

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА
ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМИ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ГЕРОНТОЛОГИЯДА
ХАМШИРАЛИК ИШИ**
фани бўйича укув-услубий кулланма

I қисм

Самарканд – 2012

Тузувчилар:

Тоиров Э.С.-1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси мудири,
тиббиёт фанлари доктори, доцент,
Латипова В.Г.-1-УАШ тайёрлаш терапия кафедра доценти,
Ишонкулова Н. Н. 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси катта уқитувчиси,,
Абдушукурова К.Р. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Исламова К.А. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Нурматова Л.А. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Иргашева У.З. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти

Мазкур уқув услубий кулланма "Олий хамширалик иши" йуналиши учун 2011 йилда тавсия этилган уқув режасига мос равишда ёзилган ва I-курс талабаларига мулжалланган.

Такризчилар:

Х.Т.Хамроев - Самарканд давлат тиббиёт институти эндокринология курси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.Н.Абдуллаева - Самарканд давлат тиббиёт институти Олий хамширалик иши факультети декани, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Уқув-услубий курсатма Самарканд давлат тиббиёт инситути Марказий илмий уқув услубий кенгашида муҳокама килинган
2012 йил 24 декабрь №4 баённома

МИУК раиси, доцент



З.Б.Курбаниязов

Уқув-услубий курсатма Самарканд давлат тиббиёт инситути Илмий кенгаши йигилишида тасдиқланган
2013 йил 30 январь №5 баённома

**Илмий кенгаш котиби,
т.ф.д. профессор:**



А.Т.Джурабекова



МУНДАРИЖА

Мавзу-1. Гериатрик беморларнинг узига хос хусусиятлари. Гериатрияда хамширалик биоэтикаси. Кекса ва карияларда психологик ҳолатларни узгариши. (<i>Кат.укит. Ишонкулова Н.Н</i>)	4
Мавзу-2. Кекса ва кария ёшидаги беморларда нафас органларининг анатомия физиологик узгаришлари. (<i>Доц. Латипова В.Г.</i>)	20
Мавзу-3. Кекса ёшдаги беморларда упкада яллигланиш, инфильтрация жараёнларида хамширалик иши. (<i>Т.ф.д., доц. Тоиров Э.С.</i>)	26
Мавзу-4. Кекса ёшдаги беморларнинг юрак-кон томир тизими касалликларида хамширалик иши. (<i>Асс. Исламова К.А.</i>).....	38
Мавзу-5. Кекса ёшдаги беморларнинг юрак-кон томир тизими касалликларида хамширалик иши. (<i>Асс. Исламова К.А.</i>).....	51
Мавзу-6. Миокард инфарктини карияларда кечиш хусусиятлари. (<i>Асс. Абдушукурова К.Р.</i>).....	75
Мавзу-7. Ревматизм, митрал клапан етишмовчилигининг карияларда кечиш хусусияти. (<i>Тад.изл. Иргашева У.З.</i>).....	89
Мавзу-8. Уткир ва сурункали юрак етишмовчиликларида буладиган узгаришларнинг кекса ва карияларда булган томонлари. (<i>Тад.изл. Иргашева У.З.</i>)	104
Мавзу-9. Кекса ва кария ёшдаги беморлар ошқозон–ичак касалликларида хамширалар вазифалари. (<i>Асс.Нурматова Л.А.</i>)	118
Мавзу-10. Гериатрияда учрайдиган ошқозон яллигланиши ва деструкциясининг узига хос хусусияти (<i>Асс. Нурматова Л.А.</i>)	134

Фойдаланилган адабиётлар ҳар бир мавзунинг охирида келтирилган

Мавзу-1. Гериатрик беморларнинг узига хос хусусиятлари. Гериатрияда хамширалик биоэтикаси. Кекса ва қарияларда психологик ҳолатларни узгариши
(Кат.укит. Ишонкулова Н.Н)

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максоди: Талабаларни геронтология ва гериатрия асослари билан таништириш, кекса ва қари ёшда қариш физиологиясини урганиш, қари ва кекса ёшдаги беморлар организмда ва аъзоларида кечадиган анатомик ва физиологик узгаришларни ургатиш, улардаги психологик ҳолатларни узига ҳослигини ургатиш, хамширалик жараёнини олиб боришнинг узига хос хусусиятларини, ҳамда талабаларга кекса ва қари ёшдаги беморларни сураб суриштириш, анамнестик маълумотларни йиғиш қоидаларини ургатиш. Талабаларга реал клиника, поликлиника, КВП шароитида қари ва кекса кишиларда геронтологияда хамширалик биоэтикасини, қарияларнинг психологик ҳолатларини ургатиш, кекса беморларни текшириш ва даволаш бўйича қуникмаларни ҳосил қилиш.

