadi. Ko'krak qafasiga bankalar, xantal, spirtli kompresslar qo'yiladi. Vaqtida o'tkazilgan davo muolajalari va parvarishda kasallik sog'ayish bilan tugaydi.

5.3. Surunkali bronxit – bronx devorining diffuz yallig'lanishi bo'lib, qariyalarda eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biri hisoblanadi. Kasallikning sababi, o'tkir bronxitlar, yuqori nafas yo'llarining xronik katarlari, zaharli omillar, kasb kasalliklari, chekish, zax iqlim bo'lishi mumkin. Bemorni quruq yoki balg'amli yo'tal, hansirash, darmonsizlik, salga charchab qolish bezovta qiladi. Balg'am shilimshiq-yiringli xarakterda bo'ladi, yo'tal sovuq tushishi bilan yoki zax joylarda kuchayadi. Auskultatsiyada hansirab nafas olish, quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi emfizema paydo bo'lishiga, destruktiv o'zgarishlar esa bronxoektazlarga olib keladi. Bu o'zgarishlar nafas yetishmovchiligi va yurak kasalliklariga sababchi bo'ladi. Allergik komponent qo'shilsa, bronxial astma paydo bo'lishi mumkin. Surunkali bronxitda nafas yetishmovchiligini aniqlashda hansirashga e'tibor beriladi.

1-darajali nafas yetishmovchiligida hansirash jismoniy zo'riqish tufayli paydo bo'ladi, odam tez charchaydi, sianoz bo'lmaydi, nafas tizimidagi yordamchi muskullar o'pka ventilatsiyasida ishtirok etmaydi.

2-darajali nafas yetishmovchiligida yengil jismoniy harakatlar tufayli ham doimiy hansirash, yengil sianoz, charchash kuchli bo‘ladi, yordamchi nafas muskullari ventilatsiyada ishtirok etadi.

3-darajali nafas yetishmovchiligida tinch paytda hansirash, sianoz va charchash kuchli ifodalangan bo‘lib, nafas olishda yordamchi muskullar doimo ishtirok etadi.

Surunkali bronxitning eng ko‘p uchraydigan asorati o‘choqli pnevmoniya bo‘lib, bunda bemor ahvoli yomonlashib, hansirash kuchayadi, adinamiya, taxikardiya paydo bo‘ladi. Surunkali bronxitning qo‘zigan davrlarida bemorlarda delirioz holatlar, psixozlar kuzatilishi mumkin, bu esa miya qon tomirlaridagi yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar va gipoksiyaga bo‘lgan munosabati tufaylidir. Surunkali bronxitni davolashda bronxidlarda yallig‘lanish jarayonini yo‘qotish, bronx o‘tkazuvchanligini yaxshilash, gipoksiyaga qarshi kurashish, organizmning qarshilik qobiliyatini oshirish va kasallik keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etish zarur. Kasallik qo‘zib turgan paytda antibiotiklar (sefazolin, streptomitsin, kanamitsin) va sulfanilamidlar (biseptol, sulfalen, sulfadimetoksin) buyuriladi.

Bronxolitiklardan eufillin, efedrin, platifillin, izadrin, berotek tayinlanadi. Balg‘am ko‘chiruvchi, desensibillovchi vositalar va oksigenoterapiya, fizioterapevtik muolajalar maqsadga muvofiq. Bemorga jismoniy mashqlar, organizmni chiniqtirish, toza havoda sayr etish, infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish, chekishni tashlash tavsiya etiladi.

5.4. O‘tkir pnevmoniyalar – o‘pka to‘qimasining yallig‘lanishi bo‘lib, kasallik qo‘zg‘atuvchisi bakteriyalar, viruslar bo‘lishi mumkin. Qariyalarda pnevmoniyalar ko‘pincha boshqa biror kasallikning asorati bo‘ladi yoki organizmning qarshilik qobiliyati pasaygani sababli mustaqil kasallik tariqasida boshlanadi. Og‘ir ichki va xirurgik kasalliklar bilan og‘rib, qimirlamay yotadigan bemorlarda gipostatik pnevmoniyalar rivojlanadi.

Qattiq sovqotish, ruhan zo‘riqish, durust ovqatlanmaslik va nafas yo‘llarining yallig‘lanish hollari pnevmoniyaga moyil qilib qo‘yadigan omillardir.

Kasallik klinikasi birdan boshlanmaydi, umumiy behollik, lohaslik, ishtahaning pasayishi, bemor es-hushining aynishi kuzatiladi. Qariyalarda qaltirash, yo‘tal, ko‘krakda og‘riqlar kabi simptomlar kuzatilmaydi.

Bemorlar obyektiv tekshirilganda yuzi, lablarida sianoz, nafas tezlashgan, qattiq bo‘lib, auskultatsiyada quruq xirillashlar va krepitatsiya eshitiladi. Qon tarkibida leykotsitlar normada bo‘lib, EChT baland bo‘ladi. Pnevmoniya sababli keksalar yuragida miokardiodistrofik o‘zgarishlar, buyraklar zararlanishi kuzatiladi. Kasallik klinikasi sust ifodalangani sababli rentgenologik tekshiruv natijasiga ko‘ra pnevmoniya diagnostika qilinadi.

Kasallikning dastlabki paytlaridan boshlab antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar buyuriladi. O‘pka to‘qimasiga yaxshi diffuziya bo‘la oladigan antibiotiklardan sefalosporinlar yaxshi naf beradi.

Qariyalarni antibiotiklar bilan davolash jarayonida, zamburug‘li kasalliklarning oldini olish maqsadida nistatin, levorin, polivitaminlar tayinlanadi. Qon aylanish tizimida bo‘ladigan asoratlarning oldini olish maqsadida yurak glikozidlari, kordiamin, korazol, kamfora tayinlash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Balg‘am suyultiruvchi, ko‘chiruvchi vositalar va oksigenoterapiya o‘tkazish kerak. Qari bemorlarning immunobiologik faoliyatini kuchaytirish maqsadida biogen stimulatorlar (FIBS, aloe ekstrakti) qo‘llash kerak. Hamshira pnevmoniya bilan og‘rigan bemorlarga kasallik profilaktikasini va paydo bo‘ladigan asoratlarni uqtirishi zarur. Turli respirator kasalliklarning oldini olish, organizmni chiniqtirish, nafas gimnastikasi bilan shug‘ullanish, chekish mumkin emasligini bemorlar bilishi kerak.

Qariyalarda nafas yo‘li va o‘pkaning surunkali kasalliklari oqibatida o‘pka to‘qimasi va bronxlarda biriktiruvchi to‘qima o‘sib ketishi mumkin. Bu kasallik pnevmoskleroz deb ataladi, bunda bemorni hansirash bezovta qiladi. Rentgenogrammada o‘pka naqshining o‘zgarib qolgani, o‘pka ildizidan chiqib kelayotgan taram-taram soyalar borligi ma’lum bo‘ladi. Qari bemorlarda surunkali bronxit, pnevmoniyalar, o‘pka sili, bronxial astma kasalliklari oqibatida o‘pka emfizemasi paydo bo‘ladi.

O'pka emfizemasi alveolalarning havo bilan to'lib, kengayib ketishi, elastikligining yo'qolishi natijasida o'pka to'qimasining shishinqirab turishidir. Bemorlarni hansirash va yo'tal bezovta qiladi. Hansirash eksparator xarakterga ega bo'ladi, ko'krak qafasi bochkasimon shaklga kiradi, bemor yuzida sianoz kuzatiladi. Bemor obyektiv tekshirilganda o'pkada quticha tovushi, quruq va nam xirillashlar kuzatiladi.

Rentgenologik tekshiruvda o'pka maydonlari tiniqligi kuchaygan, diafragma pasaygan, harakatchanligi cheklangan bo'ladi. Bemorlarga bronxolitiklar, balg'am ko'chiruvchi dori moddalari, oksigenoterapiya, nafas gimnastikasi va tog'kurortlarida dam olish tavsiya etiladi.

Hamshira parvarishi pnevmoniya simptomlarini kuzatish bilan birga, bemor umumiy holatidagi o'zgarishlarni e'tiborga olishi, umumlashtiruvchi baholash o'tkazishi va o'zining harakatlarini kasallikni erta aniqlash va davolashga qaratishi kerak. Bundan tashqari, qari bemorlarda rezerv kuchlarining kamligi, pnevmoniya tufayli ovqat qabul qilishning cheklanishi yoki davolanishning bir qismi sifatida ovqatlanmaslik – bu omillar organizmning suvsizlanishiga, ovqatlanishning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda bemorga yetarli miqdorda suyuqliklar berish va ovqatlanishini nazorat qilish zarur hisoblanadi. Bundan tashqari, uzoq vaqt yotoq rejimida yotganda kuzatiladigan ikkilamchi buzilishlarning oldini olish maqsadida bemorning kuchi sarflanishini kamaytirib, uning jismoniy holati nazorat qilinishi kerak.

Isitmalayotgan bemorga ko'p miqdorda suyuqlik beriladi, kuniga 1,5 litrgacha. Ovqat yengil hazm bo'ladigan, vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Ovqatni tez-tez, kam-kam berish kerak. Kasalxonada isitmalayotgan bemorning ovqatini hamshira yediradi, suyuqlik ichiradi. Bemor uyda davolanayotgan bo'lsa, hamshira bemorning qarindoshlariga uni nima bilan, qanday ovqatlantirish kerakligini tushuntiradi. Bundan tashqari, aspiratsiya natijasida pnevmoniya rivojlanishining oldini olish uchun bemorning chaynov va yutish funksiyalari holatini hisobga olgan holda ovqatni to'g'ri tanlash, ovqat qabul qilayotganda to'g'ri tana holatini tanlash

kerak, e'tiborli bo'lish, konsentratsiyasi buzilgan bemorlarga osoyishta ovqat yeyishi uchun qanday sharoitlar yaratish kerakligi o'rgatiladi.

To'shakda o'tira olmaydigan bemor ham oyoq va qo'llari bilan passiv va faol harakatlar, o'pka ventilatsiyasi maqsadida bir necha chuqur nafas olish va chiqarish harakatlarini bajarishi kerak va o'pkalar tomonidan kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini oladi. Bunday mashqlarni bemor kuniga 2–3 marta bajarishi kerak.

«Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, kasalxona tashqi va ichki pnevmoniyalarning katta qismini aspiratsion pnevmoniya tashkil qiladi. Bu pnevmoniyalar asosan yashirin aspiratsiya tufayli yuzaga kelganligi uchun yashirin aspiratsiya xavfi yuqori bo'lgan, ya'ni insult va tana harorati bir necha marta ko'tarilishi natijasida ovqatni qabul qilish va yutish funksiyalari buzilgan bemorlarda og'iz bo'shlig'i gigiyenasini o'tkazish zarur. Tishlarini o'zi mustaqil yuva olmaydigan og'ir bemorlarda og'iz bo'shlig'ini hamshira, uyda esa oila a'zolari tozalashadi. Har safar ovqat yeyilgandan keyin hamshira shpatel, paxta yoki doka sharikni olib, uni furatsillinning suvli eritmasi yoki choy sodasi eritmasiga ho'llab, bemorning tishlarini, milklarini, til va lunjning shilliq qavatini tozalaydi. Shundan keyin shu eritma bilan bemorga og'zini chayish tavsiya qilinadi.

Yuvishdan oldin bemor o'tqiziladi yoki yarim o'tirgan holda yotqiziladi (suyuqlik nafas yo'llariga tushmasligi uchun), bo'yin va ko'krak qismi kleyonka bilan yopiladi, dahan tagiga lotok yoki tog'oracha qo'yiladi. Navbat bilan og'iz burchaklari shpatel bilan tortilib, og'iz bo'shlig'i uncha yuqori bo'lmagan bosim ostidagi oqim bilan yuviladi. Olinadigan tish protezlari bo'lgan bemorlarga kechasi ularni olib qo'yish, sovun bilan yaxshilab yuvish va ertalabgacha quruq toza stakanga qo'yish, ertalab esa yuvib, keyin ishlatish tavsiya qilinadi. Parvarish rejasiga og'iz bo'shlig'i gigiyenasini kiritish va uni amalga oshirish pnevmoniyaning oldini oladi va pnevmoniyadan tuzalish jarayonini tezlashtirishga xizmat qiladi.

5.5. O'pka sili.Qariyalar organizmi qandli diabet, pnevmoniya va boshqa surunkali kasalliklar tufayli kasallikka qarshi kurashishga zaiflashadi, ularda yuqumli kasalliklar og'ir kechadi. O'pka silining kelib chiqishida ko'p mikrobakteriyasi asosiy rol o'ynaydi. Kasallik davrida o'pka silining kuchayishiga turmush tarzining yomonligi, yetarli kaloriyali ovqat yemaslik hamda o'z vaqtida dispanser nazoratidan o'tmaslik asosiy sabab bo'ladi. O'pka sili belgilari ko'pincha qarilik yoki shamollash deb o'ylanadi, chunki qariyalarda uning klinik belgisi: ko'p terlash, tana haroratining ko'tarilishi kuzatilmaydi, balki yo'tal, behollik, ozib ketish, balg'am ajratilishi kabi belgilar bo'ladi, xolos.

Bemorlar balg'amida mikrobakteriyalarni topish juda qiyin. Tomografiya va rentgenografiyadagina sil manzarasini ko'rish mumkin. Qariyalarda silni davolash uchun kimyoviy preparatlar qo'llash mumkin. Streptomitsin, ftivazid, tubazid, PASK, tibon preparatlari qo'llanilganda bemor albatta statsionarda bo'lishi kerak, chunki bu preparatlar yurak-qon aylanish tizimiga asoratlar berish ehtimoli bor.

O'pka sili bilan og'rikan bemorlar dispanser nazoratida bo'ladi. Hamshira bemorning uyiga tez-tez borib, bemorning ahvolidan xabar olib turishi, gigiyena qoidalariga rioya qilinishi, balg'amni maxsus tufdonlarga yig'ish zarurligini nazorat etishi zarurligini bemor va oila a'zolariga tushuntirish kerak.

5.6. O'pka raki – o'pkadagi xavfli o'sma bo'lib, 40 yoshdan 70 yoshgacha bemorlarda ko'p uchraydi. O'pka rakining kelib chiqishiga o'pkaning surunkali kasalliklari va tashqi muhitdagi zaharli moddalar bilan ta'sirlanib turishi, chekish sabab bo'ladi. Kasallik asta-sekin avj olib boradi, bemorlarni yo'tal, ko'krak qafasida og'riqlar bezovta qiladi. Balg'amda qon bo'lishi mumkin. Hansirash, ishtahaning yo'qolishi, kaxeksiya kuzatiladi. Tana harorati o'rtacha ko'tariladi. Limfa tugunlari kattalashib qoladi. O'pka raki tashxisi rentgenologik tekshiruvdan so'ng qo'yiladi. O'pka rakini davolashda keksa kishilarda operativ davolash qo'llanilmaydi. Asosan konservativ davo buyuriladi. Nur bilan davolash bemorning immunologik qobiliyatini susaytirib yuboradi, shuning uchun ehtiyotlik bilan tayinlanadi. Ximioterapiya o'tkazish maqsadida siklofosfan, embixin, benzotef, tiofosfamid, 5-ftoruratsil vositalari qo'llanadi. O'pka raki bilan og'rikan bemorlar

doimo nazoratda bo'lishi, hamshira bemorga diqqat-e'tiborini kuchaytirishi, buyurilgan dori-darmonlarni iste'mol qilish, ko'rsatmalarga rioya qilish o'z vaqtida bajarilishini nazorat etishi zarur. Psixologik qo'llab-quvvatlash zarur.

Mavzuga oid savollar:

1. Nafas olish tizimida yoshga bog'liq qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
2. Surunkali obstruktiv bronxit rivojlanishiga olib keladigan asosiy sabablarni sanab bering.
3. Keksalarda surunkali bronxitni davolashning asosiy printsiplarini ayting.
4. Keksalarda zotiljamning klinik ko'rinishi va uni davolashning o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering.
5. Keksalarda pnevmoniyaning oldini olishga yo'naltirilgan profilaktika ishlarini aytib bering.
6. Keksalarda bronxial astmani klinik ko'rinishi va davolashning o'ziga xos xususiyatlari qanday?

6-BOB. QARIYA YOSHDAGI BEMORLAR YURAK - QON TOMIRLARI TIZIMINING O'ZIGA XOS ANATOMIK - FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI.

6.1. Qon tomir tizimini anatoma – fiziologik xususiyatlari, keksa va qariyalarda kasalliklarning kechishini o'ziga xos tomonlari.

Yurak tomir sistemasi. Bizning mahalliy sharoitimizda yoshi katta odamlarda yurak kasalliklari ko'proq uchraydi.

Yurak tomir kasalliklarining rivojlanishiga irsiy moyillik, nosog'lom turmush tarzi, noto'g'ri ovqatlanish, ichki va tashqi muhit omillari turtki bo'ladi.

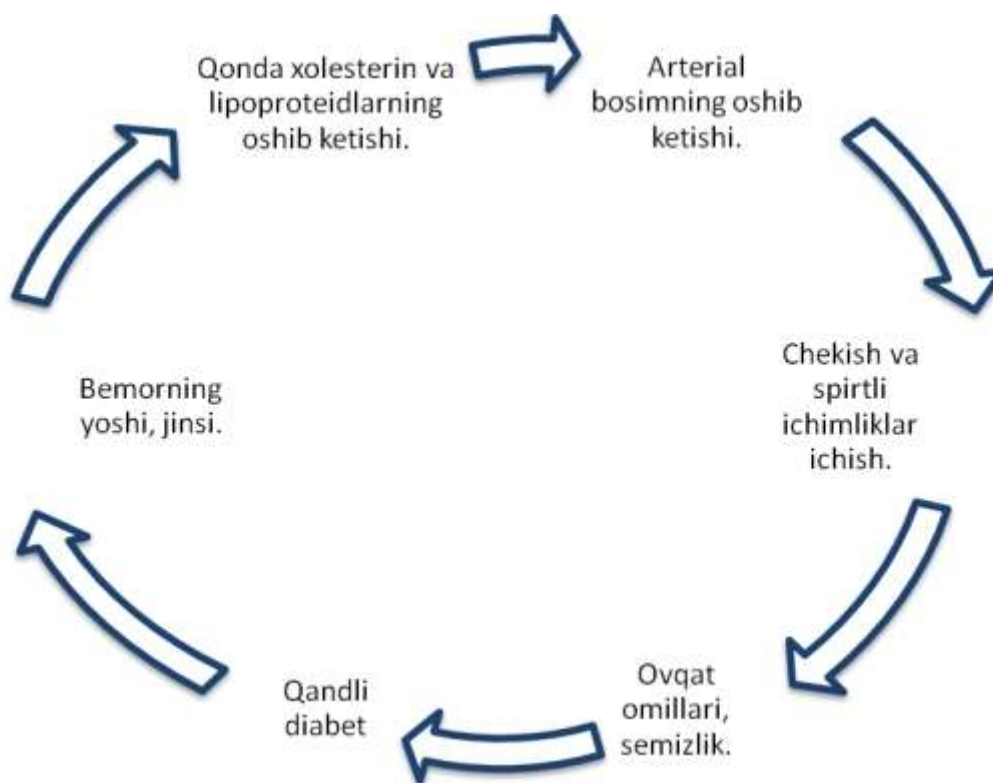
Ovqat tarkibida uglevodlar, oqsillar va mikroelementlar nisbatining noto'g'ri bo'lishi, o'ta yog'li ovqatlarni iste'mol qilish, tamaki, nos chekish, spirtli ichimliklarni ichish, asablarni zo'riqtirish, kam harakatlanish va hokazolar kasalliklarning kelib chiqish omili hisoblanadi.

60 yoshdan o'tgan odam yuragining vazni kamayadi, bo'shliqlari kengayadi, endokard qalinlashadi, kardiomyositlar atrofiyaga uchraydi. Qon tomirlarining ichki qavati qalinlashadi, elastikligi kamayadi. Yurak qisqarishlari ritmi sekinlashadi, gemodinamika va kardiodinamika o'zgaradi. EKG da P, R, T tishchalari kichrayadi, yurak o'tkazuvchanligi pasayadi. Miokardning qisqarish qobiliyati va undagi energetik jarayonning sustlashishi yurak yetishmovchiligiga olib keladi. Qon aylanishining gipotalamik regulyasiyasi buzilishi, qonda vazopressin miqdorining ortib ketishi, buyraklarda qon aylanishining pasayishi arterial gipertenziyaga olib keladi. Koronar qon tomirlarining sklerozi esa yurakning ishemik kasalliklariga sabab bo'ladi. Shuning uchun yurak muammolari bor bo'lgan qari odamlarda yengil jismoniy harakatlardan keyin qiynalib nafas olish, hansirash, uyquda astmaga o'xshash xurujlarning kuchayishi (yurak astmasi), pulsning tezlashuvi, uning kuchsiz va notekis bo'lishi, peshindan so'ng oyoq shishlari kuchayishi belgilari uchraydi.

