

NASRIDDINOVA N.N.

GERONTOLOGIYA VA UMUMIY GERIATRIYA

TOSHKENT

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

N.N.NASRIDINOVA

GERONTOLOGIYA VA UMUMIY GERIATRIYA

*O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi
ko‘rsatmasiga muvofiq oliy tibbiyot institutlari va kollej
o‘qituvchilari uchun o‘quv qo‘llanma*

Toshkent — 2018

UO‘K: 613.98(075)

KBK: 28.03я7

N 27

N.N.Nasriddinova

Gerontologiya va umumiy geriatriya [Matn]: / Prof. N.N.Nasriddinova
— Toshkent: “Barkamol fayz media” nashriyoti, 2018. — 164 b.

Ushbu uslubiy qo‘llanma qariyalar hayotiy o‘zgarishlarini, gerontologik, fiziologik va biologik o‘zgarishlar asosida o‘rganilgan aterosklerotik kechishlarni klinik tekshirishlar jarayonida ilmiy asoslaydi.

Qo‘llanmada asosiy gerontologik diagnostika usullari va qariyalarda ko‘proq uchraydigan ichki kasalliklar va xususan gerofarmakologik tavsiyalar berilgan.

UO‘K: 613.98(075)

KBK: 28.03я7

Taqrizchilar:

X.A.Abdullayev — Tibbiyot fanlari doktori, prof.
Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va
reabilitatsiya ilmiy-amaliy markazi
direktorining muovini.

M.Z.Zoxidova — Tibbiyot fanlari doktori, prof.
Shifokorlar malakasini oshirish instituti
UASH kafedrası mudirasi.

ISBN 978-9943-5517-6-3

© “Barkamol fayz media” nashriyoti, 2018.

© N.N.Nasriddinova

Taniqli o'qituvchi — ziyokor, O'zbekiston xalq ta'limi a'lochisi, "Shuhrat" nishoni sovrindori, muhtarama onajonim Ma'sudaxon Muhammedova Muhammad Amin qori qizlari tavalludlarining 100 yilligiga bag'ishlayman.

*Keksalik — inson hayotining intihosi emas,
gultojisi bo'lmog'i lozim.*
Vergiliy

MUQADDIMA

Oxirgi yillarda xaloyiq orasida keksalar va qariyalar soni ancha ko'payib boryapti. Shuning uchun ham xizmat ko'rsatish kerak bo'lgan insonlar asosan qariyalar va keksalardir. Bu esa ularning tibbiy holatlarini o'rganish, ilmini oshirish talab qilina boshlandi va geriatriya fani yana qayta qanot yozdi. Qariyalar dardini o'rganish, ular kasalliklarining kechishi, ularga tashxis qo'yishning zamonaviy o'zgarishlarini va davolash usullari takomillashtirila boshlandi. Klinik geriatriya allaqachon S.P.Botkin tadqiqotlari davrida o'rganila boshlangan. Bu ilmiyot asosan fiziologik o'zgarishlarni yoshga binoan talqin qilish va ularda ko'proq uchraydigan kasalliklar xususiyatlarini o'rganishdan iborat.

Inson qarigan sari organizmda morfologik va fiziologik o'zgarishlar sodir bo'ladi va kasallikka moyillik ortib boradi. Ularda asosan tashqi muhitga moslashish buzila boshlaydi, natijada patologik o'zgarishlar sekin-sekin hamma organlarga tegishli bo'lib boradi. Bu holat yillar davomida to'qimalarda, har qaysi organlar va sistemada o'zgarishlarga olib keladi. Klinik-epidemiologik tekshirishlar natijasi bo'yicha bu o'zgarishlar sekin-asta alohida klinik belgilersiz kechib boradi. Yana shu narsa e'tiborliki, har bir qariyada bir nechta (5–7) xastalik bo'lishi mumkin. Bu holat navqiron yoshdagi insonlar kasalliklaridan butunlay farqlanadi, ko'pgina xastalik birdan ma'lum bo'lmay, ko'riklardan o'tish davrida (ayniqsa instrumental tekshirishlar asosida) aniqlanadi.

Bu holat ayniqsa oxirgi yillarda ancha rivojlanib borayotgan geriatriya farmakologiya — gerofarmakologiyada yaqqol ko‘rinadi: ayniqsa keksalar orasida ko‘p tarqalgan o‘zini-o‘zi davolash usuli, birdaniga bir necha xastalikni boshdan kechirish, dori-darmonlarni uzoq qabul qilish (narkomaniya)ga olib kelishi mumkin. Demak shifokor-geriatr dori-darmon tavsiya qilishda, har bir qariya organizmini yaxshilab o‘rganib, dorilarga bo‘lgan allergiyasini, keksaning immun holatini yaxshilab tekshirib, so‘ngra talqin qilishi kerak. Shu ma’noda har bir shifokor gerontologiya asoslarini yaxshi bilishi, ayniqsa tibbiyotning oldingi poyqadami hisoblangan poliklinika shifokorlari oliy darajada bo‘lishlari lozim. Shu jumladan bu yerda urush qatnashchilari sog‘lig‘iga alohida e’tibor berishlari lozim (ularning o‘rta yoshlari 75 va undan katta).

O‘ylaymizki, ushbu risola amaliyot shifokorlariga, ularning faoliyatlarida keksalar dardlarini tushunishda asosiy qo‘llanma hisoblanib, shifokor-gerontologlarga katta yordam beradi. Qariyalarga bo‘lgan e’tiborni oshirishda ularning dardlariga befarq bo‘lmaslikka undaydi.

I bob. GERONTOLOGIYA VA UMUMIY GERIATRIYA

Geriatriya sogʻliqni saqlash tizimida juda tez yoyilib, har kungi tibbiyot xizmatlariga oʻz taʼsirini koʻrsatmoqda va sogʻliqni saqlash muassasalariga, taʼminot idoralariga maʼlum oʻzgarishlar kiritib bormoqda. Geriatriya fanining asosiy vazifasi biologik oʻzgarishlarni nazarda tutib, katta yoshdagi qariyalar hayotini saqlash, ichki kasalliklar tizimining rivojlanishi, klinik belgilari, tashxis qoʻyish jarayonidagi maʼlum alohidalikni va ularning qarish davrini uzaytirish haqida oʻylaydi.

Hozirgi davrda butun yer shari aholisining 15,7% ni katta yoshdagilar tashkil qiladi. Taxminan 2020-yillarga borib bu raqam ikki barobar koʻpayishi va qariyalarning yashash tarzi yaxshilanishi maʼlum boʻlmoqda. Ilmiyot koʻrsatkichi boʻyicha 3 yoshdan boshlab inson organizmida oʻzgarishlar kuzatila boshlaydi. Oʻzbekiston fuqarolarining umumiy oʻrta yoshi ortib boryapti, ilmiy-texnik jarayoni ular umrining uzayishiga va ularning professional hayotining yaxshilanishiga olib kelyapti. Katta yoshdagi insonlar hayot mazmuni saqlanib, ularning nafaqa darajalari ortib bormoqda.

Sogʻliqni saqlash, geriatriya faniga qiziqishi ortib borishi sogʻlom taʼminot ishlarining yaxshilanishiga, qariyalarni eʼzozlashga, ularni jamiyat uchun juda kerakliklarini tasdiqlashi ularga quvvat beradi.

Geriatriya fani tibbiyotning asosiy tarmoqlaridan biri ekanligini shifokorlar tobora eʼtibor bilan tushunib yetmoqdalar.

Qarilik – bu fiziologik jarayon boʻlib, yosh oʻtgan sari ekzogen va endogen taʼsirlarga koʻnikishi sekinlashib borib, ularning tashqi muhitga moslashishlari sekinlasha borishini koʻrsatuvchi fandir. Bunday hol esa, inson dunyoga kelishi bilan, yaʼni tugʻilishi bilan barobar boshlanadi.

Geriatriya – gerontologiya fanining bevosita bir qismi boʻlib, asosan qariyalar sogʻligʻini oʻrganadi. Gerontologiya esa, biologik qarishi va sotsial gerontologiyani oʻrganadi va oʻzida alohidalik bilan oʻrganadi, yaʼni qarish – geteraxron, geteratron va geterkinetik jarayonlar bilan oʻtadi.

Geteroxronlik — har bir organning ma'lum alohida yoshida, har bir insonlarda har xil kechishi hisoblanadi.

Geteratron xislat — ma'lum bir organ strukturasining o'zida ham har xil o'zgarishlar bo'lishi sanaladi.

Geterokinetik jarayon o'zgarishlarning o'ziga xos, har xil tezlik bilan rivojlanishini talqin qiladi.

Gerontologiya ancha murakkab sotsial-biologik jarayon bo'lib, uning taraqqiyotiga ko'pgina olimlar hissa qo'shishgan. A.A. An (1935), A.A.Bogomolets (1938—1946), A.F.Bmoger(1958), R.N.Bashler (1978), V.V.Fralkis (1978), L.F.Chebotarev (1978) va boshqalar. 1959-yilda jahonga birinchi marta Kiyev shahrida SSSR Akademiyasi qoshida ilmiy tekshirish gerontologiya va geriatriya institutini ochishdi. U jahondagi eng katta markazlardan biriga aylandi va katta yoshdagilar hayotiga aktual moslashishlarni keng yoritib boshladi. Undan so'ng BMT regional kengashi tavsiyasi bilan (Kiyev 1963-yil) birinchi marta yosh guruhlar klassifikatsiyasi e'lon qilindi. 1-3 — bolalik, 13-18 — o'smirlik, 20-44 — yoshlar, 45-59 — o'rta yosh, 60-74 —katta yoshdagilar, 75-90 — qarilik, 90 dan oshganlar uzoq umr ko'ruvchilar deb talqin qilindi. Yuqorida aytib o'tilganidek yer sharining 15,6% ni 60 yoshdan katta insonlar tashkil etadi.

Odatda normal fiziologik qarish sekin-asta yillar davomida rivojlanibboradi, unda ma'lumasosiy o'zgarishlar: aqliy, fizik quvvat, ishlash qobiliyati saqlanib turadi. Bu jarayonda yillar mobaynida to'qimalarda (har bir organda alohida) atrofik o'zgarishlar ro'y beradi va reaktiv harakatlar, funksional holatlar o'zgara boshlaydi. Ko'pchilik olimlar tavsiyasiga binoan "fiziologik qarish" 100—120 yoshdan keyin klinik ko'rinishlar berishi mumkin. Ammo bunday qarilikka ushbu yoshgacha erishishi kamroq uchraydi. Chunki ma'lum kasalliklar, hayotiy muammolar, vaqt taqozosi bilan bo'lib turadigan tezkor o'zgarishlar hayotni qisqartirib, tezroq qarilik alomatlari yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Patologik qarilik — juda ko'p har xil o'zgarishlarga bog'liq bo'lib, turli xil noto'g'ri kerak bo'lmagan faktorlar natijasida ma'lum organizm sistemasining buzilishi orqasida: nerv sistemasi

(birinchilardan), yurak-qon tomir sistemasi va endokrin sistemasi orqali yuzaga keladi.

Organizmning qarishi — bu juda murakkab qarama-qarshi jarayon boʻlib, oksidlanish jarayonining pasayishi, energetik potensial kamayishi, glikolizning intensivlik zoʻrayishi maʼlum organizmda ishlab chiqariladigan fermentlarning aktivlanish (xususan nafas olish) va ichki sekretiya bezlari faoliyatining susayishi bilan boradi. Lekin toʻqimalarning garmonlarga moyilligining ortishi va unga moyilligining koʻtarilishi bilan borishi mumkin (Frolkis V.V 1966, 1970, 1975). Sekin-sekin qarish jarayonida inson organizmi oʻzining ichki quvvatini sarflashga urinadi va koʻp jarayonlarni normalashtirishga harakat qiladi. Shuning uchun qariyada "ishonch", mustahkam iroda "rezervi" pasayib boradi va nihoyat qariya arzimagan holatlarga tez xafagarchilik bilan javob beradigan boʻlib qoladi (Mesnikov I.I. 1925).

Ilgariroq qarishning asosiy belgilari tez charchash, eslab qolish qobiliyatining pasayishi, emotsional javoblar, kamharakatlilik, ishlash qobiliyatining pasayishi va asosan tashqi muhitga moslashishning pasayishi, asosiy sistemalari (yurak, oʻpka, endokrin bezlar, nerv sistemasi) faoliyatining oʻzgarishidir.

Har bir shifokor albatta esda tutishi zarur boʻlgan deontologik fikrlar, yaʼni har bir qabuliga kelgan qariya qarilikka shikoyat qilmaydi, u yoshlar kabi birorta kasallikka shikoyat qiladi. Shuning uchun ularni yaxshilab eshitish, fikrlariga sabr bilan quloq tutish lozim. Zero unday insonlarga faqat "Qarilik" deb tashxis qoʻygan boʻlasiz. Lekin qarilik kasallik emas, u diagnoz ham emas! Shu bilan birga shuni esda tutish lozimki, qarilik va kasallik parallel ravishda birgalikda boʻladigan jarayon. Koʻp olim—gerontologlar qarilikni aysbergga oʻxshatishadi, uning asosiy qismi suv tagida yotadi, shikoyatlar esa uning ichki qismida joylashadi. Davolash uchun esa aysbergni butunligicha koʻrish lozim. Oʻrta hisob bilan har bir katta yoshdagi insonga 3 tadan 5—6 tagacha xastalik aniqlanadi. Asosiy koʻp uchraydigan dardlarga: umumiy ateroskleroz, miya va yurak aterosklerozi, oʻpka va bronx oʻsmalari, oshqozon va qiziloʻngach oʻsmalari, surunkali gastrit

va yara kasalliklari — erkaklik bezining shishishi, qandli diabet, umurtqa pog'onasi astraxondrozi, artroz, artritlar, ko'z kasalliklari (katarakta, glaukoma), eshitish qobiliyatining pasayishi, psixik depressiya, miya qobiliyatining pasayishi va hokazo. Umumiy qariyalar orasidan 3—6% da fiziologik qarilik namoyon bo'ladi. V.G.Vogralik (1980) fikricha, normal, ya'ni fiziologik qarigan katta yoshdagi keksalar organlari funksiyalarini yaxshilashda ko'pincha dorilardan foydalanishi shart emas. Parhezlar, uyquni yaxshilash, o'zini asrash bilan uzoq vaqt yaxshi hayot kechirish mumkin bo'ladi.

Qariyalarga tashxis qo'yish va davolashda umumiy shifokorlardan chuqur gerontologik ilm, matonat, qunt va sabr bilan keksalarni eshitish ayniqsa nerv sistemasi kasalliklarini, tomir, suyak, mushaklar, bo'g'im kasalliklarini yaxshi bilishlari shart. Asosan psixologik o'zgarishlarga, qariya savoliga to'g'ri javobni berish katta ahamiyatga ega. Bularning asosida quyidagi asosiy sabablar yotadi:

- zotiljam dardining sekin-asta rivojlanishi, ma'lum klinik belgilarisiz borishi, o'tkir miokard infarkti, o'pka sili, har xil o'smalarning belgisiz o'tishi, qandli diabet va umumiy ateraskleroz belgilarining klassik ko'rinishlari yo'qligi;

- umumiy ateroskleroz jarayonida boradigan qizilo'ngach, oshqozon, 12 barmoqli ichak kasalliklarining kam, o'ziga xos kechishi;

- ayniqsa qon aynalishining buzilishi va surunkali yurak yetishmovchiligining ko'p qirrali og'ir o'tishi, uning bo'g'imlar va suyaklarda ta'sirining har xilligi;

- qorin bo'shlig'ida boradigan xirurgik kasalliklarning noaniq kechishi va natijada asoratlarning turli bo'lishi;

- keksalarni o'zini muhofaza qilish organlari ishining buzilishi va immun reaksiyalarining pasayishi;

- va nihoyat tashqi muhitga moslashishning keskin pasayishi.

Keksa yoshdagilar shifokorlarga o'z fikrlari bilan keladilar. Normativ bo'yicha poliklinika sharoitida 1 ta kasal qabuliga 15 minut berishgan bo'lsa, keksalarni yaxshilab eshitib, ko'rib

chiqarib yuborguncha 35–40 minut ajratilishi koʻzda tutiladi, lekin koʻriklarda sekin-asta qariyalarning oʻzi ham tezroq chiqib ketishga moyil boʻlib, koʻnikib qoladi. Shu yerda ancha tajribali gerontolog iborasi bilan aytganda (Chebotarev D.F.) ”Shoshgan vrach qariya uchun shifokor emas”. Albatta qariyaga tushunarli qilib, juda qattiq gapirmasdan, xushmuomalalik bilan, nomaʼlum tushunarsiz terminlarni ishlatmasdan gapirish, suhbatlashish lozim. I.V.Davirovskiy (1966) aytganidek, qariyaning kasallik tarixidan koʻra hayotiy tarixini yaxshilab eshitish lozim, uni yaxshilab tushunish va gaplariga quloq solish koʻproq darkor. Geriatr-shifokor qariyalar koʻngli juda nozikligini arziyas bir gapdan xafa boʻlib qolishi mumkinligini nazarda tutishi, mumkin qadar “buvajon”, “buvijon”, “qarilik”, “yoshga binoan oʻzgarishlar” degan iboralarni ishlatmasligi lozim. Shifokor juda yuqori madaniyatli boʻlishi, hech boʻlmasa shirin gapi bilan keksalar yuragidan oʻrin olishi lozim, shundagina shifokor hurmatga sazovor boʻladi. Ayniqsa shifokor domlalar oʻqitish, dars berish jarayonida ham tibbiy madaniyatni birinchi oʻringa qoʻyishi lozim, oʻzi esa har bir fan haqida ilimga ega boʻlishi, dunyoqarashi keng, madaniyat, maʼrifat tomonidan mukammal boʻlishi lozim. Kasalni koʻrish davomida uning dardi tarixini yaxshi tushunishi, har xil hodisali yillarga toʻgʻri talqin berishi, keksaga tushuntira olishi juda katta ahamiyatga ega. Har xil instrumental tekshirish vaqtlarida, har bir tekshiruv mohiyatini tushuntirishga eʼtiborni qaratish va natijasini aytib turish kerak. Ushbu yerda aytib ketishimiz lozim boʻlgan narsalardan biri, avvalo shifokor madaniyatli boʻlishi, bevosita muloqot – suhbatlashish davrida ehtiyotkorona, qariya qarashlariga eʼtibor berishni tibbiyot kollejlarida oʻqitayotgan davrdan boshlash lozim, maʼruza oʻqish vaqtlarida domlalar ham shuni alohida eʼtibor qaratishlari shartdir. Chunki shifokor boʻlib xizmat qilish vaqtida har xil bemorlar bilan ishlashga, ularni davolashda muloqotga ahamiyat beriladi. Qariyalarni shifokor sharoitida koʻrish jarayonida juda toʻgʻrisoʻz, oʻz vaqtida fikr berishga ehtiyo boʻlish lozim. Chunki ular yillar davomida juda koʻp shifokorlar bilan muloqotda boʻlib koʻpni koʻrishgan.

Katta yoshdagi qariyalar, sekin-sekin surunkali dardlarga muhtalo bo'lib borib qarilikning patalogik kasallik davrlari boshlanib boradi. L.A.Tokarev (1979) fikricha, 3 va undan ortiq kasallik qarilik davrida 5%gacha, uzoq umr kechiruvchilarda uncha sezilmaydigan kasalliklar 82-92%gacha uchrashi mumkin. Atiga 3—6% keksalarda yaxshilab tekshirish natijasida “sog'lom qariyapti” deyish mumkin. Ularni terapiya bo'limida yotishlariga 12,7 (koyko-kun) navqiron yoshdagilarda 9,5 (koyko-kun) talab qilinadi. Shu yerda yana bir narsani aytib o'tish lozimki, hozirgi tekshirish usullari (rentgen, ultratovush bilan tekshirish, izotop nurlari) va boshqa invaziv usullar (fibroetrodausdenoskopiya, fibrokolonoskopiya, rektoronomonoskopiya, bronxoskopiya) ularning ahvollariga qarab qarama-qarshi holatlar yo'qligiga qarab o'tkazish kerak, bu albatta ba'zi tekshirish usullari ancha qiyin, qariya ancha qiynalib charchab qolishi mumkin, ayniqsa chuqur rentgenologik tekshirishlar, arterial punksiya, kabi usullar ular uchun ancha og'irlik qilishi mumkin. Bunday holatlarda internist shifokorlar maslahatlaridan foydalanish, kasallik tarixiga to'g'ri ko'rsatmalar yozib qo'yishi shart (terapevt, xirurg, oftalmolog, otolaringolog, narxolog, psixolog va boshqalar). R.N.Batler fikricha, qarish universal holat qonuniy sekin-astalik bilan kechuvchi to'qimalarni ishdan chiqaruvchi va orqaga qaytmas jarayondir. Chunki qarish fiziologik jarayon sifatida hammada har xil va har xil vaqtda zo'rayib boradi (geteroxron), ya'ni har xil to'qima alohida sistema bo'yicha qariydi, to'qimalar va orgonoidlar har xil jarayonga duchor bo'ladilar (D.F.Chebotarev). Ko'p olimlar fikricha, qariyalar sog'lig'i, ularning uzoq umr kechirishlari asosan normal, fiziologik qarish jarayoniga bog'liqdir, unda inson umri 130—150 yilgacha cho'zilishi mumkin. Hammamizga ma'lum bioximik olim — A.N.Bax 90 yil umr ko'rgan, mikrobiolog-akademik N.F.Gamaleya — 91 yil, qozoq xalqining shoiri — Jambul og'a — 100 yil, grek filosofi Sofokl 91 yil, rus shoiri L.N. Tolstoy — 83 yil yashab, 70 yoshida “Urush va tinchlik” romanini yozib tamomlagan. Ozarbayjonlik ishchi Mahmud Ayvazov 150 yoshga

kirgan, osetiyalik Tebze Abziyeva 180 yoshgacha yashagan (u Gori shahri yaqinidagi qishloqda umr kechirgan).

Bu borada ayni vaqtda uzoq umr ko'rish uchun quyidagilarga rioya qilish zarur deb topdik.

I — har bir insonda tibbiyot madaniyati bo'lmog'i, ya'ni o'zi haqida o'zi qayg'urishi lozim. O'z vaqtida dam olish, o'z vaqtida to'g'ri ovqatlanish, fizik va aqliy mehnat maromida qilinishi, vaqtida 1 yilda bir marotaba sanatoriyalarda dam olish, har kuni ikki marotaba ochiq havoda 15 daqiqadan 45 daqiqagacha yurish, fizik mashg'ulotlar bilan shug'ullanib turish, o'zini nojo'ya o'rganishlardan saqlash (chekish, alkohol iste'mol qilish va boshqalar) va nihoyat o'z professional ishini davom ettirish;

II — o'z vaqtida sotsial va ekonomik faktorlarni oshirish. Tarixiy hujjatlar ko'rsatmasiga binoan aniqki, qanchalik iqtisodiy madaniyat baland bo'lsa, insonlar shuncha ko'p umr ko'rishgan. Masalan: XV asrda insonlarning uzoq umr ko'rish 20 yilgacha, XVII asrda 50 yilgacha ko'paydi. Bu asosan keksalardagi yondosh kasalliklarni oldini olish, o'z vaqtida tez-tez yaxshi ovqatlanish, yuqumli kasalliklardan o'zini asrash lozimligi bilan tushuntiriladi;

III — mehnat faoliyati ritmini to'g'ri yo'nalishga qo'yish, o'z vaqtida uxlash, surunkali uyqusizlik, tez-tez siqilish, charchash ham tezroq qarishga olib keladi;

IV — asosan to'g'ri ovqatlanish organizmga kerak bo'lgan oqsil albatta yetarli bo'lishi lozim. Shuning uchun sut mahsulotlari: tvorog, suzma, saryog', mineral tuzlar, vitaminlar iste'mol qilish kerak;

V — o'z vaqtida rivojlanib boruvchi umumiy ateroskleroz kasalligini oldini olish, qon bosimini faollashtirish, yurak ishemik kasalligini davolab turish, oshqozon ichak tizimlarini yaxshilash va o'pka kasalliklarini davolashda alohida e'tibor berish, zero ularda o'tkir zotiljam ancha og'ir o'tishi mumkin;

VI — ayniqsa keksalarda tabiat ta'siri, uning faktorlarini to'g'ri talqin qilish, asosan fasl injiqliklaridan asrash, quyosh va

kosmik nurlar ta'siridan ehtiyot qilish, namlik, atmosfera bosimi ta'sirlaridan ehtiyot bo'lish zarur. Ultrabinafsha nurlari va ularning oliy nerv sistemasiga ta'sirini nazarda tutishi, havo vannalari, har xil suvli muolajalarni ehtiyotkorlik bilan bajarilishi lozim. Bu yerda yana har xil jarohatlardan asranish (sinish, yiqilish, turli xil xirurgik jarohatlar) ham uzoq yashashni ta'minlovchi tadbirlarga kiradi;

VII — ayniqsa oliy nerv tizimining charchashi, organizmning taraqqiy tizimi buzila borishi, so'ngra to'qimalarning qurishi ham uzoq umr zavolidir. Mumkun qadar hayot zo'riqlashlarni oldini olish, ishda, uyda xotirjamlikni ushlab turish uzoq umr ko'rishning asosiy omillaridan biridir. N.I.Pirogov aytganidek ochiq ko'ngil, xushchaqchaq insonlarda yara ham tez bitadi. Juda xudbin, jahldor, har narsani chuqur o'ylovchi, o'zini juda yuqori tutib, har bir narsadan xatolik qidiruvchi, gumondorlik alomatlari ko'proq bo'lgan insonlar nisbatan tezroq qariydilar. O'zini ushlab turuvchi, chidamli va matonatli kishilar, optimist xarakterdagi kamtarin insonlar ancha yoshga kiradilar;

VII — uzoq umr ko'rishda yana ish joyidagi holat normal bo'lishi, oilada ham sotsial ta'minot, yashash sharoitidagi muammolarning kamligi, ovqatlanish ratsionlarining yetarliligi, tinchlik, g'am-g'ussaning kamligi juda katta ahamiyatga egadir. Katta yoshdagilar anchagina kasalliklarga duchor bo'lishlari bilan ularning davolanish usullariga e'tibor, mumkin qadar bepul davolash muhitini yaratish ularga juda katta ta'sir ko'rsatadi, xotirjamliklarini orttiradi, ayniqsa oylik nafaqalarini vaqti-vaqti bilan oshirib turish ularni rag'batlantiradi;

IX — dunyo miqyosidagi ko'rsatkichlar ko'rsatishicha o'zini kimgadir kerakli ekanligini his etish eng zarur omillardan biri. Ular o'zlarini ustoz deb hisoblab yoshlarga ta'lim-tarbiya berayotganliklaridan zavq olib yashasalar ularning kuchlariga kuch qo'shib, dardlari ham esdan chiqib ketadi, qarindosh urug'lar, do'stu birodarlar atrofida ekanliklarini his etadilar.

Keksalar hayotini yaxshilashda asosan tibbiy yordam ko'rsatishning o'rni juda muhim. Zero, ular har 6 oyda 1 marotaba

ko'rikdan o'tishlari, kasalliklarni oldini olish ishlari o'z vaqtida o'tkazilishi lozim. Bu borada oilaviy shifokorlar va ayniqsa gerontologlar, ya'ni qariyalar bilan shug'ullanuvchi shifokorlar ancha faol bo'lishlari lozim. Oxirgi 10–15 yilda tibbiyotda ancha o'zgarishlar ro'y berdi. Poliklinikalarda gerontologlar ko'rik xonalari ochildi. Umumiy shifokorlar malaka oshirish kurslariga yuborilib gerontologiyadan bilimlarini orttiryaptilar, ayniqsa polliativ tibbiy yordam ancha faollashtirildi. Gerontolog-shifokorlar vazifalari umumiy shifokorlar terapevtlari ishlaridan ancha farq qiladi, bu borada ularning funksional ishtiroklarini eslatib o'tmoqchimiz, ularga quyidagilar kiradi:

1. Katta yoshdagi va keksalarning hisoboti. Kasallikka moyil guruhni tuzish (nogironlar, yolg'iz o'zi yashovchilar, 75 yoshdan katta).

2. Katta yoshdagi har xil yondosh kasalliklari bor qariyalarni hisobga olish.

3. Nafaqaxo'r, lekin ishlab turgan keksalarni hisobga olish.

4. Shifokorlar malakasini oshirish muddatlarini gerontologik tibbiy yig'ilish konferensiyalar va "master klass" dasturlari bilan o'z vaqtida ishtirokini ta'minlash.

5. Keksalarni o'z vaqtida shifoxonalarga yotqizib davolash, sanatoriyalarga yo'llanma berish.

6. Keksalarni iqtisodiy, sotsial ta'minlash usullaridan xabardor bo'lib turish, endokrin xastaliklari bor qariyalarga bepul dori-darmonlar berib turishni ta'minlash.

7. Qariyalarni davolashda, ularga yaqindan yordam qilishda tibbiyot hamshiralari ularni o'rnini, xona jihozlarini tozalash va xonani shamollatish, keksa talablarini qondirishni doimo uqtirish.

8. Gerontologiya va geriatriya bo'yicha o'z ishlarini shakllantirish, takomillashtirish, o'z vaqtida malakasini oshirish, zamonaviy tekshirish usullari va standart tashxis usullaridan voqif bo'lish lozim.

9. Nafaqaxo'r va faol keksalarni ham o'tkaziladigan har xil bayramlar, tadbiriy kunlarda ishtirokini ta'minlash.

10. Doimo ular bilan tushuntirish ishlarini olib borish.

Yolg'iz qolgan qariyalar sog'lig'ini aniqlash mezonlari

(gerontolog-shifokorlar diqqatiga)

Sog'liqni saqlash tizimining faoliyatida insonlar ayniqsa katta yoshdagi insonlarning sog'lig'ini o'rganish alohida o'rin egallaydi. Chunki ko'pincha ularda bir necha surunkali boradigan kasallik bo'lishi mumkin, lekin ular o'zlarini o'zlari eplab, ishlab, hayotda aktiv ishtirok etishlari mumkin. Bu borada asosan ularning fizik va sotsiologik holatlarini aniqlash, ularning uzoq yashash ko'rsatkichlarini aniqlashimizga yordam beradi. Lekin ularni integral, ya'ni umumiy holatlarini bilish kerak. Buning uchun ular asosan 3 guruhga bo'linadilar:

A guruh – o'z-o'zini idora qilaoluvchilar;

B – sotsial aktiv;

D – kasallik belgilari.

A va B guruhdagilarga umumiy holati “yaxshi” qo'yilsa, D guruhga esa “o'rtacha” yoki “yomon” qo'yiladi. 2 dan 5 balgacha asosan sog'liqni belgilashda “yomon” qo'yish uchun quyidagi shartlar bo'lishi kerak:

- komplekt tibbiy tekshirish;
 - kasalxonaga yotishga moyilligi bormi;
 - uyda yordamga muxtojligi;
 - sotsial xodim yordamiga muxtojligi;
 - qariyalar uyiga yotqizishga muxtojligi.
- Endi har qaysi ko'rsatmaga aniqlik kiritamiz.

Umumiy kompleks holatini aniqlash

A. O'z-o'zini idora qila olish:

- 1) uy tozalash;
- 2) hovlida, dalada ishlay olish;
- 3) suvlar tayyorlash, uy isitish;
- 4) kir yuvish, tikuv-bichuv ishlari;
- 5) ovqat tayyorlash;

- 6) uyni mayda remont qilish:
7) oziq-ovqat, dori-darmon sotib olish.

“A” guruhga baho: 7–5 bal – yaxshi
 4–2 bal – o‘rtacha
 1–0 bal – yomon

B. Sotsial aktivlik:

- 1) ishlash qobiliyatining davom ettirilishi;
- 2) hayotiy tadbirlarda ishtirok etishi;
- 3) qarindoshlar bilan aktiv aloqada bo‘lish;
- 4) gazeta, jurnallar o‘qish, televizor ko‘rish;
- 5) boshqa har xil.

“B” guruhiga baho: 5–4 bal – yaxshi
 3–2 bal – o‘rta
 1–0 bal – yomon

D. Kasalliklari bo‘yicha sog‘lig‘ini bilish:

- 1.1. Umaman shifoxonaga murojaat qilmagan.
- 1.2. Faqat o‘tkir kasalliklar bilan murojaat qilgan.
- 2.1. 1 yoki bir nechta kasalliklar bilan murojaat qilgan.
- 2.2. Bir nechta surunkali dardi bor, lekin shifoxonaga murojaat qilmagan (4 ball).
- 3.1. 1 yoki bir nechta surunkali kasallik bilan shifoxonaga murojaat qilgan.
- 3.2. Surunkali kasalliklari bo‘la turib shifoxonaga kelmagan asoratlari bor (3 ball).
- 4.1. Surunkali kasalliklari asoratlari bilan bir necha bor shifokorga uchragan.
- 4.2. Surunkali kasalliklari asorati bo‘la turib shifokorga murojaat etilmagan (juda yomon 2 ball).

“A”, “B” va “D” guruh baholari: 17–18 bal – yaxshi
 13–8 bal – o‘rta
 8 dan past – yomon

Ko'pchilik "qariyalar bilan shug'ullanish shifokorlar emas, sotsial ta'minot organlarining ishi" deb o'ylashadi, lekin bu masalani bunday qo'yish noto'g'ri. Axir sotsial ta'minot xodimlari kasallik haqida batafsil ma'lumotlarni tibbiyot xodimlaridek bilmaydilar. Shuning uchun ham shifokor fikriga quloq solish juda muhim. Yoshing katta deb, ularni bevaqt ishlardan ozod qilib, nafaqaga tez chiqarish noto'g'ri. Ular kerakli ekanliklarini bilishlari lozim.

Bu sohada shifokorlar juda yaxshi maslahatlar berishadi va sog'liqni saqlash sohasida ham anchagina shu muammolar yechimini topishadi deb o'ylaymiz.

II bob. ARTERIAL QON TOMIRLARI VA YOSH

Zamonaviy angiologiya taraqqiyotida arterial qon tomirlar va ateroskieotik o'zgarishlarning yoshga binoan o'zgarishi eng katta muammolardan hisoblanadi. Nordman aytganidek, har bir qon tomirlari jarayonlarining obyekti hisoblanib, "yangi ko'm-ko'k o'tdan somongacha" degan iboraga mos keladi (1969). Haqiqatdan ham yillar davomida har bir tomirlarning, uning devorida qon yo'llaridagi o'zgarishlar alohida kasalliklar chaqirishiga asosiy sabablardan biri bo'ladi. Yosh kattalashgan sayin tomirlar devorining elastikligi, cho'ziluvchanligi o'zgarib boradi. Kelajakning asosiy qisimatlaridan biri — ana shu o'zgarishlar asosida ro'y beradigan patalogik holatlarni o'rganishi, ularni to'g'ri talqin qila bilishidir. M.Vichdech (1957) aytganidek normal sklerotik qarish — taqdir, ateroskleroz esa — kasallikdir. Ular ikkalasi o'zgarganda (bu 55–60 yoshlardan boshlanadi), ularning qay biri ustunligini aniqlash ancha qiyinlashadi. Arterial qon tomiri sxemasi aniq yosh gradatsiyasiga muvofiq o'zgarib boradi. Boshlang'ich 10–15 yilda (60 dan keyin) ularning cho'ziluvchanligi ortadi, ichki qismi kengayib devorlar yo'g'onlashadi va sekin-sekin arteriyalar elastikligini yo'qotib boradi. Yumshoq mushak oralig'ida retikulyar to'qima va kollogen inchalari o'zgarib boradi. Bora-bora sekin-asta qarilik belgilari boshlanib boradi (O.Kaufman va boshqalar 1974).

Arterial qon tomirlarda yosh bormi?

Ha, albatta individual (sistemali, to'qimali va organlarda) arteriyalarning elastikligi va mushaklar o'zining alohida yoshiga ega, ya'ni "qarish pocherki" bor, bu har qaysi insonning genetik to'qima tuzilishi va ontogenoziga bog'liq. Qon tomirlaridagi geterogen va geterodinamik o'zgarishlar alohida ularning taraqqiyotiga, rivojlanishiga va qarish davriga bog'liq. Asosan aorta devorlarining o'zgarishi 50–80 yoshlarda bo'lib, tomir davri kollogen donachalarga boy bo'lib, stromaning gialinoziga olib keladi.

50–70 yoshlarda katta arterial qon tomirlarida lipoid distrofiya boshlanadi, sekin-asta aktiv moddalar oqsillar bilan kompleks tugunchalar hosil qilib (kollogenlar, gialin va boshqalar) mukopolisaxaridlar diffuz soʻrilishini pasaytirib, arterial qon tomirlarda gipoksiya holatini oshiradi (Xominskiy M.B. 1967). 70–80 yoshlarda aortal devorlar qalinlashib, ancha tez fibroblastlar va semiz toʻqimalar kamayib boradi. Stromada fibroz boshlanadi. Sekin-asta yurakning toj arteriyalarida, uyqu arteriyalarida va mushak tipidagi arteriyalarda chuqur oʻzgarishlar roʻy beradi. Yurak toj arteriyalarida, yaʼni elastik tipdagi arteriyalarda oʻzgarishlar antinotal davrdan boshlanadi, yaʼni ona qornida. Shuning uchun albatta, postnotal va neonotal davrdagi oʻzgarishlarni bilishga intilish lozim. Embrion 7 haftaligida boshlanib, 8–9 oydan keyin miokard kapillar toʻri yuzaga keladi. Katta yoshga bora boshlagach, koronar arteriyalar devorlarida mushak toʻqimalar kamaya boshlaydi. Ularning oʻrta qobigʻida qoʻshuvchi toʻqima koʻpayib boradi va ichaklarda alohida boʻshliqlar hosil boʻladi. Ushbu boʻshliq asosan sklerotik bleshkalarining asosi hisoblanadi. Karonar arteriyalar devorlari har xil tarzda dagʻallasha boshlaydi, lekin, hamma insonlarda har xil tomir teshigini toraytiradi.

Qariyalarda tipik oʻzgarishi boʻlib mushak toʻqimalarining kamayib ketishi va bab-baravar qoʻshuvchi toʻqima elementlarining koʻpayishi talqin qilinadi va ular atrofida kalsiy tuzlari hamda lipidlar yigʻilib boradi. Va ular orasida oʻchoqli nekrozlar boshlanishi mumkin.

Oʻziga xos oʻzgarishlar katta uyqu arteriyalarda ham boʻladi. Bu tomirlarda 41–60 yoshdan boshlab oʻzgarishlar yuz bera boshlaydi. Koʻproq arteriyaning praksimal va distal boʻlimlarida oʻzgarishlar boʻladi. 60 yoshlardan boshlab arteriya devorlarida mukopolisaxaridlar toʻplana boshlaydi va devor trofikasi oʻzgaradi. 70 yoshdan boshlab elastik toʻqimalar ancha kamayib qoladi va ular devorlarini yanada dagʻallashtirib, tomirlarning ichki qismini toraytira boshlaydi.