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларини тизимлаштириш, мустаҳкамлаш;
- кекса ва қари беморлар билан ишлаш қуникмаларини ҳосил қилиш;
- кекса ва қари беморларнинг касалликларни аниқлаш, текшириш, даволаш ва амалий қуникмаларини ривожлантириш;
- кекса беморлар парвариши бўйича амалий қуникмалар ҳосил қилиш;

Талаба билиши лозим:

- Қарияларда физиологик узгаришларни;
- Қариялар аъзолар тизимининг узгаришларини;
- Қарияларда қуп учрайдиган касалликларни;
- Қарияларда касалликларнинг узгача кечишини;

Талаба бажара олиши лозим:

- Кекса беморлар билан мулоқот уюштиришни;
- Кекса беморларни текшириш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- Кекса беморлар парвариши бўйича умумий тадбирларни бажаришни;
- Кекса беморларни диспансеризацияга жалб этишни;
- Кекса беморлар буюмларига санитар ишлов беришни;
- Кекса беморларда соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш йўллари ишлаб чиқишни;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу бўйича микробиология, юқумли касалликлар, лаборатория иши, гигиена, хамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Геронтология ва гериатрия фани хақида тушунча

Инсон саломатлиги ва унинг ҳаётининг давомийлиги организмнинг қариш жараёни билан чамбарчас боғлиқдир. Шунинг учун соғлигини сақлаш тизимида энг долзарб масалалардан бири булган геронтология фани одамнинг қариш жараёнини урганадиган фан бўлиб, юнонча *geros* -қари ва *logos* -билими деган маънони англатади.

Геронтология ва гериатрия саломатлик фани бўлиб, хамширалик ишида асосий уринни эгаллаши лозим, чунки қарилик деб аталмиш купгина узғаришлар эрта - етуклик, хатто усмирлик даврларида ҳам бошланиши мумкин. Геронтология асосини қариш биологияси ташкил қилади, аммо қарилик муаммолари комплекс бўлиб, биотиббий, психологик, антропологик, ижтимоий-иқтисодий муаммолардан иборатдир. У турли хил билимлар асосида келиб чиқиб тобора ошиб бормоқда.

Геронтологиянинг асосий мақсади инсонни фаол ва тула қонли ҳаётини узайтириш йулларини излаб топишдир. Геронтология тиббий биология фани билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, қариш сабабларини молекула ва хужайралардан то бутун организмгача урганади. Кекса ёшдаги беморлар хизмат қилиш ҳар бир тиббий ходимларининг меҳнатини асосини ташкил этади, чунки тиббий хизматга мухтож беморларнинг 25-30 фоизини кекса ёшдаги беморлар ташкил этади. Бундан ташқари демографик курсаткичлар ҳам қариялар томонидан ошиб бормоқда. Бу эса уз навбатида геронтология соҳасидаги билимлар доирасини янада чуқурроқ кенгайтиришга олиб келади.

Геронтология фани қуйидаги таркибий қисмлардан иборатдир:

Қариш биологияси, Гериатрия, Герогигиена, Геронтопсихология, Геродермия, Геродиетика, Герозкология.

Гериатрия—кекса, ёши қайтиб қолган кишиларда касалликларнинг кечиши хусусиятларини урганадиган фан бўлиб, Соғлиқни Сақлаш тизими амалиётига тобора чуқурроқ кириб бормоқда.

Герогигиена – кексайган ва катта ёшдаги кишилар гигиенасини урганадиган фандир.

Геронтопсихология – кексалар психикаси ва феъл-атворини урганадиган фандир.

Геродиетика—кексайган кишилар овқатланиши ва унинг хусусиятларини урганадиган бўлимдир.

Геродермия—кексайган кишилар тери қоплами хусусиятларини урганувчи бўлимдир.

Герозкология—қариш жараёнига экологик омилларнинг таъсир этишини урганувчи бўлимдир.

Геронтология фанининг тарихи

Қарилик муаммолари инсонларни қадим замонлардан бери қизиқтириб келган.

Қариш, қарилик – ёши улғая бориши билан биргаликда организмда пайдо буладиган узғаришлар натижасида қонуний руй берадиган жараёндир. Дунё аҳолиси сонининг қариялар хисобига ошиши тиббиёт соҳасида гериатрия фанининг ривожланишига сабаб булди.