Qon aylanish sistemasida - ateroskleroz holati vazomotor o'zgarishlarga sababchi bo'ladi. Bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi bilan ifodalanadi, arterial bosim ko'pincha ko'tariladi.

Yurakda miokardioskleroz qayd etiladi, bu esa yurak faoliyatini susaytiradi, qon aylanish sistemasining yetishmovchiligiga, organlarning ozuqa moddalariga va kislorodga to'yinmasligiga va ma'lum bir klinik simptomlarning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Bular bosh aylanishida, xotiraning pasayishida, uyquning buzilishida, oyoq qo'llarning kuchsizlanishi, qaltirashida va boshqa belgilarda namoyon bo'ladi.

6.2. ATEROSKLEROZ - Keksalikdagi yurak xastaliklarining asosini aterosklerotik o'zgarishlar tashkil etib, u geriatriyaning muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Ateroskleroz 45-59 yoshlarda boshlanib, organizmning qarishini tezlashtiradi. Aterosklerozni rivojlantiruvchi omillar quyidagilardir (rasm-2).



2-rasm. Aterosklerozni rivojlantiruvchi omillar.

Ateroskleroz rivojlanishidagi asosiy omil giperlipoproteinemiya. Aterosklerozning ko'p uchraydigan belgilari: aorta sklerozi, kardioskleroz, miya tomirlari sklerozidir.

Aterosklerozning oldini olish uchun uni keltirib chiqaruvchi omillar bilan kurashish kerak. 40 yoshdan oshgan barcha bemorlarda xolesterin, trigliserid va

lipoproteidlar miqdori tekshiriladi va ateroskleroz aniqlanadi. Bemorlarga xolesteringa boy bo'lmagan ovqat va turmush tarzini o'zgartirish buyuriladi.

Antisklerotik moddalar. Bu moddalar 3 guruhga bo'linadi.

1.Xolesterinni ichaklardan so'rilishiga qarshilik qiluvchi moddalar: diosponin, polisponin, dengiz karami.

2. Xolesterinni parchalovchi moddalar: linetol, araxiden, xolesteramin.

3.Xolesterin hosil bo'lishiga qarshilik qiluvchi moddalar: klofibrayt, miskleron, atromiden.

Bundan tashqari o't haydovchi vositalar, lipotrop moddalar (xolin, metionin, lesitin), yod preparatlari, askorbin kislotasi ham xolesterin miqdorini kamaytiradi. Nikotin kislotasi, V12, V6, Ye, P vitaminlari aterosklerozning oldini olish va davolashda qo'llaniladi.

6.3.Geriatrik bemorlarda arterial gipertoniya kechishining o'ziga xos xususiyatlari.

Bemorlarning yoshi qaytgan sari arterial bosim ham ortib boradi, chunki yirak qon tomirlari devorlariga yosh bilan bog'liq o'zgarishlar kuzatiladi. Qon tomirlar elastikligini yo'qotadi, ektaziya va cho'zilish ro'y beradi. Ikkinchi tomondan geriatrik bemorlar tomirlaridagi aterosklerotik o'zgarishlar tomirlar torayishiga sabab bo'ladi. Keksa bemorlarda aterial bosimning 160/90 mm.sim. ustunidan ortib ketishi alohida tekshiruv o'tkazishni talab qiladi. 60 yoshdan oshgan bemorlarda kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarga ko'ra gipertoniya kasalligi va sistolik (aterosklerotik) gipertenziya farq qilinadi.

Gipertoniya kasalligi. Keksalikda bu kasallikning kelib chiqishiga organizmdagi arterial bosimni boshqarib turuvchi oliy nerv faoliyatining, miya po'stlog'ining, gipotalamus funksiyasining izdan chiqishi sabab bo'ladi. Kasallikning 1-bosqichida bemorlar uyqusizlik, tajanglik, tez charchash kabi simptomlarga uncha ahamiyat bermaydilar. Ularni faqat bosh aylanishi, bosh og'riqlari, hansirash bezovta qilishi mumkin. Gipertonik krizlar klinikasi sust ifodalangan bo'lib, bu juda xavflidir, chunki o'z vaqtida ko'rsatilmagan tez yordam bemorda insult yoki o'tkir yurak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin.

Kasallikning 2-bosqichida A/B 180/100 mm.sim. ustuniga teng bo'ladi. Krizlar paytida 260/140 mm. simob ustuniga yetadi. Keksa yoshdagi bemorlarda kasallik manzarasi sust bo'lishiga qaramay, albatta, instrumental diagnostik tekshiruv o'tkazib ko'rish zarur, EKGda levogramma, T tishchaniy patologik o'zgarishlari, S,T segment izoelektrik chiziqdan pastda, yurak chapga kengaygan bo'ladi. Qonda umumiy lipidlar soni oshgan bo'ladi. Geriatrik bemorlarda ko'z tubini tekshirish muhim ma'lumotlarni bermaydi, chunki qariyalar yosh bilan bog'liq holda sklerotik o'zgarishlarga uchraydi, ko'z gavhari xiralashadi.

Sistolik gipertenziya (aterosklerotik). Bu kasallikda klinik belgilar sust yoki umuman bo'lmasligi mumkin, sistolik bosim oshib, diastolik bosim o'zgarmaydigan bo'ladi. Bunga sabab yurak arteriyalarning ateroskleroz oqibatida torayishidir. Kasallik klinikasida sistolik bosimning yuqori bo'lishi, bosh aylanishi, quloqlar shang'illashi kuzatiladi. Bosh og'riqi bezovta qilishi mumkin. Bemorlarni sub'ektiv belgilar bezovta qilmasligiga qaramay tez-tez EKG o'tkazib turish kerak.

Arterial bosim keksalarda quyidagi ko'rsatkichlarda bo'ladi.

60 - 69 yoshda 130-135 / 80-85 mm.sim.ust.

70 - 79 yoshda 135-140 / 80-85 mm.sim.ust.

80 - 89 yoshda 135-140 / 85-90 mm.sim.ust.

60 yoshdan oshgan shaxslarda arterial bosim 155-99 mm.sim.ust. oshsa arterial gipertoniya tahmin qilish mumkin.

80 yoshli keksalarning 9-10% ida arterial bosim 110/ 170 mm.sim.ust.ga teng bo'ladi. Geriatrik bemorlarda gipotenziv vositalarni qo'llashning o'ziga xos xususiyatlari mavjud:

-Gipotenziv moddalar do'zasini 2-3 barobar kamaytirish kerak.

-Arterial bosimni asta-sekin pasaytirish zarur.

-Arterial bosimni birdaniga tez tushirib yuboradigan preparatlarni (ganglioblokatorlar, izobarin) qo'llamaslik lozim.

-Rauvol'fiya preparatlarini, diuretiklarni B-adrenoblokatorni tayinlashda ehtiyotkor bo'lgan ma'qul.

-Bemorga nevropatolog konsul'tasiyasini o'tkazib borish zarur.

- EKG, qon va siydik tahlilini surunkali o'tkazib turish kerak.

Geriatrik bemorlarda gipertoniyani davolashda qulay mehnat va turmush sharoitlarini yaratish, tinchlantiruvchi vositalar tayinlash kerak. Osh tuzini cheklash, yaxshi dam olish, uxlash, parhez buyuriladi. Rauvol'fiya preparatlaridan rausedil va ruavazan 0,002 dan 0,008 gr.gacha, rezerpin 0,00025 gr.dan oshmasligi kerak. Geriatriyada ham adrenergik vositalar qo'llash mumkin, bular klofellin va metildofa. Diuretiklardan gipotizid 0,025 gr, furosemid 0,020,04 gr, veroshpiron 0,0250,05 gr. dan oshmasligi kerak. Geriatriyada gipertonik krizlarni bartaraf etadigan vositalardan biri dibazoldir. U 0,05% 2,0 4,0 ml.dan muskul orasiga yuboriladi. Dibazol bilan davolanishda har 10 kunda EKG xulosasini olib turish lozim. Yuqoridagi davo naf bermaganda bosqichma - bosqich sxema bo'yicha davo buyurish mumkin.

1-bosqich. Yengil formadagi gipertenziyada rauvol'fin preparatlaridan raunatin 0,002 gr. dan kuniga 3-4 marta;

1-"a" bosqich. Nisbatan o'rtacha og'irliqdagi gipertenziyada klofellin, dopegit yoki apressin bilan monoterapiya o'tkaziladi.

2-bosqich. Diuretiklar bilan adrenoblokatorlar birgalikda qo'llanadi.

3-bosqich. O'rtacha og'ir gipertenziyada diuretiklar, adrenoblokatorlar (rezerpin) va vazodilatator (apressin) qo'llanadi. Geriatriyada adelfan, depressin keng qo'llanadi.

4-bosqich. Og'ir kechadigan gipertenziyada gipotiazid, rezerpin guanetidin bilan qo'llanadi.

Gipotiazid qo'llanganda gipokaliemiyaning oldini olish maqsadida 0,5 gr. dan 3 mahal kaliy yoki kaliyga boy bo'lgan olma, yonqoq, quruq mevalar, o'rik tayinlanadi. Kasallik profilaktikasida asablarga zo'r keladigan ish, tungi mahallarda ishlash, chekish, spirtli ichimliklar ichish taqiqlanadi. Qovurilgan, o'tkir taomlar, achchiq kofe iste'mol qilish umuman man qilinadi.

Bemorlarga dispanser kuzatuvda bo'lib, sanatoriya va profilaktoriyalarda dam olish maslaqat beriladi.

6.4.Yurakning ishemik kasalliklari

Yoshi qaytgan va keksa yoshdagi shaxslarda yurakning ishemik kasalliklari yurak toj arteriyalarining torayib qolishi va miokardda ishemiyaning paydo bo'lishi ateroskleroz oqibatida kelib chiqadi.

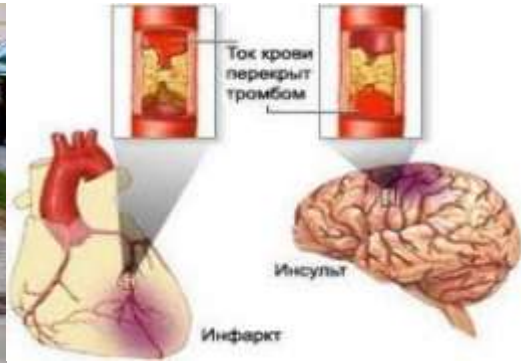
Aterosklerozni keltirib chiqaruvchi omillar va keksalikdagi o'ziga xos o'zgarishlar yurak kasalliklarini ortishiga sabab bo'ladi. Eng ko'p uchraydigan yurakning ishemik kasalliklari: stenokardiya, miokard infarkti, aterosklerotik kardioskleroz va koronar yetishmovchiligi hisoblanadi.

STENOKARDIYA ko'krak qisish - miokardning qon bilan yetarlicha ta'minlanmay qolishi bo'lib, 60 yoshdan oshgan bemorlarda yurak qon aylanish doirasidagi yoshga aloqador, ateroskleroz va organik o'zgarishlar oqibatida paydo bo'ladi. Yurak og'rig'i bunday bemorlarda tipik qolda bo'lib, atipik ko'rinishda, masalan, gastralgiik, astmatik, oqriqsiz tarzda qam namoyon bo'lishi mumkin.

Og'riqsiz stenokardiya 60 - 69 yoshli bemorlarda 25%, 80 - 89 yoshlilarda esa 45% kuzatiladi. Stenokardiya bilan og'rish 25-64 yoshlilar o'rtasida 23% uchraydi.

Keksa yoshdagi bemorlarda stenokardiya xuruji boshqacharoq kechadi. Xurujning vegetativ alomatlari sust kuzatiladi. Og'riq kuchli bo'lmaydi, balki og'irlik, qisilgan holat kuzatiladi, sekinlik bilan rivojlanadi va faqat jag'larga, bo'yinga irradiasiya beradi. Ko'proq nevrologik simptomlar namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarda xuruj sababchisi ko'pincha ob-havoning o'zgarishi, ko'p ovqat iste'mol qilish bo'lishi mumkin.

Stenokardiyaning profilaktikasi va davosi og'riq xurujining qanday sharoitlarda paydo bo'lishiga bog'liq. Xurujlar ortiqcha asabiylashishga aloqador bo'lsa, bemorga tushuntiriladi, turmushda va ishda qulay sharoit yaratish, yetarlicha dam olish, tinchlantiruvchi preparatlar ichib yurish tavsiya qilinadi. Osh tuzi, yoqlar, uglevodlar cheklab qo'yiladi. Xuruj paytida nitroglicerini yoki validol yordam beradi. Agar bemor nitratlarni ko'tara olmasa, 5 mg.dan til ostiga nifedipin va B-adrenoblokatorlar buyuriladi.



3-rasm.miokard infarkt kasalligi.

Miokard infarkti yurak toj arteriyalarining tromb bilan tiqilib qolishi va miokardning oziqlana olmay qolib nekrozga uchrashidir. Yoshi qaytgan va keksa yoshdagi bemorlarda miokard infarkti ko'proq paydo bo'ladi(4- rasm).

Bunga sabab qonning yoshga aloqador bioximik o'zgarishlari hisoblanadi.

1. Qon tomirlarining yoshga aloqador sklerozi.

2.Gemodinamikaning yoshga aloqador o'zgarishlari. Miokard infarkti klinikasida o'ziga xos farqlar mavjud. Og'riq kuchli bo'lmasligi, irradiyasi va joyi turlicha bo'lishi mumkin. Yosh o'tgan sari infarktning atipik, masalan, abdominal, gastralgik, astmatik, aritmik, serebral shakllari ko'proq kuzatiladi. Yoshi o'tgan bemorlarning 35% ida va keksalarning 40% ida infarktning og'riqsiz shakli uchraydi. Bunday bemorlarda kasallik yakuni yomon bo'lib, bosh miyada qon aylanishining buzilishi, qayta takrorlanuvchi infarkt bo'lishi mumkin. Yurak yetishmovchiligi va kardiogen shok faqat birinchi kuni emas, keyingi kunlari ham paydo bo'lishi bunday paytda buyrak yetishmovchiligi bo'lganida ishemik insultga olib kelishi mumkin.

Kasallik asoratlardan yurak ritmining buzilishi, miokard yorilishi va chap qorincha bilan o'ng qorincha orasidagi to'siq yorilishi, tromboembolik asoratlar, yurak anevrizmasi kasallik oqibatini yomonlashtiradi. Miokard infarktidan o'lgan bemorlarning 60 foizi kasalxonaga yotqizilgungacha 2 soat ichida halok bo'ladi.

Keksalarda miokard infarktining kechishida o'ziga xos belgilaridan yana biri, mayda o'choqli infarkt, yirik o'choqli infarktga qaraganda ko'proq uchraydi va 60 yoshdan keyin 20-22 % qolatlarda infarkt qaytalanishi mumkin. Keksalarda miokard infarkti atipik shaklda kechganligi sababli uni aniqlashda elektrokardiografiya usuli

yordam beradi. T tishcha manfiy bo'lib qoladi, patologik Q tishcha paydo bo'ladi, S,T kesma izoelektrik chiziqdan yuqoriga yoki past tomonga suriladi.

6.5. Miokard infarktini davolash va parvarish qilish.

Birinchi navbatda og'riq xurujini to'xtatish kerak. Teri ostiga 1-2 ml. morfin va 0,5 ml. atropin sulfat yuboriladi. Arterial bosimni ko'tarish maqsadida kofein, mezaton, kordiamin buyuriladi. Yurakning toj tomirlarida tromblar hosil bo'lishini to'xtatish maqsadida geparin 2-3 kun davomida qar 6 soatda 5000-10000 TB dan muskul orasiga yuborib turiladi.

Fibrinolitik vositalar bilan davolash keksa yoshdagi bemorlar infarktida yaxshi naf beradi ammo bu usulni 70 yoshdan keyin qo'llash tavsiya qilinmaydi.

Bemor funksional karavotga yotqiziladi va ahvoli muntazam kuzatib boriladi, teri gigienasiga katta ahamiyat beriladi, yotoq yaralarining oldi olinadi. Yengil va oson hazm bo'ladigan ovqat tayinlanadi. Birinchi 24-48 soat mobaynida qimirlamay yotish rejimi, 7-12 kundan keyin esa asta-sekin harakatlanuvchi rejimga o'tish tavsiya qilinadi.

Kasallikning 5-8 qaftasida uyga javob berish mumkin. Stasionardan chiqarilgandan keyin doimiy jismoniy harakatlar, piyoda sayr qilish mashqlari tavsiya etiladi, chekish va spirtli ichimliklarni ichish, asabiylashish, og'ir jismoniy mehnat qilish, yugurish taqiqlanadi. Bemor ambulatoriya sharoitida elektrokardiografiya qildirib turishi, B-andenoblokatorlar, aspirin ichib turishi maslahat beriladi. Yurak ritmi buzilishiga qarshi novokainamid, obzidan, aymalin, kaliy tuzlari, kokarboksilaza buyuriladi.

Miokard infarkti bilan og'rigan bemorlar dispanser hisobida bo'lib, doimiy vrach va hamshira nazoratida turadi. Hamshira va vrach bemorlarni uyiga borib xabar olib turishi, bemorning qarindoshlariga uning parvarishi, ovqatlanishi va hayot kechirish tarzi bo'yicha kerakli maslahatlarni berib borishi kerak.

6.6. Aritmiyalar. Yoshi qaytgan va keksaygan odamlarda kardiosklerozning belgilaridan biri aritmiyalardir. Bunga sabab yurakda qon aylanishining yetishmovchiligi va miokard ishemiyasidir. Ko'pincha 50 yoshdan o'tgan bemorlarni yurakning organik o'zgarishlari oqibatida ekstrosistoliyalar bezovta

qiladi, ya'ni ularda yurakning vaqtidan ilgari qisqarishi kuzatiladi. Bunda bemorga xuddi yurak ishi to'xtab qolgandek bo'lib seziladi.

Ekstrasistoliyani davolashda koronar qon tomirlarni kengaytiruvchi, miokardni qon bilan ta'minlaydigan, yurak yetishmovchiligini bartaraf etadigan vositalar tayinlanadi. Buning uchun digitalis preparatlari, strofantin, sedativ moddalar va trankvilizatorlar buyuriladi. Novokainamid muskul orasiga 5-10 ml.dan, lidokain 10 ml.dan beriladi. Ekstrasistoliyani bosish maqsadida ovqatdan keyin kuniga 3-4 marta 20-30 ml.dan 10% li kaliy xlor eritmasi meva suvlari bilan ichib turiladi.

Paroksizmal taxikardiyalar-aterosklerotik kardioskleroz, miokard infarkti, gipertoniya kuzatilib, yurak ritmining birdan tezlashib, yurak qisqarishlarining minutiga 180-250 tagacha yetib qolishi va birdan sekinlashib, asliga kelib qolishidan iboratdir. Kasallik yurak o'ynog'i xurujlari bilan kechadi.

Keksa yoshdagi bemorlar bunday aritmiyalarni boshidan juda og'ir kechiradilar. Bunday hollarda strofantin, aymalin, novokainamid, kaliy xlor va stasionar sharoitida xinidin buyuriladi. Qorinchalarning pir-pir uchishi, ya'ni fibrillyasiya klinik o'lim hisoblanib, bunda yurakdan qon otilib chiqmay qo'yadi. Geriatrik bemorlarda ham elektr defibrillyasiyasini o'tkazish mumkin.

Geriatrik bemorlarda yurak va koronar qon tomirlarining sklerotik o'zgarishlari oqibatida yurak o'tkazuvchanligi buzilishi, ya'ni blokadalar ko'p kuzatiladi. Blokadalarni davolashda mezaton, kofein, belladonna, atropin qo'llanadi. Qorinchalar ritmi keskin susayib qolganida (30 tadan kam bo'lganda) Adam-Stoks-Morgani sindromi boshlanadi, keskin bradikardiya munosabati bilan miyada qon aylanishi buzilishi mumkin. Bunda teri ostiga izadrin yoki efedrin, mezaton va kortikosteroidlar, elektrokardiostimulyasiya buyuriladi. Hamshira bunday bemorlarga juda katta e'tibor berib turishi va ularni tinchlantirishi kerak.