Mushak toʻqimaning arterial tomirlarda ham katta oʻzgarishlar boʻladi (bular chot arteriyalari, yelka va nurbilak arteriyalari).

Bu arteriyalarda elastiklik 45–60 yoshlardan boshlanadi. Bunda mushaklar elastikligining o'zgarishiga periferik gemodinamik shakllanishi sabab bo'lishi talqin qilinadi. 70 yoshdan keyin ushbu arteriyalar devorining ichki qismi toraya boshlaydi. Sekin-asta kalsiy tuzlari to'dalanib qolishi 55 yoshlardan oq boshlanadi va yosh kattalashgan sari ularda azot kamayishi, hamda suv va serovodorod tanqisligi qo'shiladi. Asta-sekinlik bilan aortaning o'rta qismi dag'allashib, kolland filtrlash yog'onlashadi. Bu esa funksional yetishmovchilikka olib keladi. Bu holatning har bir insonda har xil davrda bo'lishi qo'shuvchi to'qimaning faolligiga bog'liq bo'lib, ular garmonlar, fermentlar va mikroelement holatlariga bog'liq bo'ladi. Bular qatori tomirlar etobolizmining o'zgarishi aterosklerotik jarayonga ta'sir qiladi. Lekin hozirgacha tomirlar devoridagi metabolitik o'zgarishlar har xil targ'ib qilinadi. Oxirgi o'n yilda morfologlar juda ajoyib fenomenni targ'ib etishyapti. Mushak arteriyalari devorlarida ko'ndalang mushak to'qimalarining kamligi, tomirlarning qisqarishi faqatgina vazokanstirsiya, ya'ni siqilishga olib keladi. Tomirlarning o'zini ham kaltalashtirar ekan, degan xulosaga kelishmoqda, bu esa bunday tomirlarda mushak speralsimon shaklda bo'lib, dag'allashishga moyilroq bo'ladi. Yuqoridagi olimlar fikricha, aorta devorlarida plazmin va plazmogen bor, keyinchalik boshqa o'rta miyona aorta devorlarida ham plazmogen borligi aniqlandi. Keyinchalik katta yoshdagilarda RNK va DNK to'qimalarda asosan yuqorida aytganimizdek ona qornida o'zgara boshlaydi. Chuqur o'zgarishlar ma'lum qonuniyat asosida boradi.

Xolesterin – o't kislotalari va steroid garmonlar ishlab chiqarish uchun asosiy ozuqa modda hisoblanadi. U asosan arterial tomirlar devorini o'zgartiruvchi moddadir, lekin xolesterin miqdori yoshga binoan o'zgarmaydi. Yosh kattalashgan sari ba'zan u kamayib borishi mumkin. Asosan xolesterin 55–65 yoshdan keyin, ayollarda 73–75 yoshdan keyin ortib boradi. "Tomirlar tonusi" degan termin arterial tomirlar faolligi qisqarish jarayoni bilan boshlanadi. Bu yana umumiy qon aylanishiga, oqsil modda almashinuviga, tomirlarda kuch orqali zo'riqish berishiga ham bog'liq. Insoniyat keksaygan

sari tomirlarda yurak tomir sistemasida nerv tolalari ta'siri bilan bir qatorda tomirning gumoral faktoriga sezuvchanligi ortadi. Qariyalarda noradrinalning modda almashinuvi buzila boshlaydi. Unda simptomatik nerv sistemasining tomir mushaklariga ta'siri o'zgaradi. Kattalarda noradrenalligining aminlar bilan tozalanishi tezlashadi va umumiy to'qimada mediatorlar kamayadi. Bu esa nerv tolalari regulyatsiyasini buzadi (V.V.Frelkis 1969–1976).

Bundan tashqari tomir harakat markazlarida ham o'zgarish bo'lib, gemodinamik o'zgarishlar ham bo'ladi. Asosan qariyalarda arterial bosimning ko'tarilishi, katta arteriyalarda (xususan aortada) elastik tolachalar yumshoq qismi o'zgaradi. Ayniqsa diastolik qon bosimi o'zgarishi yana yurakning minutlik sig'imiga, arterial tomirning hajmiga, tolalarning cho'ziluvchanligiga ham bog'liq, neyro-gumoral ta'sirlar ham katta rol o'ynaydi.

Qariyalarda qon aylanish sistemasining o'ziga xos xususiyatlari

Yuqorida aytib o'tilgan o'zgarishlardan tashqari yurak-qon tomir sistemasida ham o'zgarishlar bo'ladi. Minutlik hajmi, qisqarish qobiliyati, biologik tirikligi ham pasayadi va u EKGda ko'rina boshlaydi hamda yurakning fizik javobi ham pasaya boradi.

Ishemiya dardi

Umumiy aterosklerozni tezlashtiruvchi faktorlar:

- 1) oliy nerv faoliyatining o'zgarishi;
- 2) gumoral va to'qima immunitetining o'zgarishi;
- 3) qonda beta-lipoproteidlarning oshishi, lipoproteinaza fermentining pasayishi va jigarning xolesterin chiqarishi kuchayishi;
- 4) uglevodlarga to'yinishning pasayishi;
- 5) buqoq bezi ishining pasayishi;
- 6) fibrinogenning qonda oshishi, qon quyulishining aktivlanishi;
- 7) tez kuchayib boruvchi qon tomir devorini ovqatlantirishining pasayib borishi, energetik modda almashinuvining pasayishi. Bular noxush stresslar organizm adaptatsiyasini, ya'ni moslashuvini pasaytiradi.

O'tkir infarkt

Katta yoshdagilarda 2 barobar ko'p uchraydi.

Klinik belgilari:

1) og'riq unchalik intensiv bo'lmashligi mumkin, ayniqsa quyidagi atipik turlari uchrashi mumkin:

- a) astmatik
- b) aritmik
- d) kolaptoid
- e) abdominal
- f) serebral formallari

40 % – og'riqsiz, 30% – og'riq atipik.

2) og'riq tarqamaydi, ko'proq chap qorincha yetishmovchiligi bilan o'tadi;

3) ko'pincha yurak ritmining buzilishi bo'lishi mumkin;

4) ko'proq mayda o'choqli qaytalanuvchi infarkt bo'ladi;

5) EKG ko'rinishi klassik bo'lmaydi;

6) ferment ko'rsatkichlari ham uncha bilinmaydi;

7) qonda ham, badan haroratida ham o'zgarish bo'lmashligi mumkin.

Davosi. Xuddi o'rta yoshlardagidek, lekin yordam qancha tez ko'rsatilsa yaxshi. Eng avval og'riq olinishi lozim (analgetik, nitrogletserin) va albatta antigistamin preparati: suprastin, pipolfen. Nafas yetishmovchiligi bo'lsa, kordiamin, neyroleptanalgetiklar (0,05–0,1 ml droperidol). Og'riq kuchli bo'lsa – zakis azoti (80 %).

Yurak ritmining buzilishi va yurak blokadasi

60 yoshdan keyin qarish kuchayib bora boshlaydi va yurak tomir kasalliklari ko'payib boradi.

Klassifikatsiyasi

1. Impuls o'tkazuvchanligi buzilishi:

- 1) sinus taxikardiyasi
- 2) sinus brodikardiyasi
- 3) sinus aritmiasi

- 4) ritm migratsiyasi buzilishi
 - 5) ekstrasistoliya
 - A) supraventrikulyar va qorinchali
 - B) bir, ikkita, guruhli va alloritmli
 - 6) paraksizmal taxikardiya
 - A) supraventrikulyar va qorinchali
 - B) qo'zg'aluvchi pristupli
 - 7) noparaksizmal taxikardiya va ektopik o'zgarish
 - 8) bo'lmachalar terepitaniyasi
 - A) pristupli
 - B) to'g'ri va noto'g'ri
 - 9) bo'lmacha mersaniyasi
 - A) pristupli
 - B) taxisistologik, norik, brasistologik
 - 10) mersanie va tripitanie
2. O'tkazuvchanlik buzilishi
- 1) sinourikal blokada
 - 2) bo'lmachaaro blokada
 - 3) atrioventrikulyar blokada
- A) 1, 2, 3-daraja
 - B) paraksizmal va distal
3. Qo'shma aritmiyalar
- 1) sinus tugunining susayishi
 - 2) sirg'anuvchi qo'zg'alish ritmi
 - 3) oldinroq qorinchalar qo'zg'alishi
 - 4) parasistomiya
 - 5) Q-T intervali uzayishi sindromi.

Sinusli taxikardiya – yurak ritmining tezlanishi (90 dan ortiq)

Davosi: avvalo aritmiya sababini aniqlash, kaliy preparatlari, digoksin, verapamil.

Sinusli bradikardiya – yurak qisqarishi pasayishi (60 dan past). Katta yoshdagilarda ko'proq uchraydi. Bosh aylanish va bo'shashishi bilan boradi.

Davosi: bu holatni alohida davosi yoq. Lekin plotifillin, atropin kam dozalarda qilish mumkin.

Ekstremistologiya — asosan 60 yoshdan keyin uchraydi. Yurakning bevaqt urishi. Ular yagona har 2 ta, 3 ta urishdan keyin va guruhli bo'lishi mumkin.

Davosi: antiaritmik dorilar, xususan allopenin 0,025 x 3 mahal, anapremine 0,02–0,04 3 mahal.

Paroksimal taxikardiya: vaqti-vaqti bilan yurak urishining juda tezlashishi (140 va undan ortiq). Bu holatda keksalar albatta yotib davolanishlari kerak. Asosan veropamin, aymolin, amidoron, etatsizin 50 mg dan fizrastvorda quyiladi.

Bo'lmacha mersaniyasi (yurak urishi 350 dan ortib ketishi mumkin), asosan Yurak ishemik dardi ateroskleroz, miokard kasalliklarida uchraydi.

Qorinchalar anatomiyasi. Bu umuman o'tkazuvchanlikning to'xtab qolishi bo'lib, avtimatizmi ham buziladi. EKGda to'g'ri chiziqdan boshqa hech qanday chizma paydo bo'lmaydi.

Davosi: sun'iy nafasni ulash, yurak ichiga adrenolin yuborish, tashqi yurak massajini qilish, yurak elektrostimulyatsiyasini qilish.

Asosan og'irroq kechadi: sinoaurikulyar blokada bo'lmacha blokadas, atrivinulyar blokada va qorincha ichi blokadas uchrashi mumkin. Bu holatlarda kasallar faqat kardioreanimatsiya bo'limiga yotqiziladi va uning eng yomon asoratlardan biri surunkali yurak yetishmovchiligi kasalligi kelib chiqishi mumkin. Surunkali yurak yetishmovchiligining 4 ta funksional sinfi mavjud:

1-f.s. — nafas siqish, yurak urishi tezlashishi, tez charchash, holsizlik (biroz fizik zo'riqishda ham);

2-f.s. — yurak urishi ma'lum rejim qilinganda ham bo'lishi, tez charchash, arterial bosim oshishi, ba'zan o'pkada dimlanish alomatlarining bo'lishi;

3-f.s. — bu total yurak yetishmovchiligi bo'lib, oyoqlarda shishish, qorin bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi, gidrotaraks, yurak serrozi belgilarining paydo bo'lishi boshlanadi;

4-f.s. — bunda ikkala qon aylanishi sistemasida gemodinamik o'zgarish paydo bo'ladi, ortadi va bunday keksalar reanimatsiya bo'limiga o'tkaziladi va davolanadi.

Qariyalarda arterial gipertoniya kasalligi kechishining o'ziga xos tomonlari

Asosiy qoidalar quyidagilardan iborat:

- qon bosimi asosan 55–60 yoshdan keyin oshib boradi;
- qariyalarda asosiy yurak tomir sistemasi kasalligining zo'rayishi sababi hisoblanadi;
- qariyalarda artostatik arterial va bazal bosimlar haqida yaxshi tushunchaga ega bo'lish lozim.

Qariyalarda arterial gipertoniya deganda ayniqsa artostatik bosim haqida ko'proq gapirish lozim. Qariyalar ertalab o'rinlaridan turgandan so'ng, 60 yoshdan keyin sistolik bosim 20 mm simob ustunicha pasayadi. Shuning uchun yaxshisi o'tirgan holatda ularning qon bosimlarini o'lchash lozim. O'rinlaridan turib biroz yura boshlaganlarida qon bosimi yana biroz tushadi.

Klinik belgilari: ushbu dard katta yoshdagilarda klassik belgilar bilan o'tmaydi: asosan bosh aylanishi, quloq shang'illashi bo'lishi mumkin. Shuning uchun ham qariyalar tezgina shifokorga murojaat qilishmaydi. Umumiy belgilar ham qo'shilib uyqusizlik, yurak urishi tezlashishi, biroz nafas olishning qiyinlashishi boshlangandan so'nggina shifokorga murojaat qiladilar.

Zamonaviy klassifikatsiya bo'yicha gipertoniya xastaligi 3 bosqichdan o'tadi:

1-bosqich — kasallikning boshlanishi yoki “chegara gipertoniyasi”. Ba'zan bu bosqichda qon bosimi o'zidan o'zi ham normallashtirib qolishi mumkin.

2-bosqich — arterial bosim ancha yuqori bo'lib, tezgina tushmaydi, asta-sekin yurak chap qorinchasida kengayish paydo bo'la boshlaydi, biroz ko'rish xiralashadi.

3-bosqich — arterial bosim yuqori 180–110 ba'zan undan ham yuqori. Organlarda xususan yurakda, miyada, buyrakda angiopatik o'zgarishlar ro'y bera boshlaydi (o'tkir infarkt, insult, buyrak yetishmovchiligi boshlanishi mumkin). Aynan shu bosqichda yurak ishemik dardi yondosh qolishi mumkin, stenokardiya xurujlari zo'raya boshlaydi. Klinik belgilar rivojiga qarab, gipertoniya

dardining kechishiga 3 ta davr tashkil qiladi:

- yengil (qon bosimi 95–105 simob ustunida);
- oʻrta miyona (qon bosimi 106–115 simob ustunida);
- ogʻir (diastolik bosim 115 dan ortiq).

Albatta esensial gipertoniya kasalligi tashxisi simptomatik arterial bosimdan farqlanishi lozim. Asosan qariyalarda simptomatik arterial bosimning buyrak, paranximatoz va renovaskulyar turlari uchraydi. Koʻpincha kaortkatsiya aorta, orada uchrab turishi mumkin, lekin u 85% oʻrta yoshdagilar asosan qariyalar arterial gipertoniyasini davolashda quyidagilarga rioya qilishi kerak:

- avvalo yaxshi parhez qilish, tuz mahsulotlarini kamaytirish (dudlangan goʻsht, marinadlar, shoʻr konservalar),
- qariya koʻproq harakat qilishga intilishi kerak. Eng qulay narsa velosiped haydash va piyoda yurish;
- koʻproq ertalabki badantarbiya mashgʻulotlari, oyoq-qoʻllarni qimirlatish, oʻtirib turish kabi yengilroq mashqlar qilish kerak.

Medikamentoz davo

Asosan katta yoshdagilarga B – blokatorlar va diuretiklar beriladi. Dorilarni berishdan avval bradikardiya yoʻqmi, yurak yetishmovchiligi yoʻqmi, bronxospazmlar yoʻqmi shularni yaxshilab tekshirish kerak. Yana shunday asosiy farmakologik xususiyatlarni eslab qolish zarurki dorilar dozalari yarim yoki $\frac{1}{3}$ boʻlishi kerak, mumkin qadar 1 ta xil dorini bir kunda bir mahal ichish bilan qon bosimini tushirish lozim, asosiy beriladigan B – blokatorlar:

- 1) nokardioselektiv faolligi pastroq (anaprilin, obzidan);
- 2) nokardioselektiv lekin faolligi yaxshi (trazikor, visken);
- 3) kardioselektiv (kordanum, atenolol, betalok).

Ularning oʻrta 1 sutkalik dozalari:

Anaprilin – 60-80 ml, visken – 5-10 mg, kordanum – 200 mg, betalok – 150 mg.

Tez-tez krizlar bilan boruvchi hollarda labetalol ishlatishingiz mumkin (3 ml dan 100 ml fiziologik eritmada vena orqali yuboriladi).

Diuretiklar ya'ni siydik haydovchi dorilar, xususan furasmid, tarsid, verotpiron fonida beriladi.

Birgalikda ishlatiladigan dori-darmonlarga quyidagilar kiradi: adelfan, kristipin, brinerdin tarkibida rezerpin bo'lib, ba'zan ushbu dorilar biroz mudroqlik, xayolparastlik xususiyatlarini uyg'otishi mumkin, shuning uchun ularni yarim dozada arterial qon bosimini o'lchab turib berish kerak. Dopegit ham biroz mudroqlik chaqirishi mumkin, biroz og'iz qurishi mumkin, shuning uchun ham ehtiyotkorlik bilan berish kerak. Qariyalarda yana markaziy qon bosimini tushiruvchi dorilardan klofelin (geminton) ko'proq ishlatiladi. Lekin buni ham ehtiyotkorlik bilan, eng kam dozadan, ya'ni 0,075 mg dan 2 maldan bera boshlash kerak. Kuchini oshirish uchun unga ozgina rezerpin yoki dopezid qo'shib berilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Oxirgi vaqtlarda qariyalar qon bosimini tushirishda kalsiy antogenistlari keng qo'llanilyapti (korinfar, kordonon, fenigidin, ayniqsa benziotiazem, verapamil preparatlaridir. Geriatriyada ko'pincha nifidipin ko'proq davolashda va albatta kordan, visken dorilari bilan birgalikda ishlatiladi. Umuman qariyalar qon bosimining sekin-asta tushirilishi, albatta EKG qilib yurak holatini ko'rish, yurak ritmining to'g'riligiga amin bo'lish lozim bo'ladi.

Gipertonik krizislarning qariyalarda kechishi

Asosan 2 turdagi krizislar talqin qilinadi. Adrenalin bilan bog'liq, noredrenalin bilan bog'liq va ular o'z navbatida serebral, kardial va vegetativ turlarga bo'linadi. Ko'proq qariyalarda kardial, ya'ni yurak turi uchraydi va u o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi bilan boradi. Ba'zan miya ishemik krizisi ham bo'lishi mumkin. Bu har qaysi turida alohida ehtiyotkorlik bilan tez yordam ko'rsatiladi. Eng yaxshi davolash usuli — magnit sulfatini venaga quyish lozim. Katta yoshdagilar bosh og'rig'iga, bosh aylanishiga, ko'ngil aynish va qusish yurak ritmining tezlashishiga shikoyat qilishadi. Bunda tezda EKG tekshirish, qon quyuqligi darajasini aniqlash lozim. Bu holatlar yurak astmasi xuruji bilan, yoki qon bosimining yuqoriligi bilan og'irroq o'tsa yaxshisi kasalni yotqizish kerak, kardiolog va

nevropatolog ko'rigidan o'tkazish lozim. Ayniqsa mersal aritmiya holatlarida kasalliklarni kardioreanimatsiya bo'limiga yotqizish lozim. Zero kasalliklarni chuqurroq tekshirishga to'g'ri keladi.

Nagruzkali tekshirish usullarini qilish mumkin bo'lmagan holatlar:

1. O'tkir infarkt davrining 3-4 kuni
2. Nostabil stenokardiya
3. O'tkir miokard, perikardit
4. Aortal stenoz
5. Qon aylanish yetishmovchiligi
6. Qiyin tushuvchi arterial gipertoniya
7. EKG da ritm buzilishi
8. O'tkir sistemali kasalliklar

Xolter monitoring qo'yish uchun ko'rsatmalar:

- 1) tez-tez xushdan ketish;
- 2) yurak urishda o'zgarishlar (perebon);
- 3) EKG standart registratsiyasida yurak ritmi o'zgarishi;
- 4) o'tkir yurak organik o'zgarishlari (yurak poroklari, qorincha fibrigelsiyasi, infarktdan keyingi holat, kardiomiopatiya, aortal poroklar).

Qariyalarda tomirlardagi morfofunktsional o'zgarishlar:

- 1) asosan katta toj arterial intamasklerozi;
- 2) moslashuv reaksiyalarining buzilishi;
- 3) kapillyarlar faolligining o'zgarishi;
- 4) gemodinamik o'zgarishlar, A\B o'zgarishi, yurakning minutlik sig'imining pasayishi, sistolik itarish kuchining pasayishi;

- 5) miokardning qisqarish funksiyasining o'zgarishi;
- 6) "qarilik parogi"ning o'zgarib borishi;
- 7) miokardda o'choqli o'zgarishlar;
- 8) yurakning rezerv moslashuvining pasayishi;
- 9) katexolaminlar ta'sirining pasayishi;
- 10) yurak mushaklari bioelektrik faolligining pasayishi.

Qarilikning asosiy klinik belgilari;

(qon-tomir sistemasining ko'rsatkichlariga binoan):

- 1) tez charchash;
- 2) fizik faolligining pasayishi;
- 3) ruhiy holatdagi o'zgarishlar (patiya);
- 4) eslab qolish qobiliyatining pasayishi;
- 5) tomirlar distoniyasi (o'ynoqiligi);
- 6) moslashuvning pasayishi;
- 7) gipodinamiya;
- 8) uyqusizlik;
- 9) gap, shovqin yoqtirmaslik;
- 10) tez-tez siyish, sistalgiya (og'riq);
- 11) qabziyat-atonik;
- 12) bosh aylanishi va umumiy tremor;
- 13) issiq va sovuqqa chidamsizlik;
- 14) oyoqlardagi quvvatsizlik;
- 15) eshitish va ko'rishning susayishi;
- 16) umumiy tana haroratining pasayishi;
- 17) bo'g'imlardagi o'zgarishlar (artroz, artrit);
- 18) terida sklerotik dog'larning paydo bo'lishi;
- 19) sekin-asta ozish;
- 20) umuman hamma mushaklarda qisqarish xususiyatining pasayishi.

Asosan qariyalarda bo'lib turadigan to'sh orqasida, chap yelka qismlarida, chap qo'lda bo'lib turadigan og'riqlarning asosiy sabablarini aniqlash, ularni nevropatolog va endokrinolog shifokorlar bilan birgalikda olib borish zarur.

III bob. GERIATRIK GASTROENTEROLOGIYA

Surunkali gastrit

Gastrit — oshqozon shilliq qavatining yallig‘lanishi bo‘lib, bizda bu xastalik o‘lka kasalligiga kiradi. Ayniqsa qariyalarda bu kasallik oshqozon devorida atrofik o‘zgarishlar berib, rak oldi kasalliklariga moyillik uyg‘otishi mumkin. Oxirgi yillarda gastrit kasalligiga boshqacharoq qaralib, uning sabablari kengroq o‘rganildi. Yoshga qarab oshqozon devoridagi o‘zgarishlar har xil bo‘lib, unda bakterial, autoimun o‘zgarishlar topilib, kasallik borishi faolligi ancha keng o‘rganildi. Kasallik asosida to‘qima atrofiyasi emas, epitelial to‘qimaning yaxshi yeyinishini, ularning nisbatan yosharishi talqin etilmoqda.

Surunkali gastrit — oshqozonning o‘choqli yoki diffuz shamollashi bo‘lib, unda to‘qimalar yangilanishi, nihoyat oshqozonda funksional o‘zgarishlar ro‘y berishi borasida ovqat hazm bo‘lishi va hayot tarzining yakunini belgilashi mumkin bo‘lgan kasallikdir.

Klassifikatsiyasi

Butundunyo gastroenterologlari Kongressida Sidney shahrida 1990-yilda qabul qilingan “Sidney sistemasi” deb atalgan klassifikatsiya bo‘yicha, surunkali gastrit A, B va aralash (A+B) turlariga ajratiladi hamda unda kasallikning gistologik, topografik, morfologik va klinik faolligi ajratiladi. Bunda asosan morfologik o‘zgarish funksional o‘zgarishlarni belgilaydi.

Surunkali gastrit — o‘sma oldi kasalligi deb ham qaraladi. Oxirgi ko‘rsatkichlarga qaraganda oshqozon o‘smasi ancha kamaygan, lekin ushbu muammo hozirgacha qolmoqda. Umuman ikki xil tushuncha mavjud: o‘sma oldi holatlar, o‘sma oldi o‘zgarishlar. Birinchisiga o‘smaga olib kelish jarohatini ko‘paytiruvchi holatlar kirsa, ikkinchisiga to‘qimadagi morfologik o‘zgarishlar kiradi.

Eng asosiy o‘sma oldi holatlardan biri surunkali gastritdir, bu ayniqsa 60 yoshdan oshgan keksalarga taalluqlidir. Ularda ichak yetishmovchiligi, qabziyatlar bilan borgan gastritlar o‘ziga ancha mehnat talab qilib, ularni davolash shifokorga qiyinchilik tug‘diradi.

Atrofik gastritlarning 10% o'smaga aylanishi mumkin. O'sma aniqlangan qariyalarda 37.2% atrofik gastrit tashxisi qo'yilgan, ayniqsa autoimmun gastritlar qariyalarda 3–10 barobar ko'pligi aniqlangan. Buning asosida ritmik tekshirish yotadi: oshqozon endoskopik tekshirishi, PH-ni aniqlash, ba'zan biopsiyalar qilish ham ko'rsatiladi.

Surunkali gastrit asosan har xil motor va evakuator o'zgarishlar bilan boradi. Ayniqsa autoimmun gastritlar qariyalarda og'irroq o'tadi. Ba'zan ovqat oshqozonda turib qolsa, ba'zan undan tezroq o'tib ketib, og'riq belgisini berishi mumkin.

Bunda albatta rentgenda oshqozonni ko'rish kerak, 21–34% qariyalarda giperplastik gastrit – “Menetriyer” kasalligi uchrab turadi. Asosiy tekshirish usuli baribir ham endoskopiya hisoblanadi.

Ko'pincha bunday kasallarga biopsiya qilib, solishtirma tashxis o'tkazish mumkin.

Autoimmun gastrit vitamin B12 yetishmovchiligi bilan boradi, ayniqsa o'sma holatlariga taxmin bo'lganda bu seziladi. Shuning uchun ham bunday qariyalarda nevrologik belgilar ko'p bo'lib, qonda megaloblastlar ortib ketib, gemoglobin pasayadi. Ko'pincha shunday gastritlar oshqozon o'smasi kabi kasallikka olib kelishi mumkin.

Davolash usullari

Kasallarni davolashda asosan parhez birinchi o'rinda turadi. Avvalo birinchi stol Pevzner bo'yicha tavsiya qilinadi, keyin 1–2 haftadan so'ng ikkinchi stolga o'tiladi. Bunda asosan mol yog'larini iste'mol qilmaslik, qovurma yog'li ovqatlar yemaslik ko'rsatiladi. Dorilardan serukal 0.01 2–3 mahal, yeglanil 0.05 2 mahal yoki tabletkada yoki inyeksiyada beriladi.

Agar og'riq belgisi qattiqroq bo'lsa 2%-2 ml. Noshpa mushak orasiga, galidor 2%-2ml mushak orasiga beriladi. Yana oshqozon devoriga burishtiruvchi dorilar ham beriladi; bularga plantoglyusid, qovoq suvi, zveroboy damlamalari kiradi. Albatta tabiiy oshqozon shirasi, atsidopepsin va kalsiy preparatlari tavsiya etiladi. Oshqozon devori metobolizmini yaxshilash uchun metiluratsil, B vitaminlar kompleksi hamda anabolik steroidlardan retabolil yoki nerobolil

qilinadi. Vitamin B12 tanqislik kamqonligi bo'lsa, sianokobolamin 200 mkg dan 8–10 kun beriladi.

Surunkali bakterial gastritlarni davolashda Pevzner 1 parhez stoli va 5–6 mahal ovqatlanish tavsiya etiladi.

Xelikobakter pilorini yo'qotish

Eng yaxshi ta'sir qiluvchi dori denol bo'lib (vismutning kalloid substrati), uni 120 mg dan 3 mahal ovqatdan oldin 3-4 hafta berilishi lozim. Yana bitsillin, ampitsillin, eritromitsin kabi antibiotiklardan birortasi 7–8 kun o'rta dozada beriladi. 2 xil antibiotikni kombinatsiya qilib ham berish mumkin. Og'riq kuchliroq bo'lsa, platifillin, metatsin kabi M-xolinolitiklar beriladi. N2-gistamin blokatorlaridan: semitidin, ranitidin, famotidin yaxshi samara beradi, og'riq yaxshi olinadi. Yana antatsid, ya'ni kislotani pasaytiruvchi dorilardan: almogel, vikaln, fosfolyugel, vikair preparatlari tavsiya etiladi. Agar to'g'ri davolansa surunkali gastrit yaraga aylanib ketmasdan asta-sekin tuzalib ketadi.

Yara kasalligi

Bu — oshqozon va 12 barmoqli ichakning qaytalanib kechadigan surunkali kasalligi bo'lib, oshqozon ichki devorining qizarib, yallig'lanishiga olib keluvchi dard bo'lib, u yillab qo'zg'alib sekin-asta tuzalib, qattiq asoratlar berib o'zini namoyon qilib turadi. Ko'pincha bahor va kuz oylarida qo'zib, asoratlar berishi mumkin.

Qariyalarda yara kasalligi gastritdan keyin ikkinchi o'rinda turadi, ko'proq oshqozonda bo'ladi (12 barmoq yarasidan 3 barobar ko'proq uchraydi). Yara yana yoshlikda bo'lib o'tgan holatidan tinchib ketib, 60–65 yoshda qariyalarda xuruj boshlashi mumkin, lekin ko'pincha 80 yoshdan keyin ham uchrab turadi.

Asosiy sabablari: bu kasallik ancha sabablarga ega bo'lib, shuning uchun uni multifaktor dard deb ham ataymiz. Asosiy sabab tashqi muhitga moslashuvning pasayishi va zo'riqish bilan deb tushuntiriladi va yana yaraning sekin tuzalishi bilan ajralib turadi.

Zo'riqish faktorlariga quyidagilar kiradi:

HCL ning ko'proq ishlab chiqarilishi.

Bakterial gastrit va duodenit.

Garmonlarning ortiqcharoq ishlab chiqarila boshlashi.

Reflyuks-ezofagit.

Oxirgi yillarda asosan yara kasalligi kelib chiqishida Xelikobakter pilori ta'siri yanada oydinlashtirildi. Chunki bu holatda muhofaza faktori katta rol o'ynay boshlaydi.

Muhofaza faktorlariga quyidagi holatlar kiradi:

1. Oshqozon shilliq qavati muhofazasi. Bu asosiy shilliq qavatdagi bikarbonat gelining borligi bilan tushuntiriladi. Bu asosan o'zini o'zi ovqat hazm qilishda ishtirok etishi bilan vodorod ionlarining mutsin bilan qo'shilib, shilliq bilan chiqib ketishini ta'minlaydi va qariyalarda prostoglandinlar ishqoriy muhitni ushlab turadi.

2. Yara hosil bo'lganida oshqozon va 12 barmoqli ichak devorlarini qon bilan ta'minlash katta ahamiyatga ega. Ilmiy isbotiga qaraganda yara hosil bo'lishi ko'proq qon aylanishi pastroq zonaga to'g'ri kelishi aniq. Ayniqsa lipidlarning oksidlanishi buzilishi yara hosil bo'lishida ahamiyatli, demak anti oksidantlar faoliyatining buzilishi ham bu yerda ahamiyatli hisoblanadi.

3. Prostoglandinlar faolligining ahamiyati, ayniqsa E va F turlari oshqozon shilliq qavatining qon aylanishini va kislorod bilan ta'minlanishini yaxshilar ekan. Ular tromb hosil bo'lishining oldini olib to'qima regeneratsiyasini kuchaytirishga yordam berar ekan.

4. Yaraning tez bitishi kasal uchun asosiy muammo. Ma'lumki, yara kasalligida to'qima regeneratsiyasi buziladi, lekin buni kuchaytirish o'rniga to'qimalar o'zaro munosabatini yaxshilash, ya'ni karbenoksolan berish maqsadga muvofiq.

5. Yara hosil bo'lishida va uning to'g'ri davolanishida organizmning immun holati birinchi o'rinda turadi. Masalan, epitelialar aro limfotsitlar va makrofaglar regeneratsiyani kuchaytiradi, IgA esa bakteriotsid xususiyatiga ega bo'lib, oshqozon va 12 barmoqli ichak

muhitini muhofaza qiladi, shuning uchun ham yara kasalligini davolashda albatta immunostimulyatorlar qo'shiladi.

Klassifikatsiya

Oxirgi klassifikatsiya A.A.Grebenev va A.A.Sheptulin fikricha, ular klassifikatsiyada oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan tashqari "simptomatik gastroduodenal yaralar" ham talqin qilinadi (1989-yil).

Sabablarga ko'ra:

1. Zo'riqish yaralari.
2. Dori-darmonlar ta'siridan yaralar.
3. Endokrin sistemasi yaralari.
4. Gastroduodenal yaralar.

Yara joylashishi bo'yicha:

1. Oshqozon yarası: kardial va subkardial; oshqozon tanasida yoki chetida; antral qismida va pilorik qismida bo'lishi mumkin.
2. 12 barmoqli ichak yaralari: piyozchasida, postbulbar yaralar.
3. Aralash yaralar (oshqozon va 12 barmoqli ichak).

Yara diametriga qarab:

1. Kichik yaralar (0.005 sm).
2. O'rta (0.6-1.9 sm).
3. Katta yaralar (2-3 sm.).
4. Gigant yaralar (3 sm dan ortiq-katta).

Oshqozon sekretsıyasiga qarab:

— baland, normal va past sekretsıyali yaralar.

Kasallikning borishiga qarab:

— xuruj davri, chandiqlanish davri, "qizil chandiq" va "oq chandiq" davri.

Kasallikning klinik borishiga qarab:

O'tkir (birinchi marta topilgan yara), surunkali (kam qo'zuvchi), har yili bahor va kuzda qo'zuvchi, tez-tez qo'zuvchi va boshqalar.

Asoratga qarab:

— qon kelishi, pastki to'qimaga yugurish, o'yib o'tish stenoz, malignizatsiya va o'smaga aylanish.

Yara kasalligining klinikasi

60 yoshdan oshgan keksalarda yara kasalligi har xil shikoyatlar bilan o'tishi mumkin.

Ko'pincha yoshligida o'tkazgan kasalligining keyingi uyg'onishi. V.M.Mayorov talqini bo'yicha bu turi 32.9% qariyada uchraydi. Albatta ularda qarilikning boshqa belgilari ham bo'lishi mumkin. 80 yoshdan oshgan qariyalarda ko'pincha "qarilik" yaralari atalib, oshqozonda uchraydi.

U ancha to'liq va yorqin belgilarsiz, uncha og'riqli bo'lmagan holda o'tadi. Ayniqsa qizilo'ngach churrasi bo'lgan qariyalarda dispeptik shikoyatlar ancha tushunarsiz o'tadi (Ortizón Rqs 1978). Ba'zan qariyalarda ba'zan qon ketish bilan borishi mumkin (L.V.Toshmatov va boshqalar, 1976-yil). Og'riqlar ancha simillovchi, tarqalmaydigan, ba'zan o'tkir-sanchuvchi bo'lishi mumkin. 50% kasallarda ko'ngil aynish, qusish belgilari bilan borishi mumkin.

Oshqozonning kardial qismida joylashgan yaralar 3%ni tashkil qiladi. Ular ko'proq erkaklarda uchraydi. Ko'pincha og'riq epigastral qismida bo'lib, 1.5–2 soatcha davom etadi va ba'zan to'sh suyagi orqasiga beriladi-tarqaydi. Ko'pincha ovqat yeyilgandan keyin to'xtaydi, ilgari soda-osh sodasi bilan kasallar o'zlarini tinchitishgan, hozir bu tavsiya qilinmaydi. Keksalarda bo'shashish, holsizlik va ba'zan yutinish qiyinlashishi mumkin.

Oshqozonning kichik aylanmasidan yoki oldingi devoridan "yaralar" 14% uchraydi. Asosan o'rta yoshdagi erkaklar va 56–70 yoshda ko'proq uchraydi. Kasallik birdan boshlanadi, og'riqlar har xil bo'lishi mumkin, ba'zan dispeptik belgilar va qon ketishi ham bo'lishi mumkin. Ko'proq zarda qaynash, kekirish bo'lishi mumkin.

Oshqozonning katta aylanmasidagi yaralar (2%) erkaklarda uchraydi. Uzoq vaqt gastrit bilan og'rigan keksalarga xos bo'ladi.

Og'riq albatta ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lib, ko'pincha o'smaga aylanish xususiyatiga ega. Oshqozonning antral qismidagi yaralar (3%) uchraydi. Bu turi ancha yoshroq (50–55) erkaklarda uchraydi, lekin keksalarda ham uchrab turadi. Bunda ham “och og'riqlar” bo'lib, dispeptik belgilar ko'proq bo'ladi, ko'pincha antatsidlar ta'sirida og'riq pasayadi. Qusish og'riqni bosadi, ularda oshqozon sekretiysi balandroq topiladi.

12 barmoqli ichak yaralari

Asosan yoshligida orttirgan yaralar hisobiga keksalarda uyg'onib qoladi (odatda 60 yoshdan keyingi yoshda uchraydi). U asosan og'riqsiz klassik belgilersiz o'tadi va birdan qon ketish alomatlarini berishi mumkin. Keksalik jarayonida oshqozon sekretiysi pasayib borishi mumkin, lekin yarasi bor keksalarda sekretiya baribir balandroq bo'lib, oshqozon funksiyasi pasayadi.

Diagnostik usullari

Qariyalarda yara kasalligi 2ta davrni o'z ichiga oladi. Birinchidan — gastroduodenal zona yaralari va uni o'smadan ajrata bilish. Bunda yaxshilab keksalarni so'roqlash (anamnez yig'ish), kasallikning yillar davomida klinik ko'rinishi, keksaning umumiy holatini yaxshi o'rganish va rentgenologik hamda endoskopik tekshiruv o'tkazish lozim. Endoskopik tekshiruvda albatta biopstat olish zarur, chunki qariyalarda “yangi” chandiq har to'g'ri ko'rsatkich hisoblanavermaydi, shuning uchun 3–6 marta biopsiya qilinishi kerak, albatta o'sma yo'qligiga amin bo'lish kerak.

Ikkinchidan — yarani simptomatik gastroduodenal yerdagi yaradan solishtirma tekshirish. Yana ushbu keksada surunkali gastrit, xoletsistit, reaktiv pankreatit kasalliklari bor-yo'qligini tekshirish zarur.

Davolash usullari

Keksalarni yara kasalligi bilan statsionar sharoitda davolash maqsadga muvofiq (ayniqsa birinchi marta topilgan yaralar),

ayniqsa ularni davolashda boshqa tomir, yurak, jigar, o'pka va buyrak kasalliklari bormi-yo'qmi, ayniqsa tez-tez qo'zg'ovchi. Yara kasalligini davolashda parhez birinchi o'rinda turadi. Albatta tez-tez har 4 soatda ham sifatli, ham kerakli yemishlar bo'lishi lozim. Ayniqsa, pishirilgan mol go'shti, baliq, har xil bo'tqalar, chala pishirilgan tuxum va sut mahsulotlari albatta zarur, chunki kuniga beriladigan oqsil yetarli bo'lishi lozim. Sut mahsulotlarini berishda ehtiyotkorlik kerak, ularni natural pishirilgan murabbo, jele, har xil soklar-sharbatlar bilan to'ldirish zarur.