Қариликнинг биринчи таърифи ва сабаблари антик даврга туғри келиб, қадимги Юнон шифокори Букрот (эр.ав V - IV аср) томонидан қариликни организм қуриши ва тана иссиқлигининг йуқолиши натижаси деб баҳо берган. Платон эса қариликка урта ёшдаги ҳаёт тарзининг таъсирини таъкидлаб утган. қариликни секинлаштирувчи сир-асрорлар қадимги Хитой ва Хинд тиббиётида чуқур ёритилган. Булардан ташқари узок яшаш сирлари ҳақида қадимги Юнон олимлари Арасту ва Букротлар уз тажрибаларида урганганлар. Шунингдек буюк оратор ва ёзувчи Цицерон ҳам бу фан ҳақида уз фикрларини баён этган. Рим шифокори Галеннинг айтишича, қариликдаги саломатлик бошқа ёшдаги саломатликлардан фарқ қилади ва бу ҳолат касаллик ва саломатлик уртасидаги оралиқ ҳолат деб хисобланади. Россияда қарилик муаммоларига бағишланган қариликни узайтириш масалалари 18 аср уртасига туғри келади. Масалан: рус шифокори И.Фишернинг “ «қарилик, унинг даражалари ва касалликлари» (1754й) китоби мисол була олади. Россияда ва бутун жаҳонда илмий геронтология асосчиси буюк рус олими И.И.Мечников хисобланади. Кейинчалик геронтология фанининг ривожланишига А.А.Богомолец, А.В.Нагорный, В.Н.Никитин,

И.П.Павлов ва бошқа купгина олимлар хисса кушганлар. 1938 йил Киевда қарилик муаммоларига бағишланган 1-конференция утказилган. Германияда эса шу йили 1-геронтология журнали чиқарила бошлаган. 20-аср урталарига келиб геронтология фан сифатида ривожланган. Асримизнинг 2-ярмида қарилик муаммоларига нисбатан купгина табиий (биология, тиббиёт) ва ижтимоий фанлар (демография, иқтисодиёт ва бошқалар) томонидан эътибор кучайди. Қарилик асосларини биологик ва физиологик текшириш усуллари катта аҳамиятга эга булди. 20-аср бошларида эркин илмий фан сифатида ривожланиб, организм ҳаётӣ давомийлигини аниқловчи механизмлар ҳақидаги фан-ҳаётни узайтирувчи биология билан чамбарчас боғланди. Бунда Америка олими Р.Пирл, таниқли геронтологлар А.Комфорт ва Б.Стрелерлар утказган текширувлари катта ёрдам берди.

1958 йили Киевда дунёда энг катта геронтология институти ташкил этилган булиб, 1963 йили геронтолог ва гериатрларнинг Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг қарилик жараёни ҳақидаги семинарида қабул қилинишича

- 45 ёшдан 59 ёшгача уртача ёш
- 60 ёшдан 74 ёшгача кексайган ёш
- 75 ёшдан 89 ёшгача қариган

- 90 ёшдан катта ёшдагилар узоқ умр курувчилар деб аталади. Ҳар йили қариялар сони ер юзида 2,4% га купаймокда. Унинг сабаби: аҳолини ижтимоий-иқтисодий ҳолатининг, ҳамда гигиеник шароитнинг яхшиланганлигидир.

Инсон ҳаётида қариш жараёнининг кечиши

Қарилик - организм ёши оскичидир. қарилик жараёнларида орган ва туқималардаги узғаришларга ташқи муҳит таъсир қилади. қариликдаги узғаришлар физиологик жараён булиб, купчилик олимлар фикрига кура бирламчи касаллик ҳисобланмайди, лекин организмнинг функционал қобилятининг чекланишига ва ташқи зарарли омилларга чидамлилигининг пасайишига олиб келади. қариликнинг сунгги босқичи-қариш булиб, у инсон уз ҳаёти давомида ички ва ташқи таъсирлар оқибатида келиб чиққан функционал етишмовчиликнинг натижасидир. Бундан ташқари қариш биологик парчаланувчи жараён булиб, бунда организмнинг мослашиш қобиляти чеклана бориб, турли патологик узғаришлар ривожланади ва улим муқаррарлиги тезлашади.