Yurak qon tomir kasalliklarida geriatrik yordamni tashkil qilish.

Aholi sonining qariyalar hisobiga ortib borishi geriatrik yordamni to'g'ri tashkil qilish, uning tibbiy va ijtimoiy asoslarini bilishni taqozo etadi. Qariyalarga

yordam ko'rsatish, sog'liqlarini tiklash faqat tibbiy choralar bilan cheklanib qolmay, balki masalaga ijtimoiy nuqtai nazardan yondoshish kerak.

Bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish bilan bir qatorda, uning ish qobiliyatini tiklashga, ruhiy tetikligini oshirishga va qizil Yarim Oy jamiyati bilan aloqani o'rnatishga yordam bermoq kerak. Yolg'iz yashaydigan, o'ziga o'zi xizmat qila olmaydigan qariyalar uchun qariyalar uyi tashkil qilingan bo'lib, ularda barcha shartsharoitlar yaratilgan. Geriatriyada qon aylanish doirasining yoshga aloqador o'zgarishlari va kasalliklari, qon tomirlarining morfologik o'zgarishlari kuzatiladi. Yirik qon tomirlari devorlarida sklerotik o'zgarishlar, muskul qavatining atrofiyasi va elastikligining susayishi namoyon bo'ladi. Bu esa qon tomirlarining kengayishi va qisqarishi qobiliyatini pasaytirib, qon aylanishini izdan chiqaradi, arterial bosim ko'tariladi. Miokarddagi sklerotik o'zgarishlar yurak qisqartirishlarni kamaytiradi.

Elektrokardiogrammaning barcha usullarida T tishchaning amplitudasida kamaygan bo'ladi, I, II, avl, V3V6 usullarda keksa yoshdagi kishilarda T tishcha doimo musbat bo'lib, ST segment esa izochiziqda bo'ladi. Bu esa yurakning ishemik kasalliklari diagnostikasi uchun muhim ahamiyatga ega. Kasallikda yurak tomir kasalliklaridan o'lim ko'rsatkichlarining ortib borishi avvalo ateroskleroz va uning asoratlari, arterial gipertoniya va bu kasalliklar kechishining uziga xos xususiyatlari, davosi va parvarishining murakkabligiga bog'liq.

Mavzuga oid savollar:

1. Yurak qon tomir tizimida yoshga bog'liq qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
2. Ateroskleroz rivojlanishiga olib keladigan asosiy xavf omillarini sanab bering.
3. Keks va qariyalarda miokard infarktini o'ziga xos klinik ko'rinishlarini aytib bering.
4. Keksalarda gipertoniya kasalligining o'ziga xos klinik ko'rinishlarini xarakterlab bering.
5. Keksalarda yurak yetishmovchiligi sabablarini sanab bering.
6. Yurak qon-tomir tizimi kasalliklarida ovqatlanish ratsioni.

7-BOB. KEKSA VA QARIYA YOSHDAGI BEMORLAR OSHQOZON – ICHAKLARINING, GEPATO - BILIAR TIZIMINING ANATOMIK - FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

7.1. Keksa va qariyalarda hazm a'zolari anatoma – fiziologik xususiyatlari.

Hazm sistemasi. Qarish jarayonida me'da va ichak yo'llari epiteliysida atrofik o'zgarishlar bo'ladi.

Jigar massasi kamayadi, dezintoksikatsion funksiyasi pasayadi. Me'da osti bezining evakuator va motor funksiyasi sustlashadi. So'lak bezlarining funksiyasi pasayishi, tishlarning tushib ketishi og'iz bo'shlig'ida ovqatning mexanik maydalanishini yomonlashtiradi, ovqat hazm bo'lishini buzadi. Me'da sekretsiasining pasayishi gipoasid gastritni keltirib chiqaradi. Ingichka ichakda surilish jarayoni buziladi, peristaltika pasayadi, natijada qarilik qabziyati paydo bo'ladi.

Hazm a'zolari faoliyatida qarish jarayonini kursatuvchi o'zgarishlar kuzatiladi. Og'iz bo'shlig'ining hajmi kichrayib, tishlar to'kila boshlaydi. Tildagi ipsimon surg'ichlar yo'qolib, so'lak bezlari kamayib ketadi. Yuzdagi mimika va chaynov muskullari atrofiyaga uchrab, chaynash jarayonini qiyinlashtiradi. Qizilo'ngach devorlaridagi sekretor hujayralar kamayib, muskul qavati biriktiruvchi to'qima bilan almashadi, bu atrofik o'zgarishlar qizilo'ngachni uzaytirib, ovqat utishini qiyinlashtiradi. Me'da devorlaridagi atrofik o'zgarishlar uning yupqalashuviga va sekretor apparati ishining izdan chiqishiga olib keladi. 60 yoshdan oshgan kishilarning 1/3 qismida axlorgidriya topiladi.

Ingichka va yo'qon ichak devorlaridagi atrofik o'zgarishlar ichaklarning uzayishiga olib keladi. Undagi ovqatning so'rilishini pasaytiradi. Yosh qaytgan sari gepatositlar soni kamayib, jigar massasi kichraya boradi. Bu esa jigarning antitoksik vazifasi va moddalar almashinuvi buzilishiga olib keladi. O't pufagi muskul qavatining tonusi pasayib, uning hajmi kattalashadi, qisqarishi susayib o'tning dimlanib qolishiga sabab bo'ladi. Bu holat keksalarda o't-tosh kasalligini rivojlantiradi. Me'da osti bezining atrofiyasi oqibatida asinoz qujayralar kamayib

o'rnini biriktiruvchi to'qima egallaydi, asinoy hujayradagi sekretor granulalarning pankreatin shirasini ishlab chiqarishi kamayadi.

Me'da osti bezining orolchalaridagi B-hujayralarining kamayib ketishi keksalar qonida glyukoza miqdorining ortiqroq bo'lishiga sabab bo'ladi. Yoshi qaytib qolgan erkaklarning 75-78 %ida qizilo'ngach raki kuzatiladi. Qizilo'ngach rakiga divertikullar, kuyish, ezofagitlar sabab bo'ladi. Bemorlar tish orqasida achishish, og'riq, og'zidan so'lak oqishi, ovqat yutishning qiyinlashib qolganidan shikoyat qiladilar. Bunday bemorlarni faqat konservativ davolash mumkin. Og'riq qoldiruvchi, spazmolitik, narkotik dori vositalari buyuriladi.

7.2. Surunkali gastrit - keksalarda ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, me'da shilliq pardasi zararlanib, sekretor va motor funksiyalari izdan chiqadi. Ovqatlanish tartibining buzilishi, ko'p ovqatlanish, spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish, chekish va neyrohumoral regulatsiyaning izdan chiqishi surunkali gastrit kasalligini keltirib chiqaradi.

Keksalarda ko'proq (40-60%) axlorgidriya va axiliya bilan kechadigan trofik gastrit uchraydi. Bemorlarni ko'ngil aynish, qayt qilish, havo bilan kekirish, epigastral sohaning og'ir bo'lib turishi va og'riqlar bezovta qiladi.

Geriatrik bemorlarda surunkali gastritni miokard infarktining gastralgi shaklidan farqlab olish kerak. Albatta EKG o'tkazish shart. Diagnostika uchun me'da shirasi olinib, laboratoriyada tekshiriladi, undan tashqari rentgenologik, sitologik tekshiruv o'tkazish kerak. Surunkali gastritni davolashda ovqatlanish tartibiga rioya qilish, chekish, alkohol ichishga barham berish kerak.

Me'da kasalliklarini davolashda me'da shirasi, asidin - pepsin - giposekresiyada, serikal gipersekresiyada, ovqat yaxshi hazm bo'lishi uchun pankreatin, festal, panzinorm, me'da sohasida og'irlik va og'riq sezilganda noshpa tayinlanadi.

Surunkali gastrit bilan og'rigan bemorlar uchastka hamshirasi va vrachi kuzatuv ostida davolanishi va profilaktik choratadbirlarni amalga oshirib borishi kerak. Axillik gastritning me'da rakiga o'tib ketishi ehtimoli bo'lgani uchun bemor kompleks tekshiruvdan o'tib turishi lozim.

7.3. Me'da raki. Bu kasallik 50-70 yoshli bemorlarda ko'p uchrab, 70 yoshdan keyin kamaya boradi. Me'da raki erkaklarda ayollarga nisbatan 2-3 barobar ko'p uchraydi. Kasallarda me'da raki sekin-asta rivojlanib, metastaz holati kechroq kuzatiladi, bemor ishtahaning pasayagani va yo'qligi, epigastral sohada og'irlik va noqulaylik paydo bo'lganligi, ozib ketganliqdan shikoyat qiladi. Bemorning ozib ketishi, qonida gipoxrom anemiya mavjudligi, rentgenologik va sitologik tekshiruvlar natijasida me'da raki aniqlanadi.

Keksalarda yurak va qon aylanishi doirasi kasalliklari ko'p uchragani sababli operativ yo'l bilan davolashga sharoit bo'lavermaydi. Konservativ davoda og'riq qoldiruvchi, tinchlantiruvchi, qon yoki eritrositar massa quyish buyuriladi. Ovqat oson singadigan, oqsil, yog'lar va vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Me'da rakining oldini olish uchun rakdan oldin bo'ladigan kasalliklar, xronik gastritlar, me'da polipozini davolash kerak.

7.4. Me'da yara kasalligi. 60 yoshdan oshgan bemorlarning 20% ida me'da yara kasalligi uchraydi. Yara kasalligi 2 xil bo'ladi:

- 1) "Eski" yara, bu bemor yoshligida orttirgan kasalligi.
- 2) "qarilik" yarasi, bu bemor keksayganda paydo bo'ladigan kasallikdir.

Qarilikda paydo bo'lgan yara katta o'lchamda, yuqorida, kardial sohada joylashgan bo'ladi. Me'da qon tomirlaridagi sklerotik o'zgarishlar, shilliq pardadagi atrofik o'zgarishlar, surunkali me'da kasalliklari qarilikda yara paydo bo'lishi uchun sharoit yaratib beradi.

Kasallik klinikasi kam ifodalangan bo'lib, diagnoz qo'yishni qiyinlashtiradi. Yara kasalligi instrumental tekshiruvda yoki yara asoratlari berganda, perforasiya yoki qon ketganda aniqlanadi. Keksalarda yaraning bitishi qiyinroq bo'ladi. Davolashda parhez tayinlanadi. Bunda xolesteringa boy va yog'li taomlar, achchiq choy, kofe, spirtli ichimliklar ichish taqiqlanadi. Ovqat vitaminiga boy bo'lishi kerak, konservativ davo uchun vitaminoterapiya, tinchlantiruvchi, anabolitik vositalar, biostimulyatorlar, spazmolitiklar, antasid vositalar, almagel metilurasil, solkoseril tayinlanadi. Fizioterapevtik muolajalardan 5% li novokain yoki 1% li benzogeksoniy eritmasi bilan epigastral sohada elektrofarez tavsiya etiladi.

Perforasiya, yaradan qon ketish, stenoz kabi asoratlar jarroqlik usulini qo'llashga majbur qiladi.

7.5. Surunkali gepatit jigar qujayralaridagi yallig'lanish, distrofik o'zgarishlar bilan xarakterlanadi. Keksalardagi surunkali gepatit yoshlikda orttirgan kasalligi oqibatidir.

Surunkali gepatitning 4 xil formasi farq qilinadi:

1. Surunkali aktiv gepatit.
2. Persistlovchi surunkali gepatit.
3. Xolestatik gepatit.
4. Agressiv gepatit.

Kasallarda surunkali aktiv gepatit og'irroq kechadi, darmonsizlik, tez charchash, ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynishi, mudroq bosishi, qon ketib turishi, badan sarg'ayishi, assit paydo bo'lishi mumkin, bunda jigar kattalashishi kuzatiladi. Ko'p holatlarda surunkali aktiv gepatit jigar sirroziga olib keladi. Qonda umumiy oqsillar miqdori ko'payib ketadi.

Persistlovchi surunkali gepatitda bemorning o'ng qovurqalar osti og'rib turadi, yog'li ovqat iste'mol qilganda, spirtli ichimlik ichganda og'riqlar kuchayishi mumkin. Surunkali gepatitda bioximiyaviy tekshiruv o'tkazilganda umumiy oqsil miqdori kamaygani, sulema va timol sinamallari musbatlashgani, bilirubin, lipidlar miqdori oshgani, qon fermentlari AlAT va AsAT kuchaygani kuzatiladi.

Surunkali gepatitni davolashda parhezga katta e'tibor berish kerak. Bemorlarga 5-parhez qo'llanadi. Yog'lar cheklanib, oqsilga boy, kaloriyali, oson hazm bo'ladigan ovqatlar tayinlanadi. Mineral tuzlar, o't haydovchi qaynatmalar, antibiotiklar, spazmatiklar, lipotrop vositalar, vitaminoterapiya buyuriladi. Surunkali aktiv gepatitda kortikosteroidlarni qo'llash mumkin. Bemorlarga sanatoriy va kurortlarda davolanish, dam olish tavsiya etiladi.

7.6. Jigar sirrozi jigar to'qimasida distrofik o'zgarishlar va biriktiruvchi to'qimaning o'sib ketishi, jigar funksiyalarining izdan chiqishidir. Geriatrik bemorlarda jigar sirrozi ko'p uchraydi. Jigar sirrozi virusli gepatit, alkogolizm, zaharlanish, infeksiyon kasalliklar, qandli diabet, allergiya oqibatida paydo bo'ladi.

Bemorlarni darmonsizlik, o'ng qovurqalari ostida og'riq, ishtaqaaning yo'qolishi, qorinning dam bo'lishi, uyquning yomonlashuvi bezovta qiladi.

Bemor ko'zdan kechirilganda shilliq qavatlarining sarqaygani, badan terisining qorayishi, terida yulduzchasimon tomirlar paydo bo'lgani, kaft eritemasi, jigar kattalashgani, qattiq bo'lib qolganini ko'rish mumkin. Kasallik sekin rivojlanib, oxirgi bosqichlarda assit, kaxeksiya, qon ketishlar kuzatiladi. Jigar sirrozini davolash uchun kortikosteroidlar, lipotrop vositalar, vitaminlar, al'dakton (0,1 g. dan sutkasiga 2-3 marta) kokarbaksilaza, glyutaminat kislotalari, parhez ovqatlar tayinlanadi. Assitda juda ehtiyotkorlik bilan 1-2 l suyuqlik chiqarib tashlash mumkin.

7.7. Jigar raki - keksa yoshdagi bemorlarda 50-60 yoshlarda uchraydi. Qorin bo'shligida uchraydigan xavfli o'smalarning 50 foizi albatta jigarga metastaz beradi. Bunda bemorning ahvoli yomonlashib, jigar kattalashadi, qattiq va g'adir-budir bo'lib qoladi, palpasiyada og'riq kuchayadi. Jigar rakining asorati qorin bushlig'iga qon quyilishi, kollaps, anemiya va bemorning o'limi bilan tugashi mumkin.

7.8. O't-tosh kasalligi kasallarda simptomsiz kechib, ko'proq dispeptik belgilar kuzatiladi. Ko'ngil aynishi, qayt qilish, kekirish, og'zida achchiq ta'm bo'lishi, o'ng qovurqalar ostida uncha kuchli bo'lmagan og'riqlar bemorni bezovta qiladi. Og'riqlar ko'p ovqatlanganda, yog'li taomlar iste'mol qilganda kuchayishi mumkin. Yosh o'tishi bilan ro'y beradigan o't pufagining atoniyasi pufakda o'tning dimlanib qolishiga olib keladi, bunda toshlar paydo bo'lishi osonlashadi. O't-tosh kasalligiga infeksiya qo'shilsa yoki o't pufagidan toshlar surilib chiqishi natijasida o't yo'llari tiqilib qolsa, kasallik klinikasi yomonlashadi, og'riqlar kuchayadi, tana harorati ko'tariladi, badan sarg'ayib ketadi. Peroral xolesistografiya yoki kontrast moddani venada yuborib xolegrafiya qilinganida ishonchli diagnoz quyiladi.

O't-tosh kasalligini davolashda bemorning nafas sistemasi, yurak tomir sistemasi ahvolini e'tiborga olgan holda operativ davo tayinlanadi. Bemorlarni konservativ davolashda parhezga amal qilish, jismoniy mashqlarni bajarib turish, qabziyatni bartaraf qilish, semirishning oldini olish tavsiya etiladi. Sanchiqlar paytida og'riq qoldiruvchi preparatlar, spazmolitiklar, o't haydovchi, lipotrop

vositalar, vitaminlar muntazam qabul qilinadi. Bakterial infeksiya mavjud bo'lsa, antibiotiklar tayinlanadi. Bemorlarga sanatoriy va kurortlarda davolanish, parafin, balchiq, ozokerit applikasiyalari, elektrofarez tavsiya qilinadi.

7.9. Xolesistit - o't pufagining yallig'lanishi bo'lib, o'tkir va surunkali shakllari farq qilinadi. O'tkir xolesistitning kelib chiqishida asosiy rolni infeksiyalar o'ynaydi. Keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitning klinik belgilari sust rivojlanadi. Yallig'lanish jarayoni tez tarqalib, o't pufagining flegmonasi yoki gangrenasini keltirib chiqaradi. Bemorning umumiy ahvoriga qarab jarrohlik usulida davolanadi. Konservativ davo uchun ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotiklar, spazmolitiklar, og'riq qoldiruvchi dorilar tayinlanadi. Og'riqlarni tez qoldirish maqsadida Vishnevskiy usuli bo'yicha paranefral zonalarga novokainli blokadalar qilinadi. 2-3 kun ichida konservativ davodan naf bo'lmasa jarrohlik yo'li bilan xolesistektomiya o'tkaziladi.

Surunkali xolesistit - keksalarda yoshlikda orttirilgan kasallikning davomi hisoblanib, ko'proq to'la ayollarda uchraydi. Surunkali xolesistit toshli va toshsiz bo'lishi mumkin. Keksalarda toshsiz xolesistit kam uchraydi va klinikasida dispeptik belgilar namoyon bo'ladi. O'ng qovurqalari ostida og'riqlar kuzatilib o'ng ko'krak va yelkaga o'tib turadi. Og'riqlar yog'li va o'tkir ovqatdan keyin kuchayadi.

Surunkali xolesistit ko'pincha surunkali gastrit, pankretit, kolit bilan birga kechadi. Bunday hollarda diagnostika qiyinlashadi. O'n ikki barmoqli ichakka zond solib olingan B o't porosiyasi laborator tekshirilganda leykositlar, shilimshiqlar, epiteliy hujairalari ko'zga tashlanadi. Gohida o't suyuqligida lyambliylar ham topilishi mumkin. Sog'lom odamda B va S qismining o't suyuqligida leykositlar va shilliq bo'lmasligi, ekma qilinganda esa o't steril bo'ligi kerak.

Surunkali xolesistitni davolashda spazmolitiklar, o't haydovchilar, lipotroplar, vitaminlar, nitrofuran preparatlari, antibiotiklar; lyambliylar topilganda esa, trixopol buyuriladi. Parhez bilan davolashga alohida e'tibor beriladi. Yog'li, qovurilgan, achchiq, sho'r taomlarni cheklab qo'yib, spirtli ichimliklar taqiqlanadi. Fizioterapevtik muolajalar, sedativ, spazmolitik, o't haydovchi vositalar yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Parafin, torf, balchiq applikasiyalari, diametriya, induktotermiya,

ultratovush buyuriladi. Mineral suvlar va balneologik kurortlar tavsiya qilinadi. O'tkir pankreatit me'da osti bezining o'tkir yallig'lanishi bo'lib ushbu xastalikka chalinganlarning 66%i keksalar hisoblanadi. Kasallikka sabab o't yo'li kasalliklari, yog'li taomlarni, spirtli ichimliklarni muntazam iste'mol qilishdir.

Kasallik klinikasida epigastral sohada bo'ladigan og'riqlar intensivligi uncha kuchli bo'lmaydi. Og'riqlar yurak sohasida paydo bo'lib, miokard infarkti klinikasini beradi. Bemor ko'ngli aynib qayt qiladi. Qon tarkibida leykositoz, diastaza miqdori ortib ketadi. Keksalarda ko'proq seroz pankreatit nekrotik yoki yiringli formalariga o'tib ketadi.