Farmakoterapiya

Qariyalarda uchraydigan yara kasalliklarining patogenezini, sabablarini nazarda tutib, asosan organizmni muhofaza qilish, reparativ o'zgarishlarni tezlatishga qaratish lozim. Quyida asosiy beriladigan dori-darmonlar guruhlarini tavsiya etamiz:

1. Antatsidlar, qoplovchilar guruhi.

Asosan so'rilmaydigan antatsidlar ishlatiladi: almogel, maaloks, alyuminiy gidrooksi, flatugel. Bular hammasi alohida qoshiqchalarda 1–2 mahal ovqatdan 20–25 minut oldin tavsiya qilinadi. Qariyalarda qabziyat bo'lmasligi uchun magniy oksid bilan birga berish tavsiya qilinadi (0.5–1.0 mg 1x2 marta).

Aralashma dori turlari: vikalin, vikair, roter-1x2 tabletkadan 3x4 mahal kechasiga beriladi. Bundan tashqari o'rab oluvchi preparatlarga vismut nitrat, alтей damlamasi, romashka va yalpiz damlamalari beriladi. Ular yana shamollashni oldini oluvchilar ham hisoblanadi.

2. Sekreziyaga qarshi dori-darmonlar.

Bularga asosan N2-retseptorlari kiradi, gistamin va simetidin, lekin bular ko'pincha nojo'ya ta'sirlar berishlari mumkin (ayniqsa 60–70 yoshdan oshgan keksalarda, shuning uchun ham ko'pincha ikkinchi nasliy guruhga kiruvchi ranitidin (ranisan, zontak) ishlatiladi). 300 mgdan 2 mahal, ko'pincha 1 mahal kechasiga beriladi. Uchinchi nasliy guruhga kiruvchi famotidin (gastrosidin) 40 mg dan kechasiga berish mumkin (4–5 haftada 90% yara yaxshi chandiqlanishi aniqlangan).

2. N^+/K^+ – atafaza guruhlari. Bu guruhning asosiy ishtirokchisi (omez, antral) omeprazol – ayniqsa asosiy tanlash dorisi hisoblanadi, 40–60 mg dan kechqurun uyqudan oldin 2–4 hafta tavsiya qilinadi – 3–6 oygacha.

3. Keksalarga yana M-xolinolitik guruhli dorilar (atropin, metatsin) ham beriladi. Bu preparat ayniqsa keksalarda qabziyatni oldini olib, taxikardiyani kamaytiradi.

Davolashda asosiy preparatlar

Sitoprotektorlar – bu yangi dorilar bo‘lib, o‘tkir yaralarda, eroziv holatlarda juda yaxshi ta’sir qiluvchi guruhga kiradi. Ular ikki xil xususiyatga ega bo‘lib, biri shilimshiq hosil qiluvchilar, ikkinchisi esa bevosita muhofaza qiluvchilar hisoblanadi. Prostaglandinlarga kiruvchi dorilardan mizoprostil va enprostil 200 mg dan 4 mahal yoki ikki mahal 3–4 haftagacha beriladi. Salodka ildizidan tayyorlangan – biogastron, ventraksol oshqozon shirasini oshirib, shilliqsimon gel hosil qilib, lizosomalarni stabillashtiradi. Uni 0.05–0.1 mg dan 3 mahal ovqatdan keyin beriladi (4 hafta). Bevosita oshqozon devoriga ta’sir qilib, ma’lum to’siq (plyonka) hosil qiladigan dori bo‘lib, ularga quyidagi dorilar kiradi: sukralfat – 1 mg dan 2–3 mahal ovqatdan 1 soat oldin yoki ovqatdan 2 soat keyin, de-nol- vismut kolloidi juda yaxshi yopinchiq qilib, oshqozon devori ishining regeneratsiyasini oshiradi, pepsin faolligini pasaytiradi va vegetatsiyani pasaytiradi. 2 tabletkadan 2 mahal ovqatdan 30 minut oldin beriladi (1 oycha). 85 % kasallar juda yaxshi davolanadilar.

Reparativ jarayonlarni zo‘raytiruvchi dori-darmonlar.

Ular asosan ancha ozib ketgan, yarasi yaxshi bitmayotgan keksalarga tavsiya qilinadi. Bu preparatlar nuklein kislotaning sintezini kuchaytirib to‘qimalarda oqsilni oshirishga yordam beradi. Bularga salkoseril, natriy oksiferiskarbon (2 va 3 valentlik temir moddasi bo‘lib, allokson kislotasi bilan birgalikda oshqozon yarasining bitishiga yordam beradi. Bu dori 30–60 mg dan mushak ichiga 1 oy davomida yuboriladi. Yana shu guruhga – pirimidin guruhiga kiruvchi (metiluratsil, pentoksil) va boshqalar kirib,

asosan regeneratsiyani oshirib, himoya protsessini to'ldiradi, bu borada riboksin tabletkalari ham tavsiya etiladi, bundan tashqari oblepixa moyi va shipovnik moylari ham ishlatiladi. Ular 1 osh qoshiqdan 2—3 mahal ovqatdan oldin beriladi, yana oshqozon harakatini yaxshilovchi dorilardan reglan serukal kabilar ko'ngil aynish holatlarini to'xtatish uchun beriladi.

Asosan *Helicobacter pylori* patogeneziga ta'sir qilish uchun vismut preparatlari metronidazol (trixopol), denol, timidazol ham tavsiya etiladi. Bu ta'sirni yaxshilash uchun ampitsilin, eritromitsin, furozolidon ham berilishi kerak.

Qariyalarni davolashda yana oliy nerv sistemasi ishini faollashtirish uchun sulpirid, ya'ni eglonil beriladi, ayniqsa asteno-nevrotik sindromi bo'lgan keksalarga yaxshi yordam beradi. Individual tartibda kasallarni davolashda lazer nurlari ham tavsiya qilinadi. Ayniqsa ularni sxema asosida ehtiyotkorlik bilan parhez fonida davolash tavsiya qilinadi.

Surunkali xoletsistit

Qariyalarda ancha alohidalik bilan o'tadigan kasallikdan biri-surunkali xoletsistitdir. Hammamizga ma'lumki, ushbu kasallik ham ma'lum infeksion agent bilan chaqiriladi. Surunkali xoletsistit toshli va toshsiz bo'lishi mumkin. Ushbu dard ko'pincha boshqa oshqozon ichak kasalliklari fonida borib, juda ham yiringlash jarayoniga moyil bo'ladi (empiema).

Asosiy sabablar va etiologik ta'sirlar ko'proq 55—65 yoshlarda toshsiz xoletsistit uchraydi. Asosan sabablar streptokokk yoki stafilakokk qo'zg'atuvchilari bo'ladi. Ular qon, limfa orqali, ba'zan pastki organlar infeksiyasidan yuqoriga o'tishi mumkin. Yana kasallik qo'zg'alishi uchun oshqozon ichak yara kasalligi, semizlik, ovqatni noto'g'ri iste'mol qilish, har xil allergik holatlar ham sabab bo'lishi mumkin. Bular hammasi o't qop faoliyatini pasaytiradi: itarilishi buziladi, o't kislotalari 12 barmoqli ichakka o'tishga qiynalib qoladi, xolesterin toshlari yig'ilib qolishi mumkin va jigarda ishlab chiqariladigan o't ham dimlanib qolishi mumkin (N.A.Skuya 1981-yil).

Morfologik o'zgarishlar asosan o't qop devorida shamollash alomatlari bo'lib, qizarib, fibroz o'choqlar hosil qilishiga sabab bo'ladi. Ko'pincha nerv sistemasi va qon tomir sistemasida ham o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Klinik belgilari – ancha uzoq, yilma yil qo'zish bilan boradi. Asosiy belgisi og'riq – o'ng qovurg'a ostida, ba'zan epigastral zonada ham og'riq bo'lishi mumkin, ayniqsa og'riq yog'li ovqatlar iste'molidan keyin bo'ladi.

Keyingi doimiy bo'lmagan klinik belgilarga ba'zan isitma ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, zarda bo'lish kabilar bo'lishi mumkin. Bu hollar yillar davomida kelayotgan surunkali gastritdan, yo'g'on ichak faolligi buzilishidan bo'lishi mumkin. Yana ko'zga ko'ringan belgilardan sarg'ayish, teri qichishi bo'lishi mumkin. Qariyani umumiy ko'rilganda (obyektiv) quyidagi belgilar namoyon bo'ladi:

1. "Puzir" nuqtasida og'riq.
 2. Ushbu yer bosilganda (nafas jarayonida) og'riq kuchayishi (Kera belgisi).
 3. O'ng qovurg'a ostiga urilganda og'riq sezish (Grekov Ortner belgisi).
 4. Qorinni ichiga tortib, nafas olish jarayonida o't qop proektsiyasiga bosganda og'riq (Merfi belgisi).
 5. To'sh suyagi pastiga qattiq bosilganda og'riq sezish (Pekarskiy belgisi).
 6. Xoledoxo-pankreatik zonada og'riq (Shoffar belgisi),(UZI paytida qilinadi).
 7. Musbat frenikus simptomi (Myusse-Giorgiyevskiy belgisi).
 8. Quyosh o'ramiga bosilganda og'riq.
 9. IV ko'krak o'smasi boshlangandagi og'riq (UZI tekshiruvi jarayonida).
 10. Ensa bo'lagining trapetsiyasimon mushagiga birikkan yeriga bosilganda og'riq (Ionosh belgisi).
- Ushbu belgilar faqat xoletsistit kasalligiga xos bo'lib, uni qilabilish zarur, ular hammasi individual hisoblanadi.

Diagnostika

Surunkali xoletsistit kasalligi diagnostikasida asosiy tekshiruv usullari qon tahlili — neytrofil leykotsitoz, SOEning oshishi, eozinofiliya va biroz trombositopeniya. Ayniqsa metodik tomondan to'g'ri deb, o't tarkibini tekshirish hisoblanadi (duodenal zond bilan) va Oddi sfinkterining holati juda ahamiyatli hisoblanadi.

Lekin katta yoshdagilarda bu tekshiruv usuli har doim ham qilinavermaydi, lekin qilinsa yomon bo'lmaydi. Ushbu usul eng birinchilardan ishlatilib kelinib, diagnoz qo'yishga katta sharoit tug'diradi deb hisoblaymiz, chunki bu tekshiruv usuli bilan o't qopi devorlari tonusini, o't chiqarila boshlangan vaqtini, o't qanchaligini bilish mumkin, yana o't tarkibini, uning solishtirma og'irligini, tosh va tuzlar tarkibini ham bilish mumkin.

Yana instrumental tekshiruv usullaridan ultratovush bilan tekshirish va xoletsistoangiografiya metodlari ishlatiladi, ba'zan radionukleid orqali skanirovaniye qilish, kompyuter tomogramma va nihoyat laporoskopik tekshiruvlar o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Davolash usullari

Asosan bunday qariyalarimiz ambulator usulida davolanadilar. Ahvoli og'irroq, tana harorati bilan, og'riqlari qattiq vaqtda kasalxonaga yotqizilib davolaniladi. Ushbu dardning asosiy davolaridan eng kerakligi — parhezdir. Asosan 5–6 mahal ovqatlanish, ya'ni bo'lib-bo'lib tanavvul qilish targ'ib qilinadi. (Pevzner bo'yicha 5-stol). Bunda qariyaning ko'ngliga ham qarash zarur (tusagan yeguliklaridan ham yeb turish lozim, chunki tatib yeyilgan taom o'tning kolloid holatini yaxshilaydi). Asosan pishirilgan mol go'shti, yog'siz tovuq go'shti, baliq, tvorog, suzma tavsiya qilinadi. Ayniqsa non mahsuloti albatta yeyilishi kerak (qora non, biroz suvi qochgan non va hokazolar). Ular ichak peristaltikasini yaxshilaydi, xolesterinni siqib chiqaradi, vitaminlar balansini ushlab turadi va o't haydash xususiyati ham bor. Qariyalar 1 haftada 4–5 tuxum (pishgan holda) yeyishlari kerak. Har xil qaynatilgan sabzavotlar ham tavsiya etiladi: olma, qizil lavlagi, kartoshka pyuresi, banan, nok va hamma sharbatlar: o'rik,

shaftoli, olma va tamat sharbatlari. Asosiy davolash usullaridan yana biri shamollashga qarshi dorilar, imkon qadar tetratsiklin guruhidagi antibiotiklar tavsiya qilinadi: tetratsiklin, levomitsetin (0.75–1.0 grammgacha sutkasiga)

Ayniqsa o't tarkibida, ichakda lyambliyalari yoki boshqa parazitlar topilsa unda trixopol, furazolidon, furagin 0.1 gr 3 mahal 3–4 hafta beriladi. Tosh yig'ilmasligi uchun: alloxol, xolenzim, ursosan, xolagol va boshqalar beriladi. O'tni chiqarishni oshirish uchun sorbit, ksilit, magniy sulfat ham beriladi.

Undan tashqari fizik metodlar ham davolashda qo'llaniladi: parafin applikatsiyasi, ozakerit, diatermiya, amplipuls va juda ehtiyotkorlik bilan dinamik toklar kichik dozalarda berish mumkin.

Profilaktik mezonlari

1. Kasallar poliklinikada dispanser hisobiga olinadi.
2. Ovqatlar kaloriyasi pasaytiriladi (asosan mol yog'lari hisobiga).
3. Keksalarni fizik aktivlashtirish, ko'proq yurish (piyoda) 3–5 km sutkasiga va ertalabki badantariya 15–20 min.
4. Har xuruj davrida aktiv davolanish, tosh hosil bo'lishini oldini oluvchi dorilar har 6 oyda kurs bilan berishni nazorat qilib turish.

Qabziyat

Qabziyat – qariyalarda uchraydigan eng katta muammoli belgilardan bo'lib, u nafaqat qariyalar orasida sog'lom, navqiron insonlarda ham uchraydigan belgi hisoblanadi. U asosan noto'g'ri ovqatlanish, psixogen nagruzkadan va kamharakatlikdan kelib chiquvchi belgi hisoblanadi.

Ko'pincha oilaviy shifokorlar ushbu shikoyatga yaxshi ahamiyat berishmaydi, Chunki qabziyat juda xavfli shikoyat bo'lmay, umumiy holatni uncha-muncha buzmay, sekinlik bilan kuchayib boradi, yana shuning uchun ham keksalar zamonaviy surgilardan foydalanib, ko'p yillar o'zlarini tinchitib yurishga harakat qiladilar. Yana shuni aytib o'tish kerakki, ushbu belgi ancha katta muammo

bo'lishiga qaramay, yaxshi tushuntirib beruvchi ilmiy talqin yo'q. Ko'pincha har xil terminlar bilan: "dieziya", "konstipatsiya", "diskineziya" iboralarini bilan kasallik tarixida ko'rsatiladi va yagona termin bilan "qabziyat" deb ataladi. Umuman olganda qabziyat deb, 48 soatdan ko'proq najosotning yo'g'on ichakda turib qolishi va funksional yoki organik sabablarga ko'ra ich kelishining qiyinlashishiga aytiladi (Tukasyan A.G.1956, Frolkis A.V.1979-yillar). Qabziyat alohida kasallik emas, asosan ma'lum oshqozon ichak sistemasi kasalliklarining asorati hisoblanadi. Quyidagi qabziyat turlari va sabablarini tushuntirishga harakat qilamiz:

1. Alimentar, ya'ni ovqat bilan bog'liq bo'lgan qabziyat. Ushbu holat ko'pincha har kuni bir xil ovqat yeyilganda, ko'proq sutli taomlardan keyin bo'ladi degan ilmiy fikr bor, lekin asosiy sabab kamharakatlilik hisoblanadi, ayniqsa ko'p yillar parhez qilish natijasida ham bo'lishi mumkin (katta yoshli insonlarda).

2. Nevrogen — oliy nerv sistemasi faoliyati bilan bog'liq bo'lgan qabziyat. Eng ko'p uchraydigan — diskinetik qabziyat. Yo'g'on ichak diskineziyasi — ichak harakatining ma'lum qismlari koordinatsiyasining buzilishi bo'lib, asosan gipermotor harakatlar o'zgarishidir. Bu holatni zamonaviy tilda "SRK" — синдром раздражения кишечника, ya'ni ichak qitqlanish sindromi deyiladi, bu holat funksional holat bo'lib, asosan ichak motorikasi o'zgarishi bilan boradi. Bular har xil stress — zo'riqishda, psixik nevrozlarda, konflikt holatlarda, qo'rquv belgilari va depressiyada bo'ladi. Asosan axlat yo'g'on ichakning eng pastki qismida, rektal ampulada yig'ilib qoladi. Keksalarda ichak tonusi pasayadi, shuning uchun atonik qabziyat deyiladi.

3. Gipodinamik qabziyat — ko'pincha to'shakda yotib qolgan, asoratli kasalliklarda uchraydi. Asosan qariyalarda uchrab, keksalar harakatining pasayishi bilan tushuntiriladi, ularda umumiy muskullar tonusi ham pasaygan bo'lib, ularni ancha qiynaydi.

4. Shamollash bilan bog'liq proktogen qabziyatlar. Asosan keksalarda uchraydi, ko'pincha buvasil — "gemorroy" ko'tan og'zi yiringlari bilan o'tadi, ayniqsa surunkali oshqozon va o't

qopi kasalliklaridan keyin, ichak o'smalarida, har xil ichak chandiqlaridan keyin bo'ladi.

5. Yo'g'on ichak anomaliyasidan keyin bo'ladigan qabziyat (megakolon, dolixosigma va boshqalar). Ularda umuman ich kelishi ayniqsa qiyin bo'lib, alohida davolash talab qilinadi va ko'pincha xirurglar yordamiga muxtoj bo'lishadi.

6. Medikamentoz qabziyatlar. Ayniqsa surunkali kasalliklar natijasida ko'p dori-darmonlar iste'mol qilgan keksalarda, ayniqsa xolinolitiklar, uyqu dori, siydikni haydash uchun beriladigan dorilar va ko'p kalsiy preparatlari ichgan keksalarda bo'ladi.

7. Endokrin kasalliklari va elektrolit balansi o'zgarishi bilan bog'liq qabziyatlar. Bu turi ham asosan keksalarda, surunkali yurak yetishmovchiligi bor, buyrak kasalliklari asoratlardan keyin bo'ladi. Ayniqsa o't kislotalarining yig'ilib qolishi, o'tning quyuqlashgan hollarida — "xolestaz", juda qiyin davolanuvchi, keksalarni ancha qiynaydigan qabziyat bo'ladi, ular ko'pincha yaralarga, o'smalarga va buvasiyaga o'tib ketishi mumkin. Bu yerda alohida aytib o'tish zarurki, ko'pincha ichak mikroflorasi o'zgarib, disbakterioz bo'lib qolishi mumkin. Bu holat qariyalarni yanada qiynashi mumkin. Ayniqsa keksalar vaznini yo'qotib, ishtahalari pasayib qolishi, umumiy holatlari ancha qiynalib, og'irlashib qolishlari mumkin. Albatta proktolog bilan, onkolog bilan maslahatlashib, diagnostikani tezlashtirish lozim.

Asosiy davolash usullari

1. "Klizma" — ko'xna qilish va surgilardan butunlay to'xtash.
2. Alohida tavsiya qilingan parhezga rioya qilish.
3. Hojatga borish refleksini yaxshilash.
4. Yo'g'on ichak motorikasini — harakatini yaxshilashga qaratilgan muolajalar.

5. Surgilarni individual tanlab, ma'lum kichik oralig'idagi vaqtga berish.

6. Keksalarga tavsiya etiladigan ma'lum sharbatlar va muolajalar.

Har bitta holatga alohida to'xtab o'tsak, shu ma'lum bo'ladiki,

aytganimizdek birdan klizmalar qilaverish va surgilarni ichaverishi birdan to'xtatish albatta qiyin. Nisbatan ichak devorlarida distrofik o'zgarishlar bo'laboshlagan, refleks ancha o'lgan bo'ladi. Shuning uchun ham ayniqsa ko'proq yotish (ma'lum xirurgik operatsiyalardan keyin, insultlardan keyin va boshqa holatlar klizma qilishni talab qiladi, lekin bu holatlar sekin-asta kichik dozalarga o'tkazilib, beriladigan surgilar vaqti-vaqti bilan o'zgartirib turilishi kerak. Har bir qariyaga o'ziga xos, individual surgilar berish haqida o'ylash kerak.

Asosiy qilinadigan ish parhezni to'g'ri qilish hisoblanadi, bunda nazarda tutish kerak bo'ladi:

a) ichiladigan suvni ko'paytirish — suv gazzsiz, har xil sharbatlar, kompot (shakarsiz);

b) erta bilan soat 6 da 1 stakan suvni nahorga ichish;

c) natural sut ichmaslik;

d) 1 sutkada 2 mahal kamida xom, pishirilmagan sabzavot salatleri (qizil lavlagi, karam, qovoq, dudlangan karam, biroz nordonroq olma, nok, qora olxo'ri va boshqalar);

e) non mahsulotlari aralash undan (qora va oq un aralash), mumkin bo'lsa arpa unidan bo'lgani yaxshi, krupalar har xil va hokazo);

f) mumkin qadar ovqatni issiq emas, biroz sovitib yeyish, sovuqroq tarzda yegan ma'qul.

Surgilar bilan davolash usullari

Tavsiya qilinadigan surgi dorilar har xil darajada ta'sir qiladi, shakllarning ma'lum qismiga ko'proq, ma'lum qismiga kamroq. Xususan: sarig' yog', tuzli aralashmalar, kasyumel — ko'proq ingichka ichakka ta'sir etsa, boshqalari antrixinol, difenil guruhi yo'g'on ichakka ta'siri ko'proq, shuning uchun ham 1-guruhdagi surgilar 4–5 soatda ta'sir qilsa, 2-si 10–12 soatdan keyin ta'sir qila boshlaydi. 3-guruh bevosita ichak devoriga ta'sir qiluvchilar “Kontaktne” (glitserin, laktat kalsiy) shamchalar shaklida yo'g'on ichakka tiqib qo'yilganda, ularning ta'siri 10–20 minutdan keyin bo'lishi mumkin. Aytib o'tishimiz shart bo'lgan holatlardan asosiysi shuki, surgilarga birinchidan tez o'rganuvchanlik bor, ikkinchidan

ma'lum vaqt o'tib, ta'siri pasaya boradi, ushbu surgilar "surgilar kasalligini" chaqirib qorin dam bo'lishi, ko'ngil aynishi, charchash kabi shikoyatlar bo'lish mumkin. Shuning uchun ma'lum oraliqda ularni o'zgartirib, boshqasiga o'tkazib turish lozim.

Qabziyatni davolashda kompleks vitaminlar kurs bilan 3–4 haftadan berib turilishi kerak. Ovqat hazm qilishni yaxshilash uchun fermentlar bakteriofag, kolikobakterin, bifidumbakterin, bifikol laktobakterinlar ham tavsiya qilinadi. Eng katta mas'uliyat shifokor uchun qariyalarda disbakterioz bo'lib qolish, uni davolash ancha qiyin muammoga kiradi.

Quyida ba'zi tavsiyalarimizni ko'rsatib o'tamiz.

1. Stafilokokk disbakteriozi:

a) immunoglobulin 100ME mushak ichiga kun ora 5 marta;
b) stafilokokkli anatoksin 0.5 ml. teri ostiga (keyin har oyda 1 marta – 3 oygacha);

c) stafilokokkli gamma – globulin og'ir holatlarda qilinadi 1-2 ml. mushak orasiga, 3–5 ineksiya kun ora qilinadi;

d) sezuvchanlikni tekshirib, antibiotiklar qilamiz.

2. Protey disbakteriozi:

a) bakteriofag (koli protey) 10 kun;

b) furazolidon. Furagin 0.1 mg. 3 mahal 6–7 kun mobaynida;

c) 5-NOK, nitroksolin 2 kurs (5–6 kundan).

3. Kandidoz disbakteriozi:

a) modda almashuvini yaxshilash (fermentlar, vitaminlar, kalsiy);

b) fagotsitozni zo'raytiruvchi va muhofaza qilishni oshiruvchi dorilar (prodigiozan, dibazol, kam dozalarda);

c) Biopreparatlar bilan davolash (bakterinlar);

4. Gribok-zamburug'larga qarshi davo:

a) nistatin, levorin 3–4 mahal ichishga va 1 ml so'rishga beriladi;

b) amfoglukamin (amfoteritsin) tuzi 2 tab. 2 mahal 5–7 kun;

c) ketokanazol (nizoril) 0.2 mg. Suvda eritib (1 stakan) 1 tadan 2 mahal 5–7 kun beriladi;

d) oxirida yana bifidumbakterin (kursga 100 ta birlik dozada) beriladi.

Albatta bu dorilarni berish jarayonida keksaning ahvoliga katta ahamiyat berish, ichak mikroflorasini har 2 oyda tekshirib turish, albatta parhezni to'g'ri tutish, antibiotiklarni ayniqsa tetratsiklin guruhiga kiruvchilarini to'xtatish va biopreparatlarni har 3 oyda qaytarib turish lozim.

1. Har qaysi qariyada dori-darmonlarga sezuvchanlik har xil, ma'lum qonun-qonuniyat yo'q.

2. Har qaysi to'qima ma'lum dorilarga beradigan reaksiyasi bir xil emas.

3. Sezuvchanlik pasayadi, lekin o'zgarmaydi.

4. 90 yoshdan oshgan qariyalarda ilgari sezuvchan bo'lgan dorilarga, pasayishi bilan javob beradi.

Albatta yuqoridagi xulosalarga tashqi muhitga moslashish pasayishi, uzoq ishlatilgan dorilarga o'rganib qolish natijasida ta'siri pasayishi talqin qilinadi.

Dori-darmonlarning o'zaro ta'siri

Qariyalarda dori-darmonlarni 2–3 tasini birdan berish ancha xavfli (bir xilroq ta'sirga egalarini). Ayniqsa ilgari ko'proq spirtli ichgan qariyada (organizm etil spirtiga to'yingan bo'lsa) bu holat juda sezilarli bo'ladi. Dorilar o'z-o'zidan bir-birini siqib chiqarishi mumkin (ayniqsa oqsil bilan bog'lanish davrida). Keksalarda gemorragik diatez, qichima, uyqusizlik, bosh aylanishi, ishtaha pasayishi kabi dispeptik shikoyatlar paydo bo'lishi mumkin.

Xulosa sifatida quyidagilarni tavsiya etamiz

I. Bo'lish mumkin bo'lgan holatlar:

- a) zaharli ta'sir, kumulyatsiya;
- b) dorilarning o'zaro chiqishmasligi;
- c) turg'un baland sezgirlik;
- d) ushbu o'zgarishlar birdan bir nechta dorilar berishda bo'lish (poliprogmaziya);
- e) ushbu sabablarning sababi:
— ko'rilish darajasi pasayishi;

- buyrak metobolizmi o‘zgarishi;
 - plazmatik transport o‘zgarishi;
 - sekretlarning ekskretsiyasi buzilishi;
 - sezuvchanlik pasayishi va reksiya o‘zgarishi;
- f) ehtiyotkorlik!!!

Dorilarni berishda asosiy prinsiplar

1. Poliprogmaziya yo‘l qo‘ymaslik.
2. Dorilarni kamaytirilgan dozada berish.
3. Bir xil xususiyatli dorilarni vaqti-vaqti bilan o‘zgartirib turish.
4. Kompleks vitaminlar berish.
5. Ehtiyotkorlik!!!
6. Yurak glikozidlarga sezgirlikni unutmaslik.
7. Psixotrop dorilar qabziyatni kuchaytirishi.
8. Dorilar asosan ovqatdan keyin berilishi shartligini unutmaslik.

Vitaminlar

Qariyalarda asosan endogen avitaminozi bo‘lishi mumkin (yillar davomida).

Bu asosan oshqozon ichak sistemasi yetishmovchiligidan, hamda oshqozon osti bezi faolligining buzilishi bilan tushuntiriladi. Ayniqsa lipotrop vitaminlar (metionin, letsitin, xolin, inozin) to‘yinmagan yog‘ kislotalari (vitamin F guruhi). Modda almashinuvini yaxshilab, jigar ishini faollashtirib, xolesterin yig‘ilishini nisbatan pasaytirib, aterosklerozni oldini oladi. Ayniqsa nikotin kislotasi buyrak qon aylanishiga ham musbat ta‘sir ko‘rsatadi. Yana A va E vitaminlari ham qariyalarga juda kerak. Bular hammasi to‘qimalarning kislorodga talabini kamaytirib, to‘qima nafasini yaxshilaydi, to‘qima gipoksiyasiga qarshi kurashadi. Tokoferol organizmda bo‘sh radikallarni pasaytirib, antioksidant sifatida ta‘sir ko‘rsatadi. Lekin vitaminlarni katta dozalarda berish, to‘qimani juda ham to‘yintirish mumkin emas. Hozir juda ko‘p kompleks vitaminlar chiqarilayapti (dekamivit, undevit, geksamit, duovit va boshqalar). Lekin ularni o‘ylab gipo, avitaminozlarda

ishlatish kerak. Ko'p vitaminlar ichida mikroelementlar bor, ular organizmning fermentativ aktivligini oshirib, umumiy modda almashinuvini yaxshilaydi.

Fiziologik qarish jarayonida geriatric praktikada novokainni sikl bilan mushak orasiga A. Aslan sxemasida yuborish yaxshi natijalar beryapti. Unda 12 marta 2% – eritma 5 ml. dan kun ora mushak orasiga yuboriladi (1 oydan 3 oygacha, ma'lum dam olish bilan (2 haftadan)). Bu keksalarga yaxshi ta'sir qilib, yurak va bo'g'imlardagi og'riqlarni olib, ko'ngillarini yaxshi ko'tarib, ishtahalarini oshirib boradi. Chet davlatlarda novokain gerovital, aslovital nomlari bilan yuritiladi va juda keng ishlatiladi.

Qariyalarda nosteroid shamollashga qarshi dorilar ham ishlatish mumkin, lekin bevosita garmonal terapiya juda ehtiyotkorlik bilan berilishi kerak.

Apilakoterapiya. Apital – qovoq arining ona suti bo'lib, biologik aktiv oqsildir. Apilak bir necha organlar ishini yaxshilaydi, ularga kuch bag'ishlab, hayotga intilishini oshiradi. Uni 0.01 gr. 2 mahal til ostiga 20–22 kun beriladi. Yana shu maqsadga biologik faol oqsil adaptogenlar ham tavsiya etiladi: ular elsuterekok, jenshen ildizi bo'lib, miya qon aylanishini yaxshilaydi. Oxirgi yillarda keng qo'llanilayotgan bioregulyator ontomidin ishlatilyapti. Quyida sitomedin turkumiga kiruvchi kelib chiqishi yaqin dorilarni havola etamiz.

Sitomedin preparatini asosi va uning ishlatilishi

Preparat	Olinadigan ildizi	Ishlatilishi
Timolin	Timus (vilochka bezi)	Imun holatini yaxshilash
Epitalamin	Epifiz (shishkovid bezi)	Yoshga binoan gormonal – metabolizmni yaxshilash
Korteksin	Miya ildizi (kora)	Miya faoliyatini yaxshilash
Detinalamin	Ko'z to'ri	Ko'rishni yaxshilash
Kordiamin Vazolin	Yurak tomir	Yurak-qon tomir sistemasini yaxshilash

Bronxolin Pulmolin	Bronxlar O'pka	Nafas sistemasi funktsiyasini yaxshilash
Prstotilen	Prostata	Prostata bezi ishini yaxshilash
Pestilen Ovalin Vezurin Renalin	Urug'don Tuxumdon Siydik qopi Buyrak	Siydik chiqarish va buyrak ishini yaxshilash
Gemalin	Suyak miya Xryash	Qon, suyak miya metabolizmini yaxshilash
Gepanin Pankrealin	Jigar Oshqozon osti bezi	Ovqat hazm qilish organlari ishini yaxshilash

Sitomedinlar — peptid tarkibiga kirib, ular har bir to'qimada bor. Ular asosan tashqi muhitdan olinadigan ma'lumotlarni bevosita transmembran yo'l bilan to'qimalarga uzatadi. Hozirgi vaqtda ular hamma to'qimadan ajratilgan va o'zining hajmi bilan har xil. Ularni o'rganish natijasida juda ko'p dorilar topilmoqda, ko'plari esa endi o'rganilmoqda.

80-yillardan boshlab sitomidinlar gerontologiyada juda ko'p ishlatilyapti. Ular bilan davolash keksalar hayotini uzaytirishga, gormonal — metabolik o'zgarishlarni oldini olishga, qon tarkibini tozalashga va nihoyat o'smalarning oldini olishga yordam beryapti. Ular ishlatilganda davolanish 20—30% yengillashyapti va qonda xolesterin miqdori ham pasayyapti. Demak ular asosan quyidagi vaziyatlar uchun ishlatiladi:

1. Geroprotektor sifatida.
2. Yoshga binoan asoratlarni kamaytirish.
3. Terapevtik ta'sir.

Xulosa sifatida aytilganda qariyalarni davolash ancha o'ziga xos qiyin muammo. Yuqorida aytib o'tganimizni ko'zda tutgan holda albatta ularga temir va kalsiy juda zarur.

Quyida geriatrriyada ishlatiladigan asosiy dori-darmonlardan misollar keltiramiz.

IV bob. QARIYALARDA UCHRAYDIGAN ASOSIY KASALLIKLAR "HAMSHIRALIK ISHI" O'QITUVCHILARI FAOLIYATIDA

Bu bobni ancha ommabop tarzda berib, asosan tibbiyot kollejlari pedagoglari va talabalariga bag'ishladik. Faqat ko'proq uchraydigan kasalliklar va ular asoratlarini ommabop tilda tushuntirishga harakat qildik.

Qariyalarda nafas olish sistemasida ham o'ziga xos o'zgarishlar bo'ladi. Gerontologiyada o'pka kasalliklari muammolari ham anchagina ko'p va bevosita yillar davomida kelgan kasalliklarning ham ahamiyati bor. Bu ilmiy tadqiqotlar ko'proq jahon gerontologiya instituti xodimlari mehnatlari bilan xususan Chebotarev D.F. (1977), Karkushko O.V. (1978), Ivanov L.A. (1980) kabi gerantolog olimlar ishlarida keng yoritilyapti. Ularning fikrlaricha asosan 55 yoshdan keyin keksalarda surunkali o'pka kasalliklari va ularning asoratlari ko'payib borib keksalarni ko'proq nogironlikka olib kelishi tasdiqlanadi. Ularda eng ko'p uchraydigan dard: surunkali bronxit, zotiljam va bronxokarsinoma (bronx o'smasi) (Gebotarev D.F. 1977, Yashenko B.P. 1989) hisoblanadi. Yurak ishemik xastaligi, tomirlar xastaligi, ko'zdagi o'zgarishlar, miyada qon aylanishi buzilishi va hokazolar haqida ommabop fikrlar almashinuvi.

Burun halqum va yuqori nafas yo'llari xastaligining qariyalarda kechishi.

Keksalar halqumida funksional va to'qimalar o'zgarishi alohida jarayondir. Insonda 6 ta bodomsimon bez mavjud. Yoshlik davrida bizga beminnat xizmat qiladigan bu bezlar 60 yoshdan so'ng sekin-asta atrofiyaga uchrashi, ya'ni quvvatsizlanib borishi ko'p kuzatiladi. Ularning falekulalari kamayib borishi natijasida limfa to'qimalari quriy boshlaydi va ular biriktiruvchi to'qimalar bilan qoplanib boradi. Shuningdek, bodomsimon bezlarda nerv elementi ko'payib, ularning sezuvchanligi ortadi.

Rinit. Burun kataklarining shamollashi quloqdagi xastaliklarga nisbatan ancha yorqinroq klinik belgilari namoyon bo'ladi. Masalan,

kasallikka yo'liqqan bemorda ikki kundan so'ng shamollash alomatlari bo'lmish tez-tez aksirish, burun oqishi yoki nafas olish qiyinlashishi hamda qichish alomatlari kuzatiladi. Qolaversa, bemorda burun to'siqlari teshigi o'zgarishi va ularning kengayishi hamda uyasimon tugunlarining kamayishini ham ko'rish mumkin. Biroq shunisi qiziqki, xastalikka xos bosh og'rig'i yoki istma kabi alomatlar keksalarni bezovta qilmaydi. Shu sababli ular o'z holatini shunchaki shamollash deya e'tiborsiz qoldirishi ko'p uchraydi.

Sinusit. Burunda kechadigan surunkali sinusit juda kam klinik belgilar beradi. Hatto keksa kishi xastalikka uchraganini bilmasligi va shikoyat qilmasligi mumkin. Bu burun suyak devorlari atrofiyaga uchragani sababli sezuvchanlik pasayishi oqibatidir. Xastalikni tashxislash uchun zamonaviy tekshiruv apparatlari — rentgen, magnit rezonansli tomografiya (MRT)dan foydalanish mumkin.

Kasallikda burun teshigini evkalipt shariklari bilan tozalash, antibiotiklar bilan yuvish tavsiya etiladi. Bunday davolash muolajasini ambulator sharoitida bajarish lozim. Shuningdek, allergik ta'sir natijasida qo'zg'algan burun xastaliklarida ularning oldini olishga xizmat qila oladigan dorilarni suyultirib, burun yonlarini yuvish zarur. Agar keksa kishida allergik ta'sirchanlik kuchli kechadigan bo'lsa, albatta allergolog shifokor bilan maslahatlashish kerak. Chunki qiyinroq va og'ir kechadigan burun bo'shlig'i shamollashi hamda allergik rinitlar uzoq vaqt sabr bilan davolanishni talab etadi.

Keksalarni ko'pincha ateroskleroz va qon bosimining ko'tarilib turishi hamda yurak ishemiyasi muammosi qiynaydi. Bu muammolar burundan qon ketishi yoki uning tuzilishi o'zgarishiga hamda o'z ta'sirini ko'rsatishi ma'lum. Bunday vaziyatda, albatta, otolaringolog ko'rigidan o'tish darkor. Shifokor qonni to'xtatish uchun burun bo'shlig'iga maxsus dorilar shimdirilgan paxtali tampon qo'yiladi.

Biroq shuni nazardan qochirmangki, qariyalar juda nozik bo'ladi. Burun ichiga qo'yiladigan paxtali tamponlar ularni biroz cho'chitishi ehtimoldan xoli emas. Chunki ular nafas olishga qiynalishni yoki bo'g'ilishni his etishi mumkin. Shu

sababli muolajani bajarishdan avval ularni ruhan tinchlantirish, so'ng qonni suyultiruvchi dorilar berish kerak. Zero, qariganda insonning qon tarkibi ham o'zgaradi. Ko'pincha ularda qonning quyulashishi kuzatiladi.

Burundagi paxtali tampon ko'pi bilan 2–3 kun turishi kerak. Bemor qon hidini sezmasligi va ko'ngli behalovat bo'lmasligi uchun 3 % li kollorgol yoki A vitaminidan 2–3 tomchidan burunga tomizib turish foyda beradi.