Куп хужайрали мураккаб организмлар умри давомида анатомик, балки функционал жихатдан ҳам маълум бир узғаришларни бошдан кечиради. Бу узғаришлар ёши утган сари уларнинг ташқи куриниши ёки уларнинг «habitus»ида ҳам намоён булади. қариликда юз териси куруқ, буришган, серажин, илвиллаган, ранги паст, юпқалашганлиги натижасида тери остидаги томирлар буртиб куриниб туради. Бош қисмидаги соч толалари оқарган, сийраклашган, кузлари нурсиз, оғиз бушлиғида тишлар етишмайди, умуртқа поғонаси камроқ ёки купроқ букчайган, ҳаракатлари сустлашган, қийинлашган. Бу белгилар қариликка хос булган белгилардандир. Куриш ва эшитиш қариликда пасаяди. қари одам тез-тез жунжикади. Буйи ва вазни ҳам камаяди. Эркак киши 50-85 ёшлар уртасида камида 3 смга, аёллар эса 4 смга пасаяди. Нормда эркакларда тана вазни 40 ёшда, аёлларда эса 50 ёшда максимал ҳолатда булади.

Қариш жараёнининг даврийлиги

Ёшнинг даврийлиги—инсон ҳаётини биологик, қисман ижтимоий ва иқтисодий тавсифларга асосан алоҳида босқичларга булиш демақдир. Инсон туғилгандан сунгги ривожланиш “босқичлари сони 3-4 гача булиши мумкин. Содда ва кенг қамровли (универсал) тасниф уз ичига 3 та даврни олади: болалик, усмирлик, қарилик. қадимги Юнон файласуфи ва математики Пифагор (эр.ав. IV аср) инсон ҳаётида йилнинг фасллариға боғлиқ 4 та даврни ажратади:

- 1 тикланиш “ «бахор»(0-20 ёш)
- 2 ёшлик “ «ёз» (20-40 ёш)
- 3 ғайратға тулиш “ «куз» (40-60 ёш)

- 4 суниш «қиш» (60-80 ёш)

Бизнинг юртимизда ёшга қараб қуйидаги даврларга бўлиш тавсия қилинган:

1. Она қорнида ривожланиш (антинатал давр)

1) эмбрионал давр.	0-2 ой (антинатал давр)
2) хомила (фетал давр)	1 антинатал ривожланишнинг 2-9 ойи
2. Постнатал ривожланиш :	
1) перинатал давр	Антинатал ривожланишнинг 28-хафтаси—постнатал даврининг биринчи 10 куни
2) чақалоқлик даври	хаётнинг 1-ойи
3) эмизиклик даври	1 ой – 1 йил
4) эрта болалик даври	1 – 3 йил
5) биринчи болалик даври	4 – 7 ёш
6) иккинчи болалик даври	8 – 12 ёш (уғил болалар) 12 – 15 ёш (қизлар)

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

Шу билан бизга маълумки, ёшлик давридан етуқлик даврига ўтишда, инсон ҳаётининг пасайиб бориши 30-35 ёшдан бошланади, лекин сезиларли ўзгаришлар 45 ёшдан сўнг бошланади. Нафақа ёшига туғри келувчи 45-59 ёшни физиологик ва ижтимоий хусусиятларга қараб «урта» ёш деб қараш тавсия қилинади. Бу даврда одатда турли эндокрин ўзгаришлар кузатилиб, климакс ривожланиши ва қарилик жараёнларига таъсир қилиши эркакларга нисбатан аёлларда кучлироқ намоён бўлади.

Кексалик ёши, шунингдек иш қобилиятининг ва фаоллик даражасининг сақланиши билан ҳам характерланиши мумкин, бунда ҳаёт циклининг охириги этапи – физиологик қарилик 75 ёшдан бошланиши аниқланган. Ўзоқ яшовчилар (90 ёшдан юқори) кечки физиологик қарилик модели сифатида қаралади.

Геронтология адабиётида «физиологик» ва «вақтидан олдинги» қариш терминлари кенг ишлатилади. Физиологик қариш деганда – қариликдаги ўзгаришларни аста-секин ривожланиши ва табиий бошланиши тушунилиб, организмнинг ташқи муҳитга мослашиш қобилиятининг чекланиши тушунилади.

Эрта қариш – соғлом одамлар ёшига нисбатан турли ўзгаришларни эрта пайдо бўлиши тушунилади. Бошқача қилиб айтганда инсоннинг биологик ёши (паспорт ёши) дан ўзиб кетади.

Табиий (физиологик, нормал) – қарилик деб одам популяциясининг биологик, мослашув бошқариш имкониятларига туғри келадиган ёш ўлғайишининг аниқ бир босқичда ва кетма кетликда келишига айтилади.

Секинлашган (ретардланган) қарилик – ёш ўлғайишининг, ҳамма популяцияга қараганда секинлашган босқичда кечиши билан фарқланади. Бу тип қариликнинг курилишига ўзоқ умр куриш феномени киради.