Bemorni davolash uchun 3-5 kun ochlik tayinlanadi; vena orqali izotonik natriy xlor eritmasida glyukoza yuboriladi. Og'riq qoldirish maqsadida atropin sulfat, no-shpa, papaverin, galidor tayinlanadi. Me'da osti bezi fermentlari aktivligini pasaytiradigan trasilol, kontrikal buyuriladi. Shokka qarshi vena orqali 5-2 l. 5% li glyukoza eritmasi, teri ostiga kofein, mezaton, kamfora, kordiamin yuboriladi.

Yallig'lanishga qarshi antibiotiklar beridadi O'tkir pankreatit keksalarda ko'proq o'lim bilan tugaydi. Shu kasallik bilan o'lganlarning 70% ini 50 yoshdan oshgan bemorlar tashkil etadi. O'tkir pankreatitning oldini olish uchun jigar va o't yo'li kasalliklarini yaxshi davolash, ovqatlanish tartibiga rioya qilish, spirtli ichimliklar iste'mol qilmaslik kerak. Hamshira o'tkir pankreatit bilan og'rigan bemorlarni muntazam nazorat qilib, kasallik qaytalanishining oldi olinishiga ko'maklashishi kerak.

7.10. Surunkali pankreatit – xotin-qizlarda o't pufagi va jigar xastaligi ko'p uchragani sababli bu kasallik ko'proq ayollarda uchraydi. Barcha surunkali pankreatit bilan og'rigan bemorlarning 20 %ini 60 yogshdan o'tgan keksalar tashkil etadi. Xolesistektomiya qilingan bemorlarning 1/3 qismida surunkali pankreatit kuzatiladi. Kasallik keksalarda latent kechadi. Bemorlar dispeptik alomatlar va o'ng qovurqalar ostidagi og'riqlardan shikoyat qiladilar.

Keksalarda bu kasallik hazm organlarning boshqa kasalliklari bilan birga uchraydi, shuning uchun uning diagnostikasi birmuncha qiyinroq bo'ladi. Siydik va qon tarkibida diastaza miqdori yuqori bo'ladi. Koprologik tekshiruvda me'da osti

bezining hazm qilish qobiliyati kuzatiladi. Kasallikni davolashda parhez va ovqatlanish tartibiga rioya qilish kerak. Fermentlardan pankreatin, mezimforte, panzinorm, lipotrop vositalardan metionin, lipokain tayinlanadi. Desensibillovchi, spazmolitik vositalar va mineral suvlar ichib turish tavsiya etiladi.

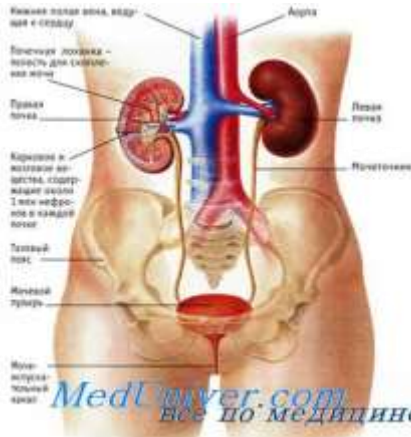
7.11. Xronik kolit - yo'g'on ichakning surunkali yalliqalanishi bo'lib, keksa odamlarda 60 yogsdan keyin ko'p uchraydigan kasallik hisoblanadi. Asosiy klinik belgisi qabziyat, meteorizm, ich ketishi, qorinda og'riqlar bo'lishidir. Ko'pincha bu kasallik me'da, jigar kasalliklari bilan birga kechadi. Surunkali qabziyatlar keksa odamlarda to'qri ichak shilliq pardasining tushib qolishiga, gemorroyga olib kelishi mumkin, shuning uchun ko'p kuchanmaslik, qabziyatlarning oldini olish lozim. Xronik kolitni davolashda yog'li, qovurilgan, o'tkir ovqatlarni cheklash zarur. Parqezda meva, sabzavotlar, mineral suvlar, spazmolitiklar va ichni yumshatuvchi, o'tlardan tayyorlangan qaynatmalar beriladi.

Mavzuga oid savollar:

1. Ovqat hazm qilish tizimida yoshga bog'liq qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
2. Keksalarda surunkali gastritning o'ziga xos klinik ko'rinishi..
3. Keksalarda yara kasalligining klinik ko'rinishi va uni davolashning o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering.
4. Keksalarda oshqozon osti bezi rakining klinik ko'rinishi, tashxislash, davolash.
5. Keksalarda qabziyatning sabablari va uni klinik ko'rinishining o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering.
6. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan og'rigan bemorlar uchun ovqatlanish ratsioni.

8-BOB. GERATRIK BEMORLARDA SIYDIK YO'LI, BUIRAKLARDA TOSH BILAN BOG'LIQ O'ZGARISHLAR VA KASALLIKLAR

8.1.Keksa va qariyalarda siydik ajratish tizimining anatoma – fiziologik xususiyatlari.



Yosh o'tishi bilan buyraklar parenximasida nefronlar miqdori kamayib, o'rnini biriktiruvchi to'qima egallay boshlaydi, nefroskleroz avj oladi. 70 yoshli keksalar organizmida faoliyat ko'rsatayotgan nefronlar sonining 1/3-1/2 qismi atrofiyaga uchraydi. 20 - 30 yoshdan boshlab buyrak arteriyalarida atrofik o'zgarignlar paydo bo'ladi. Buyraklarning barcha funksiyalari pasayib, buyrak gipofunksiyasi rivojlanadi. Buyraklar faoliyatining nerv va gumoral yo'l bilan idora etilishi keksalarda pasayadi.

Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorlarni so'rabsurishtirish diagnostikada katta ahamiyatga egadir. Boshqa hollarda bemorni so'rab-surishtirishda quyidagi shikoyatlar; buyraklar sohasida og'riq, tez-tez siyish, siyganda kuchli achishish, siydik rangining o'zgarishi, umumiy holsizlik, tez charchash, mehnat layoqatining pasayishi va shunga o'xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko'p hollarda shifokorni chalg'itib qo'yadi. Buyrak xastauklarida buyrak kapsulasining kengayishi (o'kir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (o'tkir va surunkali piyelonefrit) - siydik yo'lining yopilishi, buyrakning joylashuvida har xil qilib qolish anomal iyalarida, buyrak to'qimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Og'riq sindromlarini tahlil qilganda, og'riq lokalizatsiyasiga ko'proq e'tibor beriladi. Ko'p hollarda og'riq bel qismida berishi kuzatiladi. Bunda aytib o'tish lozimki, nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda qattiq og'riqlar kuzatilmaydi. Buyrakning kuchli siqilishi oqibatida kelib chiqqan og'riq ko'pincha bel va qorin sohasida tarqaladi.

Shamollash natijasida ogriq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og'riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba'zan piyelonfritda og'riq ingrash bilan kechadi, siydik yo'lining yopilishi natijasida og'riq kuchayishi mumkin. Bemor ko'pincha o'zini notinch, sarosimali tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga o'zgarib turishi kuzatiladi. Og'riq o'tkir tus olganda tez-tez qaytarilishi ham mumkin. Bunday bemorlarda anuriya kuzatiladi. Ba'zi hollardashuni ta'kidlash lozimki, kasalliklarning kelib chiqishi ayrim omillar bilan uzviy bog'liqdir. Masalan, buyrak siqilishi, qo'zg'alishi, siydik chiqarganda siydik puiagi va siydik chiqarish yo'lida og'riq hosil bo'ladi.

So'rov jarayonida ba'zan bemor umuman shikoyat qilmasligi mumkin. Bu asosan xastalikning surunkali (glomerulonefritning latent ko'rinishi) davrida kuzatiladi. Buyrak siqilishi bilan og'rigan bemorlar poliuriya yoki oligauriyadan shikoyat qiladi.

8.2. O'tkir glomerulonefrit - ikkala buyrak koptokchalarining diffuz yallig'lanishi bo'lib, immunologik kasallikdir. Buyraklar diffuz yallig'lanishining 40 yoshdan keyin kam uchrashiga organizm immunologik xususiyatining pasayishi sababdir.

Kasallik qattiq sovqotishdan, respirator infeksiyalardan, terining yiringli kasalliklaridan kelib chiqib, qo'zqatuvchilari asosan streptokokklar hisoblanadi.

Bemorlarda kasallik belgilari sust ifodalangan bo'ladi, shishlar kam paydo bo'ladi, juda tez o'tib ketadi, anasarka deyarli kuzatilmaydi. Siydikdagi o'zgarishlar katta miqdorda bo'lmaydi. Ammo yurak sindromi aniq ifodalanadi, arterial gipertenziya, yurak va koronar yetishmovchiligi kuzatiladi. Bemorlar tez charchab qolishi, darmonsizligi, bosh og'rib turishi, hansirash, kam siyishdan noliydilar.

60 yoshdan o'tgan bemorlarda bu kasallik surunkali shaklga o'tib ketadi. Bemorni o'rnidan turg'izmay yotqizib qo'yish, parhez buyurish kerak. Kasallar ovqatlarida oqsillarni, tuzlarni keskin cheklash maqsadga muvofiq emas.

Dorilar bilan davolashda antibiotiklar, desensibillovchilar va simptomatik vositalarni qo'llash zarur. Kortikosteroidlar esa faqat 2-3 haftada buyuriladi va asta-sekin dozasini kamaytirib boriladi.

Yurak tomirlari yetishmovchiligida strofantin, gipertoniyaga qarshi rezerpin, gipotiazid, depressin tayinlanadi. Davo kompleksiga dekamevit, undevit kabi polivitaminlar ko'shiladi. O'tkir nefritning oldini olish uchun infeksiya o'choqlari sanasiya qilinadi. Surunkali glomerulonefrit 18% keksalarda uchraydi va kasallik ko'proq arterial gipertenziya, anemiya, buyrak yetishmovchiligi kabi asoratlar tufayli aniqlanadi. Bu kasallikda buyrak koptokchalarida degenerativdistrofik o'zgarishlar avj oladi va ko'pincha o'tkir glomerulonefrit oqibatida paydo bo'ladi. Kasallik avvalida buyrak funksiyalari uzoq vaqt saqlanib turishi mumkin, keyin esa xronik buyrak yetishmovchiligi bilan tugaydi.

Kasallik 3 xil shaklda kechishi mumkin.

- 1) Latent.
- 2) Gipertonik.
- 3) Nefrotik.

Latent kechishida kasallik belgilari kam ifodalanib, faqat asorat berganda aniqlanadi. Gipertonik shaklda yurak va tomir yetishmovchiligi, gipertenziya kabi belgilar yurak xastaligini eslatadi.

Nefrotik shaklida siydik bioximik ko'rsatkichlarida patologiya aniqlanadi. Xronik nefritni davolashda parhez, osh tuzini sut1sasiga 56 gr. gacha cheklash, mevalar, tarvuz, qovun, uzum buyuriladi. Doridarmonlardan nefrotoksik xususiyati bulmagan antibiotiklar, antigistaminlar, zamburuqlarga qarshi vositalar, yurak glikozidlari, gipotenziv vositalar, kasallik qo'zigan davrida kortikosteroidlar, vinominoterapiya buyuriladi. Iqlimi quruq va issiq bo'lgan kurortlarda davolanish tavsiya etildi.

Barcha geriatric bemorlarning 15-25% ida pielonefrit kasalligi uchraydi. Buyraklardagi yosh bilan boqliq o'zgarishlar pielonefrit kasalligining kupayishiga sabab bo'ladi. qolsizlanish, ko'ngil aynishi, darmonsizlik, subfebril qarorat o'tkir gshelonefrit belgilari qisoblanadi. Qonda leykositoz va EChT oshib ketadi. Bel soqasida simillagan oqriqlar va dizurik belgilar sust ifodalanadi, ammo kasallik oqir kechadi, buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin.

O'tkir pielonefrit klinikasi sust ifodalanib, zimdan kechadi, ko'p qollarda asoratlar davrida diagnostika qilinadi. Xronik pielonefritda Kakovski Addis yoki Ambyurje usuli bo'yicha siydik cho'qmasi miqdorini tekshirib ko'riladi, pielonefritning eng tipik belgisi bo'lmish leykosituriya aniqlanadi. Rentgenologik, radioizotop yo'li bilan tekshirish o'tkaziladi.

Xronik pielonefritning oldini olish uchun siydyk yo'llaridagi infeksiya o'choqlarini bartaraf etish, organizm qarshilik qobiliyatini kuchaytirish lozim.

Parhez buyurilganda spirtli ichimliklar ichish, o'tkir taomlar iste'mol qilish taqiqlanadi. Siydik haydovchi o'tlar damlamasi, sabzavot mevalar tayinlanadi. Ovqat kaloriyali va vitaminlarga boy bo'lib, osh tuzi cheklanadi.

Kasallikka qarshi antibakterial preparatlar (gentamisin, levomisetin, karbenisillin, 5NOK), uroseptiklar (nitrofuranlar, sulfanilamidlar), glyukokortikoidlar tayinlanadi. Shuningdek yurak glyukoizidlari, biostimulyatorlar, fizioterapiya buyuriladi. Bemorlarga mineral suvlar ichish, sanatoriy va profilaktoriylarda balneologik va fizioterapevtik davo tayinlanadi.

8.3.Buyrak tosh kasalligi. 35-60 yoshlarda kam uchraydi. Toshlar qosil bo'lishi buyraklarda moddalar almashuvining buzilishidir. Buyrakdagi toshlar ko'pincha rentgenologik tekshirishda tasodifan topilishi mumkin.

Kasallik belgilari quyidagilardan iborat:

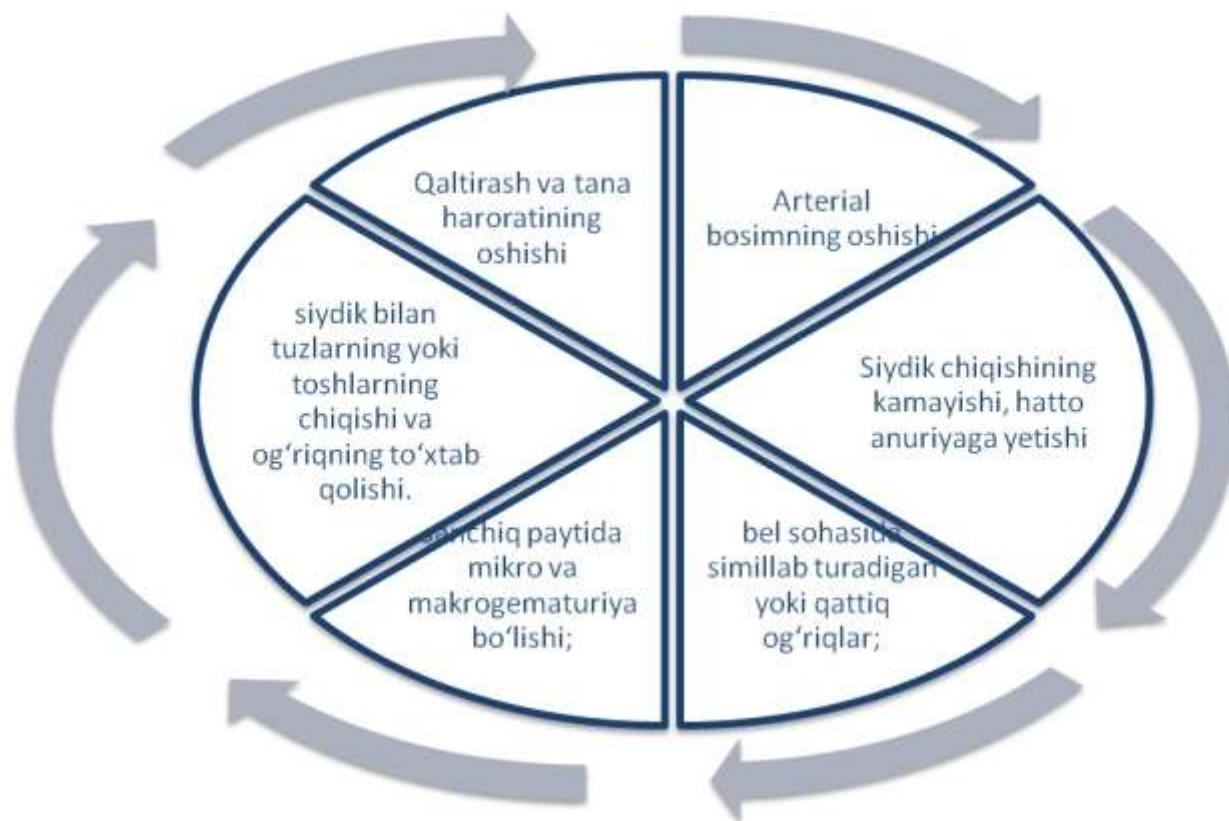
- bel soqasida simillab turadigan yoki qattiq oqriqlar;
- sanchiq paytida mikro va makrogematuriya bulishi;
- siydik bilan tuzlarning yoki toshlarning chiqishi va oqriqning to'xtab qolishi.

Intestinal simptomlar - ko'ngil aynishi, qayt qilish, meteorizm.

Juda ko'p xollarda quyidagi simptomlar uchraydi:

- 1.Qaltirash va tana qaroratining oshishi.
2. Siydik chiqishining kamayishi, qatto anuriyaga yetishi.
3. Arterial bosimning oshishi.

Kasallik belgilari quyidagilardan iborat:



4-rasm. Kasallik belgilari .

Buyrak sanchiqida to'satdan belda qattiq oqriqlar paydo bo'lib, chov soqasiga, qoringa, tashqi jinsiy organlarga o'tib turadi. Bemorlar qattiq bezovtalanadilar, sanchiq bir necha minut, soat yoki kun mobaynida tutib turishi mumkin.

Keksalarda oqriqlar juda kuchli bo'lmaydi, ko'pincha yurak xastaligini eslatadi. Kasallikni aniqlashda rentgenologik tekshirish kifoya.

Buyrak tosh kasalligining oldini olishda to'qri ovqatlanish, qarakat rejimi, siydik yo'llari infeksiyasining oldini olish tayinlanadi. Buyrak sanchiqi maqalida bemor 39 -40C°li issiq vannaga tushiriladi. Oqriqqa qarshi narkotik analgetiklar, 1 ml. atropin eritmasi, 2 ml. papaverin yuboriladi.

Oqriqni qoldirish maqsadida quyidagi litik aralashma yuborish mumkin: platifilin, promedol, dimedrol yoki papaverin, promedol, dimedrol, aminazin.

Mayda tosh va qumlarni yuvish uchun rovatineks, sistenal, avisan, kellin ishlatiladi. Bemorlarga mineral suvlar, sanatoriyalarda davolanish tavsiya etiladi.

8.4. Senil sistiti - keksalarda yoshlarga qaraganda kuproq uchraydi. Kasallik prostata bezining adenomasi, buyrak toshlari oqibatida jinsiy organlar gigienasiga rioya qilinmaganda paydo bo'ladi. Ayollarda senil sistitlari jinsiy organlar involyusiyasi, qinning tushib qolishi kabi kasalliklarda rivojlanadi. Kasallik davrida teztez oqriq bilan siyish, achishish, siydik tuta olmaslik kuzatiladi. Siydik loyqa, cho'kmasida eritrositlar, leykositlar topiladi. Sistoskopiyada qovuq shilliq pardasida giperemiya va yiringli o'choqlar aniqlanadi. Kasallikni davolashda antibiotiklar, furogin, 5NOK, negram, biseptol, urotropin buyuriladi. Analgin, papaverin, belladonnali rektal shamchalari qo'yiladi.

Mahalliy davolash maqsadida protorgol, kollargol eritmaları bilan qovuq yuviladi, bunda yiring va shilimshiqlar chiqarib yuboriladi.

Sistitning oldini olish uchun qovuq kateterizasiya qilinganda aseptika va antiseptika qoidalariga, shaxsiy gigiena qoidalariga amal qilmoq kerak.

Prostata bezining adenomasi erkaklarda eng ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, keksalarning 82% ida bu kasallik topilishi mumkin. Kasallik sababini endokrin nazariya bilan tushuntirish mumkin, chunki erkaklar klimaksida jinsiy faoliyat so'nib boradi, tuxumlar faoliyati izdan chiqadi.