Qariyalarda quloq va yuqori nafas yo'llari faoliyati buzilishining kechishi

Eshitish analizatorlari. Eshitish analizatorlari bo'yicha ko'p olimlar biologik va sotsial tadqiqotlar olib borgan. Qarilikning asosiy biologik jarayoni shovqinning doimiy his qilinishi, deb qaraladi. Lekin keksalarda bu holat har xil darajada va yoshga qarab farqlanadi. Ko'pincha quloq va miya arteriyalarining ataroslrozga uchrashi bunday alomatlar qo'zg'alishiga turtki bo'ladi. Qariyalarda eshitish qobiliyatining sekin-asta pasayib borishi kuzatiladi. Tibbiyotda bu xastalik presbiakuzis deyiladi. Lekin bu hamma qariyalar ham shu xastalikka chalinishi mumkin degani emas. Kasallik asosan 60 yoshdan oshganlarda uchraydi.

Asosan bu holatni distrofik va atrofik o'zgarishlar orqali kuzatish mumkin. Sezgi neyronlarining kamayib borishi, quloq chig'anog'i organlari funksiyasining sekin-asta pasayishi uning to'qima yadrosi nekroziga uchrab borishiga asos yaratadi. Natijada quloqning ovoz tebratuvchisi analizatorlari ishdan chiqa boshlaydi. So'ng miya to'qimasida ham atrofiyalar qo'zg'aladi. Shuningdek, to'qima proptoplazmasida o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin.

Eshitish qobiliyati buzilgan qariyalar ko'pincha birovning gapini tushuna olmay qoladi. Ayniqsa, ko'pchilik birdaniga gapirsa va gap orasida shovqin bo'lsa, qariyalar sarosimaga tushib qoladi. Shu sababli ular gavjum joylarda muloqotda bo'lishga qiynaladi. Aksariyat hollarda telefon orqali gaplashgandan so'ng bir qancha daqiqa o'z ovozini ham eshitmayotganini his qila boshlaydi.

Vestibulyar analizatorlar. Klinik tekshiruvlarda vestibulyar analizatorlarning ishdan chiqishi ko'proq kuzatiladi. Bu asosan inson ish faoliyatining shovqin bilan bog'liqligi va ko'rish qobiliyati pasayib borishiga bevosita aloqador bo'ladi. Bunga vestibulyar analizatorlarning disfunktsiyasi deyiladi. Qariyalar bosh aylanishi va quloqlar shang'illashini sezishi, ba'zan o'zini yiqilib tushayotgandek his qilishi mumkin. Qolaversa ko'ngil aynishi, ko'z oldi qorong'ilashishi ortidan yurgan yerga o'tirib qolishi ham mumkin.

Qariyalarda vestibulyar analizatorlar faoliyatidagi o'zgarishlar va buzilishga yuqori nafas yo'llari, bronx, traxeyalar shamollashi kabilar sabab bo'ladi. Keksa kishilar bunday holatlar boshlanish davrida kasallikning oldini olish, to'g'ri yashash tarziga rioya etish, serharakatroq bo'lish, semirmaslik, ovqatni o'z vaqtida kam-kamdan yeyish hamda har xil ortiqcha shovqindan o'zini asrashga e'tibor berishi kerak. Shuningdek, nos otish yoki sigaret chekishdan saqlanish lozim.

Albatta fiziologik ateroskleroz jarayonida ham ahamiyat berish kerak. Mumkin bo'lsa statin preparatlarni ichish, qandli diabet va gipertonik krizlardan o'zini avaylash talab etiladi. Qariyalarga B₆, B₂, B₁₂ vitaminlari, nikotin kislotalari va gemoglobin miqdorini ko'paytiruvchi dori-darmonlar qabul qilish tavsiya etiladi. Shuningdek ular otolaringolog va umumiy shifokor ko'rigidan o'tib turishlari zarur.

Keksalarda surunkali bronxitning kechishi

Kasallikning asosiy sabablari:

1. Ko'proq pnevmakokk va gemofil tayoqchalarning ta'siri.
2. Bronxlar ichki devoridagi shamollash alomatlari.
3. Tashqi va ichki allergenlar ta'siri (tutun, chang, zaharli moddalar hidi).
4. Sil va zotiljam (o'pkaning o'tkir shamollashi) bilan kasallanish.
5. Sovuqda qolish, immunitetning pasayishi.
6. O'pka va ko'krak qafasidagi tug'ma nuqsonlar (bukrilik,

semirish natijasida to'qimalarda o'zgarishlar, bronxlar drenajining, ya'ni tozalanishining buzilishi).

Bu sabablarning asosida anatomik va fiziologik o'zgarishlar yotadi. Ular asta-sekin bronxlarning siqilishi (spazm)ga olib keladi. Kasalliklarning asosiy belgilari yaqqol ko'rinmaydi. Lekin yo'tal, balg'am ajralishi, nafas olishning biroz qiyinlashishi yildan-yilga ko'payib boraveradi.

Surunkali bronxitda zaharlanish belgilari ortib boradi (umumiy ahvoli o'zgaradi: lanj va loqayd bo'lib, holsizlanadi, tana harorati ko'tariladi, ishtaha pasayishi, terlash, bosh og'rig'i va boshqa belgilar). Bu holatlar ularda asorat belgilari hisoblanib, yo'talning to'xtashini qiyinlashtiradi. Natijada nafas siqilishi paydo bo'la boshlaydi. Agar qishda bunday belgilar namoyon bo'layotgan bo'lsa, darhol shifokorga murojaat etish lozim. Chunki yillar davomida kasallik asoratlari yanada chuqurlashib ketishi mumkin: o'pka va yurak faoliyatining yetishmovchiligi, o'pka sili, o'pka va bronx o'smalari, bronxoektaz, emfizema kasalliklari, ba'zi hollarda o'pka gangrenasi, bronxial astma va boshqa holatlar paydo bo'lishi mumkin.

Davolash. Davolanish usullariga keladigan bo'lsak qariyalar alohida, albatta, gerofarmakologiya usuliga rioya qilish kerak. Bularga antibiotiklar (masalan, "Kefzol", "Nefataksin", "Klafaran" va boshqalar. 1\3 dozada 2 mahaldan), albatta sulfapreparatlar beriladi: "Sulfazamitaksin", "Sulfalen", "Trixapol" va boshqalar. Bularga bronx yo'llarini tozalash balg'am chiqaruvchi dorilar ham qo'shiladi: "Mukaltin", "Bromegsin", shuningdek turli giyohlardan tayyorlangan siroplar: "Linkas", "Termopsis", "Alteyka" va boshqalar.

Keksalikka qarshi profilaktik choralar

1. Qariyalar, ayniqsa, sovuq tushayotgan paytlarda o'zingizni shamollashdan ehtiyot qiling.
2. Suv va ovqatlarni iliq holatda iste'mol qiling.
3. Tahorat yoki dush qabul qilgandan so'ng yaxshilab artining, ichki kiyimlarni o'zgartiring.

4. Burun oqish va aksirish ko'proq sezilsa piyoz yoki anor sharbati tomchilaridan foydalaning (pipetka yordamida 3—4 tomchidan).

5. Ertalab va kechqurun burun va peshana atroflariga yupqa qilib oksalin mazidan surtib yuring.

6. Ertalablari nonushtadan avval $1\frac{1}{2}$ choy qoshiq asalni 1 stakan qaynagan suv bilan aralashtirib iching.

7. Davolanish jarayonida yotishdan oldin (soat 9^{00} - 10^{00} larda) oyoqlarga xantalli vannalar qilish lozim. Yoshi kattalar tahoratdagi suvga 4—5 dona qog'ozli xantal solib, 3—5 daqiqa oyoqlarini botirib o'tirishlari lozim.

8. Kechasi nafas olishni biroz yaxshilash uchun "Eufillin", "Tiofil" dori vositalarini $1\frac{1}{2}$ dozada soat 9^{30} - 10^{30} larda ichish tavsiya etiladi.

Bronxial astmaning keksalarda kechishi

Bu xastalik surunkali qaytalanuvchi infeksiya va noinfeksiya (atopik) sabablardan kelib chiqadi. Uning rivojlanishida bronxlar reaktiv holda o'zgaradi va immunologik yoki noimmunologik o'zgarishlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bronxial astmaning asosiy belgilariga quyidagilar kiradi: vaqti-vaqti bilan tutib turuvchi yo'tal, ko'krak qafasining siqilishi bronxlarning har xil omillarga sezgirliги ortishi va nihoyat astmaning eng og'ir ko'rinishlaridan biri bo'g'ilish xurujidir.

Astma kasalliklarida bronxlardan havo oqimi o'tishni to'sadigan holat yuzaga keladi, bu bronxlarning torayishi natijasi bo'lib, ko'kraklarda chiyillash xushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Klinik kechishida bronxlarning ichki shilliq qavati yallig'lanib ko'p miqdorda shilliq ajraladi. Ularning siqilishi natijasida xuruj tutilishi ehtimoli kuchayadi. Bu dardning 6—8% 60 yoshdan katta keksalarda uchraydi. Qariyalarda, asosan, sekin-asta bronx yo'llarini siqa boshlaydi: nafas yo'llarining o'tkir siqilishi (birlamchi) yallig'lanishi, sekin-asta bronx yo'llarida balg'am to'planishi va umrbod o'zgarmaydigan sklerotik siqilishlar (obstruksiya) kuzatiladi.

Bu o'zgarishlar katta yoshdagilarda surunkali bronxitdan tashqari endokrinologik, allergik reaksiyalarga bog'liq bo'ladi. Birinchi astmatik xurujlar bronxitning qo'zg'alishi bilan ko'pincha nafas burun bo'shlig'ining shamollashi, aksirish, tomoqda qitqlanish holatlari va yo'tal bilan boshlanadi. Ba'zan qichimalar, qizilchalar toshib ketishi mumkin, bunday bemorlar o'tirgan holda nafas olishga, derazalarni ochib, havo yutishga intiladi. Ular butun ko'krak bilan nafas olib, to'sh orqasida siqilish alomatlarini sezishadi. Asosan, qariyalarda yurak urishi tezlashib arterial qon bosimi oshib ketishi mumkin. Shuning uchun qariyalar albatta, elektrokardiografiya tekshiruvidan o'tib, yurak qon tomirlar kasalligi "Yurak astmasi" bor-yo'qligiga amin bo'lishi kerak.

Keksalarda bronxial astma 3 xil ko'rinishda kuzatiladi: yengil, o'rta va og'ir.

Yengil turining xususiyatlari: bo'g'ilish xuruji bir haftada 1–2 marotaba tutadi va tez o'tib ketadi yoki "kechasi tutuvchi xuruj" bir oyda 1–2 marta bo'lishi mumkin. Xurujsiz davrlarda ular soppa-sog' kishilardek yuradi.

Xurujning o'rta turi: xuruj bir haftada 2–4 marotaba bo'ladi. Holsizlik boshlanadi, uyqu buziladi, oyiga kechasi 2–4 marta xuruj tutadi, sovuq ter bosadi, bemor oqarib ketadi, nafas olish jarayoni 60–70 % ga pasayib, nafas yetishmay qoladi.

Xurujning og'ir turi: xuruj tez-tez tuta boshlaydi (har kuni), bemor kasalxonalarga yotishga majbur bo'ladi. Nafas chiqarish jarayoni qisqara boshlaydi.

Davolash. Davolash jarayoni ehtiyotkorlik bilan individual (har bir bemor uchun alohida) olib borilishi lozim. Bemorning boshqa surunkali dardlarini bilish, qon bosimining o'zgaruvchanligini nazorat qilish, dorilarni qabul qilishda allergik holatlarini aniqlash va albatta, allergolog ko'rigidan o'tish shart.

Bronxial astmani davolash kasallikning faolligiga qarab belgilanadi. Dori-darmonlar tanlashda shifokor maslahati bilan qariyalar yoshini inobatga olib, yengilroq, shifobaxsh giyohlardan boshlanishi lozim. Ularga gormonal dori vositalarini berishda, har xil ingalyatorlarni qo'llashda ham faqat shifokor maslahatiga rioya qilish lozim.

Xalq tabobati

Karam. Karamning siqib olingan shirasiga ozgina kunjut moyi qo'shib aralashma tayyorlansa va u bilan tomoq chayilsa, nafas olish yengillashadi va bo'g'ilib qolgan ovoz ochiladi.

Behi mevasini kuzda g'amlab qo'ysangiz shamollash, teri kasalligi, yurak betoblanishidan qo'rqmasangiz ham bo'ladi. Sababi tabiat in'omi vitaminlarga bisyor bo'lib, bilib ishlatsangiz yuzlab kasallikka davo bo'ladi. Behi urug'idan bir osh qoshiq miqdorida olinib, ustidan 1,5 piyola sovuq suv quyilib, past olovda 20 daqiqa qaynatiladi. Qaynatma dokadan o'tkazilib 1 soat issiq joyda tindiriladi. Uxlashdan oldin 1 piyola ichilib, issiq o'ranib yotiladi. Behi urug'i nafaqat astma, balki sil kasalligini davolashda ham qo'l keladi. Muolaja 15 kun davomida bajariladi.

Piyoz. Tuxumdan kattaroq bo'lgan 2 dona piyoz po'stidan tozalanib yuviladi. Mayda to'g'rab, kosaga solinadi. Kosaga engashib, boshni sochiq bilan o'ragan holda piyozdan taralayotgan hiddan burun orqali nafas olib og'iz orqali chiqariladi. Piyoz burun va bronxlardagi yallig'lanishni yo'qotadi, nafas olish o'sha zahotiyoyq ravonlashadi, shamollash bilan bog'liq astma xurujini to'xtatadi. Muolaja kuniga 3 mahal (ovqatlanishdan yarim soat oldin) 10 kun davomida uzluksiz bajariladi. Keyinchalik muolajani kuniga 2 mahaldan bajarish mumkin.

Zotiljam kasalligining qariyalarda kechishi

Kasallikning asosiy sabablari. Zotiljam (o'pka yallig'lanishi) degan nomning o'ziyoq nafas olish tizimining asosiy a'zosi zararlanishidan darak beradi. O'pka to'qimalariga infeksiya tushishi bilan kasallik rivojlanadi. Mikroblar o'pka va bronxlarda qon yoki limfa orqali kiradi. Virus va bakteriyalarning turli xilma-xil: pnevmokokk, stafilakokk va streptakokk ayniqsa, A va B guruhiga mansub gripp viruslari, adenoviruslar deb nomlanadi. Har bir virusga o'zgacha yondashuv va alohida davo talab etiladi.

Bundan tashqari zotiljamning paydo bo'lishi immunitetga, organizmning umumiy holatiga, shuningdek, kasallik

qo'zg'atuvchining turiga bog'liq. Aynan shuning uchun grippdan so'ng zotiljam asorati qoladi.

Klinik belgilari. Afsuski zotiljamning alohida belgilari yo'q. Ya'ni bemorning shikoyatlari xastalik belgilari faqatgina 35–50% qariyalarda mavjud bo'lib, klinik holati namoyon bo'lmaydi. 10% gacha qariyalarda esa belgisiz o'tishi mumkin. Qariyalarda asosiy belgi sifatida titrash, yuqori istma va yo'tal kuzatiladi. Klinik belgilari umumiy shikoyat tariqasida, ya'ni holsizlik, ishtahaning yo'qolishi kuzatilishi mumkin. Bemor bu holatlarni oddiy gripp deb o'ylab shifoxonaga shoshilmaydi. Natijada kasallik ikkilamchi turga o'tadi.

Kasallik ikkilamchi turga mansub bo'lsa, bemorning ahvoli keskin yomonlashadi. Ya'ni bemor holsizlanishi, tez charchashi, bosh og'rishi, tana harorati 38–39 darajagacha ko'tarilishi mumkin. Yo'tal kasallikning o'ziga xos belgisi hisoblanadi. Yo'tal quruq yoki nam bo'lishi mumkin. Quruq yo'tal tutganda bemorning nafas olishi qiyinlashadi, bu tez-tez takrorlangani uchun bemor holdan toyadi. Nam yo'talda yiringli ba'zan qon aralash balg'am ajraladi. Bemor nafas qisishi, ko'krak sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladi, tomir urishi 1 daqiqada 110 tagacha tezlashadi.

Shifokor yordamga keladi. Bunday holatlar shifokor bemorni rentgen hamda laboratoriya tahlili asosida tekshiruv o'tkazganda zotiljam tashxisi qo'yiladi. Rentgenolog tekshiruvlar asosida butun o'pkaning katta bo'lagi emas, balki o'chog'i (gemogen qorayish) topiladi. Agar dardmand bir necha yillardan beri surunkali bronxit bilan og'rib, uning asoratlari pnevmokonioz, emfizema kabi o'zgarishlar bo'lgan bo'lsa, yuqoridagi rentgenologik o'zgarishlar yorqin bo'lmaydi. Unda yallig'lanish belgilari ko'rinadi.

Tashxis qo'yishda yana organizmning immun holatini o'rganuvchi testlar ham o'tkaziladi. Ayniqsa, surunkali buyrak faoliyati yetishmovchiligi bo'lgan qandli diabet bilan og'rigan qariyalarda kasallik og'irroq kechadi. Bunday qariyalarni faqat statsionar sharoitda davolash lozim. Unda quyidagilarga rioya qilish kerak:

1. Zotiljamning kelib chiqish sababini aniqlash (bu shamollash yoki qaysidir infeksiya ta'sirida bo'lishi mumkin) lozim.

2. Antibiotik tanlashda har bir qariyaga alohida yondashiladi (allergik holati, medikamentoz zo'rayishi, ichak va jigar modda almashinuvining hozirgi holati va h.k.).

3. Antibiotiklardan tashqari sulfalinamidlar ham berilishi ("Sulfadimezin", "Sulfalen", "Biseptol", "baktrim" va boshqalar) kerak.

4. Albatta suyuqlik miqdorini oshirish (sutkasiga 1,5 litrdan oshiq) ham muhim.

5. Yurak faoliyatini to'g'ri nazoratda tutish, yurak glikozidlarini bilib, to'g'ri dozalarda berish lozim.

6. Balg'am tushiruvchi dorilardan eng ko'p qo'llaniladigani "Mukaltin" hisoblanadi. Yoki 1–3% li kaliy yodidi suvli eritmasining termosdagi damlamasi, tuyatovon (мат и мачеха) barglari damlamasi, "Linkas" siropi va boshqalar.

7. Albatta C, A va B vitaminlari zarur.

8. Kerak bo'lsa yallig'lanishning so'rilishiga yordam beruvchi aloy ekstrakti va kislorod terapiya qo'llaniladi.

9. Shifobaxsh giyohlardan isiriq, na'matak damlamasi, malina sharbati, olma, olxo'ri va shotut iste'mol qilish kerak.

10. Antibiotiklar qabul qilinayotgan davrda tarkibida katta miqdorda vitaminlar bo'lgan choy va tinitmalar ichib turish kerak. Chunki antibiotiklar oshqozon-ichak tizimidagi barcha foydali mikroflorani o'ldiradi. Shuningdek, kuchli ta'sir qiluvchi dorilar qabulidan 2–3 kun o'tgach, bir kunda 3 mahal ovqatdan oldin, tarkibida bifido yoki laktobakteriyalar bo'lgan dorixona preparatlaridan birini qabul qilish kerak. Mikroflora tiklash kursi 2 haftada davomida o'tkaziladi.

Insonning o'zi kasallikka "buyurtma" beradi

Tabiiy fiziologik qarilik 100 yoshdan oshgandan keyin boshlanadi. Ammo odamlar tabiiy qarilik yoshiga yetmay, bu hayotdan ko'z yumishadi. Ya'ni o'z organizmining butun hayotiy imkoniyatlaridan to'la foydalanib ulgurmasdanoq vafot etadilar.

Bunday fikrni bildirgan rus tibbiyot olimi I.I.Mechnikov bu holatni organizmdagi asab va tomir tizimlarining kasalliklaridan eskirib qolishi oqibatida boshlanadigan bevaqt qarish deb ataydi.

Har bir insonning ichki dasturi bo'lib, organizm shu dasturni bajaradi. Masalan, menda ham xuddi shunday kasallik bo'lishi mumkin dedingizmi, demak ichki rejimingiz ushbu buyruqni bajaradi. Kasallik haqida qancha ko'p o'ylasangiz organizmingiz "byurtmangizni" shunchalik tez muhayyo qiladi. Organizmingiz siz tinmay o'ylayotgan buyurtmangiz (kasallik)ni yaratishga majbur bo'ladi.

Shu o'rinda bir savol tug'iladi: inson o'ziga kasallikni "buyurtma" qilar ekanda, demak sog'liqni ham buyurtma qilsa bo'lar ekanda?!

Ba'zi kishilar oilasida kimdir quloq og'rig'i bilan og'rgan va bu nasliy bo'lishi mumkinligi haqida gapiradi. Yana kimdir yomg'irda qolsa shamollab qolishiga yoki qish davomida kamida 3 marotaba shamollashiga ishonadi. Yana boshqalar esa ishxonasida kimdir shamollasa demak hamma shamollashi shart deb o'ylaydi. Nima deydi deng, shamollash yuqumli kasallik emish. Aslida, "yuqumli" so'zi o'ylab topilgan bo'lib, bu so'zning o'zi yuqumlidir. Ko'pchilikning fikricha kasallik nasldan naslga o'tar ekan. Bu holat har doim ham haqiqat bo'lavermaydi. Haqiqatan esa, biz ota-onamizning faqatgina xulq-atvoridan nusxa olamiz, xolos. Negaki bolalar juda ta'sirchan bo'lib ota-onalariga taqlid qilishni juda yaxshi ko'radilar. Ularga o'xshashga harakat qiladigan bola o'zi bilmagan holda kasalliklarga ham taqlid qila boshlaydi. Masalan, ota asabiylashganda, qorinda og'riq bo'lsa, xuddi shu holat bolada ham uchraydi.

Ma'lumki, saraton yuqumli kasallik emas. Ammo nega bu kasallik bilan bir oila vakillari og'riydi? Chunki bu oila a'zolarida ruhan tushkunlikka tushish, xafa bo'lish tuyg'usi kuchli bo'ladi va u yig'ilib saraton kasalligiga olib kelishi mumkin.

Endi qarilikdagi kasalliklar haqida suhbatlashsak. Ko'p hollarda qarilikda kasalliklarni jismoniy emas, balki psixologik holat yuzaga keladi. Inson sog'lig'ida kuzatilayotgan o'zgarishlar qariyotganligi

sababli yuzaga keladi. Tabiiyki, organizm bunday ko'rsatmaga amal qilib, haqiqatan ham sog'lig'iga yangi kamchiliklarni paydo qiladi. Natijada odam kundan-kunga so'lib boraveradi. Fransuz olimi Andre Marua shunday degan edi: "Qarilik bu shunchaki band kishilarning ahamiyat berishiga vaqti bo'lmaydigan yomon odatlaridan biridir".

Inson o'zini-o'zi o'stirish, kamolga yetkazish bilan shug'ullanmas ekan, qanchalik yosh bo'lmasin tez orada o'zining jozibadorligini yo'qotadi. Bu vaziyatda yosh hatto ayol go'zalligi uchun ham na quvvat, na to'sqinlik bo'la oladi. Bunga ko'p eshitish mumkin bo'lgan bir gapni misol keltirish mumkin: "60 dan oshgan bo'lsa ham ko'rinishdan 30 yoshli qizga o'xshar ekan". Bu gapda jon bor, yodingizda bo'lsin, siz trillionta hujayralar armiyasining bosh qo'mondonisiz, sog'lig'ingiz va yoshingiz bilan bog'liq har bir xayoliningizni "itoatkor askarlaringiz" haqiqatga aylantiradi. Aksincha o'zingizni qanchalik yosh, navqiron, go'zal tasavvur qilsangiz askarlaringiz bu buyrug'ingizni ham so'zsiz bajarishga kirishadi.

Insonlar qachonki bu narsalarni tushunib yetib qo'llashni boshlasa, yosh bilan bog'liq bo'lgan erta qarish, jismoniy nimjonlik, zaiflik unutiladi.

Rus akademigi I.R.Tarxanov aytganidek "100 yoshga kirmasdan uyat bo'ladigan vaqt, albatta keladi".

Yurak ishemiyasi kasalligining ikkilamchi profilaktikasi

Agiografiya, ya'ni tomirlar holatini rasimga tushirish hamda kasallikning kelib chiqish va rivojlanish tarixiga aniqlik kiritilgandan so'ng tekshiruv natijalariga qarab asosan stenokardiya, o'tkir infarkt va o'tkir yurak yetishmovchiligida yurak toj arteriyalarining trombozi hamda qonning quyuqlashib tiqilib qolishi yuz berishi ehtimoliga baho beriladi. 85–90% bemor miokard infarkti va yurak ishemik kasalliklari turlari va sabablariga qarab ularning o'tkir xurujidan qiynalishi va og'ir ahvolga tushishi mumkin. Demak, ushbu ma'lumotlarga ko'ra ularning hammasi ikkilamchi profilaktikaga muhtoj keksalar hisoblanadi.

Profilaktik chora

Qariyalarda ikkilamchi profilaktika olib borish alohida katta mavzu. Avvalo ularning har biriga yondosh kasalliklarni nazarda tutgan holda individual yondashish lozim. Miokard infarktida yurak to'qimalari nekrozga uchraydi (halok bo'ladi). Shunday paytda bemor ahvolini yaxshilash uchun birinchi navbatda xastalikdan qiynalgan miokard to'qimalarini sog'lomlashtirishga harakat qilish zarur, bu amallar orqali kasallikning payt poylab turgan navbatdagi hujumi va asoratlarini kamaytirgan bo'lasiz.

Ikkilamchi profilaktika deganda, asosan quyidagilar nazarda tutiladi, avvalo, tomirlarni ateroskleroz holatidan saqlash lozim. Chunki ortiqcha va keraksiz xolesterin hamda yog'lar tomirlarda qo'nim topib, salbiy ta'sir qiladi. Tomirlar toraygani bois organizmga kislorod kirish cheklanadi. O'rta yoshda qonda me'yordagi umumiy xolesterin miqdori 5,2–5,7 mmol/l bo'ladi. Uning 6,5 mmol/l dan ortishi ortiqcha hisoblanadi. Shuning uchun qonda xolesterin miqdorini kamaytirish ikkilamchi profilaktikaning yana bir muhim omili hisoblanadi. Xastalikdan himoyalaniş uchun, asosan, iste'molda yog' miqdorini to'g'ri belgilash tavsiya etiladi. Ko'proq kunjut yog'i, araxis, dengiz baliqlarini ishlatish kerak. Chunki ular tarkibida to'yilmagan yog' kislotalari ko'p.

Amerika olimlarining ta'kidlashicha, bunday xastalikka chalingan bemor nonushta qilmasdan ko'chaga chiqmasligi kerak. Chunki ochlik hissi qon quyuqlashishiga sabab bo'ladi. Bu esa o'tkir miokard infarkti qaytalanishiga olib kelishi mumkin.

Tabiiyki, masala yechimi ovqatlanish va parhez tartibiga borib taqaladi. Yog'siz va tuzsiz ovqatlanish tartibiga iloji boricha amal qilish lozim. Qolaversa moddalar almashinuvini yaxshilash hamda jismoniy harakatni ko'paytirish arterial qon bosimini nazorat qilish muhim. Ortiqcha vazn bo'lsa albatta, undan xalos bo'lish talab etiladi.

Koronar, ya'ni yurak toj arteriyalari trombozining oldini olish uchun yurak xastaliklaridan qiynaladigan bemorga aspirin yoki

tarkibida aspirin bor dorilarni kichik dozalarda muntazam berish kerak. Bunday holatlarda keksalarga ko'proq va ohista yurish tavsiya etiladi. Ertalab yengil jismoniy mashqlar qilish yoki oddiy o'tirib turish ham nafas yo'llarini ochishi mumkin. Qo'l oyoqlarini yoyib tortish mashqlari natijasida ancha yaxshi o'zgarishlar kuzatiladi. Ayniqsa o'tkir miokard infarktida bunday harakatlar yurak mushaklarining kislorodga bo'lgan ehtiyojini qondirib yurak urishini biroz pasaytiradi. To'sh orqasidagi og'riqlarning oldini oladi. Arterial qon bosimini nisbatan tushiradi.

Yuqorida aytilganlarga amal qilish qayta infarktning oldini olishga yordam berishi isbotlangan.

Oyoq shishishi keksalarga xosmi?

Kam harakat turmush tarzini kechirish buyrakka ma'qul keladi. Sustkashlikka o'rgangan buyrak organizmni zaharli toksinlardan tozalashda yalqovlik qila boshlaydi. Bu, xususan ortiqcha suyuqlikni haydab chiqarishdagi buzilishlarda ko'rinadi, shu sababli qarilarni oyoq shishishi qiynashi mumkin.

Qanday kasallikdan darak?

Qariyalardagi oyoq shishishi buyrak faoliyatidagi yoshga doir kamchilik emas, balki jiddiy kasalliklardan dalolat hamdir. Qolaversa bu yurak qon tomiri tizimidagi jiddiy muammolardan darak. Deylik, yurak yetishmasligidan qiynalayotgan keksalarda oyoq va to'piq suyagining shishishi kuzatiladi. Shuningdek, jigar xastalanganda organizmda suyuqlik to'planib, aynan oyoqda to'planishini ham inobatga olishi kerak. Qolaversa oyoqlardagi shishish tromboz (tomirlarda ivib qolishi) xastaligida kuzatiladi. Tomirga xos bu kasallikda shishish asosan bir oyoqda namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, shishga og'riq, achishish va oyoq terisining qizarishi hamroh bo'ladi.

Shu sababli oyoqlardagi shishni e'tiborsiz qoldirmay, unga sabab bo'lgan kasalliklarni aniqlashga kirishing. Agar tekshiruvlar natijasida hech qanday muammo aniqlanmasa, unda oyoq shishishini uy sharoitida davolashning imkoni bor.

Oyoq shishishining oldini olish uchun ayrim qoidalariga rioya qilish talab etiladi.

Ko‘pincha shishishning oldini olish uchun oyoqni baland ko‘tarib yotish foyda ekanini aytadi. Lekin birgina bu usul yordamida keksalardagi bu holatni yengib bo‘lmaydi. Avvalo ovqatlanish tizimiga e‘tibor qaratish lozim. Iloji bo‘lsa, tuzsiz taomlardan tashkil topgan parhez tartibiga amal qilish kerak. Chunki tuz ortiqcha suyuqlikni organizmda tutib qolish xususiyatiga ega.

Eng yaxshi davo faol jismoniy harakat hisoblanadi. Bunday harakat ortiqcha vazndan qiynaladigan qariyalarga ham kerak. Zero yog‘ to‘qimalari organizmda ortiqcha suyuqlikni ushlab qolishda “aybdor”lardan biridir. Jismoniy mashg‘ulot nafaqat keksalar, balki barcha insonlar salomatligi uchun muhim. Ayrim qariyalarimiz nafaqaga chiqishni dam olish uchun sanatoriy yo‘llanmasi, deb tushunadi. Lekin bu davr ayni jismoniy harakat bilan shug‘ullanish davri bo‘lishi zarur, mushaklarning faol ishlashi qon aylanishini tezlashtiradi. Bu orqali ortiqcha suyuqlikni haydab chiqarishga ko‘mak beradi.

Revmatizm yurak klapanlariga ta’sir ko‘rsatadi

Revmatizm tizimli kasallik bo‘lib, bo‘g‘imlar yallig‘lanishi bilan kechadi va yurak ishiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Hatto hali to‘liq rivojlanmagan revmatizm ham bo‘g‘imlar faoliyatini buzishga ulgurgan bo‘lsa, yurak klapanlari va yurakning ichki parda (endokard) qismida asoratlar keltirib chiqara oladi.

Revmatizm ta’sirida yurak klapanlari chetida toshmalar (blyashkalar) hosil bo‘ladi va uning ishiga to‘sqinlik qiladi. Natijada klapanlarning qon aylanishini nazorat qilishdagi o‘zaro muvofiqlashgan harakati buziladi. Xususan, yurakning mitral klapanidan o‘pkaga boradigan qon manziliga yetmasdan qaytishi mumkin. Klapanlarda yuzaga kelgan muammo oqibatida organizmga kichik va katta qon aylanish tizimini ishdan chiqaradi.

Kichik qon aylanishi, asosan o‘pkada, katta qon aylanishi esa

jigar, qorin bo'shlig'i, miya va oyoqlarda kechadi. Eng yomoni revmatizm surunkali kechadigan dard bo'lib, organizmni qayta-qayta siquvga olaveradi.

Avvalo, revmatizm va yurakka daxldor a'zolar kasalliklaridan shifokorning muntazam nazorati ostida davolanib turish lozim. Shifokor har 4 oyda bemor yuragi va klapanlarida qon aylanishini tekshiradi. Klapanlar ishida buzilishlari bor bemorda nafas siqishi, yurishga qiynalish va umumiy holat o'zgarishi hamda jismoniy mehnat qilish faoliyati pasayishi kuzatiladi.

Agar bemor shifokor aytgan barcha tavsiyalarga amal qilsa xastalikning surunkali zarbalaridan himoyalangan bo'ladi.

Bundan tashqari kasallikda ovqatlanish tizimiga e'tibor qaratish muhim. Bemor taomnomasida har doim sut va sut mahsulotlari bo'lishi kerak. Yog'siz go'sht va tovuq go'shtidan qaynatma sho'rvalar ichish lozim. Shuningdek, xasta yurakka quvvat beradigan yormalardan (suli, bug'doy kepagi) tayyorlangan bo'tqalarni ko'proq iste'mol qilish joiz. Bu ovqatlarga vitaminlarga boy sabzavot va mevalar qo'shib yeyish bemor uchun juda foydali. Ovqatlarni qaynatib, dimlab yoki bug'da tayyorlab iste'mol qilish xastalik hujumidan saqlanishga yordam beradi.

Ko'z pardasidagi yoshga oid muammolar

YOMD rivojlanishining sabablari oxirigacha o'rganilmagan. Biroq uning kelib chiqishiga sabab bo'ladigan omillar ma'lum, ular quyidagilar:

- irsiy moyillik;
- ateroskleroz;
- qon bosimining ko'tarilishi;
- chekish va spirtli ichimliklarni haddan ziyod ichish;
- ultrabinafsha nurlari ta'siri;
- noto'g'ri ovqatlanish.

Kasallik ko'rish pardasi ko'z to'r pardasining ham surunkali, ham distrofik jarayonlarni o'z ichiga oladi. Mikrotsirkulyatsiyaning (kapillyar, arterial, postkapillyarlar orqali qon aylanish) buzilishi ko'z to'r pardasining makulyar sohasi va ko'z nurining zaiflashuvida

katta ahamiyatga ega. Buning oqibatida to‘r pardani kislorod bilan ta’minlash jarayoni yomonlashadi.

Kasallikning 2 turi farqlanadi:

– YOMDning “quruq” shakli, uning tarkibiga 90% kiradi;

– YOMDning “nam” shakli. U taxminan 10% holatlarda kuzatiladi.

Kasallikning quruq shaklida bemor ko‘z oldida turgan tasvirni xiraroq ko‘radi. Biroq umuman olganda, ko‘rish qobiliyati qoniqarli darajada bo‘ladi. Taxminan 10–20% bemorlarda YOMDning quruq ko‘rinishi nam shakl (og‘ir daraja)ga o‘tadi, aynan “nam” ko‘rinishi odatda ko‘r bo‘lishga sabab bo‘ladi.

YOMD rivojlanganda bemorlar ko‘rish qobiliyatini yo‘qota boshlaydilar. Periferik ko‘ruv odatda saqlanib qoladi. Bunda ko‘z nuri 0,1 va undan pastroq bo‘lishi mumkin.

Kasallikni davolash. Zamonaviy oftalmologiyada makulyar degeneratsiyani davolashning bir nechta usuli mavjud:

– dori vositalari yordamida;

– lazer yordamida;

– jarrohlik yo‘li bilan;

– ultratovushlar yordamida.

Davolashning konservativ usuli qator ustunliklarga ega. Sababi ular to‘r pardani zararlamaydigan, “qo‘llab-quvvatlovchi” davolash usuli sifatida qo‘llaniladi. Makulaning himoya tizimi tarkibidagi asosan ikki karatinoid – lyutein va zeaksantin hisoblanadi. Ular ichki “quyoshdan himoyalovchi ko‘zoynak” va kuchli antioksidlovchilardir. Aytib o‘tish kerakki, bu moddalar organizmga faqatgina ovqat orqali kiradi, chunki inson organizmi ularni ishlab chiqarishga qodir emas. Afsuski odamlar iste’mol qiladigan ovqatlar tarkibida karatinoidlar miqdori juda kam, bundan tashqari yosh o‘tgan sari lyutein va zeaksantinining hazm qilish qobiliyati keskin pasayadi. Shuning uchun, ko‘zlar uchun tarkibida shu moddalar mavjud bo‘lgan vitamin – mineral dori vositalarini qabul qilish kerak.

Profilaktika va bemorlar uchun maslahatlar.

YOMDning nam ko‘rinishini muvaffaqiyatli davolash uchun o‘z vaqtida tashxis qo‘yish kerak.

Agar sizga makulyar degenaratsiya tashxisi qo'yilgan bo'lsa, tushkunlikka tushmang. Hayot tarzingizdagi oddiy o'zgarishlar yordamida kasallikni to'xtatib, ko'z nurini yaxshilashingiz mumkin.

Bemorlarga maslahatlar:

- yomon odatlardan voz keching (chekish, ichish). Chekish tomirlar faoliyatini buzadi, shu jumladan, ko'z to'r pardasining tomirlarini ham;

- tarkibida karotinoid moddasi mavjud polivitaminlarni (lyutein, zeaksantin) qabul qiling. Ularning rivojlanishini to'xtatishi isbotlangan;

- ovqatlanish tartibingizga ko'k bargli sabzavotlarni kiriting;

- quyoshda har doim ultrabinafsha nurlaridan himoya qiluvchi ko'zoynak taqib yuring. Ultrabinafsha nurlari to'r pardaning pigmentli epiteliysini zararlaydi;

- jismoniy mashqlar (shifokor nazorati ostida). Bu butun organizmni sog'lomlashtirib, tomir tizimi faoliyatini yaxshilaydi.

Qariyalar suyaklaridagi distrofik o'zgarishlar

Bu kasallik, asosan og'ir sport turi bilan shug'ullanish yoki mehnat gipodinamikasi (kamharakatlik natijasida tayanch harakati apparati, nafas yo'llari, qon aylanish va ovqat hazm qilish tizimidagi o'zgarishlar) oqibatida 35–40 yoshlardan boshlab paydo bo'ladi.

Xastalik juda sekin rivojlanadi. Avval katta bo'g'imlar, so'ng kichik bo'g'imlar faoliyatini izdan chiqaradi. Ko'pincha bunday xastalik bilan og'rigan bemorga yanglishib podagra tashxisi qo'yiladi.

Olim N.S.Kosinskiy o'z o'zgarishlari natijasida oyoq bo'g'imlari 84,3%, tos va boldir bo'g'imlari 42,7% holatlarda artrozga uchrashi ehtimoli aniqlangan. Tizza bo'g'imi 33,7%, yelka bo'g'imi esa 10,8% holatda shu kasallikka chalinishi kuzatiladi.

Kasallikni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar:

- bolalikdan boshlangan displaziya;

- bo'g'imlar chiqishiga moyil bo'lishi, ayniqsa tizza bo'g'imining qiyshayib, noto'g'ri bitishi;

- mikrotravmalar;

- oyoqning tug'ma kaltaligi;
- tug'ma cho'loqlik (ba'zan bo'g'imlar cho'zilishi natijasida kuzatiladi).

Kasallikning asosiy klinik belgilari og'riq, bo'g'imlar deformatsiyasi, aktiv va passiv harakatning qiyinlashishi bilan namoyon bo'ladi.

Artroz klinik belgilari rivojlanishiga qarab uch davrga bo'lib o'rganiladi.

1. Preartroz davri. Bo'g'implarda ozgina zo'riqish bo'lsa ham og'riq seziladi, ayniqsa oyoq uvumshib qolishi va tomir tortishishi, oyoq uchlarining muzlashi his qilinadi. Lekin bo'g'implarda hech qanday o'zgarish bo'lmaydi.

2. Subkompensatsiyasi davri. Bunda patologik o'zgarishlar yaqqol namoyon bo'ladi. Bo'g'im terisida o'zgarishlar: qizarish, biroz ko'karish va tirishish natijasida bo'g'imning yon tomonlari tortilib, xunuklashib qoladi.

Kasallikning ikkinchi bosqichida og'riq yanada zo'rayadi. Hatto bemorning tana harorati 37,8–38 darajagacha ko'tarilishi mumkin. Harakatlari juda qiyinlashib boradi. Ayniqsa, oyoqni oldinga yoki orqaga tortganda og'riq juda kuchayadi. Bo'g'im tog'aylari sekin-asta qattiqlashib, ma'lum bir holatda qotib qolishi mumkin. Bu holat mushaklarda atrofiya uyg'onishiga olib keladi.

3. Dekompensatsiya davri. Bunda bo'g'im tirqishlari butunlay bekilib qoladi. Tog'ay atrofida ortiqcha mushaklar paydo bo'lib bo'g'im mushaklarini paydo qiladi. Xastalik o'ljasiga aylangan bemor ma'lum bir holatda o'tirishga majbur bo'ladi.

To'g'ri tashxis uchun umumiy qon tahlili topshirish lozim. Bunday bemorning qon tahlilini eritrotsitlar cho'kishi tezlashishi va leykotsitlar ortishi kuzatiladi.

Shuningdek, qon biokimyoviy tekshirilganda umumiy oqsilning ko'payishi, immunoglobulinlarning ortishi, V – globulinlarining kamayishi va S – rektiv oqsili ortishini kuzatish mumkin.

Artrozni davolashdan oldin bemorning shikoyatlarini yaxshilab eshitish lozim. Uning ilgari qanday xastalikka moyil bo'lgani, tug'ma kasalliklari bor-yo'qligini aniqlash muhimdir.

Kishining biror joyi lat yeganda, bunga befarq bo'lmalik kerak. Ayniqsa, suyak chiqishi va sinishini o'z vaqtida davolashga kirishish zarur. Keksalar oddiygina shamollash alomatlariga ham jiddiy yondashishi va o'z vaqtida davolanishi shart.

Organizmni biostimulyatorlar, vitamin va kofermentlar bilan to'yintirishga ahamiyat qarating. Bo'g'imlar yaxshi egiluvchan va bukiluvchan bo'lishi uchun umumiy gimnastik mashg'ulotlar bilan shug'ullaning. Uqalash mashqlari ham bo'g'imlar faoliyatini tiklashga yordam beradi.

Davolash jarayonida kislorod yetishmasligidan qiynalgan bo'g'imlarga giperbolik oksiginatsiya muolajasi o'tkaziladi, ya'ni bo'g'im to'qimalariga kislorod yuboriladi.

Bo'g'im xastaligidan forig' bo'lishni istagan har bir kishi travmatolog, nevropatolog, umumiy shifokor ko'rigidan o'tishi va tavsiyalarini bajarishi mumkin.

Uyqusizlik:

Muammoni qayerdan izlash kerak?

Sabab nimada?

Keksalarning o'zini yomon his etishi barcha holatda ham uyqusizlik oqibati emas. Zero, kishi salomatligiga uyquchanlik ham salbiy ta'sir qilishini unutmaylik.

Uyqu yaxshi bo'lishida uydagi muhitning ta'siri katta. Qariyalar yoshlardek ephil va chaqqon bo'lmaydi. Bir ish qilsa, tezda charchaydi. Keyin o'tirgan joyida mudrashi, kunduzi uxlab qolishi mumkin. Kunduzi maza qilib uxlagandan so'ng esa kechki uyquni ancha payt kutib qolishi mumkin.

Uyquning eng katta dushmanlaridan biri asablardir. Asab tizimining turli o'ylar bilan band bo'lishi tinch orom olishga xalaqit beradi. Asablar ham boshqa a'zolar singari dam olishi zarur. Agar unga dam berilmasa, asabiylashish, bosh miya tormozlanishi, umumiy jismoniy holatning yomonlashishi kuzatiladi.

Bundan tashqari, oshqozon, ichakning yarali, tashqi nafasning, tez-tez peshobga borish odati, bo'g'imlar og'rig'i va umurtqa muammolari, gipertoniya, nafas yo'llari yallig'lanishi,

stenokardiya kabi xastaliklar ta'sirida ham uyqu buziladi. Shu sababli uyqusizlikka qarshi kurashishdan oldin mavjud surunkali xastaliklarni davolash lozim.

Kerakli natijaga erishish uchun shifokor maslahatlariga muntazam amal qilish talab etiladi. Shu bilan birga, qo'shimcha tavsiyalarga rioya etish uy sharoitida yaxshi natijaga erishishga olib kelishi mumkin.

Masalan, doimo oyoqni uzatib yotish bilan keksalik gashtini surmoqchi bo'lganlar uyqusizlikni orttirib olishi hech gap emas. Shuning uchun faol harakatda gap ko'p. Qanchalik ko'p harakatlansangiz, toliqqan organizm miriqib hordiq chiqarishni xohlaydi.

Toza havoda iloji boricha ko'proq bo'ling. Ayniqsa, kechki sayr organizm va tungi orom uchun foydali.

Yana bir muhim qoida. Uxlashdan oldin to'yib ovqatlanmang, shuningdek, ko'p suyuqlikni ko'p ichish peshobni tez-tez to'ldirib, uyquni qochiradi.

Muhimi qariyalarda aniq kun tartibi bo'lgani ma'qul. Organizmni ovqatlanish, uxlash, sayr qilish kabilarda muayyan tartibga o'rgatish kerak. Nafas yo'llari ishini yaxshilaydigan gimnastika mashqlarini doimiy ravishda bajarishga ham odatlaning.

Bundan tashqari, kitob yoki gazetani yotib o'qimang. Uxlashdan oldin televizorga ko'p bog'lanib qolmagan ma'qul. Chunki televizor asab tizimi faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatib, tungi uyquga xalaqit beradi.

Kechasi yotishdan oldin sut yoki iliq suvga ozgina asal aralashtirib (agar qarshi ko'rsatma bo'lmasa) ichish yaxshi samara beradi. Dengiz tuzidan vanna qabul qilsangiz ham asablar tinchlanadi.

O'simlik va giyohlardan foydalanish usullari

Surunkali uzoq davom etadigan kasalliklarni, kimyoviy dorilarning zararli asoratlarini bartaraf etishda fitoterapiyaning o'rni beqiyosdir. Fitopreparatlar va o'simliklardan tayyorlangan dorilar kasalliklardan forig' bo'lishda juda asqotadi.

Keksalar yoshlikda e'tiborsiz qoldirilgan xastaliklar hujumidan saqlanish uchun aksariyat hollarda dori-darmonlardan foydalanadi. Biroq ularning nojo'ya ta'siri bir kun o'z ta'sirini ko'rsatishi mumkin. Organizm ishiga ziyon qilmaydigan, tabiiy giyohlardan damlamalar esa bunday salbiy ta'sirlarning oldini olishda juda muhim.

Abu Ali ibn Sino eng ko'p ishlatiladigan foydali o'simliklardan biri sifatida qizilmiya (salodka)ni ko'p tilga olgan. Tibbiyot xodimlari, asosan dorilar ta'mini o'zgartirishda bu giyohdan ko'p foydalaniladi. Uning asosiy ildizida askorbinka kislotasi, mineral moddalar, uglevod, polisaxaridlar va efir moylari bilan bir qatorda biologik aktiv moddalar mavjud. Qizilmiya keksalikda immun tizimini mustahkamlashda naf beradi. Uning ildizi qaynatilib, damlama sifatida ishlatiladi.

Ma'lumotlarga qaraganda, qizilmiyada tayyorlangan doridan ko'ra undan tabiiy usulda foydalangan afzalroq. Bu giyohning damlamasi, asosan yo'talda balg'am ko'rinishida va o'pka kasalliklarida tavsiya etiladi.

Dunyo tibbiyotida eng ko'p qo'llaniladigan yana bir o'simlik exinatseya bo'lib, u nafas a'zolari kasalliklarida, virus va mikroblarga qarshi kurashishda yordam beradi. Uning tarkibida kalsiy, rux va magniy kabi foydali elementlar bor.

Hazm a'zolaridagi muammolar va ularning xastaliklari oloy, behi, bodom, gulxayri, yong'oq barglaridan tayyorlangan damlamalar hamda yong'oq, qovoq, qora qarag'at kabi tabiiy ne'matlar bemor dardiga malham bo'ladi.

Ayniqsa keksalar orasida keng tarqalgan arterial gipertoniya va diabet kasalliklarini alohida inobatga olish lozim. Bu dardlarda ko'proq gazanda o't, dalachoy, maymunjon sharbati, na'matak va qirqbo'g'in damlamasi, rovoch, trup, qora andizdan hamda ulardan tayyorlangan sharbatlar tavsiya etiladi.

Hozir shifobaxsh o'simliklar sharbatlari tayyorlangan kislorod ko'pigi bilan davolash ham yaxshi natijalar bermoqda. Bunday sharbatlar ovqatdan 1–2 soat oldin beriladi.

Misol uchun eman, arpabodiyon, gulxayri, yalpiz, bo'yi

modoron, gazanda o't, uzum va olma sharbatlaridan tayyorlangan kislorod ko'piklaridan keng foydalaniladi.

Umuman shifobaxsh giyohlardan foydalanish juda muhim. Lekin eshak emi va dori-darmonlarga nisbatan allergik ta'sirdan qiynaladigan keksalar muolajalardan oldin allergolog tekshiruvidan o'tishi zarur.

Semizlik va uning qariyalarda uchraydigan turlari

Alimentlar semirish — irsiy sabablarga ham bog'liq bo'lib, ko'p ovqat yeyish va kam harakat qilish natijasida yuzaga keladigan xastaliklardir. Bunda bemorlar ish qobiliyati pasayganligidan, salga charchab qolishdan, ko'p terlash, ishtahasi zo'rligidan shikoyat qiladi. Agar inson semirib ketsa yurak atrofini yog' bosadi. Qorin qismida yog' to'planishi natijasida ichaklarda yel yig'ilib, ichak faoliyati buziladi, o't pufagida toshlar paydo bo'ladi.

Semirish quyidagi turlarga ega:

1. Andipoz-genital distrofiya — ko'proq qariyalarda uchraydi.
2. Morgan-Styuard-Morel sindromi.
3. Podagra kasalligi.
4. Qand kasalligi.
5. Qandsiz diabet.

Yuqorida ko'rsatilgan semirish turlarining 1, 2, 3-lari qariyalarda uchraydi. Shular haqida biroz gapirib o'tmoqchimiz.

1. Andipoz genital distrofiya belgisi irsiy kasallik hisoblanib yosh navqironlik davrida uchraydi. Lekin atrosklerotik o'zgarish natijasida avj olib klinik belgilar berishi mumkin. Bu endokrin kasallik bo'lib, miya qobig'ini gipofizidagi (miyaning tubida joylashgan ichki sekretiya bezi boshqa sekretiya bezlarini boshqarib turadigan qator peptid gormonlar ishlab chiqaradi) o'zgarishlar bilan bog'liq. Yoshlarda uchraydigan turiga qaraganda sekin rivojlanadi. Bunda bemor semirib ketayotganidan quvvatsizlik, uyquchanlik ortayotganidan ish qobiliyati pasayayotganidan va ko'krak bezining kattalashayotganidan (ayniqsa erkaklarda) noliydilar. Erkaklar yuzida va badanida soch o'smaslik ham namoyon bo'lishi mumkin. Bundan tashqari jinsiy bezlar faoliyati

pasayadi. Bundan tashqari, ayollarda ancha ertaroq hayz ko'rish to'xtashi, erkaklarda prostata adenomasi paydo bo'lishi mumkin.

2. Morgan-Styuard-Morel sindromi.

Bu asosan katta yoshdagi erkaklarda uchrab miya ortig'i old qismining gormonlari ko'plab ishlab chiqishi bilan namoyon bo'ladi. Bunda bemor birdaniga semirib ketadi. Boshi qattiq og'riydi, uyqu buziladi, vaqti-vaqti bilan qon bosimi oshadi. Ishtahani tartibga solib turadigan gipotalamusdagi markaz zararlangani uchun bemor ishtahasi zo'rayib ketadi. Vazni juda tez ortadi (hatto 1–2 yilda 20–30 kg gacha ortib ketishi mumkin). Ayniqsa son ko'krak bezlari va qorinda ko'p yog' yig'iladi. Terida ko'k rangli uzun chiziqlar paydo bo'ladi. Yurak urishi tezlashib, soch-soqol o'sishi to'xtaydi.

3. Podagra semizlik. Bu ham katta yoshdagilarga xos semizlik bo'lib, u asosan qonda urat kislotasining ko'payib ketishidan kelib chiqadi. Bemor oyoq tovonlarining og'rish, bo'g'imlarining shishishi, oyoq tagida og'riqlardan shikoyat qiladi. Buning natijasida bo'g'imlar shishib, qattiq og'riy boshlaydi, oyoq taglari bosilganda, yurganda og'riydi, ayniqsa kechasi og'riq kuchayadi.

4. Qand kasalligi ham endokrin kasalligi hisoblanadi. Agar bemorda qandli diabet kechayotgan bo'lsa ozish birinchi maqsadga aylanishi kerak. Bunga sabab ozganda insulinga bo'lgan sezuvchanlik ortib boradi va shuning uchun qondagi qand miqdorini tushirish uchun yetarli bo'lishi mumkin.

Umuman semirishning hamma turlari endokrinolog va terapevt shifokorlar nazoratida bo'lishi kerak.

Qandli diabetda parhez

Kasallikni davolashda parhezga rioya qilishdan tashqari jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish lozim. Bunda mushaklar tetiklashadi, yog' kislotalarining parchalanishi, qand so'rilishi, to'qimalarning insulin va dorilarga sezuvchanligi oshadi. Ko'pgina semiz va insulinga bog'liq bo'lmagan diabetli bemorlarga rejali jismoniy ish va oqilona parhez yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Zarurat tug'ilgandagina dori-darmonlar bilan davolashga o'tish mumkin.

Umuman ichki kasalliklarda 15 ta parhez stoli mavjud. Aynan qandli diabetda bemorlarga 9-stol tavsiya etiladi.

1. Non va un mahsulotlari: qora non, kepakli bug'doy noni, 2-navli bug'doy unidan tayyorlangan nonidan kuniga 150 g gacha, kunjut yoki bug'doy, jo'xori noni, topinambur solingan nonlar, teshik kulcha, sarbitli pechenye va boshqalar.

2. Sho'rvalar: har xil sabzavotlardan tayyorlangan bo'lishi kerak, karamli, lavlagili, qaynatma sho'rvalar. Ularga kartoshka, grechka, suli, jo'xori, perlovkalar qo'shish mumkin.

3. Go'sht mahsulotlari: yog'siz mol, tovuq go'shti, kurka qaynatib, so'ng kartoshkani qovurib berish, sutli sosiskalar, parhezli kolbasa, yaxshilab qaynatilgan sho'rvalar, taomlar. Baliqning hamma turlarini sho'rva sifatida va biroz o'simlik yog'ida qovurib yeyish mumkin. Lekin baliq konservalari yeyish keng targ'ib qilinmaydi.

4. Sut mahsulotlaridan: yog'siz kefir, yog'siz tvorog, smetana (20% li yog'li) pishloq (30% yog'li), pishirilgan yoki yarim pishirilgan tuxum (1 kunda 1–2 ta).

5. Sabzavotlar: o'zimizning jaydari karam, rangli karam, kabachki, baqlajon, tomatlar, bodring, bulg'or qalampiri, rediska, qovoq, turp, ko'k no'xat va loviyalar, qovurib yeyish mumkin.

6. Shirinliklar: ko'pincha shakar, qand yeyishga moyillik bo'lishi mumkin. Bunda shakarning o'rnini bosuvchi yeguliklar tavsiya etiladi. Hozirgi kunda do'konlarda alohida tokchalarga qandli diabetga uchraganlarga qand o'rnini bosuvchi oziq-ovqat mahsulotlari sotilmoqda.

7. Ichimliklardan: olmalı, sutli choy, tabiiy tarkibida qand bo'lmagan meva va sabzavotlardan tayyorlangan sharbatlar, mineral suvlar tavsiya etiladi.

8. Mumkin emas: shirin sharbatlar, limonad, mors, gazli va spirtli ichimliklar. Mevalardan: uzum, qovun, anjir umuman mumkin emas.

Kasalliklar qayerdan keladi?

Sog'lom inson qanday qilib oddiy angina kasalligina yuqtirib olishni ko'rib chiqsak. Streptakokk infeksiyasi havo

tomchilari tufayli og'izga tushadi. Natijada angina kasalligi boshlanadi. Anginani oxirigacha davolamaganidan so'ng bu surunkali tanzilitga aylanadi. Tomoq atrofidagi streptakokk infeksiyasi buyrakka tushib vaqt o'tishi bilan (masalan, haddan tashqari sovuqotganda) buyrak faoliyati tanqisligiga olib keladi. Shuningdek, streptakokk infeksiyasi bo'g'im xaltachasiga tashrif buyurib artrit (bo'g'imlarning yallig'lanishi) hamda artroz (bo'g'im xaltachasining yemirilishi) kasalligiga sabab bo'ladi. Ushbu kasalliklar natijasida organizmda paydo bo'lgan shishlar bo'g'imlarda qirsillash, belda og'riq, bo'shashgan qadamlar kabi holatlar insonning qariyotganidan darak beradi.

Agar kasallik vaqtida davolanib streptakokk infeksiyasi yo'q qilinsa, inson yasharadi va kasalliklarsiz uzoqroq umr ko'radi. Mazkur holatdan yana bir muhim xulosa chiqarish mumkin: agar organizm kasalliklardan xalos bo'lsa, har qanday yoshda qarilikni to'xtatish va inson uzoq yillar umrguzaronlik qilishi mumkin.

Organizmga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi barcha omillar (parazitlarning organizmga kirishi, inson tabiatiga mos kelmaydigan turmush tarzi hamda ovqatlanish, iflos suv, texnika ta'siri va boshqalar) organizmga va inson umrining qisqarishiga jiddiy ta'sir qilishi tan olingan. Bunday xulosaga kelishimga ba'zi kuzatishlarim sabab bo'ldi.

Hammasi bo'yimga e'tibor bera boshlagan kundan boshlandi. Ma'lumki, inson bo'yi 1 kunda 2 sm ga qisqarishi mumkin. Fiziologiya darsliklarida inson bo'yi kun davomida pasayishi me'yoriy holat deb qabul qilingan. Ammo umr davomida pasayishi esa, bu umurtqaning qisqarishi shakl o'zgarishi sababli organizmda qarilik jarayoni boshlanishini anglatishi ta'kidlangan. Meni nima sababdan kun davomida bo'yni qisqarishi me'yoriy holat ekanligi qiziqtirib qoldi. Buning nimasi me'yor?

Bu savolga javob topa olmadim. Ammo bir kunlik pasayishni vertikal turmush tarzi natijasida tana og'irligining umurtqaga ta'sir qilishi sababli, deb qarash mumkin. Unda yana bir savol tug'iladi. Inson hayotining 3 dan 2 qismi vertikal turmush tarzida o'tadi. Bu me'yoriy holatmi?

17–20 yoshimda bo'yim 178 sm edi. U vaqtda harbiy bilim yurtining kursanti edim. Tabiiyki, tez-tez tibbiy ko'rikdan o'tib turar edik. Ko'rik kunning birinchi yarmida o'tkazilardi. Agar bo'y ertalab 2 sm ga baland bo'lsa, mening bo'yim 180 sm bo'lishi kerak. Bir necha yil avval bo'yimni o'lchaganimda, 176 sm chiqqan edi. Ertalab bo'yim 177,5 sm ligini sezib qoldim. Shuningdek, bo'yin, kurak, bel mushagi hamda umurtqamda qandaydir noqulaylik seza boshladim. Umurtqamni paypaslab ko'rganimda, ba'zi qismlarida hattoki og'riq ham sezdim.

Boshim oldinga egilib (qachonlardir boks bilan shug'ullanib, velopoygalarda ishtirok etardim, bundan tashqari, doim o'tirib ishlar edim), bukchayib qolgan edim. Hattoki bir necha daqiqa tik turib qolsam ham kurak va belimda noqulaylik sezib, o'tirishga harakat qilardim. Shuning uchun oldinga egilish (masalan, egilib bosh yuvish) ancha og'irlik qilar edi. Chunki men uzoq vaqt egilib turolmasdim. Boshim, bel va dumg'aza suyagimda og'riq paydo bo'lardi. Chalqancha yotish ham men uchun ancha qiyinchilik tug'dirar edi. Belimda xuddi tayoq bilan yaxshilab savalagandek og'riq bo'lardi.

Iltilimosim bilan meni yon tomonlarni suratga olishdi. Tasvirdagi natija meni tinchlantira olmadi. Umurtqam lotincha C harfiga o'xshab bukilgan holatda edi. Menimcha, aynan shu sababli bo'yim 2 sm ga pasaygan. Bundan tashqari, umurtqamdagi o'zgarishlar tanadagi boshqa a'zolariga ham noqulaylik tug'dirayotganini yaxshi tushunib turar edim. Aynan qanday o'zgarishlar ekanligi haqida hali to'liq tushunchaga ega emasdim. Ammo natija men kutganimdan ham jiddiy bo'lib chiqdi. Bu haqda sal keyinroq to'xtalaman.

V bob. GEROFARMAKOLOGIYA

Ratsional farmakoterapiya

Keksalarni davolashda o'ziga xos juda ko'p xususiyatlar va bilish lozim bo'lgan vaziyatlar ko'p. Ayniqsa, yosh shifokorlar va poliklinikada o'tirgan umumiy shifokorlar uchun alohida zarurdir. Keksalarni davolash usulining talablari quyidagilardan seziladi:

1. Jahon bo'yicha aholining 11–12% keksalar bo'lib, ular orasida davolashga muhtojlari 25–30% ni tashkil qiladi.

2. Keksalarda har bir dori vositasiga nojo'ya ta'sir, o'rta navqiron yoshdagilarga qaraganda 3 barobar ko'proq. Har 10 yosh oshgan sari bu ko'rsatkich oshib boradi. Ayniqsa nojo'ya ta'sirdan o'limga olib kelish 75–78 yoshlarga ko'proq to'g'ri keladi.

3. Keksalar yoshiga ayniqsa, poliformatsiya juda xos (har xil (barobar) dorilarni birdan ichish).

4. 60 yoshdan oshgan, katta yoshdagilarga dorilarni o'z vaqtida ichmaslik va ularni almashtirib yuborish xos.

Shuning uchun ham qariyalarni davolashda har tomonni o'ylab, sekin-sekin tekshirish asosida davolash lozim. Asosan davolash qiyinligiga sabab organizmning ancha bo'shashganligi, ishtahalarning pasayishi, ovqat yeyish ancha muammolar bilan borishi, immun holatning pastligi, ma'lum darajada intellekt pasayishi, kasalliklar ko'pligi va hokazo.

Davolashdagi muammolar yana quyidagi sabablar bilan tushuntiriladi:

A) farmatsevtik faktorlar — dorilarini qabul qilish metodlarini bilish;

B) farmakokinetik faktorlar — absorbsiya, dorilarning tarqalishi, ularning oqsil bilan bog'lanish darajasi, metabolism va dorilarning chiqarilishi;

D) farmakodinamik faktorlar — dorilarga har xil sezuvchanlik;

E) terapevtik va zaharli ta'sir, ya'ni ichilayotgan dorilarning bir-biriga munosabatlari, ularning nojo'ya ta'sirlari;

F) praktik yordam jarayoni davolanishga munosabat, o'z vaqtida ularni ichish, ularning dozalariga rioya qilish va ularning fizik holatiga ta'siri.

Farmakologik omillar

Ko'pgina katta yoshdagi keksalarda tabletkalarni yutishda ham muammo chiqaradi, ayniqsa, qariya ancha bo'shashgan va siydiruvchi dorilardan keyin ancha suvsizlanish bo'lsa, shunchalik yutishi qiyin bo'ladi. Masalan, asparkam tabletkalari ancha katta ko'pincha qizilo'ngach devoriga yopishib qolishi mumkin, shuning uchun kamida 60–70 ml suv bilan ichish zarur.

Ko'pincha qo'llari titragani tufayli suyuq dorilarni ichishda to'kilib ketish holatlari bo'lishi mumkin va ba'zan 1 ta dorini qaytadan ikkinchi marta ichib qo'yishlari mumkin. Mushak ichiga yuboriladigan dorilarning o'z vaqtida so'rilishi ham qiyinchilik keltirishi mumkin (chunki mushaklar atrofiyasi bor).

Farmakokinetik omillar

Katta yoshdagilarning umuman hamma organlarida o'zgarish bo'ladi. Shuning uchun ham dorilarning so'rilishi, tarqalishi, oqsil bilan bog'lanishi, metabolizmi, dorilarni organizmdan qanday chiqarilishi ham o'zgaradi.

So'rilish. Ko'pincha geriatric praktikada asosan, dorilar ichish tariqasida beriladi, bunda dorilarning tez itarilishi, so'rilishi har xil bo'lishi mumkin. Bu asosda aniq ilmiy tadqiqotlar yo'q. Ma'lumki, oshqozonda fiziologik o'zgarishlar bo'lib, unda ovqatning itarilish, oshqozon sokining pasayishi bo'ladi. Ayniqsa, sekin so'riluvchi dorilar ishlatilganda bu holat asoratlar berishi mumkin. Bunda dorining erish xususiyati juda ham susayadi (ayniqsa, tetratsiklin guruhi). Adsorbsiyaning pasayishi, keyin so'rilishga ham ta'sir qiladi va tomirlar o'zgarishi havda mezenterial qon aylanishi buziladi. Ayniqsa retseptsiz o'z xohishlari bilan ishlatadigan antatsidlar, surgi dorilar so'rilishni susaytiradi, shular natijasida dorilar sekinroq so'riladi, yoshlarga nisbatan muammo uyg'otadi. Dorilar yana hamma organlarga tarqalishi bilan ham muhim. Bu holat keksaning yurak faoliyatiga, ayniqsa, chap qorinchadan qonning itarilish xususiyatiga

bevosita bog'liq, plazmada qonning harakati va to'qimaning shu dorini o'ziga tortib olish xususiyatiga ham bog'liq bo'ladi. Bu yerda yana umumiy mushaklar faolligi ham rol o'ynaydi. Ba'zida suv kamayishi, ozish — yog' qatlamining pasayishi ham yuqoridagi jarayonga ta'sir qiladi. Ma'lumki, 25–65 yoshlardan sekin mushaklar atrofiyasi boshlanadi. Badanda suv tarkibi 10–20% ga kamayadi, bular esa dorilarni ma'lum vaqt yig'ilib turib qolishiga sabab bo'ladi. Yana shuni aytib o'tish zarurki, faqatgina mushaklar vazni emas, hamma organlar vazni ham kichrayadi. Mushak va yog' to'qimasi dorilarni sekinroq o'tkazadi va ularni chiqarishda qiynaladi, bu esa dorilarning zaharli ta'sirini kuchaytirib qo'yishi mumkin.

Oqsil bilan bog'lanish

Dorilarning ta'siri organizmda oqsil moddasi yetarliligiga ham bog'liq. Chunki dori-darmon iste'moli jarayonida albuminlar kamayib ketishi so'rilish jarayonini ham pasaytiradi, toksik — ya'ni zaharli ta'sirni kuchaytiradi. Shuning uchun ham qariyalarga, oqsil bilan yaxshi qo'shiluvchi dorilar berishga harakat qilish kerak.

Metabolizm (biotransformatsiya)

Jigar — asosan organizmda metabolizmni yaxshilovchi organdir. Lekin yoshga binoan jigarda ham o'zgarishlar bo'ladi: jigarda qon aylanish susayadi, jigar parenximasida o'zgarish bo'ladi, fosfolipidlar joylashishi ham o'zgaradi, retikulomalar (endoplazmatik) faolligi pasayadi. Bularning hammasi har xil dorilarga nisbatan har xil. Ko'proq metabolizm o'zgarishiga moyil, oksidaza faoliyati, ya'ni reaksiyaning mikrosomal sistemaga ta'siridir. Ko'pchilik o'zgarishlar jigarda qon aylanishi pasayishiga bog'liq bo'lib, jigarda ekskretsiya qilinadigan dorilarga bu ayniqsa xos. Nihoyat surunkali yurak yetishmovchiligi bor kasallarda dorilar so'rilishi pasayadi, bunda ayniqsa ovqat yetishmovchiligining ham ahamiyati bor. D.Grexm, Smit Djons va boshqalar fikricha metabolizm fonida lidokain, paratsetamol, nifedipin dorilarining so'rilishi ham pasayadi. Shuning uchun ular kamroq dozalarda ($1/3$) berilishi kerak.

Dorilarning organizmdan chiqarilishi

Asosan dorilar buyrak orqali chiqariladi. Keksalarda buyrak faolligi ancha susaygan bo'lgani uchun qon aylanishi buziladi, ishlaydigan nefronlar soni kamayadi. 70 yoshdan keyin (umumiy ateroskleroz va buyrak arteriyalari aterosklerozi) buyrak faoliyati umuman 2 barobarga pasayadi (ya'ni 25–30% ga). Kreatinin klirensi ham 2 barobar pasayadi, lekin bu asosan umumiy mushak sistemasi massasi kamayib, atrofiyaga uchrash jarayoniga bog'liq. Shularni nazarda tutgan holatda albatta qariyalarning buyrak funksiyasi holatini yaxshilab tekshirish zarur, va nihoyatda dorilar dozasi ahamiyat berish kerak. Ayniqsa funksional o'zgarishlar bo'lsa, quyidagi preparatlar umuman berilmaydi: sulfanilamidlar, tetratsiklin guruhi, furadonin, xlorpropamid. Yana, o'pka faoliyati ham normada bo'lishi shart, chunki ingalyatsion anesteziya, dorilar ta'siri o'tkir o'pka yetishmovchiligini uyg'onib qo'yish mumkin, albatta o'rta dozani 30–50% berish kerak. Ayniqsa, qariyani sovuq temperaturadan ham ehtiyot qilish kerak. Yosh o'tgan sari renin – angiotenzin – aldosteron sistemasi o'zgaradi, arteriol bosimni tushirishda ham ehtiyotkorlik kerak. V.V.Frolkis quyidagi eslatmalarni shifokorlarga eslatadi:

5. Har qaysi qariyada dori-darmonlarga sezuvchanlik har xil, ma'lum qonun-qonuniyat yo'q.

6. Har qaysi to'qima ma'lum dorilarga beradigan reaksiyasi bir xil emas.

7. Sezuvchanlik pasayadi, lekin o'zgarmaydi.

8. 90 yoshdan oshgan qariyalarda ilgari sezuvchan bo'lgan dorilarga pasayishi bilan javob beradi.

Albatta yuqoridagi xulosalarga tashqi muhitga moslashish pasayishi, uzoq ishlatilgan dorilarga o'rganib qolish natijasida ta'siri pasayishi talqin qilinadi.

Dori-darmonlarning o'zaro ta'siri

Qariyalarga dori-darmonlarni 2–3 tasini birdan berish ancha xavfli (bir xilroq ta'sirga egalarini). Ayniqsa ilgari ko'proq spirtli ichimlik ichgan qariyada (organizm etil spirtiga to'yingan

bo'lsa) bu holat juda sezilarli bo'ladi. Dorilar o'z-o'zidan bir-birini siqib chiqarishi mumkin (ayniqsa oqsil bilan bog'lanish davrida). Keksalarda gemorragik diatez, qichima, uyqusizlik, bosh aylanishi, ishtaha pasayishi kabi dispeptik shikoyatlar paydo bo'lishi mumkin.

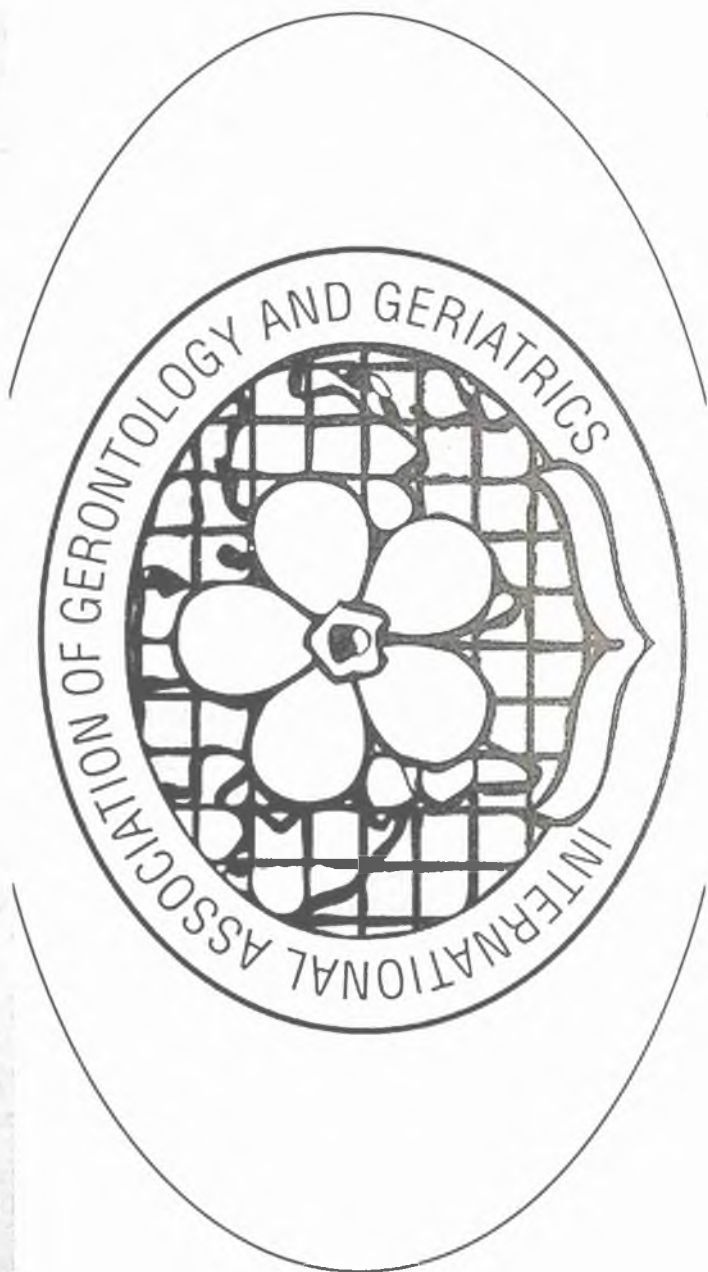
Xulosa sifatida quyidagilarni tavsiya etamiz:

- I. Bo'lish mumkin bo'lgan holatlar
 - a) Zaharli ta'sir, kumulyatsiya
 - b) Dorilarning o'zaro chiqishmasligi
 - d) Turg'un baland sezgirlik
 - e) Ushbu o'zgarishlar birdan bir nechta dorilar berishda bo'lish (poliprogmaziya)
 - f) Ushbu sabablarning sababi:
 - ko'rilish darajasi pasayishi;
 - buyrak metabolizmi o'zgarishi;
 - plazmatik transport o'zgarishi;
 - sekretlarning ekskretsiyasi buzilishi;
 - sezuvchanlik pasayishi va reksiyasi o'zgarishi.
 - g) Ehtiyotkorlik!!!

Dorilarni berishda asosiy prinsiplar

9. Poliprogmaziya yo'l qo'ymaslik.
10. Dorilarni kamaytirilgan dozada berish.
11. Bir xil xususiyatli dorilarni vaqti-vaqti bilan o'zgartirib turish.
12. Kompleks vitaminlar berish.
13. Ehtiyotkorlik!!!
14. Yurak glikozidlarga sezgirlikni unutmaslik.
15. Psixotrop dorilar qabziyatni kuchaytirishi.
16. Dorilar asosan ovqatdan keyin berilishi shartligini unutmaslik.

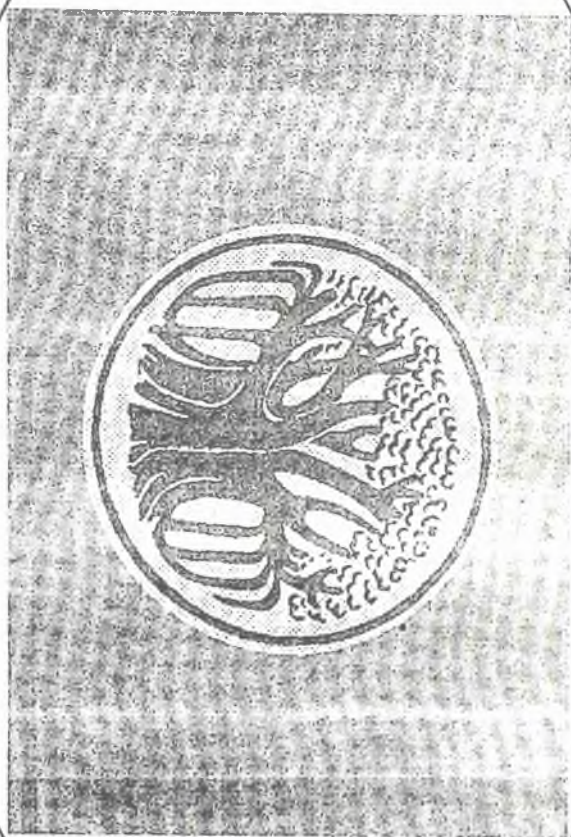
GERAFARMOKOLOGIYA



GERAFARMOKOLOGIYA



GERAFARMOKOLOGIYA



ГАЛСТЕНА
Капли для лечения заболеваний
печени и желчного пузыря

- Снимает спазмы
- Возбуждает клетки печени
- Нормализует желчеотделение
- Устраняет нарушения пищеварения
- Эффективное и безопасное
натуральное лекарственное средство

ГАЛСТЕНА
Восстанавливает работу
печени и желчного пузыря.
Эффективно. Надежно.
В любом возрасте.