Prostata bezida o'sayotgan adenomatoz tugunlar uni ezib qo'yadi. Adenomaning oqirligi 25 grammdan 250 grammgacha yetishi mumkin. Qovuqqa nisbatan adenoma: qovuq ichida, qovuq ustida (rektal) va diffuz joylashishi mumkin. Kasallik klinikasining birinchi bosqichida siyish ko'proq kechqurun tezlzshadi va qiyinlashadi, siydik oqimi pasayadi. Bemor ertalab kuchanib siyadi. Bemorning umumiy aqvodi 2-3 yilgacha yaxshi bo'ladi. Bemor qattiq sovqotganda, kup upirganda, spirtli ichimliklar ichganda o'tkir siydik tutilishi mumkin. Kasallikning ikkinchi bosqichida siyish ancha qiyinlashadi, bemor siyishyni quchanib boshlaydi, bir necha minuttacha siyish davom etadi. Siydik oqimi pasayib, qatto tomchilab

chiqadi. Bemorga siyishdan engillik bo'lmaydi, 50 va undan ko'proq qolqiq siydik paydo bo'ladi. Bu bosqivdda sistit, o'tkir siydik tutilishi paydo bo'lishi mumkin.

Kasallikning uchinchi bosqichida siyish har 10-15 minutda, bemor avvaliga Kechasi, keyin kunduzi ham siydik tuta olmay qoladi. Siydik pufagida siydik to'planib, keshayadi va paradoksal ishuriya, ya'ni siydik oqib ketishi kuzatiladi. Bemorning aqvoli og'irlashadi, rangi oqarib, og'zi quriydi, ko'p chanqaydi, surunkali buyrak yetgshshovchiligi avj oladi.

Keksa bemorlarni dispanser nazoratidan o'tkazish va kasallikni erta aniqdash kerak. Adenoma diagnostikasi uchun analiz, siyshi jarayoni, bezni barmoq bilan rektal tekshirish, stistografiya, renografiya, ultratovush bilan skanirlash yordam beradi.

Asosiy davolash usuli bu adenomektomiya, ya'ni jarroqlik yo'li bilan adenomani olib tashlanadi.

Dekompensasiyalangas yuldosh kasalliklarda operatsiya qilish mumkin emas. Bemorni operatsiyadan oldin tayyorlash muhim aqamiyatga ega. Operatsiya o'tkazish muqimligini bemorga va uning qarindoshlariga tushuntiriladi. Arterial gipertoniyada gemiton, klofellin, dopegit, veroshshfon, triamggur tayinlanadi.

Mavzuga oid savollar:

1. Siydik ajratish tizimida yoshga bog'liq qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
2. Keksalarda utkir va surunkali pielonefrit rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni sanab bering.
3. Keksalarda utkir va surunkali pielonefritni davolashning asosiy printsiplari qanday?
4. Keksalarda siydik tosh kasalligini klinik ko'rinishi va davolash.
5. Keksalarda siydik kopi rakini klinik ko'rinishi, tashxislash, davolash.
6. Keksalarda prostata bezi adenomasi klinik ko'rinishi va davolashning uziga xos xususiyatlarini sanab bering.
7. Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan og'rigan bemorlar uchun ovqatlanish ratsioni.

9-BOB. QARIYALARDA ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARI (QANDLI DIABET) NI KECHISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

9.1. Keksa bemorlarda qandli diabet kasalligining kasalliklari etiologiyasi, klinikasi, davosi, oldini olish va reabilitatsiyasining xususiyatlari va ularda hamshiralik parvarishi

Qarilikda endokrin bezlarida atrofik va sklerotik o'zgarishlar paydo bo'ladi, sekretor funksiyalar pasayadi. Gipofizda bazofil hujayralar soni ko'payib, asidofil hujayralar soni kamayib ketadi. Bu hujayralarda DNK miqdori kamayadi, kolloid to'planadi.

Qalqonsimon hujayralarida DNK miqdori kamayib ketadi. Me'da osti bezida destruktiv o'zgarishlar oqibatida yirik orolchalar kamayib, mayda orolchalar ko'payadi. B-hujayralar soni kamayib, qandli diabet rivojlanadi. Striopallidar sistemada katexolamin almashinuvining buzilishi parkinsonizm rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Organizm qarishining asosini moddalar almashinuvining izdan chiqishi tashkil etadi. Qarishning birlamchi mexanizmlari genetik apparatdagi siljishlar bilan bog'liq holda kechadi. Bu nuklein kislotasi almashinuvining konsentratsiyasi pasayishi bilan ifodalangan. Buning natijasi sifatida oqsillar almashinuvi, fermentlar miqdori va faolligi buziladi, energiya almashinuvi kamayib, kislorodning to'qimalarda o'zlashtirilishi progressiv ravishda pasayadi, to'qimalar nafas olishi (tkanevoe dgsanie) kamayadi.

Qarish jarayoni neyrohumoral regulyatsiyasidagi yoshga aloqador o'zgarishlar, qarish jarayonining asosini tashkil etadi. Natijada organizmda moddalar almashinuvi va hujayralar funksiyasi izdan chiqadi. Qarilik bilan birga kechadigan ateroskleroz oqibatida bemorning ruhiy va emotsional dunyosida nevroz, maqtancholik, laqmalik, ezmalik, xotiraning pasayishi, kabi o'ziga xos belgilar namoyon bo'ladi.

Gipotalamus funksiyasining izdan chiqishi gomeostazning buzilishiga, ya'ni organizm ichki muhiti haqidagi ma'lumotlar MNSga keladi, gormonal regulyatsiya ham izdan chiqadi. Tibbiyot xodimlari gerontologik bemorlarda kechadigan kasalliklarning o'ziga xos xususiyatlarini bilishlari lozim.

Ular ni qanday parvarishlash, davolash, ular bilan qanday suhbatlashish zarurligini bilishlari, ularda o'zlariga nisbatan ishonch uyg'otishlari kerak.

Qari odam tekshirilganda, ko'pincha unda birdaniga 5-6 ta kasallik aniqlanadi. Bular yurakning ishemik kasalligi, aterosklerotik ensefalopatiya, gipertoniya kasalligi, o'pka emfizemasi, umurtqa pog'onasi osteoxondrozi, katarakta, quloq og'irligi, prostata bezi adenomasi va boshqalar.

Qari odamlar organizmida surunkali kechadigan kasalliklar ko'proq uchraydi, ammo o'tkir va yuqumli kasalliklar ham uchrab turadi. Ular organizmidagi patologik jarayon juda sekinlik bilan rivojlanadi va tibbiy yordamga kech murojaat qiladilar. O'tkir kasalliklar klinikasi esa organizmning qarshilik qobiliyati pasaygani sababli sust ifodalangan bo'ladi.

Qandli diabet – keksalarda ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, barcha diabetik bemorlarning 80% 40 yoshdan oshgan bemorlar bo'lsa, 50% 50 yoshdan oshgan bemorlardir. Qandli diabetning paydo bo'lishida irsiy omillar, infektsiya, ruhiy travmalar, semirish sabab bo'ladi. Jahon Sog'liqni saqlash tashqilotining ko'rsatmasiga binoan, 65 yoshdan oshgan bemorlarda uchraydigan bu kasallik «Qarilik diabeti» deb ataladi.

Qandli diabet ko'pincha semizlik bilan birga kechadi. Semizlikda qandli diabet tana og'irligi normal bo'lgan bemorlarga qaraganda 4 marta ko'proq uchraydi.

Qandli diabetda insulin yetishmovchiligi oqibatida uglevod, lipid, oqsil, vitamin, suv-to'z almashinuvi bo'ziladi. Normada qonda glyukoza miqdori 3,34-5,55 mmol bo'ladi. Kasallik klinikasi og'irligiga qarab qandli diabet yengil, o'rtacha og'ir va og'ir turlarga bo'linadi.

Yengil turida – qonda glyukoza miqdori 7,77 mmol /l gacha bo'lib, bunda parhez va uglevodlarni cheklash bilan kifoyalaniladi.

O'rtacha og'ir turida – glyukoza miqdori 12,21 mmol /l gacha bo'lib, kuniga 20-60 TB da insulin, parhez bilan qand pasaytiruvchi sul fanilamid preparatlari tayinlanadi.

Og'ir turida –qonda glyukoza miqdori 12,21 mmol /l dan ortiq bo'lib, katta dozalarda insulinoterapiya o'tkaziladi.

Yoshi ulug' va keksa kishilarda qandli diabet belgilari aniq ifodalanmaydi. Bu esa kasallikni erta diagnostika qilishni kechiktiradi.

Keksalarda bu kasallikning o'ziga xos xususiyatlari tana og'irligining pasayishi, ko'p siyish, teri qichishishi, yiringli kasalliklarning paydo bo'lishi hisoblanadi.

Keksalar immuniteti pasayganligi sababli diabetik bemorlarda pnevmoniya, o'tkir respirator kasalliklar og'irroq kechadi. Ayniqsa tuberkulyoz kasalligi bunday bemorlarda tez rivojlanadi.

Parhez bilan davolash kasallikning barcha turlarida buyuriladi. Uglevodlar miqdori cheklanib yetarli miqdorda oqsillar va yog'lar tavsiya etiladi (9 sonli parhez)

Sutkalik ratsionda uglevodlar – 5%, oqsillar – 20%, yog'lar – 30%ni tashqil etadi.

Insulin bilan davolashda gipoglikemiyaga yo'l qo'ymaslik kerak. Qondagi qand miqdorini pasaytirishda peroral preparatlardan sul fanilamidlar va biguanidlar ishlatiladi: butamid, tsiklamid, bikarbon, glibenklamid, adebit, diabetan, siafor, diabeton siafor. Bunda qondagi leykotsitlar va trombotsitlar soni kuzatilib borilishi kerak.

Qandli diabetning asoratlaridan gipoglikemik koma bo'lib, insulin miqdorini oshirib yuborilganda rivojlanadi. Komaga tushgan bemorlar zudlik bilan reanimatsiya bo'limiga yotqizilishi shart. Bemorda holsizlanish, bo'shashish, qaltirash, sovuq ter bosish, ochlik, bosh og'rigi, bezovtalik ko'zatiladi. Bunday holatda darhol shirin choy, pechen e, bulochka, konfet beriladi, venadan 50 ml. 40%li glyukoza eritmasi yuboriladi.

Diabetik komada yuboriladigan insulin miqdori yetarlicha bo'lmasa, moddalar almashinuvi chuqur izdan chiqib, qonda keton tanalari to'planib qoladi. Bemorda bo'shashish, apatiya, uyquchanlik, ko'ngil aynish, qayt qilish, chanqash, ishtahaning yo'qolishi ko'zatiladi, og'izdan atseton hidi kelib, odam hushdan ketadi. Diabetik komada 100 TB da insulin, organizmning suvsizlanishiga qarshi izotonik natriy xlor eritmasi va vitaminlar yuboriladi.

Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar doimiy dispanser ko'zatuvida turadilar. Hamshira bemorning qoni va siydigidagi glyukoza miqdorini muntazam tekshirib borishi kerak.

Qandli diabet – patologik holatning geterogen guruhi bo'lib, unga absolyut yoki taxminiy insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan surunkali moddalar almashinuvining bo'zilishi asosidagi giperglikemiya xos.

Tashhisot mezonlari:

1.Diabetning belgilari mavjud glikemiya darajasi 11,1 mmol /l dan oshgan.

2.Diabetning klinik belgilari bo'lmaganda, diabet tashhisi quyidagi hollarda qo'yiladi:

- 2 marta och qoringa olingan kapillyar qonda glyukoza miqdori 7,8 mmol /l dan oshiq bo'lsa;

- standart glyukozatolerant sinamada och qoringa 6,7 mmol /l dan oshik, glyukoza (1 kg gavda vazniga 1,75 g, faqat 75 g dan oshmagan) iste'mol qilgandan keyin 11,1 mmol /l dan oshiq bo'lganda. Glyukozaga tolerantlik bo'zilganda qonda qand miqdori och qoringa 6,7 mmol /l dan kam, glyukoza iste'mol kilgandan keyin esa 7,8 dan 11,1 mmol /l gacha bo'lganda.

Klinik sindromlar va ularning laborator markerlari:

1. Giperglikemiya sindromiga qonda glyukoza miqdori oshishi xos bo'lib, och korindagi me'yorda miqdori glyukozooksidi yoki ortotoluidin uslubi bilan o'lchanganda 3,3 dan 5,5 mmol /l gacha bo'ladi hamda glikozillargan gemoglobin (HbAc1) fraktsiyasi 6% dan oshishi ko'zatiladi. Klinik belgilari: ovqatdan so'ng uyqu kelaverishi va o'tkinchi ko'rish qobiliyatining bo'zilishi.

2. Glyukozuriya sindromi ko'p hollarda giperglikemiya 8,8 mmol /l dan oshgan vaqtda yuzaga keladi. Polga tushgan siydik dogi yopishqoq, «kraxmallangan kiyim» simptomi, tashqi jinsiy organlar sohasida qichishish, poliuriya, bu erta yosh bolalarda enurez bilan birga keladi.

3. Suvsizlik sindromi va elektrolit almashinuvining bo'zilishi – polidipsiya, teri va shilliq qavatlarning qurishi, to'qima turgori va ko'z kosasi tonusi pasayishi, gipotoniya. Laborator belgilari: gematokrit ko'tarilishi, qon zardobida natriy

miqdori 135 mmol /l dan, kaliy esa 3,5 mmol /l dan kamayishi, EKG da gipokaliemiya belgilari.

4. Astenik sindrom energetik ochlik va elektrolitlarni yo'qotish hisobiga rivojlanadi. Aqliy va jismoniy qobiliyat susaygan, holsizlik, darmonsizlik, emotsional adinamiya.

5. Oqsil kamayishi sindromi energiya manbai sifatida aminokislotalar ishlatilishi sababli ro'y beradi: gipoal buminemiya, o'sish sekinlashishi, mushak darmonsizligi, jarohatning yomon bitishi, yiringli va kandidozli kasalliklarga moyillik.

6. Poligipovitaminoz sindromi: teri, soch, tirnoq trofikasi bo'ziladi, giperkeratoz, angulyar stomatit, glossit, xeyloz.

7. Yog' almashinuvining bo'zilishi: insulin yetishmovchiligi natijasida yog' to'qimalarida lipolitik jarayonning ustunligi giperlipidemiya, gavda vaznining kamayishiga, ksantoxromiyaga, jigarning yog' infil tratsiyasiga olib keladi.

8. Ketoatsidoz sindromi: yog' va ketogen aminokislotalar utilizatsiyasi bo'zilishi sababli ketogenez jarayoni kuchayadi. Natijada qon zardobida keton gavdachalari miqdori ko'payadi, siydikning atsetonga reaksiyasi musbat bo'ladi. Giperketonemiya o'z navbatida metabolik atsidozni keltirib chikaradi: laborator belgilari: qonning rN 7,3 dan past. Klinik belgilari: nafas chiqarganda atseton hidi kelishi, holsizlik, apatiya, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, «diabetik yuz qizilligi», yurak sohasida og'riq, Kussmaul nafasi, anoreksiya, Sorkin-Al gao'zen gematorenal sindromi (leykotsitoz, neytrofilez, proteinuriya va siydik cho'kmasida leykotsitlar, silindrlar, eritrotsitlar); abdominal sindrom (qorinda og'riq).

Og'irlik darajasi diabetning kechishi va asoratlarning mavjudligi bilan belgilanadi:

I daraja – parhez yordamida normoglikemiya va aglyukozuriya bo'lsa;

II daraja – uglevod almashinuvi insulin va qand tushiruvchi peroral preparatlar yordamida barqaror bo'lsa;

III daraja – insulin rezistentlik, ketoza moyillik va asoratlarning bo'lishi bilan belgilanadi.

Qandli diabetning klinik tasnifi

(M.I. Balabolkin, 1989)

2- Jadval.

A. Diabetning klinik formalari: 1. Insulinga bog'liq diabet 2. Insulinga bog'liq bo'lmagan diabet 3. Qandli diabetning boshqa turlari 4. Homilador aellarda diabet (gestatsion)	B. Diabetning og'irlik darajasi: 1. Yengil (I darajasi) 2. O'rta (II darajasi) 3. Og'ir (III darajasi)
V. Kompensatsiya holati: 1. Kompensatsiya 2. Subkompensatsiya 3. Dekompensatsiya	G. Diabetning o'tkir asoratlari: 1. Ketoatsidoz koma 2. Giperosmalyar koma 3. Gipoglikemik koma 4. Laktatsidotik koma
D. Diabetning kechki asoratlari: 1. Mikroangiopatiya (retinopatiya, nefropatiya) 2. Makroangiopatiya 3. Neyropatiya	E. Boshqa tizim va organlarning zararlanishi: enteropatiya, gepatopatiya, katarakta, osteoartropatiya, dermopatiyalar va b.
J. Terapiya asoratlari: 1. Insulin terapiyasi – mahalliy allergik reaksiya, anafilaktik shok, lipodistrofiya) 2. Peroral qand miqdorini tushiruvchi preparatlar (al–lergik reaksiya, me'da-ichak yo'li funksiyasi bo'zilishi)	

Kompensatsiya fazasi – diabet belgilari yo'q, jismoniy, jinsiy, aqliy va intellektual rivojlanish yoshiga mos, glikemiya darajasi 10 mmol /l gacha, glyukozuriya alohida portsiyalarda 1% dan ko'p emas, lipid almashinuvi me'yorda, N As1 miqdori 1 dan 8% gacha.

Subkompensatsiya – glikemiya 10 mmol / l gacha, sutkalik glyukozuriya, ozik - ovqat mahsulotining qandli qiymati 10% atrofida, N As1 10% dan oshmagan.

Dekompensatsiya – ketozsiz, ketoz bilan va ketoatsidoz bilan kechishi mumkin.

I.Paraklinik mezonlar:

- glikozil gemoglobin (N As 1) ni aniqlash;
- qonning -lipoproteidlar, mochevina, oqsil va biokimyoviy tahlili: xolesterin, fraktsiyalari, bilirubin, transaminazalar, kaliy, natriy;
- endogen kreatinin klirensi bo'yicha ko'ptokcha fil tratsiyasini aniklash;
- siydikning Zimnitskiy sinamasi sutkalik qand va oqsil ekskretsiyasi hisobi bilan;
- buyrakning dinamik sintigrafiyasi;
- jigar sintigrafiyasi;
- oyoqlarni reovazografiyasi.

Davolash:

1.Parhez №9. Sutkalik kaloriyada uglevodlar 60%, yog'lar 24%, oqsil 16% bo'ladi. Nonushta, peshin va kechki ovqat kunlik kaloriyaning 25% ni, ikkinchi nonushta, asr ovqati – 10%, ikkinchi kechki ovqat – 5% ni tashqil qiladi Ketoзда yog'lar ratsiondan olib tashlanadi va uglevodlar fruktoza hisobiga (1 choy qoshiqda 2–3 mahal asal) oshiriladi.

2.Insulinoterapiya.

Sutkalik insulin dozasi:

Kasallikning birinchi yili ketoz bo'lmaganda 0,3–0,5 TB/kg, keyingi yili – 0,6–0,8 TB/kg, o'smirlarda 1TB/kg gacha teri ostiga. Kun mobaynida sutkalik dozaning 50% o'zoq ta'sir etuvchi preparatlar (xomofan, protafan NM, xumulin N) 2 mahal nonushtadan oldin va yotishdan oldin;

- 50%- qisqa ta'sir etuvchi preparatlar 3 mahal nonushtadan, peshin va kechki ovqatdan oldin. Keyinchalik doza individual glikemiya va glyukozuriya darajasi nazorati ostida belgilanadi.

2.2. Kompensatsiya bo'lgan ketoatsidozda sutkalik doza 1 TB/kg gacha qisqa ta'sir etuvchi preparatlar asosiy berilish vaqti o'rtalarida qilinishi hisobiga oshiriladi.

2.3. Ketoatsidoz dekompensatsiyasida 0,1–0,25 TB/kg har 3–4 soatda glikemiya nazorati ostida kilinadi.

3. Jismoniy tarbiya tayyorlov guruhida- yengil va o'rta og'ir darajasida, shifobaxsh jismoniy tarbiya – og'ir darajada.

4.Diabet asoratlarini davolash:

4.1.Diabetik retinopatiya: a) parhezda yog', asosan, hayvon yog'i chegaralanadi, lipotrop mahsulotlar (tvorog, suli, treska, yog'siz qo'y go'shti), mevalar beriladi; b) vitaminlar – kokarboksilaza, tiamin bromid, piridoksin xlorid, tsiankobalamin; askorbin kislota, rutin, tokoferol atsetat, pangamat kal tsiy, nikotin kislota; v) anabolik moddalar – nerobolil, nerobol, dianobol, metilandrostendiol; g) angioprotektorlar- prodektin, parmidin, anginin; d) retinopatiyaning II–III darajasida:

-ditsinon, etamzilat, doksium, tripsin, lidaza.

4.2. Diabetik neyropatiya:

a) vitaminlar V1,V6, V12, kokarboksilaza;

b) glyutamin kislota;

v) prozerin;

g) fiziomuolajalar – induktotermiya №10–12, UVCh, ul tratovush nur bilan davolash.

4.3. Diabetik nefropatiya: a) SBE belgilarida parhez - oqsilni 50 g/sut. gacha, to'zni 4–5 g sut. gacha chegaralash; b) mikro-, makroal buminuriyada angiotenzin ingibitorlari – kapoten, kaptopril; v) dezagregantlar: ko'rantil, dipiridamol, trental, mikristin; g) antioksidantlar: tokoferol atsetat, retinol atsetat; d) diuretiklar; ye) giperkoagulyatsiyada geparin 100–150 TB/kg/sut.

4.4 Jigar yog' distrofiyasi: a) xolesteringa boy mahsulotlar chegaralanadi, lipotrop mahsulotlar tavsiya etiladi; b) vitaminlar; v) lipotrop preparatlar – metionin, lipoy kislota, lipamid; g) gepatoprotektorlar: legalen, LIV 52, karsil, sirepar; d) safro haydovchi – alloxol, jo'xori popugi qaynatmasi, nikodin; ye) fiziomuolaja – jigar sohasiga ozokerit applikatsiyasi, induktotermiya.

4.5. A. Ketoatsidoz: parhez, insulinoterapiya, ishqoriy suyuqliklar ichish, natriy gidrokarbonat bilan (300 ml) klizma, regidratatsiya – ketozda regidron, 0,9%li natriy xlorid eritmasi ichishga, dekompensatsiyada vena ichiga; vitaminoterapiya, gipokaliemiyada – panangin, asparkam.

B. Ketoatsidotik koma: a) insulin qisqa ta'sirli m/o yoki v/i 150–300ml Ringer yoki natriy xlorid 0,9%li eritmasida 0,1 TB/kg dozada; b) oshqozonni yuvish 5%li natriy gidrokarbonat eritmasi bilan me'dani yakunida 100 ml eritma me'da ichida qoldiriladi; v) kislorodoterapiya; g) 4% natriy gidrokarbonatni 300ml ilik eritmasi klizma qilinadi; d) birinchi soatlarda 0,9%li natriy xlorid eritmasi 37 S darajasigacha isitilgan holda 20 ml/kg hisobida venaga yuboriladi, unga kokarboksilaza 100–200mg. 5 – 5 ml askorbin kislota qo'shiladi; ye) insulinoterapiya: m/o yuborilganda har soatda 0,1 TB/kg dozada; v/i yuborilganda 0,1 TB/kg/soat (yoki 0,2 TB/kg/soat dozagacha ko'paytirish mumkin) dozada suyuqlikka qo'shiladi. Glikemiya 14 mmol /l gacha tushganda insulin miqdori 0,05 TB/kg/coat gacha kamaytiriladi. Glikemiya 10 mmol /l gacha tushganda teri ostiga 0,1–0,25 TB/kg har 4 soatda hisobida qilinadi; yo) info'zion terapiya: suyuqlik miqdori 50–150 ml/kg/sut. 1 yoshgacha bolalarda suyuqlikka bo'lgan o'rtacha ehtiyoj sutkasiga 1000 ml, 1–5 yoshda – 2000 ml, 10–15 yoshda – 2000–3000 ml. Birinchi 6 soatda sutkalik miqdorning 50%, keyingi 6 soatda – 25%, qolgan 12 soatda 25% yuboriladi. Glikemiya 14 mmol /l dan oshiq bo'lganda Ringer yoki fiziologik eritmasi, kam bo'lganda – Ringer yoki fiziologik eritma 5%li glyukoza eritmasi bilan 1:1 nisbatda yuboriladi. rN 7,2 dan past bo'lganda natriy bikarbonat 2,5 ml/kg hisobida v/i ga tomchilab 1–3 soat davomida quyiladi. Gipokaliemiyada davo boshlanganidan 2–3 soat o'tgach 10%li kaliy xlorid – 1,5–3 ml/kg yuboriladi. j) gipotoniya va shok belgilarida 5%li al bumin, yoki plazma o'rnini bosuvchi eritmalar 10–20 ml/kg hisobida; 10% li kofein eritmasi (0,5–1 ml), 1% mezaton bilan (0,15–0,6 ml) almashib har 3–4 soatda beriladi; z) tsiankobalamin, piridoksin; i) antibiotiklar yoshiga mos dozada 7 kun davomida.

5.1. Postin'ektsion gipertrofik lipodistrofiyada – uqalash, induktotermiya, ul trotoyush.

5.2. Gipoglikemiyada: yengil o'zlashtiriladigan uglevodlar (1–2 bo'lak qand, asal – 1–2 choy qoshiq, oq non – 50 g); hushsiz bo'lganda 40%li glyukoza v/i ga 80 ml gacha tez yuboriladi; agar hushiga kelmasa 0,1% li adrenalin 0,5 ml teri ostiga; glyukagon (fl.0,001g) m/o 1 mg; prednizolon v/i 1mg/kg 300 ml 5% li glyukozada; hushiga kelsa – bo'tqa, kartoshka p yuresi.

Gipotireoz - turli kasalliklar natijasida kalqonsimon bez funksiyasining patologik ravishda susayishi hisobiga yuzaga keladigan sindrom.

Gipotireoz tasnifi:

I.Yuzaga kelish vaqti bo'yicha:

- A) tug'ma;
- B) orttirilgan.

II. Zararlanish darajasi:

- A) birlamchi (kalqonsimon bez zararlanganda);
- B) ikkilamchi (gipofiz zararlanganda);
- V) uchlamchi (gipotalamus zararlanganda).

III. Gipotireozni ogirlik darajasi:

- A) yengil;
- B) o'rta og'irlikda;
- V) og'ir.

Tug'ma birlamchi gipotireoz.

I.Anamnezi: Homilaning harakatlanish faolligi susaygan, muddatidan o'tib tug'ishlik, chaqaloqning dastlabki vazni katta bo'lishi (4000 g atrofida) kindik qoldig'i tushishi kechikadi, fiziologik sariqlik ham davomli, emizishda qiyinchilik, ishtaha pastligi, yutish qiyinligi, gavda vazni ortishi va bo'yning o'sishi orqada qoladi, qabziyat, ko'p uxlash, holsizlik.

II.Klinik mezonlar:

1.Terining trofit o'zgarish sindromi: teri qalin, dag'al, quruq, och sariq rangda (karotinemiya hisobiga), marmar chizgilari bilan, qipiklanish va ushlaganda sovuq. Yuz, qovoq, tilning shishishi, ko'z yorig'ining kichrayishi, burun usti suyagining yassilanishi, umrov osti sohasida, tovonda va qo'lning yuza qismida yostiqcha kabi

shilliq shishlar (mutsinoz), teri osti yog' qatlamlarining ham shishi ko'zatilishi mumkin. Soch quruq, sinuvchan va to'qilishga moyil, boshning soch sohalarida peshana, qovoqlarda terining seboreyasi. Tirnoqlar sinuvchan, yoriqlar bilan, sekin o'sadi.

2.Vistseral o'zgarishlar simptomokompleksi: yurak tovushlari sustlashgan, bradikardiya. AB sistolik hisobiga pastlashgan. Yurak chegaralari kengaygan. Yurak tug'ma nuqsonlarini eslatuvchi sistolik shovqin, spetsifik davo natijasida yo'qoladi. Nafas stridorli, «xurrak» singari, og'iz atrofi tsianozi, yuqori nafas yo'llarining kataral yallig'lanishga, o'choqli zotiljamga moyilligi. Tovush paylari, til va lablarning qalinlashishi hisobiga ovoz past, bo'g'iq.

3.Mushak gipotoniya simptomokompleksi: qorin katta, turtib chiqqan, kindik churrasi va to'g'ri mushaklarning ajralganligi bilan, bel lordozi, dumba sohasi turtib chiqqan va tizza yarim bukilgan. Ko'pincha qabziyat va meteorizm ko'zatiladi.

4.Psixomotor rivojlanishda orqada qolish simptomokompleksi: emotsional-ruhiy sohada bo'zilik, bolalar passiv, odamovi, fikr yuritishi sekinlashgan, atrofga ahamiyatsiz. Boshini to'tishi, o'tirish, yurish va nutqning paydo bo'lishi kechikadi. Davolanmaganda intellektning oligofreniya daraja-sigacha bo'zilik ko'zatiladi.

5.O'sishi va suyak tizimi rivojining orqada qolishi: skeletning infantil proporsiyasi, xondrodistrofiyaga yaqin: o'zun suyaklar qalin, kalta, yuz sohasi suyaklari rivoji orqada qoladi (burun usti suyagi yassilangan, kengaygan, burun kalta va keng, ikki ko'z orasidagi masofa kengaygan – gipertelorizm). Katta likildoq o'zoq muddatgacha bitmaydi, tishlar kech chiqadi.

6.Jinsiy rivojlanishda orqada qolishi: tuxumdon va bachadon disfunktsiyasi, tuxum gipoplaziyasi, jinsiy bezlar rivoji orqada qoladi, gipoglikemiyaga moyillik.

III.Paraklinik mezonlar:

a) qon zardobida TTG, tiroksin-T4, triyodtironin-T3 miqdori pasaygan;

b) rentgenogrammada - bilak-kaft usti bo'g'imi- skeletning suyaklanish nuqtalari rivoji orqada qolgan, epifizar disgenez; v) EKG - R, R tishchalar vol tajining pastligi, T tishchaning inversiyasi, o'tkazuvchanlikning susayishi, sinusli bradikardiya;

g) Axillov refleksi vaqtining cho'zilishi (30 soniyadan ko'p);

d)qonning biokimyoviy tahlili – giperxolesterinemiya, zardob temiri, mikroelementlar, vitaminlar miqdori kamaygan;

ye) qonning umumiy tahlili – anemiya limfotsitoz.

Ikkilamchi- uchlamchi tug'ma gipotireoz.

Ko'proq pangipopituitarizmni namoyon bo'lishi. Bunda intellektning orqada qolishi va gavda to'zilishi disproportsiyasi ko'zatilmaydi. Zardobda T3 vaT4 past, ammo TTG normada yoki past. Boshqa belgilari xuddi birlamchi gipotireozga o'xshagan. Orttilirilgan gipotireoz. Intellekt saqlangan, yuqorida keltirilgan belgilar yaqqol namoyon bo'lmaydi.

Qiyosiy tashhisot:

Raxit, Daun kasalligi, xondrodistrofiya, tserebro-gipofizar nanizm, tug'ma jarohat, turli genezli sariqlik bilan o'tkaziladi.

Davolash.

Tireoid gormonlar individual tanlangan dozada:

- L- tiroksin, TIRO-4 (tabl. 0,05; 0,1; 0,2 mg) ertalab och qoringa 25–50 mkg/sut. dan boshlab, doza ko'paytirib boriladi.

- tireoidin (tabl. 0,05; 0,1 g) – erta yoshdagi bolaga 10–15 mg/sut., katta yoshdagilarga 30–40 mg/sut. har haftada 10–15 mg ga ko'paytiriladi;

- triyodtironin (tabl. 20; 50 mkg) – boshlang'ich doza 5 mkg, har 2–3 kunda 5 mkg dan ko'paytiriladi;

- tireotom.

Mavzuga oid savollar:

1. Endokrin tizimida yoshga bog'liq qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
2. Keksalarda moddalar almashuvi bilan bog'liq kasalliklarning rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni sanab bering.
3. Keksalarda podagrani davolashni asosiy printsiplari qanday?
4. Keksalarda qandli diabet kasalligini klinik ko'rinishi va davolash.
5. Keksalarda gipoteriozni klinik ko'rinishi, tashxislash, davolash.

6. Keksalarda semizlikning klinik ko'rinishi va davolashning o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering.

7. Endokrin tizimi kasalliklari bilan og'rigan bemorlar uchun ovqatlanish ratsioni.

10-BOB. UYDA PARVARISHGA MUHTOJ KEKSALARDA

HAMSHIRALIK PARVARISHI

Aholi sonining qariyalar hisobiga ortib borishi geriatrik yordamni to'g'ri tashkil qilish, uning tibbiy va ijtimoiy asoslarini bilishni taqozo etadi. Qari odamlarga yordam ko'rsatish, sog'liqlarini tiklashda faqat tibbiy choralar bilan cheklanib qolmay, balki ijtimoiy nuqtai nazardan ham yondashish kerak. Yolg'iz yashaydigan, o'z-o'ziga xizmat qila olmaydigan keksalar uchun qariyalar uyi tashkil etilgan bo'lib, ularda barcha shart-sharoitlar yaratilgan. ko'rsatmalarga ko'ra ushbu uylarga joylashtirishga ko'maklashish zarur.

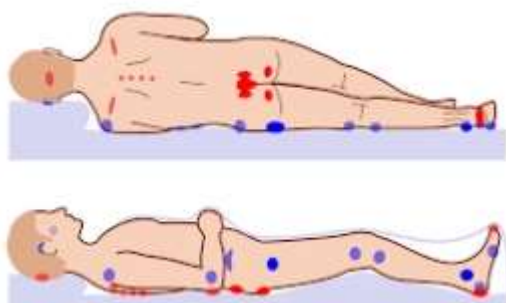
Pnevmoniya, gripp, qon aylanishining buzilishi, uremiya, kaxeksiya, anemiya, miokard infarkti va boshqa bir qator og'ir kasalliklarda geriatrik bemorlar uzoq vaqt holatini o'zgartirmay bir joyda yotib qoladilar. bu esa ishtahaning pasayishiga, gipostatik pnevmoniyaga, yotoq yaralarining paydo bo'lishiga, tromboemboliyalarga, siyishning qiyinlashuviga va siydik yo'llarining infeksiyasiga olib keladi.

Bunday bemorlarga yotgan joyida gimnastika va yengil massaj buyuriladi. bir joyda uzoq yotgan bemorlarning dumg'aza kurak, tovon va tirsaklarida terining oziqlanishi buzilishi oqibatida yotoq yaralari paydo bo'ladi. Qo'ltiq sohalari, chov burmalari, ko'krak ostidagi teri burmalari, ayniqsa ko'p terlaydigan va semiz odamlarda tez-tez yuvib turishi talab qiladi. Aks holda, bu sohalarning terisi bichiladi, bunda terining himoyar qobiliyati pasayadi va infeksiya tushishiga sabab bo'ladi.

Bemorni parvarish qilish- bemorga qarasalomatlarni tiklashda katta ahamiyatga ega. Har bir kasallik o'ziga xos parvarishni talab etadi. Bemorni parvarish qilishda bajarilishi zarur bo'lgan umumiy qoidalar ham bor. Harakatlanish chegaralangan bemorlarda teri quruqshi, elastik va regenerativ xususiyatlari pasayishi kuzatiladi. Bu esa o'z navbatida yotoq yaralar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Yotoq yara - tananing ma'lum bir qismi doimiy bosim ostida bo'lib, shu yerda qon aylanishining buzilishi natijasida rivojlanuvchi terining yarali - nekrotik zararlanishi hisoblanadi.

10.1. Yotoq yara - ko'pincha darmonsiz, og'ir xastalik oqibatida uzoq vaqt ko'rpato'shak qilib yotib qolgan bemorlarda paydo bo'ladi. Yotoq yaralar eng ko'p paydo bo'ladigan soha dumg'azadir. Kamroq hollarda ular kurak, tovon, ensa, tirsak, quymich do'mboqlari va suyark bilan to'shak orasida yumshoq to'qimalar uzoq vaqt bosilib turadigan sohalarda paydo bo'ladi(5-rasm).



5-rasm. Yotoq yaralar eng ko'p paydo bo'ladigan sohalar.

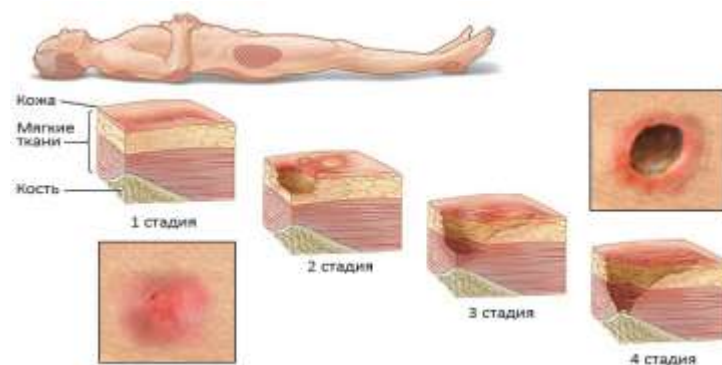
Asosan bo'rtib chiqqan suyarklar teri osti yog' qatlamining yupqaligi va terining doimo bosilib, mahalliy qon aylanishining buzilishi sabab bo'ladi. Bunda yumshoq to'qimalar iriydi (7-rasm). Uzoq vaqt bitmaydigan chuqur yotoq yara orqamiyar Shikastlanganda, shuningdek, orqamiyarning siqilib qolishi bilan kechadigan kasalliklarda, yirik nervlar, masalan: quymich nervi zararlanganda esa tovonida hosil bo'ladi.

Vitamin yetishmovchiligida, moddalar almashinuvi buzilganda yotoq yaraning paydo bo'lishi ko'payadi. Yuraktomir sistemasi yetishmovchiligiga chalinib, tinkamadori qurigan bemorlarda yotoq yara tez bir kun ichida hosil bo'lishi mumkin. Yotoq yarada yuqumli kasalliklar (toshmali terlama, ich terlama va b.) zo'rayib ketadi. Silliqlik qavatni yot jismlar qisib qo'yganida ham yotoq yara paydo bo'lishi ehtimoli bor.

Bemorni notekis to'shakka yotqizish, choyshabning ifloslanib, yig'ilib qolishi, ich kiyimning choklari va burmalari qalin bo'lishi, uringa to'kilgan ovqat qoldiqlari, bemorni palapartish parvarish qilish yotoq yara hosil bo'lishiga olib keladi.

Yotoq yara asta-sekin rivojlanganda avvaliga chegarasi noaniq ko'kintirgizil soha ko'zga taSlanadi, so'ngra epidermis (terining yuza qavati) ko'chib tusha boshlab, pufakchalar hosil bo'ladi (bu jarayon bo'lmasligi ham mumkin). Ichkariga va yon tomonlarga yiringli shish tarqalib, muskul, pay va suyarklar usti ochilib qolib, nekroz (to'qimalarning irishi) ro'y beradi. Yotoq yaradan saramas, flegmona, sepsis, gazli gangrena kabi asoratlari qolishi mumkin.

Yotoq yaralarning paydo bo'lishiga qoq suyark bo'lib oriqlab ketish, yurak faoliyati susayib, qon aylanishining yetishmay qolishi, markaziy nerv sistemasi kasalliklari (orqa miyaning travmatik shikastlanishi), shuningdek qandli diabet sabab bo'ladi. Markaziy nerv tizimi kasalliklarida paydo bo'ladigan yotoq yaralar juda tez, xastalik boshlangandan keyin bir necha soat ichida avj oladi, qandli diabetga uchragan bemorlardagi yotoq yaralar esa juda uzoq davom etadi va ularni davolash qiyin bo'ladi.



6-rasm.Yotoq yara bosqichlari.

Yotoq yaralar asta-sekin, ko'pincha bemorning o'zi ham sezmaydigan holda avj oladi. Ular quruq va infeksiyar tusi natijasida yiringli yoki irigan bo'ladi. Avvaliga teri qizarib, so'ngra yiring bilan to'lgan pufakchalar yuzaga keladi. Ular davolansa, yoriladi, bunda terining so'rg'ichli qavati ochilib qolib, rangi asta-sekin xiralasadi va jonsizlanish vaqtiga kelib, deyarli qorayadi. O'lgan to'qimalar ko'chib tushadi va yotoq yaraning ichqarisida aksariyati suyark ko'rinib qoladi. Darmonsiz bemorlarda yotoq yaralarning tez avj olishi umuman qon zararlanishiga va ba'zan o'limga sabab bo'ladi. To'qimalarga tushadigan bosimni bartaraf qilish, terini yaxshi parvarislashtirish va yotoq yaralarni to'g'ri davolash samarali natija berishi

mumkin. Biroq, shunga qaramay, yotoq yarani davolashdan ko'ra uning oldini olish osondir.