GERAFARMOKOLOGIYA



GERAFARMOKOLOGIYA

НОРМОДИПИН®

(АМЛОДИПИН)

Антагонист кальция III поколения
В упаковке 30 таблеток по 5 и 10 мг

Уникальное
действие
против гипертонии
без побочных

Активное
действие

ЖИЗНЬ БЕЗ ОСТРЫХ УГЛОВ



GERAFARMOKOLOGIYA



СЕДОКАРД®

ретард

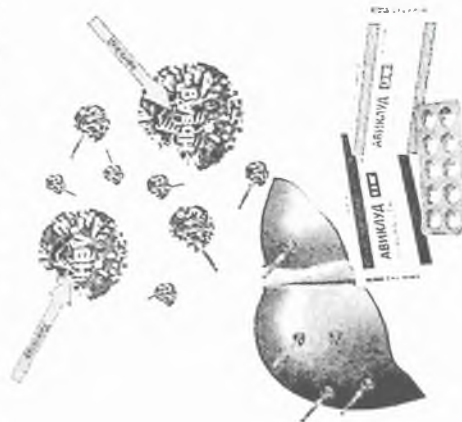
Изосорбид динитрат, табл. по 20 и 40 мг.

ПЕНТАКАРД®

Изосорбид 5-монокитрат, по 10, 20, 40 мг.

GERAFARMOKOLOGIYA

АВИКЛУД



GERAFARMOKOLOGIYA

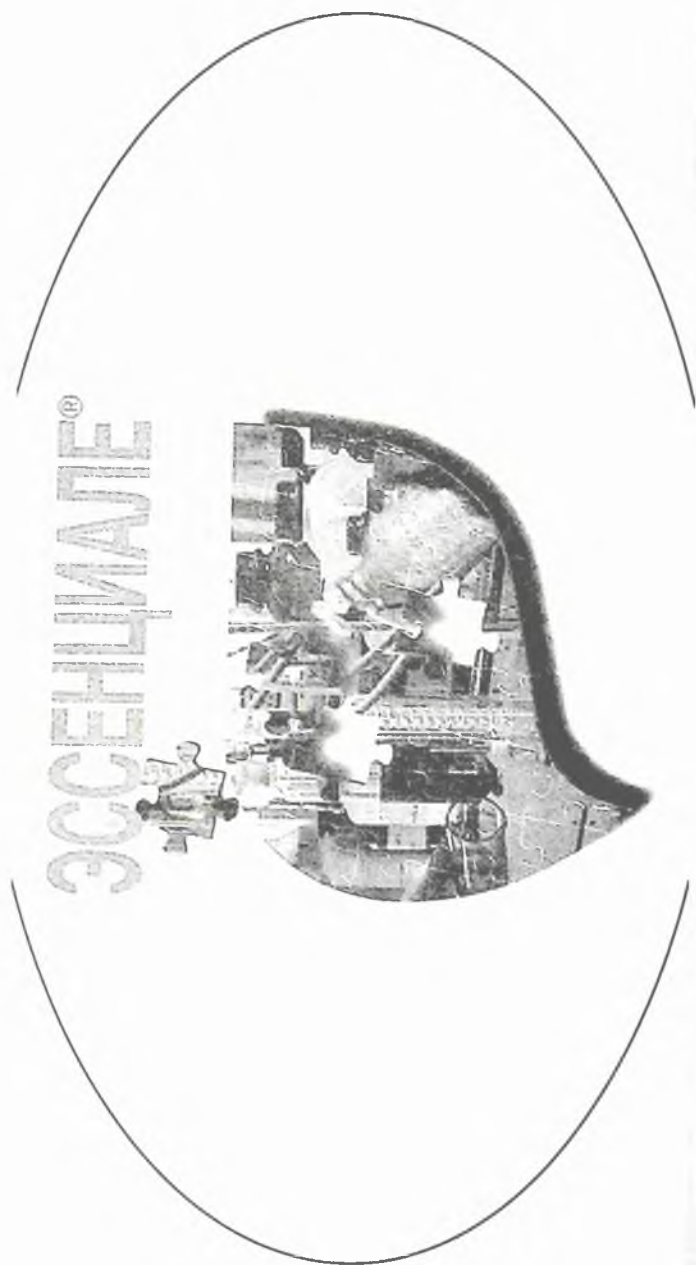
УРСОДОКС 

Модель урсодол-гепатокс 200 мг

Правильный подход к лечению Вашей печени



GERAFARMOKOLOGIYA



GERAFARMOKOLOGIYA



ПРЕСТАРИУМ

Высокоэффективный мочегонный препарат при лечении артериальной гипертензии, так и при лечении сердечной недостаточности



ПРЕСТАРИУМ 100 мг



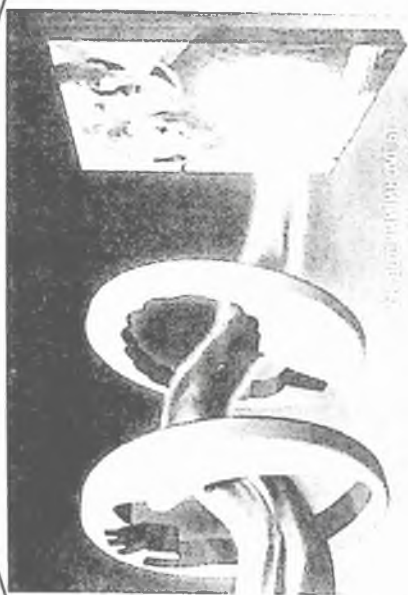
ПРЕСТАРИУМ 200 мг



КОРНИШАС
КОРНИШАС® РЕТАРД

Высокоэффективный препарат для лечения артериальной гипертензии

GERAFARMOKOLOGIYA



Vitaminlar

Qariyalarda asosan endogen avitaminozi bo'lishi mumkin (yillar davomida).

Bu asosan oshqozon ichak sistemasi yetishmovchiligidan, hamda oshqozon osti bezi faolligining buzilishi bilan tushuntiriladi. Ayniqsa lipotrop vitaminlar (metionin, letsitin, xolin, inozin) to'yinmagan yog' kislotalari (vitamin F guruhi). Modda almashinuvini yaxshilab, jigar ishini faollashtirib, xolesterin yig'ilishini nisbatan pasaytirib, aterosklerozni oldini oladi. Ayniqsa nikotin kislotasi buyrak qon aylanishiga ham musbat ta'sir ko'rsatadi. Yana A va E vitaminlari ham qariyalarga juda kerak. Bular hammasi to'qimalarning kislorodga talabini kamaytirib, to'qima nafasini yaxshilaydi, to'qima gipoksiyasiga qarshi kurashadi. Tokoferol organizmda bo'sh radikallarni pasaytirib, antioksidant sifatida ta'sir ko'rsatadi. Lekin vitaminlarni katta dozalarda berish, to'qimani juda ham to'yintirish mumkin emas. Hozir juda ko'p kompleks vitaminlar chiqarilyapti (dekamivit, undevit, geksamit, duovit va boshqalar). Lekin ularni gipo, avitaminozlarda o'ylab ishlatish kerak. Ko'p vitaminlar ichida mikroelementlar bor, ular organizmning fermentativ aktivligini oshirib, umumiy modda almashuvini yaxshilaydi.

Fiziologik qarish jarayonida geriatrik praktikada novokainni sikl bilan mushak orasiga A.Aslan sxemasida yuborish yaxshi natijalar beryapti. Unda 12 marta 2% – eritma 5 ml. dan kun ora mushak orasiga yuboriladi (1 oydan 3 oygacha, ma'lum dam olish bilan (2 haftadan)). Bu keksalarga yaxshi ta'sir qilib, yurak va bo'g'imlardagi og'riqlarni olib, ko'ngillarini yaxshi ko'tarib, ishtahalarini oshirib boradi. Chet davlatlarda novokain gerovital, aslovital nomlari bilan yuritiladi va juda keng ishlatiladi.

Qariyalarda nosteroid shamollashga qarshi dorilar ham ishlatilish mumkin, lekin bevosita garmonal terapiya juda ehtiyotkorlik bilan berilishi kerak.

Apilakoterapiya. Apilak – qovoq arining ona suti bo'lib, biologik aktiv oqsildir. Apilak bir necha organlar ishini yaxshilaydi, ularga

kuch bag'ishlab, hayotga intilishini oshiradi. Uni 0.01 gr. 2 mahal til ostiga 20–22 kun beriladi. Yana shu maqsadda biologik faol oqsil – adaptogenlar ham tavsiya etiladi: ular eleuterekok, jenshen ildizi bo'lib, miya qon aylanishini yaxshilaydi. Oxirgi yillarda keng qo'llanilayotgan bioregulyator sitomidin ishlatilyapti. Quyida sitomedin turkumiga kiruvchi, kelib chiqishi yaqin dorilarni havola etamiz.

Sitomedin preparatining asosi va ishlatilishi

Preparat	Olinadigan ildizi	Ishlatilishi
Timolin	Timus (vilochka bezi)	Imun holatini yaxshilash
Epitalamin	Epifiz (shishkovid bezi)	Yoshga binoan gormonal – metabolizmni yaxshilash
Korteksin	Miya ildizi(kora)	Miya faoliyatini yaxshilash
Detinalamin	Ko'z to'ri	Ko'rishni yaxshilash
Kordiamin		
Vazolin Bronxolin	Yurak tomir	Yurak-qon tomir sistemasini yaxshilash
Pulmolin	Bronxlar O'pka	Nafas sistemasi funksiyasini yaxshilash
prstotilen	Prostata	Prostata bezi ishini yaxshilash
Pestilen Ovalin Vezurin Renalin	Urug'don Tuxumdon Siydik qopi Buyrak	Siydik chiqarish va buyrak ishini yaxshilash
Gemalin	Suyak miya Xryash	Qon, suyak miya metabolizmini yaxshilash
Gepanin Pankrealin	Jigar Oshqozon osti bezi	Ovqat xazm qilish organlarini ishini yaxshilash

Sitomedinlar – peptid tarkibiga kirib, ular har bir to'qimada bor. Ular asosan tashqi muhitdan olinadigan ma'lumotlarni bevosita transmembran yo'l bilan to'qimalarga uzatadi. Hozirgi vaqtda ular hamma to'qimadan ajratilgan va o'zining hajmi bilan har xil. Ularni o'rganish natijasida juda ko'p dorilar topilmoqda, ko'plari esa endi o'rganilmoqda.

80-yillardan boshlab sitomidinlar gerontologiyada juda ko'p ishlatilyapti. Ular bilan davolash, keksalar hayotini uzaytirishga, gormonal – metobolik o'zgarishlarni oldini olishga, qon tarkibini tozalashga va nihoyat o'smalarning oldini olishga yordam beryapti. Ular ishlatilganda davolanish 20–30% yengillashyapti va qonda xolesterin miqdori ham pasayyapti. Demak ular asosan quyidagi vaziyatlar uchun ishlatiladi:

1. Geroprotektor sifatida
2. Yoshga binoan asoratlarni kamaytirish
3. Terapevtik ta'sir

Xulosa sifatida aytilganda qariyalarni davolash ancha o'ziga xos qiyin muammo. Albatta yuqorida aytib o'tganimizni ko'zda tutgan holda albatta ularga temir va kalsiy juda zarur. Quyida geriatriyada ishlatiladigan asosiy dori-darmonlardan misollar keltiramiz.

VI bob. TIBBIYOTDA PALLIATIV YORDAM

Keksalarning 75% ida davolash ancha qiyin, kasallikning oxirgi bosqichida ularga palliativ yordam talab qilinadi. Bular jumlasiga har xil asoratli o'smalar, davolashning oxirgi bosqichidagi surunkali yurak yetishmovchiligi, jigar, buyrak yetishmovchiliklari, miyaga qon quyilish asoratlari, og'ir turdagi OITS va boshqa kasalliklardir. Bu borada albatta radikal tibbiy yordam bilan palliativ yordamni farqlash zarur.

Radikal davo to'g'ri tashxis qo'yilgandan so'ng, barcha kompleks davo choralari bilan kasallikni davolash, asoratga o'tkazmaslik hisoblanadi. Bu holat yillab davom etadi, inson umrini cho'zish uchun remissiya oralig'ini cho'zish, mumkin qadar holatdan chiqarishga intilishdir. Yillar o'tgan sari, ko'p dorilar ta'siri o'lib, davodan naf ko'rish kamaya boradi. Shunda keksaga palliativ yordam kerak bo'ladi. Palliativ yordam asosida quyidagilar yotadi:

- Keksaga yordam, mumkin qadar hayotini cho'zishga intilish, umrining oxiri yaqinligini sezgach, uni himoya qilish.

- Kasalni yaxshilab parvarish qilish, unga vijdonan yordam berish.

- O'limi oldidan ruhiy va ma'naviy ko'maklashish.

- Kasalga ayniqsa og'riqni bosish usullarini o'rgatish.

- Oila a'zolariga ham psixologik va ma'naviy ko'maklashish.

"Palliativ" so'zi lotin tilidan olingan bo'lib, yoping'ich degan ma'noni beradi. Bu shunday davoki, kasalga taskin berib, uzoq davolanishga ko'nishi va uni tuzalib ketishga intilishiga undash, tushuntirishdir. Bunga quyidagicha davolash kiradi:

- ✓ Davolash mumkinligiga amin bo'lmasdan yashashga intilish (uzoq vaqt).

- ✓ Bevosita hayot sifati bilan bog'liq bo'lib, qancha yashash haqida o'ylamaslik.

- ✓ Hayotni yaxshilashga urinish, og'irroq belgilarni yo'qotishga intilish.

- ✓ Belgilarni tekshirib turish (ortishi, kamayishi).

- ✓ Reabilitatsiya.
- ✓ Qazoniyatga yuz tutish oldidan hurmat.
- ✓ Psixoterapiya.
- ✓ Oila a'zolarini yupatish, ko'nglini ko'tarishga, xursand qilishga intilish.
- ✓ O'rgatish.
- ✓ Tekshirish.
- ✓ Asosan bu davolarni olib borish hamshira zimmasiga tushib, shifokor nazorati ostida bo'ladi.
- ✓ Palliativ yordam uyda, poliklinika, statsionarda va alohida xospislarda o'tkaziladi. Ba'zan uzoqlarga borib ham palliativ yordam berish mumkin. Quyida xospis haqida tushuncha berishga harakat qilamiz.

Xospis haqida

Xospisning yuzaga kelishiga quyidagi kuzatuvlar sabab bo'ldi:

– aksariyat og'ir va o'linga mahkum bemorlar og'riqdan va atrof-muhit noqulayliklaridan iztirob chekadilarki, ularni esa bartaraf qilish mumkindir;

– aksariyat hayot bilan vidolashayotgan bemorlar og'riq azobiga chidashga majburdirlar;

– aksariyat bemorlar o'zlari istagan joyda, jumladan sokin uy sharoitida jon taslim qila olmaydilar;

– aksariyat og'ir va o'linga mahkum bemorlarni shifoxonalarga yotqizilmaydi, palliativ tibbiy yordam olish uchun xospisga kirish imkoniyatlariga ega emas;

– aksariyat shifokor va hamshiralalar joni uzilayotgan bemorlar ustida qanday qilib ular iztiroblarini yengillatishni va ularga qanday qilib yordam berishni bilmaydilar.

Xospis o'zi nima? Bu (inglizcha hospice) og'ir va o'lim oldidan bemorlarni alohida parvarishlashning turidir.

Xospis bu shunday bir muassasadirki, bu yerga tushgan har bir kimsaga aynan shu shaxs uchun – u xoh bemor bo'lsin, xoh bemorga qarovchi bo'lsin, turli: tibbiy, jismoniy, ruhiy, ijtimoiy, ma'naviy yo'nalishda e'tibor beriladi va parvarish qilinadi.

Jon taslim qilayotgan bemor holati bu holatni yuzaga keltirgan sabablardan qat'i nazar, u ma'lum reaksiyalarni o'z ichiga oladi:

- og'riq va diskomfort;
- qo'rquv va yolg'izlik;
- yaqinlarining iztiroblari uchun tashvishlanish.

Xospis bemorning barcha ehtiyojlariga yetishishi uchun kurashadi.

Xospis g'oyasi yangi emas. Dastavval xospislar cherkovlar qoshida tashkil etilgan bo'lib, ruhoniylar insonlarni «boqiy dunyoga ketish» davrida yaxshi so'z bilan, gunohlari kechirilishini so'raganlar, ya'ni olamdan o'tayotganlarning ruhiy iztiroblarini yengillashtirganlar. Shunday qilib, mazkur birlamchi xospislar yuz yillar avvalroq iliq munosabat, qulay sharoit yaratisha olgan.

Bugungi kunda esa xospis shunday bir muassasasi, bu yerda kishilarning hayoti so'nggida, va shuningdek, ularning yaqinlari iztirob va qayg'ularini kamaytirish uchun har taraflama qulaylik-komfort yaratishga harakat qilinadi.

Nima uchun xospisda parvarish qilish, qarash muammosi muhim? Chunki u (xospis) odatiy sharoitda sog'lomlashtirish yo'lida amalga oshirib bo'lmaydigan faoliyatlarni bajara olish imkoniyatlarining ustuvorligiga ega.

Bu esa dastavval xospis xodimlarini — vrachlar, hamshiralar, sanitarlar, sotsiolog, ruhshunos-psixologlarning kasbga oid maxsus bilimlari bilan bog'liqdir.

Keyingi juda muhim tomoni — oilani yaqinlashtirishidir. Chunki faqat oilagina qabul qilinadigan qarorlarga bevosita daxldordir va u azoblanayotgan kishiga eng yaqin yordamchi va uni e'zozlovchisidir. Ya'ni xospis oilada o'layotgan odam va uning yaqinlarini o'rtasidagi bog'lovchi bo'lib xizmat qiladi.

XOSPIS PATSIYENTLAR VA OILALARNING XUSUSIY EHTIYOJLARINI UYG'UNLASHTIRISHGA YO'NALTIRILGAN

Bunda asosiy e'tibor quyidagilarga qaratiladi:

Jismoniy ehtiyojlar	Ruhiy ehtiyojlar
1. Ko'pgina patsiyentlar uchun og'riqni dorilar bilan yengillashtirish xospisdagi parvarishning muhim qismidir. 2. Patsiyentlar uchun yoqimli va uzoq yotish holatida teri va shilliq qavatlari zararlanishini oldini olish uchun qilinadigan ushbu muolajalar borligi: • tez-tez tana holatining o'zgartirib turilishi; • yelka silanishi; • og'iz bo'shlig'ini tegishli parvarishlash; • shaxsiy pokizalik. Xospisning maqsadi — patsiyentlarga ularning jismoniy imkoniyatlaridan mumkin qadar to'laroq foydalanishlariga yordam	Xospis patsiyentlarga yolg'izlik, yaqinlarini ko'rmaslik va tashlab qo'yishlikdan havo-tirlanishlari va qo'rquvlarini yengishga yordam beradi. Patsiyentlarga shunday munosabatda bo'lish kerakki, ya'ni: • ular hali atrofdagilar uchun muhimligi va kerakligini bilsinlar; • ularning savollariga to'g'ri va xayrixohlik bilan javob berish; • ular o'z his-tuyg'ularini ifoda qilishlarida erkinlik sezsinlar.

Ijtimoiy ehtiyojlar	Ma'naviy ehtiyojlar
Ba'zida kichik narsalar ham katta ahamiyat kasb etadi. Og'ir bemorlarning ko'pchiligi ilgaridek faol bo'lolmasada, ularning ko'pchiligiga: • yoqtirgan taomlarini tanovvul qilish; • musiqa tinglash; • oila a'zolari va do'stlari davrasida bo'lish; • yaxshi kiyinib va yaxshi ko'rinishni yoqtiradilar. Xospis bu narsalarning amalga oshishiga yordam	Xospis ma'naviy tadbirlarning muhimligini tan oladi. Patsiyentlar e'tiqodi bo'yicha xospis komandasiga taalluqli din vakiliga ko'ngil ochishlari va suhbatlashishi mumkin. Ruhoniylar bemorning oila a'zolari va do'stlariga ham madad berishlari mumkin.

Xospis jamoasi a'zolari kimlar?

Ular maxsus tayyorlangan odamlar bo'lib, patsiyentlarga o'zlarini bimalol, qulay sezishlariga yordam beradilar.

Xospis jamoasi a'zolari o'zgarib turishi mumkin

Ammo ular quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- xospis direktori yoki koordinatori;
- umumiy amaliyot shifokorlari;
- hamshiralar;
- psixiatr;
- psixolog;
- ruhoni;
- uyda qarashuvchi yordamchilar;
- ijtimoiy xodim;
- farmatsevt;
- terapevtlar;
- ko'ngillilar (volontyorlar).

Komandaning muhim a'zolari bo'lib, patsiyentlar, oilalar va do'stlari hisoblanadi, chunki xospis aynan ularning ehtiyojlarini qondirish uchundir.

Parvarish qilish qayerda amalga oshiriladi?

U patsiyent va uning yaqinlari ehtiyojidan kelib chiqqan holda:

Uyda

Uy xospis patsiyentlari uchun eng odatiy muhitdir. Oila a'zosi, do'sti yoki jamoatchi volontyor asosiy parvarishlovchi vazifasini olishi mumkin. Bu shaxs xospis xodimidan lozim bo'lgan har bir holatda ko'mak olishi mumkin.

Statsionardagi bemorga

Ba'zi hollarda statsionardagi bemorga xospis xizmati ko'rsatilishi mumkin bo'lgan joylar (usullar):

- kasalxonada;
- xususiy tibbiy muassasada;
- internat, mehribonlik uylari, pansionatda.

Ushbu manzillar asosiy parvarish qiluvchisi bo'lmaganda yoki patsiyent uy sharoitida amalga oshirib bo'lmaydigan tibbiy muolajalarga muhtoj bo'lganda foydalaniladi.

Joylarni kombinatsiyalash

Agar uyda va statsionar usulda parvarish qilish uchun imkoniyat mavjud bo'lsa, unda patsiyent har ikkala joyda dam bo'lishi, muayyan maqsad va muayyan vaqtda xospis olib borilishi mumkin.

XOSPIS DASTURLARIGA KIM MABLAG TO'LAYDI?

Moliyaviy manba xospislar davomida o'zgarib turishi mumkin

Individual moliyalanish xospisda quyidagilar hisobiga bo'lishi mumkin: • grantlar; • xususiy fondlar badallari; • mahalliy davlat jamg'arma fondlari; • shaxsiy jamg'armalar.	Doimiy moliyalanish • mahalliy to'lanadigan badallar; • esdalik sovtalari; • ixtiyoriy to'lovlar; • patsiyentlarga xizmat uchun to'lovlar.	Xizmat uchun kompensatsiya • davlat tibbiy sug'urtasi; • xususiy sug'urta kompaniyalari hisobiga bo'lishi mumkin. Ba'zi patsiyentlar kompensatsiya to'lovchi kategoriyasiga kirmaydi va ular faqat xizmat uchun haq to'laydi. Lekin patsiyentlar dasturga ularning to'lov imkoniyatlariga qarab emas, sog'liqlari tarafidan ehtiyojiga qarab qabul qilinadi (ba'zi xospislar bepul xizmat ko'rsatadilar).
---	---	--

Xospis muassasasining o'ziga xos xususiyati nimada

Xospis alohida bir xizmat turi, chunki u fadatgina davolashga emas, parvarish qilishga yo'naltirilgandir.

U quyidagilarga alohida e'tibor beradi.

Og'riq ustidan nazorat Og'ir bemorlarning eng katta qo'rquvlaridan biri — og'riq qo'rquvidir. Xospisda har bir og'riq muammosi bo'lgan patsiyentga kerak dori tayyorlanadi. Bundan maqsad — e'tiborni susaytirmasdan og'riq ustidan doimiy nazoratga erishish.	To'laqonli hayot Xospis patsiyentlarga jismoniy va ruhiy komfort bo'lishiga intilib, ularni to'laqonli hayot kechirishlari imkoniyati uchun kurashadi. Patsiyentlar imkoniyati boricha uzoq faol harakatda yashab, o'zlari yoqtirgan tadbirlarda ishtirok eta olishlari, yangi narsalarga o'rganishlari, doimo qilishni istagan ishlarini qilishlari.
---	--

Uyda parvarish Bemorlar, qayerda bo'lmashlar, uyda oila a'zolari, do'stlari e'tiborida yoki sevimli kishilari, tanish- bilishlari orasida bo'lmog'i lozim. Uydagi parvarish ularning hayotlarini boyitishi va yaqinlashtirishi mumkin. Shu bilan ularning qarindoshlari yoki do'stlarini bir kun kutladigan o'lim	Patsiyentlarning sevimli kishilarga munosabati. Biron odam og'ir xastalansa va o'linga mahkum bo'lganda uning sevimli kishilari ham iztirob chekadilar. Shu tufayli xospis patsiyentlar va ular oilasiga barobar munosabatda bo'ladi. Xospis dasturlari shuningdek o'zini shaxsiy ehtiyojlarini unutib qo'yishi mumkin bo'lgan parvarish qiluvchi- larga ham yordam berishni nazarda tutadi.
---	---

YANA XOSPIS XIZMATI HAQIDA

«Guruh» parvarish qiladi.

Haqiqatda jiddiy xastalangan bemorning barcha ehtiyojlarini birgina odam qondirishi juda qiyindir. Shu sababli xospis guruhli parvarishni amalga oshiradi. Bu degani turli xil ko'nikmalarga ega odamlar birgalikda patsiyent va oilaning farovonligi uchun xizmat qiladilar. Komanda parvarishini muvofiqlashtirish uchun uchrashuvlar o'tkazadilar.

Oila a'zolari va do'stlari parvarish qilishni o'rganadilar.

Uyda parvarish qilayotgan kishilar quyidagi ko'nikmalarni ayniqsa yaxshi egallagan bo'lmoqlari darkor:

- dori berishni;
- patsiyentga chaqqonlik bilan yordam berishni;
- patsiyent ehtiyojlariga e'tibor va javob berishni;
- ba'zi bir holatlarda to'g'ri qaror qabul qila olishni;
- sevimli kishisini parvarish qilib o'tirishligini va uning, albatta, o'z ijobiy tomonlari borligini bilishi.

Yordam berish doimo mumkin.

Uyda bemorni parvarish qilayotgan oila a'zolari va do'stlari istagan vaqtda yordam uchun xospisga murojaat qilishlari mumkin, ya'ni:

- kunida 24 soat
- haftada 7 kun

Xospis komandasi a'zolari qachon lozim bo'lsa tashrif buyuradi. Og'ir judolikka uchraganda yordam beriladi.

Garchi xospis oilani va do'stlarini yaqin odamidan judolikka tayyorlasada, ko'pincha judolikdan so'ng ham qo'shimcha qo'llab-quvvatlash, dalda berish kerak bo'ladi. Xospis odamlarga kashuni yengish uchun quyidagicha yordam beradi:

- individual va guruhli yordam;
- ko'ngillilar-volontyorlar tashrifi;
- ko'ngil ochar dasturi bilan;
- qo'llash guruhlari;
- judolik va motamga sabr berish.

(Ba'zi xospislar ko'mish marosimi tadbiriga yordam beradi).

Siz yashayotgan hududda xospis borligini bilish uchun siz quydagilar bilan bog'lanishingiz mumkin:

- yaqindagi kasalxona bilan;
- mahalliy sog'liqni saqlash bo'limi bilan;
- milliy xospis tashkiloti bilan;
- diniy tashkilot xodimlari bilan.

BA'ZI BIR SAVOLLAR VA JAVOBLAR

Xospislar fadatgina keksalar uchunmi?

– Yo'q. Turli yoshdagi odamlar xospis yordamini olishi mumkin. Ba'zi xospislar bemor bolalarga maxsus yordam beradi.

Ko'ngillilar (volontyorlar) qanday xizmat ko'rsatadilar?

– Volontyorlar patsiyent va oila a'zolariga bevosita yordam ko'rsatishlari mumkin, bunga uy ishlariga qarashish, ba'zi vazifalarni bajarish, transport vositalari bilan yordam berish, shaxsan parvarishlashda ishtirok etish va h.k. kiradi. O'z ishtiroki va yordamini taklif qilish xospis volontyorlari faoliyati uchun xosdir.

Men qanday qilib xospis volontyori bo'lishim mumkin?

– O'zingizga eng yaqin xospis yoki yengillashtiruvchi (palliativ)

yordam va keksalarni parvarishlash dasturi asosida faoliyat ko'rsatayotgan tashkilot, yoki O'zbekiston Respublikasidagi xalqaro Qizil yarim oy jamiyati bo'limi, O'zbekiston Respublikasi vrachlar Assotsiyasi, mehribonlik uylariga murojaat qilishingiz mumkin.

Buning uchun sizga quyidagilar lozim bo'ladi:

- suhbatdan o'tish;
- sizning o'layotgan odamga munosabatingizni aks ettiruvchi maxsus savolli varaqani to'ldirish;
- trening (o'rganish) dasturini o'tish.

Shunday qilib...

Xospis parvarishi inson hayoti sifatini yaxshilashga qaratilgan.

Bordiyu siz yoki sizning yaqinlaringiz og'ir betob bo'lsa:

- siz yashab turgan hududda xospis bor-yo'qligini aniqlang;
- xospisda parvarishning afzalliklarini e'tiborga oling.

Xospis hayotni ham, u bilan vidolashishni ham insonlar uchun yengillashtiradi.

1986-yil o'tkazilgan dunyo miqyosidagi qariyalar sog'lig'i va ularning ijtimoiy aktivligiga bag'ishlangan anjumanda katta yoshli insonlar asosan og'rish va yura olmay qolishdan qo'rqishadi. Xususan bosh miya faoliyatining buzilishi, eslab qolish qobiliyatining tobora pasayib borib, o'zgalarga qaram bo'lib qolishdan ham xavfsiraydilar. Asosan o'z yoshini yaxshi yashab, ko'p xastaliklarga duchor bo'lmay, sog'lom qarigan insonlar bu haqda ko'p o'ylamay, hayot tarzining sekin-asta o'zgarishlariga qanoat qiladilar. Lekin yillar davomida rivojlanib borayotgan, aterosklerotik degenerativ o'zgarishlar, ayniqsa bo'g'imdagi, suyaklardagi, umurtqa pog'onasi mushaklaridagi o'zgarishlar sekin-sekin hayot tarzini biroz qiyinlashtirib, aktiv faollikni qiyinlashtirib boradi. Shuning uchun katta yoshdagilarni, ayniqsa bo'g'im og'riqlarini davolashni va osteoxondroz kabi og'riqlarni olish gerontologiyadagi ancha katta muammo hisoblanadi. Ayniqsa, katta-katta bir nechta kasalliklar jarayonida og'riq qoldirish gerontolog shifokorlardan ancha adekvat va strategik usulni talab qiladi. Bu borada ushbu masala ham yechilmagan muammolar tarkibiga kiradi. Bu muammolar o'tkir radikulit

“lyumbal og‘riqlar”, “nerv tolalar og‘rig‘i” kabi belgilar bilan davolashga statsionarga yuboriladi. Statistik ma‘lumotlarga qaraganda, qariyalarda ko‘pincha 69–75 yoshlarda, xususan erkaklarda bunday og‘riqlar ko‘proq uchraydi. Tashxis qo‘yishda albatta nevropatolog ko‘rigi, rentgenografiya (bo‘g‘imlarni, umurtqa pog‘onasining hamma qismlarini MRT qilish, miyani ensefalogramma qilish) va boshqa zamonaviy instrumental tekshiruv usullarini o‘tash kerak. Bu bemorlarning kasallik tarixi so‘ralganda (ayniqsa oxirgi yillarda) olingan dori-darmonlarini yaxshilab surishtirish lozim. Ko‘pincha (65%) bemorlar flyugalon, voltaren, diklonat preparatlaridan foydalanishadi. Lekin buning o‘zi qariyalarda og‘riqni yaxshi qoldirmasligi mumkin. Shuning uchun oxirgi 10–15 yillar mobaynida yallig‘lanishga qarshi nosteroid vositalardan tashqari og‘riq qoldiruvchi invaziv preparatlar ham qo‘llanilishi shart deb topildi. Bular orasida keng qo‘llaniluvchi usul “regionar anesteziya”dir. Bu usulni ham ambulator davoda, ham tez yordam tariqasida qo‘llash mumkin. Biroq ushbu holatda qariyalarda novokainni ishlatish mumkin emasligi tasdiqlandi, chunki u to‘qimalarda psevdoxolinesteraza fermenti bilan bo‘linib, para-amino-benzoy kislotasi hosil qiladi, u esa sulfanilamid preparatlarining ingibitori hisoblanadi. Shuning uchun oxiri 10–15 yillar mobaynida ultrakain keng ishlatilmoqda. Uning novokaindan farqi tarkibi amid-asosidan bo‘lib, to‘qimalarda gidrolizga uchramaydi va para-aminokislotalar hosil qilmaydi. Lekin og‘riqni juda yaxshi bosadi, jigarda yaxshi filtrlanadi va buyraklar orqali tez chiqariladi. Ta’siri 60–120 minut, buyraklar orqali 6–8 soatda chiqib ketadi. Shuning uchun ham bemorlar 10 soatgacha ancha tinch yotadilar. Shu narsani ta’kidlash lozimki, og‘riq ayniqsa kunduzgi soat 9 va 12 oralig‘ida juda kuchli bo‘ladi. Lekin ayrim keksalarda (5–7%) og‘riq kechalari ham zo‘rayishi mumkin. Yana ba’zi keksalar bunday blokadalarga tez rozilik bermasliklari ham mumkin va boshqa usullar bilan og‘riqni qoldirishni talab qilishadi. Ayniqsa, yana blokada vaqtida bir necha marta og‘riq nuqtasi va uning tarqalish sohaslarini to‘g‘ri topib olish talab

qilinadi. Bu holatni “fenomen otdacha”, ya’ni bemorning o’zi ishonib, ko’rsatib turgan sohalarni eslatib, topib, keyin blokada qilinishi kerak. Ko’p qariyalar 15–20 minutdan keyin so’ralganda, og’riq qolganligi haqida “biroz tuzuk”, “yaxshi”, “lekin hali bor” deb javob berishadi. Blokada qilib bo’lingandan so’ng, bemor 2–3 soat jim yotish lozim. Shuning uchun ham so’rash testlari har 3 soatda o’tkazilib borilishi kerak. Tibbiy hamshira 1 sutka davomida bemorning yana boshqa qanday shikoyatlari borligini yozib borishi lozim. Yana so’rab turishning o’zi ham bemorni ancha tinchlantirishi mumkin. Bu borada ulardan boshqa yondosh kasalliklar belgilari borligini tekshirish lozim: arterial qon bosimi, puls o’lchovi, suyaklardagi og’riqlar, bo’g’imlar holati, uyqusizlik, allergik holatlar va boshqalar.

Yuqoridagi barcha fikrlarimiz qariyalarda og’riqni bosishda, ayniqsa umurtqa pog’onasi churralari, nerv tolalarining siqilishida ultrakain bilan blokada qilish juda yaxshi natija berishi isbotlandi. Blokadalar tarkibiga yana qanday dorilar qo’shish nevropatolog maslahati bilan olib borilishi kerak.

VII bob. GERIOTRIK ENDOKRINOLOGIYA

Qandli diabet

Keksalar orasida qandli diabet kasalligi asosiy muammolardan biri. Buning asosiy sababi katta yoshga borgan sari endokrin bezlar qisman atrofiyaga uchraydi va insulin ishlab chiqarish faolligi susayadi. Kasallikka quyidagicha ta'rif berish mumkin. "Bu surunkali giperglikemik holat bo'lib, u asosan tashqi muhitning endogen va ekzogen ta'siri asosida kelib chiqadi hamda bir-birini to'ldiradi". Qandli diabet nasldan-naslga autosom-retsessiv yoki autosom-dominant tipida o'tadi. Shu asosda diabetning 2 tipi ajratiladi:

I tip – insulinga bog'liq – yuvenil diabet.

II tip – insulinga bog'liq bo'lmagan – qarilar diabeti.

Bunga qo'shimcha faktorlar: semirish, arterial gipertoniya, yurak ishemik kasalligi va dislipidemiya kiradi.

Keksalar diabetining asosiy sabablari:

– oshqozon osti bezi B hujayralarining glyukoza ishlab chiqarishga moyilligining oshishi va insulin ishlab chiqarishning yetishmasligi;

– asosan insulin molekulalarining faolligidagi o'zgarish, bog'lanuvchanlik va bo'linish faolligi antitanalarning ortishi va retseptorlarning kamayishi;

– jigarda glyukoza ishlab chiqarilishning ortishi. Vaholanki, sog'lom odamda kechasi glyukoza ishlab chiqarish to'xtaydi, keksalarda esa yo'q.

Qandli diabet tasnifi

A. Klinik sinflar.

1) I tip – insulinga bog'liq bo'lgan;

2) II tip – insulinga bog'liq bo'lmagan:

a) normal og'irlikdagi insonlar;

b) semizligi bor insonlar;

3) boshqa sinflar, ba'zan sindrom sifatida o'tadigan qandli diabet, masalan: pankreatit, gormonal kasalliklar, dori-darmonlar

ta'siridagi diabetlar, kimyoviy va fizik ta'sirotlardan keyingi diabetlar va aralash sinflar;

4) ovqatlanish buzilishi natijasidagi diabetlar:

a) pankreatik;

b) pankreaton;

d) glyukozaga talab oshishi;

e) boshqa turlari, xususan homiladorlik davridagi diabet (ko'pincha qo'shaloq farzand tug'uvchilarda).

Diabetning klinik kechishi

Latend davr. Bu davrda klinik belgilar bo'lmaydi. Glyukoza miqdori oshmaydi (3,5–5,5 mmol/l). Kasallik faqatgina "glyukozaga to'yinish" testi orqali namoyon bo'ladi (TTG). Bu test hech qanday parhezsiz olinishi kerak. Keyin 5 daqiqa o'tkazib, 75 gr. 3-glyukoza (100 gr yoki 300 gr suvda eritilib) ichiriladi. Agar keksaning og'irligi 100 kg dan ortiqroq bo'lsa, 100 gr gacha glyukoza berish kerak. Undan 1 soat va 2 soatdan so'ng yana test tekshiruvi o'tkaziladi. Normada birinchi ko'rsatkich 5,5 mmol/l, 2 soatdan keyin 7,8 mmol/l dan ko'p bo'lishi mumkin. Latend diabet turida nahorga 6,7 mmol/l dan kam, 2 soatdan keyin 7,8 mmol/l gacha (140–200 mg%) bo'lishi mumkin. Agar glyukoza nahorga 6,7 mmol/l dan ko'p (120 mg%), 2 soatdan keyin 11.7 mmol/l dan kam (200 mg%) bo'lsa, aniq qandli diabet qo'yiladi.

Diabet diagnozi qo'yilgandan keyin unda 3 forma talqin qilinadi: yengil, o'rta og'ir va og'ir formalar.