Yotoq yaralarning yuzaga keliSiga ko'pincha bemorlarni yarxshi parvarish qilmaslik: notekis, qattiq o'rin, uning tez-tez to'g'rilanib turilmasligi, almashtirilmasligi va shu sababli choySabda mayda ushoqlar, burmalar bo'lishi, choyshab va ko'ylakdagi choklar, bemor ich kiyimini kam almashtirish, siydik va axlat tegib bulg'angan badan terisini vaqti-vaqtida yuvib turmaslik sabab bo'ladi.

Yotoq yaralar paydo bo'lganda hamSira birinchi navbatda yotoq yaralar holatini baholasii va shular asosida tegishli chora-tadbirlarni amalga oshirishi lozim.

Yotoq yaralarning oldini olish uchun quyidagi choralarni ko'rish lozim:

1) har gal o'rin-ko'rpani qayta solishda bemor badanini ko'zdan kechirish, bunda asosan yotoq yara paydo bo'ladigan joylarga ahamiyart berish;

2) bemor badanining ozoda bo'lishini kuzatish, har kuni badanini nam sochiq bilan artiS, badanining siydik va axlat tegib ifloslangan joylarini suv bilan sovunlab yuvish, so'ngra orqa va dumg'aza terisini kamfora spirti bilan artish kerak. Yuvmasdan oldin kamfora spirti bilan artiSkeng tarqalgan bo'lsada, bu usul yotoq yaralarining oldini olishda yetarlicha foyda bermaydi, chunki spirt terining mikroblar tushgan mayda teshiklarini berkitib qo'yardi, biroz vaqtdan so'ng bu teshiklar ochilib, teSikchalardan chiqqan mikroblar teri ustidagi kirlarga qo'shiladi. Bundan tashqari, yuvish, ayniqsa iliq suv bilan yuvish teri yarxshilanishiga va to'qimalarning yarxshi oziqlanishiga imkon beradi;

3) terining bosilishiga yo'l qo'ymaslik maqsadida yotoq yaralar paydo bo'lishi mumkin bo'lgan joylarga yumshoq sochiq yoki yostiq jildiga o'ralgan rezina chambar qo'yiladi (9-rasm). Chambarni qo'yganda dumg'aza uning teshigi ustida turadigan bo'lishi kerak. Axlat va siydikni tuta olmaydigan bemorlar tagiga rezina sudno qo'yiladi. Rezina chambar va sudnoning teSigi bo'lib, unga metall so'rg'ich tiqib qo'yiladi.

4) bemorning kuniga bir necha marta tana vaziyartini o'zgartirib turiSiga yordam berish va goh u yonboshiga, goh bu yonboshiga, goh chalqancha yotishiga ko'maklashish kerak;

5) agar yotoq yara paydo bo'ladigan joyda teri qizarib qolgudek bo'lsa yuqorida sanab o'tilgan barcha tadbirlarni kuchaytiriSva ayni vaqtda davolashga kirishish lozim. Paydo bo'layotgan yotoq yaraga kuniga 1-2 marta 5 yoki 10% li kaliy permanganat eritmasi surtiladi.

Bo'linga yotoq yaralari ko'payib ketgan bemor yotqizilgan bo'lsa, shifokor ko'rsatmalari bo'yicha mahalliy va umumiy ta'sir qiluvchi vositalar bilan alohida davolaStalab etiladi.

Davolash. Pufakchalar paydo bo'lganda ularga brilliant yarshilining spirtdagi eritmasini surtiS, so'ngra quruq bog'lam qo'yishlozim. Nekroz chegaralangandan so'ng nekrozlangan to'qimalar olib taSlanadi va jarohat 1% li kaliy permanganat eritmasiga botirilgan steril salfetka bilan berkitiladi. Bog'lam kuniga 2-3 marta yarngilanadi. Jarohat tuzala boshlaganda Vishnevskiy malhami, peruan va paxta moyining aralashmasi, sintomitsin emulsiyarsi va boshqa malhamli bog'lamlarga o'tiladi.

Shifoxonada yotgan bemorlarda yotoq yaralar paydo bo'lishi, parvarishning yomonligidan darak beruvchi dalildir.

Oldini olish. Bemorni to'g'ri parvarish qilish va holatini muntazam ravishda o'zgartirib turish (agar bunga monelik bo'lmasa, miyarsiga qon quyilmagan va miokard infarkti bo'lmagan bo'lsa); uni choySab tekis qilib yozilgan maxsus to'shakka yotqizishva h. k.

Yotoq yara hosil bo'lishi ehtimoli bo'lgan joylarga, dumg'aza va quymich tagiga choyshab o'ralgan Yoki jild kiydirilgan rezina tuvak, tovon tagiga ichiga paxta solingan doka doiralar qo'yiladi, bemor qorni bilan yotganda esa bunday doiralar tiza qopqog'i do'nglari va yonbosh suyarklari tagida bo'ladi.

Badanning eng ko'p botadigan joylari kuniga 1-2 mahal kamfora spirti yoki boSqa spirtli eritmalar bilan artib turiladi. Bunda yengil massaj (uqalash) ham qilib boriladi. Asosan ultrabinafSa nurlar, antiseptik vositalar, margansovka (kaliy permanganat) va h. k. bilan davolaniladi.

Qovug'ini tuta olmaslik – siydik pufagida yallig'lanish yoki toshning bo'lishi, prostata bezining kasalliklari, ayollarda uretraning kasalliklari, miyada qon

aylanishining buzilishi, dementsiya, mielit tufayli paydo bo'ladi. Parvarish davrida siydikni yig'ish uchun rezinali siydikdonlardan foydalaniladi va badan terisini toza saqlab turiladi.

10.2.Siydigi tutilib qolgan va siydigini tutib turolmaydigan bemorlarni parvarishlash.

Siydik tutilishi (ishuriya) - to'lib ketgan qovuqni bo'shata olmaslik - siydik yo'liga tosh tiqilib qolishi, yallig'lanishi, o'sma paydo bo'lishi yoki chandiqlanib tortishib qolishi tufayli siydik chiqarish kanali o'tkazuvchanligining buzilishidan vujudga kelishi mumkin. Qo'shni a'zolar va to'qimalar jarohatdan shikastlanganda, shuningdek yallig'lanish, o'sma kasalliklari va chandiq hosil qiladigan turli-tuman xastalik bilan og'riganda siydik chiqarish kanali bosilib qolishi mumkin. Siydik tutilishi ko'pincha keksa yoshdagi erkaklarda o'sib kattalashgan prostata bezining siydik chiqarish kanalini bosib qolishi natijasida kelib chiqadi.

Siydik tutilishi nerv boshqaruvining buzilishi sababli ro'y beradigan ishuriya markaziy va periferik nerv sistmasining har xil kasalliklarida paydo bo'ladi, shuningdek vegetativ nerv sistemasi faoliyati buzilganda, operatsiya va tug'ruqdan keyingi davrda uchrab turadigan asorat hisoblanadi.

Bunday xastaliklar aksariyat qovuqning falajlanishi va sfinkterning spazmi bilan o'tadi, ayni vaqtda bemor yozilgisi kelmaydi, natijada g'oyat to'lib va juda cho'zilib ketgan qovuq yorilishi mumkin.

Kateterlash-qovuqni siydik chiqarish, qovuqni yuvish, unga dori moddasini kiritish yoki tekshirish uchun siydik olish maqsadida qovuqqa kateter kiritishdir. Qovuqqa mikroblar tushmasligi uchun kateterlashni g'oyat ehtiyotkorlik bilan qilish kerak, chunki uning shilliq pardasi infeksiyaga bardosh berolmaydi. Shu sababli kateterlash zarur bo'lgandagina va iloji boricha jarrohlik qo'lqoplarida o'tkazilishi lozim. Kateterlash **yumshoq** va **qattiq** kateterlar yordamida o'tkaziladi.

Yumshoq kateter -uzunligi 25-30 sm va diametri 10 mm gacha bo'lgan (N° 1-30) elastik rezina naychadan iborat. Kateterning yuqori uchi yumaloqlangan, berk bo'ladi. Uning yaqinida yon tomondan oval teshigi bor. Kateterning tashqi uchi dori

eritmasini yuborish uchun shpris uchligini kiritish va qovuqni yuvish uchun qiyshiq kesilgan yoki voronkasimon kengaytirilgan.

Qattiq kateterlar (metall kateter) uch qismdan: 1) kateter; 2) o'q (sterjen) va 3) tumshuqdan iborat (ikkita oval teshikli uretral uchli). Kateter yumaloq bo'lib teshigining pastida kovagi bo'lmaydi. Erkaklar kateterining uzunligi 30 sm gacha, ayollarniki 12-15 sm bo'ladi.

Ayollarga kateter kiritish (40-rasm, a). Muolaja tibbiy qo'lqoplar kiyilgan holda o'tkaziladi yoki muolajadan oldin tibbiyot hamshirasi qo'lini iliq suvda sovunlab yuvib, tirnoq falangalarini spirt va yod eritmasi bilan artishi lozim. Qinda ajralmalar bo'lsa ayolning tagi yuvilib, sprinsovka qilinadi. Tibbiyot hamshirasi yoki shifokor o'ng tomonda turadi. Chap qo'l bilan jinsiy lablar kerilib, o'ng qo'l bilan esa tashqi jinsiy a'zolari va siydik chiqarish kanali teshigini yuqoridan pastga tomon(orqa chiqaruv teshigi yo'liga tomon)biror zararsizlaydigan eritma(sulema eritmasi 1:10000, furatsillin, simob oksisianid eritmasi) bilan yaxshilab artiladi. So'ngra pinset bilan steril vazelin moyi surtilgan ayollar kateteri olinadi va siydik chiqarish kanalining tashqi teshigini topib, ehtiyotlik bilan kiritiladi. Kateterning tashqi uchida siydik ko'rinishi, uning qovuqqa tushganligini bildiradi.

Siydik o'zicha ajralmaganda qolgan siydikni chiqarish uchun qorin devori orqali qovuq sohasini biroz bosish mumkin, so'ngra kateterni asta-sekin chiqarsa bo'ladi, shundagina qoldiq siydikning ozroq miqdori kateter chiqarilgandan keyin, siydik chiqarish kanalini yuvib chiqadi. Ayollarda u deyarli uzun bo'lmaydi (46 sm), shunga ko'ra kateterlash qiyinchilik tug'dirmaydi.

Siydikni ekma (sinama) uchun olish kerak bo'lsa, steril probirka chetlarini alanga ustidan o'tkaziladi va u to'lgandan so'ng steril paxta tiqin bilan berkitiladi. Kateterlash nosteril kateter yoki yuvilmagan qo'l bilan o'tkazilsa, qovuqqa infeksiya tushib yallig'lantirishi mumkin, bu ko'pincha bemor ahvolini og'irlashishiga sabab bo'ladi, shuning uchun hamshira aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilishi kerak.

Erkaklarga kateter kiritish. Erkaklarga kateter kiritish birmuncha qiyin, chunki ularda siydik kanalining uzunligi 22-25 sm bo'ladi va ikkita fiziologik

torayish hosil qilib, ular kateterning o'tishiga to'sqinlik qiladi. Muolaja tibbiy qo'lqoplarda bajariladi. Bemor kateterlash vaqtida oyoqlarini tizzasidan biroz bukib, chalqancha yotqiziladi, oyoqlari orasiga "utka", lotok yoki krujka qo'yilib, siydik kateterdan shu idishga oqib tushadi.

Hamshira yoki vrach chap qo'lga jinsiy olatni olib uning boshchasini zararsizlovchi eritmaga ho'llangan paxta bo'lakchasi bilan yaxshilab artadi. O'ng qo'li bilan steril vazelin moyi surtilgan kateterni asta-sekin, ko'p kuch sarflamay siydik chiqarish kanaliga kiritadi. Kateter pinset yoki steril doka salfetka bilan olinadi. Kateterlashni rezina kateterdan boshlash kerak. U yumshoq va ayni vaqtda qayishqoq bo'lganligidan osongina turli shaklni egallaydi, bu mavjud to'siqlarni chetlab o'tishga imkon beradi. Kateter qovuqqa tushishi bilan siydik paydo bo'ladi.

Qovuqni yuvish. Qovuq yiring, to'qimalarning parchalanish mahsulotlarini mexanik chiqarish uchun, shuningdek, sistoskop kiritish oldidan yuviladi. Odatda qovuq rezina kateter yordamida yuviladi. Oldin qovuqning sig'imi aniqlab olinadi, buning uchun bir marta siydik ajratishda chiqqan siydik miqdori o'lchanadi. Bemor tizzalarini bukib, sonlarini kerib va chanog'ini ko'targan holda chalqancha yotqiziladi. Bu muolajani urologik kursida bajarish mumkin. Rezina naychasiga kateter kiygizilgan Esmarx krujkasida va Jane shprisi bilan qovuqni yuviladi. Bunda kaliy permanganat (1:100000), furasillin eritmasidan foydalanish mumkin. Asboblar steril bo'lishi kerak. Qo'lqoplar kiyiladi. Qovuqqa kateter kiritiladi va siydikni chiqarib, uni Esmarx krujkasining rezina naychasi bilan ulanadi. Qovuqni tiniq suyuqlik paydo bo'lguncha yuviladi va shundan so'ng sistoskop kiritilmaydigan bo'lsa, qovuqning yarmigacha eritma bilan to'ldiriladi va kateter chiqariladi.

Yuvishdan keyin bemor 30-60 minut yotishi zarur. Agar qovuq dori moddalari bilan yuviladigan bo'lsa, bu ishni har kuni yoki kunora bajariladi. Odatda jami 12-14 marta yuviladi.

10.3. Geriatrik bemorlarda uchraydigan qabziyatlar muhim ahamiyatga egadir. bu ovqatlanishdagi nuqsonlarga bog'liq. masalan, meva-sabzavotlar va ularni soklarining ratsionda bo'lmasligi va noto'g'ri ovqatlanishdan iboratdir. Ba'zi dori-darmonlar va kam harakatlik ham qabziyatga olib keladi. ammo keksa

kishilarda qabziyatda xo'qna tayinlash ichaklarni zararlaydi, buning o'rniga esa sutli va o'simliklardan tayyorlangan, meva-sabzavotlarga boy parhez tayyorlanadi, surgilar buyuriladi.

10.4. Qarilikda axlatni tuta olmaslik hollari bo'lsa, to'g'ri ichak sfinkteri sohasidagi mahalliy yallig'lanish, o'smalar, nerv kasalliklarida, miyaga qon quyilganda kuzatiladi. Bunday bemorlar alohida xonalarga joylashtiriladi, osti yuvib turiladi, xona havosi shamollatib turiladi.

10.5. Ovqatning tarkibiy qismlari, energetik qiymati ko'rsatkichlari, kalloriyarsi.

Ovqatlanish tirik organizmning o'sishi, me'yoriy rivojlaniishi va hayot kechirishi hamda salomatligi sog'lom ovqatlanishga bog'liq bo'lib, asosiy fiziologik ehtiyojlaridan biri hisoblanadi. Kishi rejim bilan to'g'ri ovqatlansa, kasalliklarga kamroq chalilib, ularni oson yengadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotiga ko'ra, o'nta kasallik turi o'lim sabablariga olib keladi. Bularga semirish, kamqonlik, yurak-qon tomir, jigar va buyrak kasalliklari hamda diabet noto'g'ri ovqatlanish bilan bog'liq.

Odam organizmiga oziq-ovqat mahsulotlari orqali oqsillar, yog'lar, uglevodlar, mineral tuzlar, suv, vitaminlar va to'qimalarni tiklash, energetik sarflarning o'rnini to'ldirishi, hamda organizmga boshqa ehtiyojlarni qoplaydigan moddalar kiradi.

Diyetaterapiya - ovqatni shifo maqsadida qo'llanishdir. U birinchi galda kasal organni ximiyarviy va mexanik ehtiyojlash, uning funksiyasini tiklash uchun bir mahsulotni ikkinchi xili bilan alishtirish yoki bemor organizmiga yetishmay turgan zarur ovqat moddalarini kiritishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi. Belgilangan nomenklaturaga binoan 1 dan 15 raqamlargacha ifodalangan parhez ovqatlar qo'llaniladi.

Qari odamlarning ovqatlanish rejimini tashkil etishda ularda uchraydigan ateroskleroz, gipertoniya, diabet, osteoporoz, onkologik kasalliklar, semirish kabi kasalliklarni oldini olish maqsadida askorbin kislotasi va «e» vitamini, «a» vitamini, osteoporozni oldini olish maksadida «d» vitamini va kaltsiy berish kerak.

Qarilikda ovqat tarkibidagi oqsil, yog'lar va uglevodlarning nisbati 1,0:0,8:3,6 bo'lishi kerak. ovqatda uglevodlar miqdori cheklangan bo'lib, osh tuzi esa 5-8 g. gacha kamaytiriladi, bu esa arterial bosimni oshishini, shishlar paydo bo'lishini oldini oladi. qari yoshdagi odam bir kunda 4 marta ovqatlangani ma'qul.

Birinchi nonushta ovqatning umumiy sutkalik energetik qiymatining 25%ini, ikkinchi nonushta 15%ini, tushlik 35%ini, kechki ovqat 25%ini tashkil etishi kerak. kechki ovqat uxlashdan 2-3 soat oldin berilgani ma'qul.

Ko'p bemorlar boshqa kishining yordamisiz o'zlari ovqatlana oladilar. Buni faol ovqatlanish deyiladi. Boshidan og'ir kasallikni kechirgan, quvvatsizlanib qolgan yoki operatsiyadan chiqqan kishilar mustaqil ovqatlana olmaydilar. Bu sust ovqatlanish deyiladi. Og'ir yotgan bemorlarni ovqatlantirish bo'lim hamshirasi yordamida amalga oshiriladi.

Agar bemor o'tirishi mumkin bo'lsa, unda unga yotoqda o'tirgan yoki yarrim o'tirgan holatni berish kerak (13-rasm). Agar bemor qoshiq va pichoqni ishlatishga qodir bo'lsa, unga yordam berayotganda ehtiyotkorlik bilan bajariSiga ishonch hosil qilib, uni o'zi ovqat yeyishiga ruxsat beriSkerak bo'ladi. Og'ir yotgan bemorga mo'ljallangan idishlar yotoqxona stoliga qo'yiladi, hamshira bemorning boshini chap qo'li bilan ko'taradi va o'ng qo'li bilan ovqatlantiradi.

Ovqat sovuq yoki issiq bo'lmasligi kerak (50 C dan yuqori , sovuq taomlar harorati 10 C dan past bo'lmasligi kerak) va uning harorati tekshirilishi lozim. Qoshiq og'izga to'liq bo'lmagan holda keltiriladi va birinchi navbatda pastki labiga qo'yiladi, shunda bemor ovqatni tatib ko'riSi mumkin ovqatni ta'tib ko'rgandan keyingina, bemor ovqat yeyishni boshlaydi, garchi u ovqatlanshdan qat'iyarn boStortgan bo'lsa ovqatlantirish sekin astalik bilan amalga osiriladhi. Agar kasal odam ovqatlanishda qiynalayotgan bo'lsa, uni maqtang va dalda bering.

Shunday ekan, qari yoshdagi bemorlar tibbiy yordamga murojaat qilishganda ularni jamiyatning teng huquqli a'zosi, deb bilish va ularga alohida hurmat va ehtirom ko'rsatish zarur. Tibbiyot xodimlari gerontologik bemorlarda kechadigan kasalliklarni o'ziga xos xususiyatlarini, ular bilan suhbatlashishni, ularni qanday parvarishlash va davolashni bilishlari shart.

Har qanday tibbiyot xodimining ish kuni davomida uchrashi muqarrar bo'lgan xolatlarning 35-40 % qariyalar tashqil qiladi poliklinikaga kelgan yoki uyga chaqirgan qariya hamshiraga o'zining qariligidan emas, balki kasalligidan shikoyat qiladi. Shuning uchun hamshira uning shikoyatlarini qariligi bilan bog'lashga xaqli emas. Hamshiralar tushuntirish kerakki, insonning qariligi kasallik bilan parallel kechishi mumkin. Lekin bu qarilikka o'xshab orqaga qaytmas jarayon emas. Qariya sog'ayib ketishi uchun barcha aqliy va jismoniy imkoniyatlaridan foydalanishi va to'liq bo'lmasa ham sog'ayib ketishi mumkin ekanligini hamshira tushintirishi kerak. Buning uchun hamshiradan xayotiy tajriba, adekvat psixoterapevtik ta'sir hamda diqqatligi bo'lish talab etiladi.