Faqatgina yengil parhez bilan qondagi glyukoza miqdori normaga yaqinlashsa, bu kasallikning latend davridan yengil formasi boshlaganini bildiradi. Darhol keksa endokrinologiya markaziga yuboriladi.

O'rta og'ir formasida ketoatsidoz bo'lmaydi, glyukoza o'rta ko'rsatkichda turadi, faqatgina zo'riqish vaqtida oshadi, lekin 13 mmol/l gacha oshishi mumkin. Bemor albatta qand miqdorini normallashtiruvchi dorilar ichishi shart bo'ladi.

Og'ir formasida bemor insulinsiz yashay olmaydi. Koma va

prekoma holatlari bo'lib turishi mumkin. Qondagi glyukoza miqdori 13–14 mmol/l gacha ko'tarilishi mumkin. Endi ichki organlarda ham o'zgarishlar boshlanadi. Arterial gipertoniya, yurak ishemiyasi, stenokardiya xurujlari, semirish alomatlar va metabolik o'zgarishlar yaqqol ko'zga tashlanadi.

Endi keksalarda kechishiga kelsak, ularda klinik belgilar ko'p bo'lmay, chanqash, tez-tez siyish, qichish, oyoqlarda og'riqlar bo'lishi mumkin. Ishtaha ham o'zgarib, bemor oza boshlaydi, tez charchaydi. Siydik yo'llarida infeksiyalarga moyillik ortadi. Buyraklarda filtratsiya pasayib, buyrak yetishmovchiligi boshlanishi mumkin (retinopatiya, neyropatiya asoratlari boshlanadi. G.P. Kotelnikova, 1995).

Metabolik va gemoreologik o'zgarishlar umumiy aterosklerozning faolligiga qarab o'zgaradi. Alohida qattiq og'riqsiz o'tkir miokard infarktlari, hech qanday gemiplegik o'zgarishsiz ishemik insultlar bo'lishi mumkin. Lekin tez orada surunkali yurak yetishmovchiligi va uning asoratlari kelib chiqishi mumkin (aorta anevrizmasi, tromboembolik sindrom, yurak ritm buzilishlari, yurak tamponadasi va b.).

5–8 yillar mobaynida diabetik retinopatiya va tez orada ko'rish qobiliyati buzilishi mumkin (ko'z nervi atrofiyasi). Umuman olganda o'rta yoshdagi qandli diabet bilan og'riganlarga qaraganda 10 marta ko'proq uchraydi. Ularda "podagrik buyrak" rivojlanishi mumkin va shuning natijasida pielonefrit, glomerulonefrit kasalliklari kelib chiqishi mumkin. Bunday keksalarda oshqozon sekretsiyasi past bo'lgani bois, ko'pincha surunkali pankreatit holati bo'lib, ko'proq dispeptik holatlar bo'lishi mumkin. Undan tashqari yog'li gepatoz, o'tning quyuvlashishi natijasida gipoglikemiya kelib chiqadi. Asosan bunday qariyalarni davolashda modda almashinuvi jarayonlarini yaxshilash, keksaning og'irligiga ahamiyat berish va umumiy holatni yaxshilash lozim.

VOZ ekspertlari ko'rsatmalari kompensatsiya kriteriyalari:

- Latend va yengil formalarida fiziologik holatni yaxshilash, parhez katta ahamiyatga ega.

• O'rta va og'ir formalarida qonda glyukoza 7 mmol/l dan kam, ovqatdan keyin 10 mmol/l gacha, xolesterin 6,5 mmol/l bo'lishi mumkin. Triglitserid 2,2 mmol/l gacha bo'lishi mumkin. Ko'pincha ishtahaning pasayishi, ba'zi hollarda dori ichish yodidan chiqib qolishi bilan bog'liq hollarda gipoglikemiya holatlari bo'lib qolishi mumkin.

Talqin qilinadigan ratsional parhez quyidagicha tushuntiriladi. Unda 50% uglevod, 70% yog'lar (o'simlik yog'lari) va 20% oqsil bo'lishi kerak. Albatta baliq, tvorog, krupalar bo'lishi lozim. Shakar o'rnini bosuvchi: ksimiy, sladsislar ishlatish mumkin. Ovqatlanish 5–6 mahal oz-oz bo'lishi lozim. Agar arterial gipertoniya bo'lsa, tuz mahsulotlari cheklanishi lozim. Albatta vitaminlarga boy ko'k piyoz, ukrop, petrushka, na'matak damlamasi va har xil sabzavotlar ratsionda bo'lishi lozim. Asosan kunlik ovqatning j qismi meva va sabzavotlar orqali bo'lishi kerak.

Dietoterapiya

Davolash usuli sifatida asosan yengil formasida ishlatiladi. Bu asosan keksalarda ertalabki gimnastika, yurish ma'lum tezlikda 30–40 minut (yondosh kasalliklar bor-yo'qligiga qarab). Albatta shakarni tushiruvchi sulfanilamid preparatlari berish kerak, ular endogen insulin faolligini oshirib, glyukoza oshishiga qarshilik qiladi.

Qariyalarda ayniqsa glyunorm boshqa insulin o'rniga beriladigan dorilardan farqli o'laroq ko'proq (95%) ichakda so'riladi va ayniqsa buyrak yetishmovchiligi bor qariyalarda yaxshi beriladi. Kasallikning boshlanish davrida butamid, oranil, bikarbon preparatlaridan foydalanish lozim (bular 1-generatsiya davri preparatlari hisoblanadi). Yillar mobaynida ma'lum dorilar yig'ilib, o'rganish hosil qilishi mumkin. Unda sekin-sekin 2-generatsiya preparatlariga o'tiladi va 2 ta yoki 3 ta dorilar birgalikda sxema bilan beriladi.

Quyida sulfanilamid preparatlarining xarakteristikasi keltirilgan

Preparat nomi	Doza		Ta'sir soati
	1 tabletk	sutkalik	
1-generatsiya			
Xlorpropamid, diabenez	0.1-0.25	0.5-0.75	24
Bikarbon,oranil	0.5	1.5-2.0	6-12
Butamid	0.25-0.5	1.5-2.0	6-12
2-generatsiya			
Maninil, dionil, euglikon, betanaz, glinil	0.005	0.015-0.02	8-12
Glyurenorm (glisvidon)	0.3	0.12	8-12
Dialikron, diabeton, glikozid	0.08	0.32	8-12

Oshqozon osti bezi B-hujayralarining chuqur o'zgarishida, dekompensatsiya kuchaya borsa, albatta insulinga o'tilishi shart. Boshda 10–40 ED tarkibida sekin-sekin qilinishi lozim. Insulin boshlashning yana har xil sabablari infeksiyaga moyillik, ba'zi jarrohlik operatsiyalar talabi, buyraklar faoliyatining buzilishi, “diabetik oyoq panja” holatlarining boshlanishi bo'lishi mumkin. Albatta birinchi tozalangan inson insulinni ishlatish kerak. Kasallikning klinik formalarini to'g'ri talqin qilish kerak.

Quyida eng ko'p ishlatiladigan insulin turlari ko'rsatilgan

Preparat nomi	Ta'siri		Ta'sir kuchi
	boshlanish (min)	maksimal (soat)	
Qisqa ta'sir qiluvchi			
Aktrapid MS	20-30	2-4	6-8
Aktrapid NM	15-20	4-6	6-8
Xumulin-reguktor	15-20	2-4	6-8
Insulrap	20-30		6-8

O'rta ta'sir qiluvchi			
Semelente	60-90	5-7	12
Insulong	60-90	6-9	16-18
Xumulin	60	6-12	18-24
Monotard MS,NM	150	7-15	22
Uzoq ta'sir qiluvchi			
Lente	60-90	5-7	24
Ultralente	240-360	16-20	28
Ultratard	240-360	10-24	28

Bunday holatlarda eksikoz belgilari, ya'ni teri qurishi, mushaklar atrofiyasi, diabetik rubeoz, o'tkir yurak yetishmovchiligi bo'lishi mumkin. Ko'pincha patologik nafaslar, yurak ritm buzilishlari va boshqalar yuzaga kelishi mumkin.

Oddiy davolash usullariga: tezda kerakli doza insulin, regidratatsiya, suv-elektrolit balansini normallashtirish, arterial qon bosimini normallashtirish va bemor statsionarga yotqizilishi lozim. O'limning asosiy sabablaridan biri: bosh miya shishi yoki o'tkir yurak yetishmovchiligi bo'lishi mumkin. Asosan gipoglikemiya qo'rqish zarur.

Gipoterioz

Gipoterioz — qalqonsimon bezning patologik holati bo'lib, uning faolligi pasayishi bilan boradi va qonga ishlab chiqariladigan gormon ancha pasayib ketadi. Lekin yaxshi tomoni shundaki, oxirgi yillarda ushbu kasallik ancha kamayib bormoqda. Umuman tibbiy qarashlarga ko'ra 50 yoshdan keyin u ishlab chiqaradigan gormonlar kamaya boradi. Ko'pincha mayda kistalar bilan qalqonsimon bez qoplanishi mumkin: follikulalar soni kamayadi, kolloid substansiya dag'allashadi va qon aylanishi qiyinlashadi. Ushbu kasallik asosan 90–100% ayollarda uchrab, uning asosiy sabablari quyidagilardir:

- Surunkali shamollashlar (surunkali autoimmun tiriodit), amiloidoz, tuberkulyoz, sifilis.

- Subtotal, total struektomiya.
- Endemik buqoq (yod yetishmasligi)
- Bo'yin sohasiga nurlar ta'siri, radioaktiv yod bilan davolashdan keyin.

Yuqorida ko'rsatilgan holatlarda, sekin-sekin yillar davomida organizmda yod yetishmovchiligi zo'rayib, sezilmaydigan tarzda "miksedema" (shilliq shish kasalligi) kelib chiqadi. Bu holat funksional faollikning buzilishi bilan boradi: oliy nerv tizimida, yurak-qon tomir tizimida va oshqozon-ichak tizimida o'zgarishlar bo'ladi.

Buning natijasida qo'shimcha to'qimada mukopolisaxaridlar yig'ilib qoladi. Qattiq shishlar paydo bo'lib, barcha modda almashinuv jarayonlari buziladi, oqsillar sintezi kamayadi, qonda xolesterin miqdori oshadi, V-lipoproteidlar, Na tuzlari va suv yig'ila boshlaydi.

Kasallarning asosiy shikoyatlari sekin-asta rivojlana boshlaydi: bo'shashish, uyqu bosish (mudrash), xayol parishonligi, xotira pasayishi, har narsaga loqaydlik, sekinlik, eshitish pasayishi, kamharakatlilik va sekin-asta semirish. Ularning yuzlari rangpar, shishinqiragan, qovoqlari osilgan, terisi dag'al, quruq, tirnoqlari sinishga moyil, soch to'kilishi, gapirish sekinligi, shishlar oyoq va qo'llarga ham tarqalishi mumkin. Og'ir holatlarda gidrotoraks, assit (qorinda suv yig'ilishi), ba'zan to'sh ortida og'riq, yurak tez yoki sekin urishi kuzatiladi. Arterial qon bosimi pasayishga moyil. Yurak chegarasi chapga siljigan, yurak tonlari past eshitaladi. EKG tekshiruvida: voltajni pastligi, sinusli bradikardiya, yurak o'tkazuvchanligi pasayishi va sekin-asta surunkali yurak yetishmovchiligi rivojlanadi. Qon tahlilida: kamqonlik, gipoglikemiya, gipernatriemiya, gipokaliemiya, disproteiniemiya kuzatiladi.

Qalqonsimon bez ko'pincha hajmi kattalashmasligi mumkin, lekin qonda tiroksin, triyodtironin, tireotrop gormonlari ko'payishi kuzatiladi. Katta yoshdagilarni davolashda ushbu preparatlar kichik dozalardan boshlanishi kerak (10–15 mg). 2–3 haftadan keyin doza sutkalikka yaqinlashtiriladi. Qonda T4 va TTG

ko'rsatkichlari normaga kelishi kerak. Albatta har 3 oyda EKG tekshiruvlari ham o'tkazib turiladi. Ushbu keksalar endokrinolog nazoratida davolanadilar. Ko'pincha gipoterioid koma holatlari bo'lishi mumkin (ko'pincha 70 yoshdan keyin). Intensiv davolash yaxshi natija beradi.

Keyingi endokrin kasalliklardan biri tireotoksikoz. Ushbu kasallik qarilik davrida ko'p uchramaydi (16–25%). Shuning uchun bunga ko'p to'xtalmaymiz. Yana keksalar orasida semizlik, klimakterik va qarilik osteoporozi uchraydi. Bu haqda avvalgi bobda ilmiy ommabop mavzu bilan amaliy shifokorlar uchun tushuntirdik. Osteoporozi ko'pincha travmatologlar bilan birgalikda olib boriladi va ehtiyotkorlik bilan og'riqni bosuvchi hamda suyaklarga mador beruvchi dori-darmonlar ishlatiladi.

Umumiy geriatriyadan vaziyatli masalalar

I. Kasal K. 68 yosh, shikoyati — 2–3 kunlab ichi kelmaydi. Oxirgi 6 oyda 5 kg ga ozdi, axlatida qon ko'ringan. 3–4 oydan beri qabziyat bor. Obyektiv ko'rilganda: kasal ozg'in, qorinni palpatsiyasida og'riq yo'q, metiorizm.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish rejasi.
3. Davolash taktikasi.

Javob:

1. Ichak o'smasi.
2. Qonning umumiy tahlili, axlat tahlili, irrigoskopiya.
3. Onkolog ko'rigiga tavsiya.

II. Bemor M. 74 yoshda, qabulxonaga kelganda shikoyati qorinda og'riq, tarqalishini bilmaydi. 5–6 kundan buyon ko'ngil aynish, qusish bo'lgan. Obyektiv ko'rilganda: teri quruq. Tana harorati 36,7°C qorin palpatsiya qilinganda hamma yerda og'riq, o'ng qorin pastida qattiq o'smasimon narsa turtilib turibdi. Qonda: leykotsitoz, SOE 30, kamqonlik alomatlari.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish rejasi.
3. Davolash taktikasi.

Javob:

1. Ichak o'smasi.
2. Ichak R-skopiyasi, irrigoskopiya.
3. Onkolog ko'rigiga tavsiya.

III. Bemor S. 78 yoshda, asosiy shikoyatlari ishtaha yo'qligi, epigastral sohada og'riq, ozib ketish (anamnezida yara kasalligi), tana harorati $37,3^{\circ}\text{C}$, juda tez charchash. Hech qayerda davolanmagan. 5–6 oydan beri yuqoridagi holatlar ancha ko'paygan, 20 kg ga ozgan.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish rejasi.
3. Oxirgi tashxis.

Javob:

1. Ichak o'smasi.
2. Oshqozon R-skopiyasi.
3. Biopsiya.
4. Xirurg va onkolog ko'rigi.

IV. Bemor 66 yoshda, shikoyatlari ishtaha yo'qligi, ko'ngil aynishi, qusish, sovuq qotish, ko'krak qafasida og'riq, yo'tal qiyin balg'am chiqishi bilan. Obyektiv ko'rilganda: lablar ko'kimsir, o'pka perkussiyasida tovush pasaygan. Eshitib ko'rilganda: mayda pufakchali nam xirillashlar, krepitatsiya (nafas olganda).

1. Diagnostika.
2. Tekshirish rejasi.
3. Davolash taktikasi.

Javob:

1. O'ng tomonlama o'choqli zotiljam.
2. Qon va balg'am tahlili, o'pka R-skopiyasi.
3. Yarim dozada antibakterial davo, tomir preparatlari.

V. Bemor 68 yoshda, asosiy shikoyatlari to'sh suyagi orqasida, yurak atrofida, o'ng qovurg'a ostida og'riq. Yog'li ovqatdan so'ng ichi ketishi. Obyektiv ko'rilganda: terisi quruq, rangpar. Yurak tonlari sust, ritmi normada. Puls 72 ta 1 minutda, arterial qon bosimi 130/80 mm sim. ust. Tili karash bilan qoplangan, qorinda metiorizm, o'ng qovurg'a ostida va epigastral sohada og'riq. Biokimyoviy ko'rsatkichlar: AST, ALT, amilaza baland.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish rejasi.
3. Davolash taktikasi.

Javob:

1. Surunkali xoletsistit xuruji.
2. Qon va fermentlar tahlili.
3. Spazmolitiklar, kontrikal, antibakterial davo.

VI. Bemor 74 yoshda, shikoyatlari yurak sohasida og'riq u kurak ostiga, chap qo'lga tarqalgan. Obyektiv ko'rilganda: rangpar, ter bosgan. Yurak urishi 92 ta 1 minutda, tonlari sust, arterial bosim 140/70 mm sim ust.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish rejasi.
3. Davo.

Javob:

1. Yurak ishemik kasalligi. Zo'riqish stenokardiyasi. Funktsional sinf.

2. EKG, fermentlar tahlili.

3. Nitratlar, og'riqni qoldirish (erinit, validol va boshqalar), olikard, monosan.

VII. Bemor 68 yoshda, kasalxonaga to'sh ortidagi kuchli og'riq bilan kelgan, nafas olishi qiyin, yurak urishi tez. Obyektiv ko'rilganda: teri quruq, rangpar, nafas olish soni 30 ta min. Yurak tonlari sust, puls 96 ta 1 minutda, arterial qon bosim 70/40 mm sim ust. EKG-Q tish, ST — ko'tarilgan. T tish manfiy.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo.

Javob:

1. Yurak ishemik kasalligi. O'tkir miokard infarkti.

2. EKG, qon va fermentlar tahlili.

3. Tez statsionarga yotqizish, og'riqni qoldirish.

VIII. Bemor 70 yoshda, bir necha yillardan beri o'pka kasalligi bilan davolanib kelgan. 3 yil avval o'tkir miokard infarkti o'tkazgan. Shikoyatlari: ko'krak qafasida og'riq, tana harorati ko'tarilishi,

nafas olishi qiyinlashishi, yo'tal, qiyin ko'chuvchi balg'am. Kasalning holati birdan og'irlashgan. Obyektiv ko'rilganda: holati og'ir. Lablari ko'm-ko'k, nafas tez. Yurakda taxikardiya. Ko'krak qafasi emfizematoz formada. Perkussiyada karobka tovush. Shovqinlar yo'q.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo taktikasi.

Javob:

1. EKG (O'tkir miokard infarkti).
2. R- skopiya ko'krak qafasi. EKG.
3. Kardiologiya bo'limiga yotqizish.

IX. Bemor 66 yoshda, asosiy shikoyatlari: qorinning kattalashishi, og'izda taxirlik, ishtahaning pasayishi, qabziyat, ba'zan qon qusish. Kasallik tarixida virusli gepatit o'tkazgan, parhez saqlamagan, oxirgi 2 oyda ahvoli og'irlashgan. Statsionarga yotqizishgan.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo taktikasi.

Javob:

1. Jigar sirrozi dekompensatsiya davri assit, splenomegaliya.
2. Qon tahlili, fermentlar aktivligi. UZI.
3. Kasalni statsionarga yotqizish. Parhez, siydiruvchi dorilar, gidrolizatlar quyish.

X. Bemor 56 yoshda. Ko'p yillar zavodda issiq sexda ishlagan. Asosiy shikoyatlari: yo'tal, nafas olishning qiyinlashishi, tana haroratining ko'tarilishi ($38,1^{\circ}\text{C}$). Obyektiv ko'rganda: holati o'rta. O'zining yoshidan ancha yosh ko'rinadi. Ko'krak qafasi emfizematoz. Perkussiyada: perkutor tovush qisqargan. R- ko'krak qafasi – infiltrat.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo taktikasi.

Javob:

1. Selikoz 2 st.

2. R- skopiya ko'krak qafasi. Qon va balg'am tahlili. Mantu reaksiyasi.

3. Ftiziatr ko'rigi. Dispanserga yotqizish.

XI. Bemor L. 64 yoshda, Asosiy shikoyatlari: yurak sohasida siquvchi og'riqlar, ular chap yelkaga va chap qo'lga tarqaluvchan, holsizlik, terlash, vaqti-vaqti bilan yurak urishining tezlashishi, ba'zan yurak to'xtab qolayotganiga o'xshash belgi, uyqusizlik. Anamnezidan 5 yildan buyon o'zini yomon his qilyapti. 2-3 kundan beri yurak ritmi buzilishi, shu sabab tez yordam chaqirilib, EKG qilingan va statsionarga yotqizilgan.

1. Diagnostika.

2. Tekshirish usuli.

3. Davo.

Javob:

1. Yurak ishemik kasalligi. Mayda o'choqli miokard infarkti. Yurak ritmi buzilishi.

2. EKG qaytarish, qon va fermentlar tahlili.

3. Koronarolitiklar, og'riqni olish, antikoagulyantlar, aritmiyani davolash.

XII. Bemor N. 66 yoshda. 2 kun oldin to'yda achchiq yog'li ovqat yegan, 3 soatdan keyin o'ng qovurg'a ostida og'riq, ko'ngil aynishi boshlangan. 1 yil oldin xoletsistit xurujidan davolangan. Ko'p yillar zavodda issiq sexda ishlagan.

1. Diagnostika.

2. Tekshirish usuli.

3. Davo reja.

Javob:

1. Toshli xoletsistit xuruji.

2. Qon tahlili. UZI tekshiruvi.

3. Xirurg ko'rigi va simptomatik davo.

XIII. Bemor P. 63 yoshda. Bir necha kun oldin allergik reaksiya bo'lgan (eshak yemi toshgan). Nafas olish qiyinlashib, biroz bo'g'ilish bo'lgan. Chekadi, bronxiti bor. Obyektiv ko'rganda: umumiy ahvoli o'rtacha. Nafas olishi va chiqarishi qiyin. O'pka

perkussiyasida — korobka tovush. Nafas sekinlashgan, quruq hirillashlar ko‘p. Tana harorati normal. EKG da o‘zgarish yo‘q (biroz pravogramma).

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo.

Javob:

1. Surunkali obstruktiv bronxit (astmatik holat).
2. Qon tahlili. Balg‘am tekshiruvi (Kurshman spirallari, sharko-leyden kristallari va eozinofillar.)
3. Antibakterial terapiya.

XIV. Bemor D. 70 yoshda, to‘sh oralig‘ida og‘riq, chap qo‘l va yelkaga tarqaluvchi, tezroq yurganda og‘riq kuchaygan. Anamnezidan: 60 yoshda o‘tkir miokard infarkti o‘tkazgan. Obyektiv ko‘rilganda: umumiy holati og‘ir, teri usti nimrang, puls 88 ta 1 minutda, ritmik. Arterial qon bosim 120/80 mm sim. ust., yurak auskultatsiyasida hamma nuqtalarda — sistolik shovqin. EKG- Q tish past, ST — izoliniyadan yuqori.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo rejasi.

Javob:

1. Yurak ishemik kasalligi. Zo‘riqish stenokardiyasi FS.
2. Infarktdan keyingi kardioskleroz.
3. EKG qaytarish, qon va fermentlar tahlili.
4. Kasalni statsionarga yotqizish, kalsiy antagonistlari, APF ingibitorlari, antikoagulyantlar.

XV. Bemor F 70 yoshda. Anamnezida yurak ishemiya kasalligi (4 yil oldin mayda o‘choqli o‘tkir miokard infarkti o‘tkazgan). Davolashning 11-kuni ahvoli yomonlashgan, o‘ng tomonda qorinda kuchli og‘riq bo‘lgan va u qorinning pastki qismiga tarqalgan, ko‘ngil aynishi qusish bo‘lgan.

Savol:

1. Kasalning ahvoli nega og‘irlashdi?
2. Terapevt taktikasi.

Javob:

1. Bemorda o'tkir qorin sindromi boshlangan, tezda xirurg ko'rigi kerak.

2. Xirurgiya bo'limiga bemorni o'tkazish kerak.

XVI. Bemor A. 75 yoshda, shikoyatlari: og'izda taxirlik, qorinda shovqin, qabziyat ich ketishi bilan almashinib turadi. Bemorning tana harorati $37,1^{\circ}\text{C}$, tana terisida qichish izlari, ba'zan yurak sohasida ham og'riq sezilyapti. Obyektiv holati: terida sarg'ayish, qorin bo'shlig'i paypaslanganda o'ng qovurg'a pastida og'riq, o't qopi proeksiyasida sezgirlik baland, puls aritmik, ekstrasistoliya.

1. Diagnostika.

2. Tekshirish usuli.

3. Davo rejasi.

Javob:

1. O'tkir toshli surunkali xoletsistit xuruji.

2. Qon tahlili. Jigar va o't qopini UZD da tekshirish.

3. Xirurg konsultatsiyasi. Kardiolog ko'ruvi.

XVII. Bemor X. 72 yoshda. Qabulxonaga umumiy holatining og'irligi, tutib-tutib qattiq yo'talish, nafas olish qiyinligi, ko'krak qafasining chap tomonida og'riq, diskomfort. Oxirgi 3 yilda oza boshlagan. Ishtahasi ancha pasaygan, ayniqsa go'sht mahsulotlariga. 40 yil sigaret chekkan. 5 yil oldin o'tkir miokard infarkti o'tkazgan.

Mos keluvchi tashxis variantini tanlang:

Variantlar:

1. O'pkaning markaziy o'smasi. R-tomogramma.

2. O'tkir miokard infarkti (qaytalanishi).

3. Surunkali bronxit. R-skopiya.

4. O'pkaning periferik o'smasi.

5. ORVI, serologik reaksiya.

Javob A (1)

XVIII. Bemor S. 66 yoshda, shikoyatlari: yo'tal, balg'am bilan, nafas qisishi, havo yetishmasligi, umumiy holsizlik. Anamnezida: tez-tez shamollab turgan, yo'talib yurgan. Obyektiv ko'rilganda: holati og'ir. O'pkada bo'g'iq tovush. Eshitilganda qattiq nafas, quruq xirillashlar.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo rejasi.

Javob:

1. Surunkali obstruktiv bronxit. Pnevmoskleroz. Emfizema.
2. Qon tahlili. Ko'krak qafasi R-skopiyasi.
3. Antibiotiklar (yarim dozada), balg'am ko'chiruvchilar, antigistamin preparatlar, LFK, fizioterapiya.

XIX. Bemor Sh. 59 yoshda, bir necha yildan buyon surunkali bronxit bilan og'riydi. Yaqinda yana shamollagan, oxirgi 3 oyda juda terlash kuchaygan, isitma ko'tarilish, kechasi ayniqsa ko'p yo'talish. Obyektiv ko'rilganda: ahvoli o'rtacha, biroz shamollab qolgan, terlash, isitma ko'tarilgan, terilari nam, terlagan. O'pkada perkussiyasida quti tovushi. O'ng tomondan eshitilganda vezikulyar nafas biroz sust, nam xirillashlar bor.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo rejasi.

Javob:

1. Sil kasalligiga tekshirish.
2. Ko'krak qafasi R-skopiyasi, balg'am tekshirish (BK).
3. Ftiziatr ko'rigi.

XX. Bemor I. 70 yoshda, tez-tez shamollagan, yo'tal balg'am bilan, nafas olishi qiyinlashgan Obyektiv ko'rilganda: umumiy ahvoli o'rtacha, lablari ko'kimtir, nafas olish soni 18 marta 1 minutda. O'ng tomonda o'pkaning pastki qismida nafas olishi susaygan. Yurak tovushlari sustroq, AQB 150/90.

1. Diagnostika.
2. Tekshirish usuli.
3. Davo usullari.

Javob:

1. O'tkir zotiljam (virusli).
2. EKG. Ko'krak R-skopiyasi, balg'am tekshiruv.
3. Statsionarga yotqizish.

TESTLAR

1. Qariyalarda quruq plevritda asosiy muammolarni ko'rsating.

- 1) Ko'krak orqasida og'riq
 - 2) Quruq yo'tal
 - 3) Qon bosimining oshishi
 - 4) To'sh orqasida qattiq og'riq
 - 5) Nafas siqish
- A. 1, 2, 5
B. 1, 4
C. 1, 3, 4
D. 3, 4
E. 3, 4, 5

2. Eksudativ plevritda asosiy shikoyatlar.

- 1) Yurak sohasida og'riq
 - 2) O'ng qovurg'a oralig'ida og'riq
 - 3) Nafas siqishi
 - 4) Isitma ko'tarilishi
 - 5) Ishtaha pasayishi
- A. 2, 3, 4
B. 1, 4, 5
C. 1, 2, 3
D. 4, 5
E. 1, 5

3. Qariyalarda oshqozon shirasi pasayishi belgisi.

- 1) Epigastr soxasida og'riq
 - 2) Bosh og'rig'i
 - 3) Epigastr sohasida og'irlik
 - 4) Zarda bo'lish
 - 5) Belda og'riq
- A. 1, 3, 4
B. 1, 2, 3
C. 2, 4, 5
D. 2, 5
E. 2, 3, 5

4. Gipoatsid gastritda shikoyatlar.

- 1) Jahldorlik
- 2) Epigastri sohasida og'irlik
- 3) Uyqusizlik
- 4) Zarda bo'lish
- 5) Epigastri sohada og'riq

- A. 1, 3
- B. 2, 4, 5
- C. 1, 4
- D. 3, 5
- E. 2, 4

5. Oshqozon yarasi shikoyatlari.

- 1) Ovqatdan 20–30 min keyin og'riq
- 2) Nahorgi og'riq
- 3) Zarda bo'lish
- 4) Ko'ngil aynish
- 5) Qusish

- A. 1, 3, 4, 5
- B. 1, 3
- C. 2, 3, 4, 5
- D. 3, 4, 5
- E. 2, 5

6. Yara kasalligi belgilari.

- 1) Davriylik
- 2) Mavsumiylik
- 3) Ovqatdan keyin og'riq
- 4) Qusishdan keyin og'riqning susayishi
- 5) Qusishdan keyin og'riqning kuchayishi

- A. 1, 2, 3, 4
- B. 1, 2, 3, 5
- C. 1, 2, 3
- D. 2, 3, 5
- E. 1, 5

7. 12 barmoqli ichak yarasi muammolari.

- 1) Och og'riqlar
- 2) Ovqatga bog'liq bo'lmagan og'riqlar

- 3) Zarda bo'lish
- 4) Qusishdan keyin og'riqning bosilishi
- 5) Jig'ildon qaynashi
- A. 1, 3, 4, 5
- B. 2, 3, 4, 5
- C. 2, 3, 4
- D. 2, 3
- E. 2, 5

8. Qariyalarning 12 barmoqli ichak yarasidagi oraliq shikoyatlar.

- 1) Och og'riqlar
- 2) Jahldorlik
- 3) Qusish
- 4) Uyqusizlik
- 5) Zarda bo'lish
- A. 2, 4
- B. 1, 2, 3
- C. 1, 5
- D. 2, 3
- E. 4, 5

9. Yara kasalligini parvarishlashda hamshira taktikasi.

- 1) Shifokor ko'rsatmasini bajarish
- 2) Parhezni tushuntirish
- 3) Parhezga hojat yo'qligini tushuntirish
- 4) Qarindoshlar keltirgan oziq-ovqatlarni tekshirish
- 5) Kasallik asoratlarini tushuntirish
- A. 1, 2, 4, 5
- B. 1, 3, 4, 5
- C. 3, 5
- D. 1, 3, 5
- E. 1, 3

10. Surunkali gepatitda qariya muammolari.

- 1) O'ng qovurg'a ostida og'irlik
- 2) O'ng qovurg'a ostida og'riq
- 3) Ishtaha pasayishi
- 4) Ko'ngil aynishi

5) Tez-tez siyish

A. 1, 2, 3, 4

B. 2, 3, 4, 5

C. 3, 4, 5

D. 1, 2, 5

E. 2, 4, 5

11. Surunkali gastritda laborator o'zgarishlar.

1) Giperbilirubinemiya

2) PTI pasayishi

3) PTI oshishi

4) Transaminaza faolligining oshishi

5) Gipoalbuminemiya

A. 1, 2, 4, 5

B. 1, 3, 4, 5

C. 1, 3, 4

D. 3, 4, 5

E. 3, 5

12. Surunkali gepatitda oraliq shikoyatlar.

1) O'ng qovurg'a ostida og'riq

2) Jahldorlik

3) Uyqusizlik

4) Ko'ngil aynishi

5) Sarg'ayish

A. 2, 3

B. 1, 4

C. 1, 5

D. 4, 5

E. 1, 4, 5

13. Eksudativ plevrit asoratlari.

1) O'pka sili

2) O'pka nospetsifik kasalligi

3) Tuxumdon o'smasi

4) O'pka infarkti

5) Hammasi

A. 5

- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

14. Qachon plevrada qonli suyuqlik bo'ladi?

- 1) O'pka sili
- 2) Surunkali pnevmoniya
- 3) O'pka o'smasi
- 4) Yurak yetishmovchiligi
- 5) Plevra yiringlashi

- A. 3
- B. 1
- C. 2
- D. 4
- E. 5

15. Plevrada suyuqlik yig'ilishi natijasi.

- 1) Organlar surilishi
- 2) O'pka shovqinlari zo'rayishi
- 3) Diafragma ko'tarilishi
- 4) Nafas olishda qovurg'a oralig'ining kichrayishi
- 5) Ovoz titrashining yo'qolishi

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 4
- E. 3

16. Traube oralig'i yo'qolish holati.

- 1) Chap tomonlama plevrit
- 2) O'pka emfizemasi
- 3) O'ng qorincha gipertrofiyasi
- 4) Yaraning perforatsiyasi
- 5) Surunkali bronxit

- A. 1
- B. 2
- C. 3

D. 4

E. 5

17. Kardit, xoreya, artrit, eritema qaysi kasallikka xos?

1) Stenokardiya

2) Revmatizm

3) Kardiomiopatiya

4) Gipertonik kasallik

5) Podagra

A. 2

B. 1

C. 3

D. 4

E. 5

18. Keksalar gipertonik kasalligida nima yemaslik shart?

1) Suv

2) Shakar

3) Tuz

4) Achchiq narsalar

5) Uglevodlar

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

19. Nitroglitserinning asosiy ta'siri.

1) Koronar arteriyalarni kengaytirish

2) Periferik arteriyalarni kengaytirish

3) Periferik venalarni kengaytirish

4) Yurak urishini pasaytirish

5) Yurak qisqarishini pasaytirish

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

20. Simptomatik arterial gipertenziya turlari.

- 1) Buyrak bosimi
- 2) Endokrin bosimi
- 3) Essensial gipertoniya
- 4) Markaziy gipertoniya
- 5) Gemodinamik gipertoniya

A. 1, 2, 4, 5

B. 1, 2, 3, 4

C. 1, 2, 3

D. 2, 3, 4

E. 3, 4, 5

21. Atipik infarkt turlari.

- 1) Og'riqli
- 2) Ostmatik
- 3) Abdominal
- 4) Serebral
- 5) Aritmik

A. 2, 3, 4, 5

B. 1, 2, 3, 4

C. 1, 3, 4, 5

D. 1, 2, 3

E. 1, 4

22. O'tkir miokard infarkti asoratlari.

- 1) Yurak ritmi buzilishi
- 2) Kardiogen shok
- 3) Dressler sindromi
- 4) O'pka shishi
- 5) Yurak anevrizmasi

A. 1, 2, 4, 5

B. 1, 2, 3, 4

C. 3, 4, 5

D. 1, 2, 3

E. 2, 3, 4

23. Kardiogen shok belgilarini ko'rsating.

- 1) A/B pasayishi

2) A/B ko'tarilishi

3) Ter chiqish

4) Ipsimon puls

5) Olgoanuriya

A. 1, 3, 4, 5

B. 2, 3, 4, 5

C. 2, 3, 4

D. 2, 4, 5

E. 2, 5

24. Gipertonik krizga xos belgilar.

1) Qattiq bosh og'rig'i

2) Ko'ngil aynish, qusish

3) Yuzda qizarish

4) Belda og'riq

5) Tez-tez og'riqli siyish

A. 1, 2, 3

B. 2, 4, 5

C. 4, 5

D. 1, 4, 5

E. 3, 4, 5

25. O'pka shishishining klinik belgilari.

1) Yaqqol xansirash

2) Og'izdan ko'pik chiqish

3) Anasarka

4) Xo'l xirillashlar

5) Jigar va taloq kattalashishi

A. 1, 2, 4

B. 1, 2, 3

C. 3, 4, 5

D. 1, 4, 5

E. 4, 5

26. Xolestatik sindrom belgilari.

1) Teri qichishi

2) Ko'karishlar

3) Sarg'ayish

4) Terida sariq dog'lar

5) Burunning qonashi

A. 1, 3, 4

B. 2, 4, 5

C. 2, 5

D. 1, 2, 5

E. 1, 5

27. Oshqozon dispepsiyasi belgilari.

1) Ko'ngil aynish

2) Ich qotish

3) Qusish

4) Jig'ildon qaynash

5) Ich ketish

A. 1, 3, 4

B. 1, 2, 3

C. 3, 4, 5

D. 2, 5

E. 4, 5

28. Gipersplenizm belgilari.

1) Splenomegaliya

2) Kamqonlik

3) Leykotsitoz

4) Trombotsitopeniya

5) Leykopeniya

A. 1, 2, 4, 5

B. 1, 2, 3, 4

C. 1, 2, 3

D. 2, 3, 4

E. 1, 3

29. Surunkali persestik gepatitning klinik belgilari.

1) Uzoq belgisiz kechish

2) Tez zo'rayish

3) Jigar biroz kattalashishi

4) Jigar tez kattalashishi

5) O'ng qovurg'a ostida og'riq

- A. 1, 3
- B. 2, 4
- C. 4, 5
- D. 3, 5
- E. 1, 4

30. Portal gipertenziya belgilari.

- 1) Qorin kattalashishi
- 2) Qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi
- 3) Gemoroidal venalarning varikoz kengayishi
- 4) Leykotsitoz
- 5) Leykopeniya

- A. 1, 2, 3
- B. 2, 3, 4
- C. 2, 3, 5
- D. 1, 2, 4
- E. 1, 2, 5

31. Sirroz asoratlari.

- 1) Portal gipertenziyasi
- 2) Jigar komasi
- 3) Gepato-renal sindromi
- 4) Kamqonlik
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

32. Surunkali yurak yetishmovchiligining 1-darajasi belgilari.

- 1) Zo'riqishda nafas siqish
- 2) Oyoqlarda shishish
- 3) Assit
- 4) Bosh og'rishi
- 5) Zo'riqishda yurakning tez urishi

- A. 1, 5
- B. 1, 2

C. 2, 3

D. 4, 5

E. 2, 4

33. Surunkali yurak yetishmovchiligining 2-darajasi belgilari.

1) Oyoqlarda shishish

2) Assit

3) Ko'krak orqasida og'riq

4) Tinch holatda ham jismoniy zo'riqishda ham nafas siqish

5) Biroz harakatda yurakning tez urishi

A. 1, 2, 4, 5

B. 1, 2, 3, 4

C. 1, 2, 3

D. 3, 4, 5

E. 2, 3, 4, 5

34. Yurak nuqsoni nima?

1) Miokard qisqaruvchanligining buzilishi

2) Yurak mushagining yallig'lanishi

3) Yurak ishining chuqur buzilishi

4) Endokardit

5) Perikardit

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

35. Mitral klapan yetishmovchiligi belgilari.

1) 1 tonning cho'qqida susayishi

2) 1 tonning cho'qqida kuchayishi

3) Yurak cho'qqisida sistolik shovqin

4) Yurak cho'qqisida diastolik shovqin

5) A. Pulmanalis ustida 2 ton aksenti

A. 1, 3, 5

B. 2, 4, 5

C. 1, 5

D. 4, 5

E. 2, 4

36. Keksaning mitral klapan yetishmovchiligi dekompensatsiya belgilari.

- 1) Bosh og'rig'i
- 2) Oyoqlar shishi
- 3) Umumiy holsizlik
- 4) Assit
- 5) Jismoniy zo'riqishda nafas olishning qiyinlashishi

A. 2, 4, 5

B. 1, 2, 3

C. 1, 3, 4

D. 1, 3, 5

E. 1, 3

37. Qariyaning yurak yetishmovchiligi 2-darajasidagi ikkilamchi muammolari.

- 1) Yuqori etajli uyda yashash
- 2) Oyoqlar shishi
- 3) Parvarish yo'qligi
- 4) Ishsizlik
- 5) Hojatxonaning umumiyliigi

A. 1, 3, 4, 5

B. 1, 2, 3, 4

C. 1, 2, 3

D. 2, 3, 4, 5

E. 2, 3, 4

38. Mitral stenozining asosiy belgilari.

- 1) Yurak cho'qqisida 1 tonning kuchayishi
- 2) Yurak cho'qqisida 1 tonning susayishi
- 3) Yurak cho'qqisida diastolik shovqin
- 4) Aortada diastolik shovqin
- 5) Mitral klapan ochilish shovqini

A. 1, 3, 5

B. 2, 3, 5

C. 1, 4

D. 1, 4, 5

E. 1, 5

39. Mitral stenozining klinik belgilari.

1) Jismoniy zo'riqishda nafas olishning qiyinlashishi

2) A/B oshishi

3) Yo'tal, qon tupurish

4) Yonoqlar qizarishi

5) Yoshroq ko'rinish

A. 1, 3, 4, 5

B. 2, 3, 4, 5

C. 1, 2, 3

D. 1, 2, 4

E. 2, 4, 5

40. Havoli pushtirang balg'amning ko'payishi va tungi nafas siqish xurujlari qaysi sindromga xos?

1) Bronxial astma

2) Yurak astmasi

3) Krupoz pnevmoniya

4) O'chog'li pnevmoniya

5) O'pkadan qon ketish

A. 2

B. 1

C. 3

D. 4

E. 5

41. Yurak kasalligida Pevzner bo'yicha qaysi stol tavsiya etiladi?

1) 7

2) 15

3) 10

4) 4

5) 1A

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

42. Stenokardiya og'riqlari davomiyligi.

- 1) 1 soat
- 2) 20 minut
- 3) 2 soat
- 4) 10 soat
- 5) 24 soatgacha

A. 2
B. 1
C. 3
D. 4
E. 5

43. Gipertoniya kasalligida hamshira maslahati.

- 1) Chekmaslik
- 2) Spirtli ichimliklar ichmaslik
- 3) Jismoniy zo'riqlashlarni kamaytirish
- 4) Jismoniy zo'riqlashlarni oshirish
- 5) Tuz iste'molini cheklash

A. 4
B. 1
C. 2
D. 3
E. 5

44. Gipertoniya kasalligida davo.

- 1) Yurak glikozidlari, fibrinolitiklar, antibiotiklar
- 2) Antibiotiklar, sulfanilamidlar
- 3) Antikogulyantlar, fibrinolitiklar
- 4) Diuretiklar, iAPF, betta — adrenoblokatorlar
- 5) Temir preparatlari, vitaminlar

A. 4
B. 1
C. 2
D. 3
E. 5

45. Revmatizmni chaqiruvchilar

- 1) Stafilokokk

- 2) Pnevmonokokk
- 3) A guruhiga kiruvchi betta gemolitik streptokokk
- 4) Virus
- 5) Mikoplazma

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

46. Revmatizm o'tkir davriga xos.

- 1) Leykotsitoz
- 2) ECHT oshishi
- 3) Leykopeniya
- 4) Fibrinogen oshishi
- 5) Fibrinogen pasayishi

A. 1, 2, 4

B. 2, 3, 5

C. 2, 5

D. 3, 5

E. 1, 5

47. Revmatizmida qariyaning oraliq muammolari.

- 1) Katta bo'g'imlarda og'riq
- 2) Bo'g'imlar shishishi
- 3) Ishtaha pasayishi
- 4) Uyqusizlik
- 5) Umumiy holsizlik

A. 3, 4, 5

B. 1, 2, 3

C. 1, 2, 4

D. 1, 2, 5

E. 1, 2

48. Revmatizmida hamshira maslahatlari.

- 1) Chekish va ichish ta'siri yo'q
- 2) Chekish va ichish mumkin emas
- 3) Zo'riqish mumkin emas

- 4) Tez-tez ovqatlanish
- 5) Og'ir jismoniy zo'riqishlar man etiladi
- A. 2, 3, 4
- B. 1, 4, 5
- C. 1, 5
- D. 1, 4
- E. 4, 5

49. Revmatizmدا hamshiraning kasallarga maslahatlari.

- 1) Qarindoshlar keltirgan ovqatni tekshirish
- 2) Dorini o'z vaqtida ichish
- 3) Ochlik bilan davolash
- 4) Qo'zish davri profilaktikasi
- 5) Faqat giyoh bilan davolash
- A. 1, 2, 4
- B. 2, 3, 4
- C. 3, 4
- D. 1, 4
- E. 2, 4

50. Gipertoniya kasalligi asosiy muammosi.

- 1) Bosh og'rig'i
- 2) Bosh aylanishi
- 3) Ko'z oldi jimirlashi
- 4) Bel og'rig'i
- 5) Bo'g'imlarda og'riq
- A. 1, 2, 3
- B. 1, 4, 5
- C. 2, 4, 5
- D. 3, 4, 5
- E. 4, 5

51. Arterial bosim oshganda hamshira harakati.

- 1) Tinchlantirish
- 2) Psixik tinchlantirish
- 3) Ensaga gorchichnik qo'yish
- 4) Bosh ustiga muz qo'yish
- 5) Xona havosini almashtirish

- A. 1, 2, 3, 5
- B. 1, 2, 3, 4
- C. 1, 4, 5
- D. 2, 4, 5
- E. 4, 5

52. Hamshiraning AG taxminiy diagnozini ayting.

- 1) Yurak uchida og'riq
- 2) Bosh og'rig'i
- 3) Bosh aylanish
- 4) Nafas siqish
- 5) Yo'tal

- A. 1, 2, 3
- B. 1, 4, 5
- C. 2, 4, 5
- D. 3, 4, 5
- E. 4, 5

53. Gipertoniya kasalligida hamshira parvarishi.

- 1) Shifokor yozuvining ijrosi
- 2) Konsultantlarni tashkil qilish
- 3) Palatani shamollatish
- 4) O'zicha dori berish
- 5) EKG ga tayyorlash

- A. 1, 2, 3, 5
- B. 1, 2, 3, 4
- C. 2, 3, 4, 5
- D. 3, 4, 5
- E. 2, 4, 5

54. Hamshiralarning zotiljam kasalligida maslahati.

- 1) Nafas gimnastikasi
- 2) Chuqur nafas olmaslik
- 3) Parhezga rioya qilish
- 4) Sharbatlar ichmaslik
- 5) Shifokor ko'rsatmalarini bajarish

- A. 1, 4, 5
- B. 2, 3, 5

C. 2, 3

D. 1, 3

E. 2, 5

55. Zotiljam kasalligi qanday davolanadi?

1) Antibiotiklar, fibrinolitiklar

2) Sitostatiklar, gormonlar

3) Antibiotiklar, sulfanilamidlar

4) Nitratlar, V-adrenoblokatorlar

5) Gormonlar, siydik haydovchilar

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

56. Tana harorati keskin tushganda hamshira harakati.

1) Kiyim boshlarni almashtirish

2) Bemorga grelkalar berish

3) Issiq choy berish

4) Shifokorni chaqirish

5) O'z holicha davolash, kapelnitsa ulash

A. 1, 2, 3, 4

B. 2, 3, 4, 5

C. 3, 4, 5

D. 3, 5

E. 1, 5

57. O'choqli pnevmoniyada balg'am xarakteri.

1) Qon aralash

2) Yiringli, shilliqli

3) Cho'ziluvchan

4) Yangi qon izlari bilan

5) Yiringli, hidli

A. 2

B. 1

C. 3

D. 4

E. 5

58. Zotiljam kasalligida keksalarga hamshira yordami.

- 1) Tupukdan berish
- 2) Palatani shamollatish
- 3) Kislorod berish
- 4) Kiyim almashtirish
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

59. Obstruktiv bronxit bilan og'rigan keksalarning asosiy muammolari.

- 1) Yo'tal balg'am bilan
- 2) Nafas siqish
- 3) Bosh og'rishi
- 4) Belda og'riq
- 5) Ishtaha pasayishi

A. 1, 2

B. 3, 4

C. 4, 5

D. 1, 3

E. 2, 5

60. Surunkali bronxitda keksalarning oraliq muammolari.

- 1) Sarxushlik
- 2) Umumiy darmonsizlik
- 3) Qattiq yo'tal
- 4) Uyqu bosish
- 5) Nafas olish qiyinlashishi

A. 1, 2, 4

B. 1, 2, 3

C. 2, 3, 4

D. 3, 4, 5

E. 4, 5

61. Surunkali bronxitda keksalarning potentsial muammolari.

- 1) Surunkali pnevmoniyaga o'tish
- 2) O'pka emfizimasi
- 3) Pnevmoskleroz
- 4) Miokard infarkti
- 5) O'pka-yurak yetishmovchiligi

- A. 1, 2, 3, 5
- B. 1, 2, 3, 4
- C. 2, 3, 4, 5
- D. 3, 4, 5
- E. 4, 5

62. O'pka kasalliklarida hamshira qanday muammolarga duch kelishi mumkin.

- 1) Nafasni to'g'rilashda adashish
- 2) Ingalyatsiyani bilmaslik
- 3) Nafas mashqlarini bilmaslik
- 4) O'limdan qo'rqish
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 3
- D. 4
- E. 2

63. O'pka kasalliklarida keksalar parvarishida hamshiraning to'g'ri fikri.

- 1) Kasallarni to'g'ri yo'lga solish
- 2) Ingalyatsiyani o'rgatish
- 3) To'g'ri yo'talishni o'rgatish
- 4) Dorilar ta'sirini o'rgatish
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

64. Bo'g'ilish xurujida hamshiraning to'g'ri fikri.

- 1) Shifokorni chaqirish
- 2) To'g'ri o'tirishni o'rgatish
- 3) Kislorod berish
- 4) O'z holicha gormon qo'shib kapelnitsa ulash
- 5) O'z holicha eufillin qo'shib kapelnitsa ulash

A. 1, 2, 3

B. 2, 3, 4

C. 2, 4, 5

D. 1, 3, 4

E. 3, 4, 5

65. Yurak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda hamshira fikri.

- 1) Anamnez yig'ish
- 2) Kasalning hayoti va mehnat faoliyatiga ahamiyat berish
- 3) Bir-birini to'g'ri tushunish
- 4) Suhbat jarayonida to'g'ri taktika
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

66. Stenokardiya xurujida hamshira taktikasi.

- 1) Bemorni tinchlantirish
- 2) Shifokorni chaqirish
- 3) Til ostiga nitroglitserin berish
- 4) Kiyimini yechish
- 5) O'z holicha kasalga baralgin qilish

A. 1, 2, 3, 4

B. 1, 2, 3, 5

C. 2, 3, 4, 5

D. 1, 3, 4, 5

E. 1, 2, 4, 5

67. Yurak tomir kasalligini olib borishda hamshira bilishi kerak.

- 1) Vena ichiga inyeksiyalarga tayyor turish

- 2) Bemorlarni instrumental tekshirishga tayyorlash
- 3) Tekshirish maqsadini tushuntirish
- 4) Bemor ahvolidan xabardor bo'lish
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

68. O'tkir miokard infarktida hamshira taktikasi.

- 1) Bemorni tinchlantirish
- 2) Tez shifokor chaqirish
- 3) Namlangan kislorod berish va til tagiga nitroglitserin
- 4) Mustaqil v\i ga 10000 ED geparin qilish
- 5) Mustaqil v\i ga 1 ml morfın qilish

A. 1, 2, 3

B. 1, 4, 5

C. 2, 3, 4

D. 1, 3, 4

E. 3, 4, 5

69. Miokard infarkti kasalligida hamshira taktikasi.

- 1) Bir martalik shpritslar, jgut
- 2) Pentanil, droperidol
- 3) Lidokain, mezaton
- 4) Geparin, strofantin
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

70. Gipertoniya kasalligida hamshira taktikasi.

- 1) Bir martalik shpritslar, jgut
- 2) Dibazol, klofellin
- 3) Izoptin, relanium

4) Adrenalin, mezaton

5) Geparin, fibrinolizin

A. 1, 2, 3

B. 1, 3, 4

C. 2, 4, 5

D. 1, 4, 5

E. 3, 4, 5

71. Qariyalarni parvarishlashda hamshira quyidagilarni bilishi kerak.

1) Kasallik bilan bog'liq asosiy muammolar

2) Potensial muammolar

3) Ruhiy-psixologik muammolar

4) Ijtimoiy muammolar va adaptatsiya

5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

72. Gerontolog xonasida hamshiraning vazifalari.

1) Hisobga olish

2) Nafaqaxo'rni hisoblash

3) 80 yoshdan oshgan qariyalar ro'yxati

4) Shifokor ko'rsatmalarini bajarish

5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

73. Qariyalarga parhez maslahati.

1) Tez-tez, oz-ozdan yeyish

2) 2 marta to'yib yeyish

3) Kofe, kakao, spirt, achchiq, sho'r emaslik

4) Shifokor ko'rsatmalarini bajarish

5) Hammasi to'g'ri

A. 1, 3

B. 2, 3

C. 2, 4

D. 3, 4

E. 5

74. Oshqozon kasalliklarida hamshira vazifalari.

1) Tekshirishga tayyorlash

2) Oshqozonni yuvish

3) Tekshirish olib borish

4) Tibbiy hujjatni to'ldirish

5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

75. Ichak kasalliklarida hamshiraning to'g'ri taktikasi.

1) Ratsional ovqatlanishni tushuntirish

2) Kasallik asoratlarini muhokama qilish

3) Ich kelishini tekshirib turish

4) O'z holicha davolash

5) O'z holicha fizioterapiya buyurish

A. 1, 2, 3

B. 2, 3, 4

C. 1, 3, 4

D. 3, 4, 5

E. 1, 4, 5

76. Oshqozon o'smasi kasalligida hamshira taktikasi.

1) Diagnostika bildirmaslik

2) Tuzalib ketishini tasdiqlash

3) Shifokorga bildirmay tashxis haqida bemorga aytish

4) Vrachning buyurgan barcha muolajalarini bajarishni tavsiya qilish.

5) Hammasi to'g'ri

- A. 1, 2, 4
- B. 1, 4, 5
- C. 2, 3, 4
- D. 2, 4, 5
- E. 3, 4, 5

77. Qariya bilan subbatda hamshira bilishi kerak.

- 1) O'tkazgan kasalliklari
- 2) Yashash sharoiti
- 3) Zararli odatlari
- 4) Nasliy moyillik
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

78. Keksalar parvarishida hamshira parvarishi.

- 1) Bemor muammolarini bilish
- 2) Parvarish rejasini tuzish
- 3) Hamshira diagnostika qo'yish
- 4) Hamshira aralashuvi ishlarini belgilash
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

79. Hamshiralik jarayoni bosqichlari.

- 1) 5 ta
- 2) 4 ta
- 3) 6 ta
- 4) 7 ta
- 5) 3 ta

- A. 1
- B. 2

- C. 3
- D. 4
- E. 5

80. Bemorning A.Maslov bo'yicha qancha talabi bor?

- 1) 6 ta
- 2) 8 ta
- 3) 10 ta
- 4) 4 ta
- 5) 18 ta

- A. 3
- B. 1
- C. 2
- D. 4
- E. 5

81. Surunkali pielonefritda asosiy muammolar.

- 1) Bosh og'rishi
- 2) Og'riqli siyish
- 3) Titrash, harorat oshishi
- 4) Ishtaha yomonligi
- 5) Qo'zg'aluvchanlik

- A. 1, 2, 3
- B. 1, 4, 5
- C. 2, 4, 5
- D. 1, 3, 4
- E. 3, 4, 5

82. Buyrak og'rig'ida hamshira e'tibor qaratishi kerak.

- 1) Yuz rangparligi
- 2) Harakatda og'riq kuchayishi
- 3) Belda asimmetriya
- 4) Pasternatskiy simptomi musbatligiga
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 3

E. 4

83. O'tkir bel og'rig'ida hamshira taktikasi.

- 1) Qulay o'tqazish
- 2) Kasalni tinchlantirish
- 3) Shifokorni chaqirish
- 4) No shpa yoki baralgin berish
- 5) O'z holicha kapelnitsa ulash

A. 1, 2, 3, 4

B. 1, 3, 4, 5

C. 2, 3, 4, 5

D. 2, 4, 5

E. 3, 4, 5

84. Qattiq og'riqda hamshira nimalar tayyorlashi kerak?

- 1) Bir martalik shprintsni
- 2) Baralgin, analgin ampulalarini
- 3) Promedol ampulasi
- 4) No shpa, atropin ampulasi
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

85. Siydik chiqaruvchi a'zolar kasalligida hamshira taktikasi.

- 1) Tekshiruvga tayyorlash
- 2) O'z-o'zini eplash
- 3) Kateterni to'g'ri qo'yish
- 4) Siydik chiqishini tekshirish
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

86. Buyrak kasallarini parvarishlashda hamshira taktikasi.

- 1) Asosiy o'zgarishlarni bilish
- 2) Sutkalik siydik nazorati
- 3) Kiyimni almashtirish
- 4) Teri parvarishi
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

87. Hamshira nasihatlari.

- 1) Sovqotmaslik
- 2) Tuzsiz parhez
- 3) Ichiladigan suv nazorati
- 4) Ko'p ovqatlanish
- 5) Ko'p suyuqlik ichish

A. 1, 2, 3

B. 1, 3, 4

C. 2, 3, 4

D. 1, 4, 5

E. 3, 4, 5

88. Qon kasalliklarida hamshira taktikasi.

- 1) Keksalarda qon kasalligi kechishi haqida to'g'ri ta'surot
- 2) O'z vaqtida qonni tekshirish
- 3) Siydik va axlat rangi o'zgarishlari nazorati
- 4) Dorilarni o'z vaqtida qabul qilish
- 5) Hammasi to'g'ri

A. 5

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

89. Qon ketish jarayonida xarakterli belgilar.

- 1) Rangparlik
- 2) Teri namligi

- 3) AB pasayishi
- 4) Teri qizarishi
- 5) AB oshishi

- A. 1, 2, 3
- B. 2, 3, 4
- C. 2, 4, 5
- D. 1, 3, 4
- E. 1, 5

90. Qon ketganda hamshira taktikasi.

- 1) Kasal yotqizish
- 2) Xonani shamollatish
- 3) Kislorod berish
- 4) Shifokor chaqirish
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

91. Qon ketganda hamshira nimalarni tayyorlashi kerak?

- 1) Vikasol ampulada
- 2) Aminokapron kislota flakonda
- 3) Poliglyukin
- 4) Ditsinon
- 5) Geparin, fibrinolizin ampulada

- A. 1, 2, 3, 4
- B. 1, 2, 4, 5
- C. 1, 3, 4, 5
- D. 2, 3, 4, 5
- E. 1, 2, 3, 5

92. Geriatriya nima?

- 1) Keksa va katta yoshdagilarni o'rganuvchi fan
- 2) Bolalar kasalliklarini o'rganuvchi fan
- 3) O'smirlar kasalliklarini o'rganuvchi fan
- 4) Ayollar kasalliklarini o'rganuvchi fan

5) Yoshlar kasalliklarini o'rganuvchi fan

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5

93. Geteroxronlik nima?

- 1) Yoshga binoan o'zgarish tezligi
- 2) Qarilarning organ va to'qimalar o'zgarishi
- 3) Qarilikning hamma organda har xil o'tishi
- 4) Hammasi to'g'ri
- 5) Hammasi noto'g'ri

- A. 2
- B. 1
- C. 5
- D. 3
- E. 4

94. Keksalarda nima diagnoz qo'yishni qiyinlashtiradi?

- 1) Sekin va belgisiz kechish
- 2) Atipik kechish
- 3) Organizm muhofazasi pasayishi
- 4) Suyak va bo'g'imlarda o'zgarish
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

95. Siydik yo'llari tosh kasalliklari muammolari.

- 1) Siyish qiyinligi
- 2) Dizuriya
- 3) Belda og'riq
- 4) Siydik qizarishi
- 5) Hammasi to'g'ri

- A. 5

- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

96. Aortal yetishmovchiligida keksalar muammolari.

- 1) To'sh orqasida og'riq
 - 2) Bosh aylanishi
 - 3) Jismoniy zo'riqishlarda va tinch holatda nafas qisishi va yurak o'ynashi
 - 4) Yo'tal, kuchli qon tuflash
 - 5) Kuchli darmonsizlik
- A. 1, 2, 3, 5
 - B. 1, 2, 3, 4
 - C. 2, 3, 4, 5
 - D. 1, 4, 5
 - E. 3, 4, 5

97. Aortal yetishmovchilik muammolari.

- 1) Ko'p qavatli binolarda yashash
 - 2) Ishlamaslik
 - 3) Chekishni tashlash
 - 4) Yurak sohasida og'riq
 - 5) Bosh og'rig'i
- A. 1, 2, 3
 - B. 1, 4, 5
 - C. 2, 4, 5
 - D. 3, 4, 5
 - E. 4, 5

98. Aortal stenoz dekompensatsiyasida hamshira faolligi.

- 1) Shifokor tavsiyasiga rioya qilish
 - 2) Ko'p harakatlanish
 - 3) Parhez
 - 4) Xohlaganini yeyish
 - 5) Dori uzoq muddatga grafik tarzda beriladi
- A. 1, 3, 5
 - B. 1, 2, 4

- C. 2, 4
- D. 1, 4
- E. 2, 3

99. Ekstrasistoliyada asosiy muammolar.

- 1) Yurak to'xtab-to'xtab urishi
- 2) To'sh orqasida og'riq
- 3) Yurak to'xtab qolish hissi
- 4) Yurak sohasida simillovchi doimiy og'riqlar
- 5) To'sh orqasida, ora-orada og'riq

- A. 1, 3
- B. 1, 2
- C. 1, 4
- D. 2, 4
- E. 4, 5

100. Paroksizmal taxikardiyada muammolar.

- 1) Yurak tez urishi
- 2) Yurak to'xtab qolishi
- 3) Ko'krak qafasi sezishi
- 4) Keskin charchash
- 5) Birdan oyoqlarda tortishish va bosh aylanishi

- A. 1, 3, 4
- B. 2, 3, 4
- C. 1, 4, 5
- D. 3, 4, 5
- E. 1, 2, 4

XULOSA

1000 yillar avval ulug' vatandoshimiz Ibn Sino (Avitsenna) birinchi marotaba gerontologiya amaliyoti haqida "Продвинутые годы" degan alohida fikrlarni berib ketgan, uning ko'rsatmalari hozirgi zamon tibbiyotida qo'llanilmoqda.

Gerontolog shifokorning asosiy naqli "Sog'lom kasallik", "Baxtli uzoq umr ko'rish". Bu borada bizning asosiy aytadigan maslahatimiz avvalo kasalliklarni oldini olish va undan so'ng zamonaviy usullarni qo'llab, keksalarni to'g'ri davolashga intilish. Umumiy shifokorning asosiy vazifasi: qariyani qadamma-qadam qunt bilan davolab, sog'lig'ini tiklashga harakat qilish. Bu borada katta mas'uliyat diagnostika markazlariga, klinik davolash, sanatoriyalarda sog'liqni tiklash, fizik muolajalar o'tkazish dispanserlarga yuklanadi.

Gerontologik kasallarimiz eng yaxshi, zamonaviy klinikalarda davolanishlari lozim, albatta gerontolog ko'rigidan o'tib, umumiy shifokor nazoratida bo'lishi kerak. Albatta birinchi navbatda keksalarning to'g'ri ovqatlanishini birinchi o'ringa qo'yish zarur. Oxirgi 5 yilda ko'p diagnostik markazlarda gerontolog xonalari ochildi. Toshkent shifokorlar malakasini oshirish institutida maxsus kurslar ochilib, gerontologiya asoslari o'rgatilmoqda. Respublika Vazirlar Mahkamasi qoshida 2014-yilda gerontologlar assotsiatsiyasi ochildi, unda muammo komissiyasi ish olib borishni boshladi. 2015-yil "Qariyalarni e'zozlash" yili deb e'lon qilinishi, gerontolog-shifokorlar zimmasiga yanada katta xizmatlar yukladi. Bu jarayondagi ba'zi raqamlarni keltirib o'tamiz: yanvar oyining ikkinchi yarmidan boshlab, hamma hududlarda alohida oliy toifali shifokorlar, kafedralarda dotsent-professorlarning ishtirokida profilaktik ko'riklar boshlandi; yilning o'rtasiga qadar 45000 dan ortiq qariya ko'rikdan o'tkazildi. Zamonaviy tekshirish usullaridan foydalanib sog'liqlari aniqlandi. 17000 dan ortiq keksalarga nafaqa belgilangan bo'lib, ularga kompensatsiya belgilandi. 14000 dan ortiq pensionerlarga sanatoriyalarga bepul yo'llanma berish, 56000 ortiq keksalarga birinchi marotaba taqdirlash pullari berildi. 1941–1945-yillarda Vatan urushi qatnashchilariga alohida "70 yillik" medal va 700000 so'mdan premiyalar berildi. Urush davrida mehnat qilgan, 80 dan oshgan keksalarga ham 300000 so'mdan pul va alohida taqdirlov sovg'alari berildi.

ADABIYOTLAR

1. Qariyalarda surunkali gastritning kechishi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №3, 2014.
2. Burun, halqum va yuqori nafas yo'llari xastaligining qariyalarda kechishi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №15, 2014.
3. Qariyalarda quloq va yuqori nafas yo'llari faoliyati buzilishi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №33, 2014.
4. Keksalikda surunkali bronxitning kechishi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №42, 2013.
5. Bronxial astmaning keksalarda kechishi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №45, 2013.
6. Zotiljam kasalligining qariyalarda kechishi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №44, 2013.
7. Insonning o'zi kasallikka buyurtma beradi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №43, 2013.
8. Yurak ishemiyasi kasalligining ikkilamchi profilaktikasi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №42, 2014.
9. Oyoq shishishi kasallikka xosmi? N.N.Nasritdinova. Shifo-info №47, 2014.
10. Revmatizm yurak klapanlariga ta'sir ko'rsatadi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №2, 2015.
11. Ko'z pardasidagi yoshga oid muammolar. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №20, 2014.
12. Qariyalar suyaklaridagi distrofik o'zgarishlar. N.N.Nasritdinova. Shifo-info №22, 2014.
13. Лечение инфаркт миокарда. Альберт Дж., Френсис Г. Пер с англ. — М., 1994.
14. О лечении тяжелых форм патологического климактерия. Анисимова М.И., Тодорсева М.С., Акушерство и гинекология. — 1978.
15. Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. — Свердловск, 7–10 с, 1980.
16. Нефропатия у больных сахарным диабетом ИИ типа. Балаболкин М.И., Мамаев Г.Г. и др. ИИ Всероссийский съезд эндокринологов. Тез. докл. — Челябинск, 1991, 60–61 с.
17. Сахарный диабет. Балаболкин М.И. — М.: Медицина, 1994.
18. Руководство по клинической эндокринологии. Баранов В.Г. — Л.: Медицина, 1977.

19. Болевой синдром. Под. ред. В.А. Михайленко, Ю.Д. Игнатова. — Л.: Медицина, 1990.
20. Ileal buras for hyperlipidemia, Will J. Surg. Buchwand H., Vurgo R.L. 1985, Vol. 9. P. 850-859.
21. Язвенная болезнь. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. — М.: Медицина, 1987.
22. Хирургическое лечение хронических заболеваний век. Вахидов В.В., Гамбарин Б.П. — Т., 1979.
23. Postinfarction Angina. Progr. Cardiovasc. Des. Ving-sul lo. et al. — 1987. — Vol. 30. - № 2. — P. 111-139.
24. Хронический калкулёзный холецистит. Галкин В.А., - М.: Медицина, 1984, 236 с.
25. Стенокардия. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. — М., 1981.
26. Рационализация питания в профилактике преждевременного старения. Мат. научн. конф. ин-та питания АМН СССР «Питание: Здоровье и болезнь». Григоров Ю.Г.
27. Запоры. Гукасян А. — М: Медицина, 1956. С.208.
28. Дилмак В.М. Хронобиологические аспекты в геронтологии и гериатрии. Хронобиология и хрономедицина. Под. ред. Ф.И. Комарова. — М: Медицина, 1989.
29. Davies M. Thogas Flagus Fissuring — the Cause of Acute Myuocardiae infarction, Sudden ischemic Death, and Crescendo Angina // Brit Heart J. 1985.-Vol. 53. - №4. — P . 363-373.
30. Заславская Р.М., Келимбердиева э.С. и др. Оценка эффективности метаболической терапии комплексом аминокислот у больных ИБС пожилого возраста. // Клиническая медицина. 1993. - №4. — С. 39-42.
31. Ёнаш В. Клиническая кардиология. — Прага, 1966.
32. Калинина Э.В., Комисарова И.А., Заславская Р.М., и др. Влияние метаболической терапии на внутриклеточной уровень антиоксидантной системы больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста.
33. Климов А.Н. Атеросклероз и пути эго профилактики. — М., 1981. С.64.
34. Клиническая гериатрия / Под. ред. В.Г. Вогралина. — Горький, 1976.
35. Клиническая эндокринология: Руководство / Под. ред. Н.Т. Старковой. — М.: Медицина, 1991.

36. Коган Б.Б. Бронхиальная астма и её лечения // Казанский мед. журнал, 1964.
37. Коркушко О.В. Возрастные особенности артериального давления. — Киев, 1969.
38. Коркушко О.В. и др. Преждевременное старение человека. — Киев: Здоровье, 1979.
39. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. — М.: Медицина, 1992. С.237.
40. Кузнецов Г.П., Павлов В.В. Изменение некоторых показателей кардиогемодинамики под влиянием нитроглицерина при сердечной астме. — Ульяновск, 1980.
41. Ланг Г.Ф. Учебник внутренних болезней. — Л., 1989. С.320.
42. Логинов А.С., Арун Л.И., Илченко А.А. Язвенная болезнь и Хелисобактер пйлори // Новые аспекты патогенетической терапии. — М.: СНИИГ, 1993. 230 с.
43. Маялянов И.Р., Кац П.С., Азимова К.С. Общие аспекты побочного действия лекарств у лиц пожилого и старческого возраста // Здравоохранение Узбекистана. №15. — 2002.
44. Маджидов Н.М., Трошин В.Д. Профилактическая неврология. ИИ ч. — Ташкент: Абу Али Ибн Сино, 1995.
45. Малиновский Н.Н., Козлов В.А. Антикоагулянтная и тромболитическая терапия в хирургии. — М., 1976.
46. Morrison J.F., Teale C. Adrenalin and Nocturnal Asthma Brit. Med. J. — 1990. — Vol. 301. — P/ 473-474.
47. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Иммунобиология гормонов тимуса. — Киев: Здоровье, 1989. С. 125.
48. Rachimtoola S.H. Unstable Angina Current Status // Mod. Conc. Cardiovasc. Dis., 1985. — Vol. 54 - №4. — С.19-23.
49. Руководство по геронтологии. Под. ред. Д.Ф. Чеботарева, Н.Б. Манковского, В.В. Фролкиса. — М.: Медицина, 1978.
50. Руководство по гериатрии (особенности клиники и лечения болезней в пожилом возрасте) / Под. ред. Акад. Д.Ф. Чеботарева. — М., 1982.
51. Russel R.o. et. al. Unstable Angina Pectoris // Amer. J. Cardiol., 1981. — Vol. 48. - №3. — С. 590-591.
52. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых / Под. ред. Страссер Т.: Пер. с англ. — Женева, 1988.
53. Старение и общая патология // Вестник АМН Российский Федерации. 1980. - № 3.

54. Tzivoni D., Stern S. Prognostic significance and therapeutic of silent myocardial ischemia Europ. Heart J. — 1900. — Vol. 11., №4. — R 288-293.

55. Tijssen J.G.P. et. al. Unstable Angina Pectoris // Europ. Heart J., 1987. Vol, 8 . Suppl H. — P/3-15.

56. Фролakis В.В., Богатская Л.К., Коркушко О.В. Инсулиновая безопасность организма в старости. — Киев, 1977.

57. Фролakis В.В. Нейрогуморальные механизмы развития патологии в старости. В кн.: Старение и болезни // Тез. Докл. — Киев, 1978.

58. Фролakis А.В. Клиническая медицина. 1979, № 3. С. 12—21.

59. Фролakis А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. — Л.: Медицина, 1991. С.50.

60. Чеботарев Д.Ф. Геронтология и гериатрия. — М.: Знание, 1984. С. 63.

61. Чеботарев Д.Ф. Гериатрия: Учебное пособие. — М.: 1990. С 238.

62. Яковлев Г.М., Новиков В.С., Хавинсон В.Х. Резистентность, стресс: регуляция. — Л.: Наука, 1990. С.237.

63. Uyqusizlik: muammoni qayerdan izlash kerak. N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 43, 2014.

64. O'simlik va giyohlardan foydalanish usullari. N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 44, 2014.

65. Semizlik va uning qariyalarda uchraydigan turlari. N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 14, 2014.

66. Semizlikda asosiy dori-parhez. N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 16, 2014.

67. Qandli diabetda parhez. N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 12, 2014.

68. Kasalliklar qayerdan keladi? N. To'rayeva. Shifo-info № 49, 2013.

69. Keksalikda miya faoliyatini kuchaytirish usullari. S Qurbanbayeva. Shifo-info № 21, 2014.

70. Zehn pasayishi; uning davosi qanday? N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 21, 2014.

71. Alsgeymer kasalligining qariyalarda kechishi. N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 19, 2014.

72. Dissirkulyator ensefalopatiya (insult oldi xastaligi). N.N.Nasritdinova. Shifo-info № 17, 2014.

MUNDARIJA

MUQADDIMA.....	3
----------------	---

I bob. GERONTOLOGIYA VA UMUMIY GERIATRIYA	5
---	---

Yolg'iz qolgan qariyalar sog'lig'ini aniqlash mezonlari	14
---	----

II bob. ARTERIAL QON TOMIRLARI VA YOSH.	17
--	----

Arterial qon tomirlarda yosh bormi?	17
---	----

Qariyalarda qon aylanish sistemasining o'ziga xos xususiyatlari	20
---	----

Ishemiya dardi	20
----------------------	----

O'tkir infarkt	21
----------------------	----

Yurak ritmining buzilishi va yurak blokadasi.	21
--	----

Qariyalarda arterial gipertoniya kasalligi kechishining o'ziga xos tomonlari	24
--	----

Medikamentoz davo.....	25
------------------------	----

Gipertonik krizislarning qariyalarda kechishi	26
---	----

III bob. GERIATRIK GASTROENTEROLOGIYA.....	29
--	----

Surunkali gastrit	29
-------------------------	----

Xelikobakter pilorini yo'qotish.	31
---------------------------------------	----

Yara kasalligi.....	31
---------------------	----

Yara kasalligining klinikasi.....	34
-----------------------------------	----

12 barmoq ichak yaralari	35
--------------------------------	----

Surunkali xoletsistit	38
-----------------------------	----

Qabziyat	41
----------------	----

Dorilarni berishda asosiy prinsiplari.....	47
--	----

Vitaminlar	47
------------------	----

IV bob. QARIYALARDA UCHRAYDIGAN ASOSIY KASALLIKLAR “HAMSHIRALIK ISHI” O‘QITUVCHILARI FAOLIYATIDA..... 50

Keksalarda surunkali bronxitning kechishi	53
Keksalikka qarshi profilaktik choralar	54
Bronxial astmaning keksalarda kechishi	55
Xalq tabobati.....	56
Zotiljam kasalligining qariyalarda kechishi.....	57
Insonning o‘zi kasalikka “buyurtma” beradi	59
Yurak ishemiyasi kasalligining ikkilamchi profilaktikasi.....	61
Oyoq shishishi keksalarga xosmi?.....	63
Ko‘z pardasidagi yoshga oid muammolar	65
Qariyalar suyaklaridagi distrofik o‘zgarishlar.....	67
Uyqusizlik.....	69
O‘simlik va giyohlardan foydalanish usullari.....	70
Semizlik va uning qariyalarda uchraydigan turlari	72
Qandli diabetda parhez.....	73
Kasalliklar qayerdan keladi?.....	74

V bob. GEROFARMAKOLOGIYA..... 77

Ratsional farmakoterapiya.....	77
Farmakologik omillar.....	78
Farmakokinetik omillar.....	78
Oqsil bilan bog‘lanish.....	79
Metabolizm (biotransformatsiya)	79
Dorilarni organizmdan chiqarilishi.	80
Dori-darmonlarning o‘zaro ta’siri.....	81

VI bob. TIBBIYOTDA PALLIATIV YORDAM 98

Xospis haqida.....	99
Xospis patsiyentlar va oilalarning xususiy ehtiyojlarini	

uyg'unlashtirishga yo'naltirilgan.....	101
Ba'zi bir savollar va javoblar	105
VII bob. GERIOTRIK ENDOKRINOLOGIYA	109
Qandli diabet	109
Qandli diabet tasnifi.....	109
Diabetning klinik kechishi	110
Dietoterapiya	112
Gipoterioz.....	114
Umumiy geriatriyadan vaziyatli masalalar.....	116
TESTLAR	124
XULOSA.....	156
ADABIYOTLAR.....	157

N.N.NASRIDDINOVA

GERONTOLOGIYA VA UMUMIY GERIATRIYA

o'quv qo'llanma

“Barkamol fayz media” nashriyoti

Muharrir H. Zakirova

Musahhih H. Zakirova

Dizayner D. Azizov

Sahifalovchi Z. Ro'ziyev

Nashriyot litsenziyasi: AI №284, 12.02.2016. Barkamolfayz@mail.ru

Bosishga ruxsat etildi 28.11.2018. «Uz-Times» garniturası. Ofset usulida chop etildi. Qog'oz bichimi 60x84 $\frac{1}{16}$. Bosma tabog'i 14,75. Nashr hisob tabog'i 15,0. Adadi 400 nusxa. Buyurtma № 23

«ZEBO YULDUZLARI» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.

Manzil: Toshkent shahri, Yashnobod tumani,

Aviasozlar-4 34-uy 56-xonadon.



1007138

ISBN 978-9943-5517-6-3



9 789943 551763