11-BOB. HAYOTDAN KO‘Z YUMAYOTGAN QARIYALARNI PARVARISHLASH

1) Hayotdan ko‘z yumayotgan bemorning oilasi notinch va qo‘rquvda bo‘ladi. Hamshira bemorning oilasi bilan suhbatini diqqat bilan tinglashi, ularning notinchligini aniqlashi va bunday negativ tuyg‘ularni bartaraf etishda kerakli yordamni berishi kerak.

2) Davolash uchun qulay sharoit tayyorlab qo‘yish. Bemorga shunday muhit yaratish kerakki, bunda yashashi uchun qulay va davolanishiga yordam bersin. Bemorning oilasi, qadrlagan narsalari bilan doimiy munosabatini o‘z ichiga olgan sharoitni har doim yodda tutish lozim. Mana shu narsalarga asoslangan holda o‘layotgan bemorni har kungi hayotini qo‘llab-quvvatlash kerak.

3) Qari odamni va uning oilasi istagan kishini parvarish qilishga qo‘yib berish. Hayotdan ko‘z yumayotgan bemor va uning oilasi talablarini hisobga olish muhim. Parvarishlashda shunga e‘tibor berish kerakki, bemor davolanishda va har kungi hayotida mustaqillikka ega bo‘lsin. Bunday yondoshishga asoslanib, bemor va uning oilasi kutgan parvarishni amalga oshirish uchun sharoit yaratish kerak.

4) Keksa kishi va uning oilasini istaklari o‘zgarganda chora ko‘rish. Bemor va uni oilasi nimagadir kelishsa ham, ba‘zi holatlarda ularning fikri o‘zgaradi. Bunday o‘zgarishlarga to‘g‘ri yondoshish kerak va bunday holatlarda ularning fikrlarini diqqat bilan tinglash, iloji boricha ularning istaklarini ro‘yobga chiqarishga yordam berish kerak. Bemor va uning oilasini istaklari o‘zgarib qolganda bemalol xabar berishlari uchun doimiy munosabatda bo‘lib turish yana bir muhim omillardan hisoblanadi.

Hayotdan ko‘z yumayotgan keksa odamning iztiroblari va uni yengillatish uchun yordam berish

1) Iztirob, yaroqsizlik hissi va ularni yumshatishda hamshiralik parvarishi. Yaroqsizlik hissida yordam ko‘rsatish uchun qulay vaziyat yaratish, oyoqlarini massaj qilish, vanna qilish va boshqa chora-tadbirlarni o‘tkazish kerak, bu bo‘shashgan, qulay vaziyatga olib keladi.

2) Og'riqni yengillatish uchun hamshiralik yordami. Og'riq borasida har tomonlama baholash o'tkazish va aniqlangan sabablarni yo'qotish kerak. Agar jismoniy og'riq bo'lsa, og'riq qoldiruvchi vositalar berish kerak, nojo'ya ta'sirini hisobga olgan holda. Agar psixologik og'riq bo'lsa, uni keltirib chiqaruvchi sabab bo'lgan notinchlik, qo'rquvda hamshira bemorning suhbatini diqqat bilan tinglashi va doim uning yonida bo'lishi lozim.

3) Depressiyada va alahsirashda hamshiralik yordami. Agar bemorda ishtaha, faollik pasaysa va uyqu buzilsa, depressiya va alahsirash rivojlanishi mumkin. Fizik holatini baholab, uyquni ta'minlashga yordam berish kerak. Agar shunda ham kutilgan samara bo'lmasa, unda shifokor konsultatsiyasi kerak bo'ladi va dori ichish masalasi ko'rib chiqiladi.

4) Defekatsiyaga qiynalganda hamshiralik yordami. Fiziologik ehtiyojlar bilan bog'liq muammolarga qabziyat, axlat tutolmaslik kiradi. Qabziyat hisobiga qorin shishadi va anoreksiya holati yomonlashadi. Bunday hollarda qorin massaj qilinadi, tana holati o'zgartiriladi, qorin va orqa chiqaruv teshik atrofidagi teri parvarishlanadi, orqa chiqaruv teshik kerakli darajada ta'sirlantiriladi. Bundan tashqari, shifokor bilan maslahatlashib axlat massalarini yumshatuvchi va boshqa vositalar qo'llaniladi.

5) Nafas qiyinlashganda uni yengillatish uchun hamshiralik yordami. Nafas qiyinlashganda bemorni Fauler holatiga o'tkazish samarali usul hisoblanadi, bunda diafragmaning joylashishi pasayadi va nafas hajmi oshadi, so'lak va shilliq oqishini yengillatish uchun xona ichi namligi oshiriladi, suyuqlik beriladi. Nafas qiyinlashishi natijasida bemor notinch bo'lib qoladi, bunday holda uning oyoq va qo'lini vanna qilish, orqasiga issiq kompress qo'yish bilan bo'shashgan holatga keltirishni talab qilinadi. Agar bu istalgan samarani bermasa, unda kislorod ingalatsiyasi qo'llaniladi.

O'lim belgilari va o'limni tasdiqlash o'lim bosqichlari:

Terminal holat – hayotning so'nggi bosqichi bo'lib, nafas va qon aylanish tizimidagi jiddiy o'zgarishlar natijasida hamma organlar faoliyati susayishi bilan

xarakterlanadi. Bosh miyadagi gipoksiya asosiy rolni o'ynaydi, bu yurak ishini buzadi va asfiksiya natijasida kelib chiqadi.

Preagonal holat – o'limning birinchi davri bo'lib, bu vaqtda arterial bosim tez tushib ketadi, hushning yo'qolishi rivojlanib boradi, organ va to'qimalarning kislorodga to'yinmaslik holati kuchayib boradi.

Terminal pauza – birdan nafas to'xtashi, shox parda reflekslarining yo'qolishi bilan xarakterlanib, bir necha sekunddan 3 minutgacha davom etadi.

Agoniya – o'limning ikkinchi davri. Klinik o'lim boshlanishi bilan yuzaga keladi. Boshida og'riq sezgisi yo'qoladi, hamma reflekslar yo'qoladi, sekinlik bilan hushni yo'qotish boshlanadi. Nafas kuchsiz, siyrak yoki aksincha, qisqa maksimal nafas olish va tez to'liq nafas chiqarish, katta amplitudali nafas bo'lishi mumkin. Har nafas olishda bosh orqaga ketadi, og'iz katta ochiladi. Yurak qisqarishlari ritmi 1 min da 40–20 gacha sekinlashadi, puls ipsimon bo'ladi va zo'rg'a aniqlanadi. Arterial bosim 20–10 mm sim. ust. gacha pasayadi. Ba'zida ensa mushaklari rigidligi va umumiy tonik talvasalar yuzaga keladi. Beixtiyor siyish va defekatsiya kuzatiladi. Tana harorati tez pasayadi.

Klinik o'lim – hayot va o'lim o'rtasidagi o'ziga xos o'tish holati bo'lib, MNT faoliyati to'xtashi bilan boshlanadi, bosh miyada qaytmas o'zgarishlar rivojlanguncha qon aylanish va nafas olish qisqa muddat davom etadi.

Klinik o'lim belgilari:

katta magistral tomirlarda pulsatsiya yo'qligi (uyqu, son, yelka arteriyasi);

- hushni yo'qolishi;
- qorachiqalar kengayishi;
- klonik va tonik talvasalar bo'lishi;
- nafas to'xtashi.

Yaqinlashgan o'lim belgilari:

- tez, kuchsiz yoki noritmik puls;
- arterial bosim pasayishi;
- teri sovuq va nam, rangpar bo'lishi;
 - qo'l va oyoqlar sovub, oqaradi;

- terlash kuchaygan;
- najas va siydik tutolmaslik;
- tezlashgan yuzaki nafas davrining sekinlashgan nafas davri bilan almashib turishi;
- hiqildoqda to‘plangan shilliq, nafasda «bilqillagan» tovushga sabab bo‘lishi mumkin;
- hushni yo‘qotish yoki hushi joyidaligi holatini behushlikka o‘tishi va aksincha.

Yuz bergan o‘lim belgilari:

Odamni shifokor tekshirib, o‘limni tasdiqlagandan so‘nggina o‘lgan deb hisoblanadi.

O‘lgan odamda:

- puls, nafas va arterial bosim yo‘q;
- og‘riq va termik ta’sirlovchilarga sezgining yo‘qligi;
- ko‘z shox pardasining qurishi va xiralashishi, qorachiqalar bir holatda fiksatsiyalangan (harakat yo‘q) va kengaygan;
- odam tanani qaysi yuzasi bilan yotgan bo‘lsa, shu yerga qon quyiladi va uni terisida to‘q dog‘lar paydo bo‘ladi (murda dog‘lari);
- tana harorati pasayadi;
- siydik pufak va ichak beixtiyor bo‘shalishi mumkin;
- o‘limdan 6–8 soat o‘tgandan so‘ng, oyoq-qo‘llar qotib qoladi (murdaning qotib qolishi).

Jabrlanganning o‘limi haqidagi so‘nggi qarorni qonunda ko‘rsatilgan tartibda qabul qilinadi (ya’ni, shifokor tomonidan).

Insonning o‘limidan keyingi parvarishi qlgan odamning diniy va milliy urf-odatlariga ko‘ra parvarishi.

Qonun bo‘yicha kuch ishlatilgan yoki tez yuzaga kelgan o‘lim holatlarida murdani albatta yorish kerak. Agar o‘lim uzoq davom etgan surunkali kasallik tufayli yuzaga kelgan bo‘lsa, o‘lgan odamning qarindoshlari murdani yorishdan bosh tortishlari mumkin. Bunday bosh tortish yozma ravishda amalga oshiriladi.

O'lgan odam tanasining parvarishi diniy va milliy odatlariga ko'ra o'tkaziladi. Har qanday holatda ham o'lgan odam tanasiga hurmat bilan qarash kerak.

Murdaga qarash qoidalari:

murdaning kiyimlari yechiladi va orqasi bilan • yotqiziladi, qimmatbaho narsalari shifokor ishtirokida yechiladi va qarindoshlariga beriladi;

- pastki jag'i bog'lab qo'yiladi, qovoqlari yopiladi, usti oqlik bilan yopiladi va 2 s ga qoldiriladi;

- o'lgan odam soniga FISH, kasallik tarixi raqami yoziladi;

- kuzatib boruvchi qog'ozga o'lgan odam FISH, kasallik tarixi raqami, diagnoz va o'lgan sana yoziladi;

- murda hamshira kuzatuvida patologo-anatomik bo'limga yuboriladi.

Oila a'zolariga yordam. O'lgan odamning oilasiga qayg'uni yengishda yordam berish, qo'llab-quvvatlash kerak. Ko'p hollarda bemorning oilasiga oldindan kasallikning belgilari va bemor qancha yashashi haqida xabar beriladi. Shuning uchun oila a'zolari bemorning o'limi haqida biladi, oilani bemorga bo'lgan muhabbati tufayli qayg'urishib g'am chekishadi. Oilaga kerakli yordamni ko'rsatish va ularning hayoti, sog'lig'ini qo'llab-quvvatlashga harakat qilish kerak:

- yaxshi tinglovchi bo'lish va oila qayg'usiga hamdard bo'lishni bilish kerak;

- oila a'zolariga shunday yordam berish kerakki, yaqinlarini xotiralaridan o'chirishga harakat qilmasliklari, qayg'uni qabul qilishlari, keyingi hayotlarida tayanch uchun kuch bo'lishi kerak.

FOYDALNGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

Prezident asarlari:

1. Shavkat Mirziyoev “Milliy taraqqiyot yo‘limizni qat’iyat bilan davom ettirib, yangi bosqichga ko‘taramiz” Toshkent – “O‘zbekiston”-2018.
2. Shavkat Mirziyoev “Xalqimizning roziligi bizning faoliyatimizga berilgan eng oliy baxodir” Toshkent – “O‘zbekiston”-2018.
3. Shavkat Mirziyoev [“Erkin va farovon, demokratik O‘zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz”](#) Toshkent – “O‘zbekiston”-2016.
4. Shavkat Mirziyoev “Tanqidiy tahlil, qat’iy tartib-intizom va shaxsiy javobgarlik - har bir rahbar faoliyatining kundalik qoidasi bo‘lishi kerak” Toshkent – “O‘zbekiston”-2017.

Asosiy adabiyotlar:

1. Razikova I. S., Alikulova D. Ya. Gerontologiyada hamshiralik ishi, Darslik (uzbek tilida). Toshkent 2018 y.
2. Krasnov A.F. Sestrinskoe delo (I – II tom), Uchebnoe posobie. Elektronnyy uchebnik Moskva. 2000 g.
3. Turchina J.E., Myagkova Ye.G. Sestrinskoe delo v geriatrii , Uchebnoe posobie. Rostov-na-Donu. 2006.

Qo‘shimcha adabiyotlar:

1. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni Saqlash Vazirligining 2015 yil 25 martdagi 123-sonli “OIV infeksiyasini oldini olish chora tadbirlari va tibbiy yordamni tashkil etishni yanada takomillashtirish to‘g‘risida ” gi buyrug‘i
2. López-Otín C. et al. The Hallmarks of Aging. Cell, 2013.
3. Kenyon C. The genetics of ageing. Nature, 2010
4. Rustamova M., Xo‘jamberdiev M. Geriatriya, Darslik. Toshkent 2012 y.
5. Pod redaksiyey G.P. Kotelnikova Sestrinskoe delo professionalnye dissipliny, Uchebnik. Rostov – na – Donu. “Feniks” 2007 g
6. Gadoev A.G. Ichki kasalliklar propedevtikasi, Darslik. Toshkent 2014 y.

7. Gadaev A.G. Propedevtika vnutrennix bolezney. Uchebnik. (na rusском yazyke). Toshkent – 2019
8. Filippova A.I. Sestrinskoe delo v terapii. Uchebnoe posobie. Meditsina. 2000 y.
9. Pod redaksey D.F. Chebatoreva. Geriatriya, Uchebnoe posobie. Moskva 1990
10. Gerontological Nursing Virginia Burggraf, Richard Barry
11. Shkondina I.E., Valeologiya. Tashkent, 2007, s. 70
12. Inomov U.O. «Xamshiralik ishi», Toshkent, Ibn Sino nomidagi tibbiy nashriyoti, 1996 yil.
13. Nazirov F.G., Gadaev A.G. Bemorlarni parvarish qilish., Tashkent, 2003.
14. V.I. Petrushin, N.V. Petrushin «Valeologiya», uchebnoe posobie, M., Gardariki, 2003 god, 432 s.

Internet saytlari

1. www.sestra.ru
2. <http://www.bmn.com/>
3. www.med.uz.
4. www.lex.uz.
5. www.medical.ru.
6. www.minzdrav.uz.
7. www.tma.uz.
8. www.tashpmi.uz.
9. www.ziyonet.uz.

MUNDARIJA

Kirish.....	2
1-BOB.Gerontologiya va geriatriya haqida tushuncha.....	8
1.1. Gerontologiya va geriatriya haqida tushuncha.....	11
1.2. Inson hayotida qarilik jarayonining kechishi	18
1.3. Qarish jarayonining kechishi va qarish jarayoniga ta'sir etuvchi omillar.....	19
1.4. Qariyalarda hamshiralik ishining o'ziga hosligi.....	23
1.5. Qariyalarda hamshiralik ishida talab etiladigan etika va deontologiya.....	25
2-BOB.Keksalik davrining o'ziga xos jismoniy, ruhiy va ijtimoiy xususiyatlari.....	26
2.1.Keksa va qariyalar tayanch-harakat tizimi anatoma – fiziologik xususiyatlari.	27
2.2. Osteoporoz jarayonida suyak to'qimasida ro'y beradigan o'zgarish.....	30
2.3. Keksa yoshdagi odamlarning davolovchi jismoniy tarbiya mashqlari bilan shug'illanishi.....	32
2.4. Keksalik davrining o'ziga xos ruhiy va xususiyatlari.....	38
2.5. Keksalarda ko'z, quloq a'zolarida yoshi bilan bog'liq o'zgarishlar.....	42
3-BOB. Gerontofarmakologiyaning yosh bilan bog'liq hususiyatlari, tamoyillari va qoidalari.....	43
3.1. Dori vositalarining qari va keksa yoshdagi bemorlarga nojo'ya ta'siri.....	46
3.2.Anafilaktik shokda birinchi yordam.....	53
4-BOB. Qariyalar salomatligining xususiyatlari.....	54
4.1. Qariyalar salomatligining xususiyatlari va uni qo'llab-quvvatlashda hamda tiklashda hamshiralik ishi.....	57
5-BOB.Qariyalarda nafas olish tizimi a'zolari kasalliklari kechishining o'ziga xos xususiyatlari.....	58
5.1.Keksa va qariya yoshdagi bemorlarda nafas azolarining anatomik fiziologik xususiyatlari.....	58
5.2. O'tkir bronxit	59
5.3. Surunkali bronxit.....	60
5.4.O'tkir pnevmoniyalar.....	63

5.5. O'pka sili.....	64
5.6. O'pka raki.....	65
6-BOB. Qariya yoshdagi bemorlar yurak - qon tomirlari tizimining o'ziga xos anatomik - fiziologik xususiyatlari.....	66
6.1.Qon tomir tizimini anatoma – fiziologik xususiyatlari, keksa va qariyalarda kasalliklarning kechishini o'ziga xos tomonlari.....	67
6.2. Ateroskleroz.....	68
6.3.Geriatrik bemorlarda arterial gipertoniya kechishining o'ziga xos xususiyatlari.....	70
6.4.Yurakning ishemik kasalliklari.....	73
6.5. Miokard infarktini davolash va parvarish qilish.....	73
6.6. Aritmiyalar.....	75
7-BOB. Keks va qariya yoshdagi bemorlar oshqozon – ichaklarining, gepato - biliar tizimining anatomik - fiziologik xususiyatlari.....	76
7.1.Keks va qariyalarda hazm a'zolari anatoma – fiziologik xususiyatlari.....	77
7.2.Surunkali gastrit.....	77
7.3. Me'da yara kasalligi.....	78
7.4.Me'da raki.....	78
7.5.Surunkali gepatit.....	79
7.6. Jigar sirrozi.....	80
7.7.Jigar raki.....	80
7.8. O't-tosh kasalligi.....	81
7.9. Xolesistit.....	82
7.10. Surunkali pankreatit	83
7.11. Xronik kolit.....	84
8-BOB. Geratrik bemorlarda siydik yo'li, buiraklarda tosh bilan bog'liq o'zgarishlar va kasalliklar.....	85
8.1.Keks va qariyalarda siydik ajratish tizimining anatoma – fiziologik xususiyatlari.....	85

8.2.O'tkir glomerulonefrit.....	87
8.3.Buyrak tosh kasalligi.....	89
8.4. Senil sistiti.....	90
9-BOB.Qariyalarda endokrin tizimi kasalliklari (qandli diabet) ni kechishining o'ziga xos xususiyatlari.....	91
9.1.Keksa bemorlarda qandli diabet kasalligining kasalliklari etiologiyasi, klinikasi, davosi, oldini olish va reabilitatsiyasining xususiyatlari va ularda hamshiralik parvarishi.....	103
10-BOB. Uyda parvarishga muhtoj keksalarda hamshiralik parvarishi.....	105
10.1.Yotoq yara	109
10.2.Siydigi tutilib qolgan va siydigini tutib turolmaydigan bemorlarni parvarishlash.....	109
10.3.Geriatrik bemorlarda uchraydigan qabziyatlar.....	112
10.4.Qarilikda axlatni tuta olmaslik.....	112
10.5. Ovqatning tarkibiy qismlari, energetik qiymati ko'rsatkichlari, kalloriyarsi.....	114
11-BOB. Hayotdan ko'z yumayotgan qariyalarni parvarishlash.....	119
Foydalangan adabiyotlar ro'yxati.....	121
Mundarija.....	124

HAYDAROVA BUZULAYHO AXMEDOVNA

GERANTOLOGIYA

(Monografiya)