Вақтидан олдин (патологик, тезлашган) қарилик – эрта бошланган ёш ўлғайишини ёки уларнинг у ёки бошқа ёш даврда янада ёрқинроқ намоён бўлиши билан характерланади. Вақтидан олдин қариликни аниқлаш, нафақат ҳаёт давомийлигини оширишнинг индивидуал программасини тузишга имконият яратади, балки уни келиб чиқишининг эндоген ва экзоген механизмларини билишга асосланган комплекс профилактик чора тadbирларини ўз вақтида кулланишига олиб келади. Биологик ёшни аниқлаш вақтидан олдинги қарилик синдромини диагностика қилишнинг усули ҳисобланади.

Қаришнинг асосий морфологик курилишлари орган ва туқималарнинг атрофияси бўлиб, бу ҳужайраларнинг камайиши ҳисобига пайдо бўлади. ҳар бир орган туқималарида атрофик ҳужайралар билан бир қаторда нормал туқималар ҳам учрайди. Атрофияга учраган

хужайралар хисобига нормал хужайраларда гиперфункция ва гипертрофия содир булади, яъни мослашув сабабли хужайраларда ядро сони купайиб боради, ундаги ДНК микдори ортиб боради. Митохондрияларнинг умумий микдори камайиши оқибатида гигант формадаги митохондриялар пайдо булади. хужайраларда органоидларнинг парчаланиши махсулоти булган фермент-липофуцин туплана бошлайди ва хужайраларнинг функцияси узгаришлари кузатилади. Нейронларнинг маълумот қабул қилиш қобилияти пасаяди, секретор хужайраларда-моддаларни синтез ва ажратиш процесси камаяди, юрак хужайраларининг қисқариши пасаяди, хужайра мембранасининг кузғалиши, биоэлектрик хусусияти бузилади. хужайраларда кальций ионларининг фаол транспорти бузилади бу эса уз навбатида хужайра функциясини издан чиқаради. Бириктирувчи туқималарда коллаген толаларининг фибриллалари хусусиятини йуқола бориши ва узгариши билан пайдо булади.

Асаб системаси

Организм қаришида мия оғирлиги камаяди, пушталар юпққалашади, эгатчалар кенгаяди, қоринчалар бушлиқлари катталашади, нейронларда дистрофик ва атрофик узгаришлар руй беради. Марказий нерв системасидаги ёшга боғлиқ узгаришлар оқибатида қарилик белгилари намоён булади: психикада, олий нерв фаолиятида, ақлий ва жисмоний қобилиятининг пасайиши, организм ички фаолияти бузилиши, хотира пасайиши кузатилади, И.Павловнинг фикрича, қариликда миядаги кузғалиш ва тормозланиш жараёнларининг бири-бири билан алмашилиши сустлашади, шартли рефлекслар пайдо булиши қийинлашади. Шартсиз рефлекслар характери ҳам узгаради, анализаторлар фаолияти пасаяди.

Психика.

Қариликда инсон рухий фаолиятида билиш, идрок, фикр қилиш, тафаккур, эмоциялар пасаяди. Ёшга алоқадор узгаришлар яъни моддалар алмашинувининг бузилиши, жинсий безлар функциясининг сусайиши, эндокрин мувозанатнинг бузилишидан психоз пайдо булади. Беморлар кунглида хавотирланиш, безовталаниш, бесаранжомлик, гунохкорлик, васваса, секин-аста ақл пастлик ривожланади, уз жонига суиқасд қилиш ҳоллари кузатилади.

Эндокрин системаси

Қариликда эндокрин безларда атрофик ва склеротик узгаришлар пайдо булади, секретор функциялар пасаяди. Гипофизда базофил хужайралар сони купайиб ацидофил хужайралар сони камайиб кетади. Бу хужайраларда ДНК микдори камаяди, коллоид тупланади. қалқонсимон безлар эпителиоцитларида ДНК микдори камайиб кетади. Меъда ости безида деструктив узгаришлар оқибатида йирик оролчалар камайиб, майда оролчалар купайиб кетади. *-хужайралар сони камайиб, қандли диабет ривожланади. Стриопаллидар системада катехоламин алмашинувининг бузилиши паркинсонизм ривожланишига сабаб булади.

Юрак – қон томир системаси

60 ёшдан утган одам юраги оғирлиги камаяди, бушлиқлари кенгаяди, эндокард органлари қалинлашади, кардиомиоцитлар атрофияга учрайди. қон томирларнинг ички қавати қалинлашади, эластиклиги камаяди. Юрак қисқаришлари ритми секинлашади, гемодинамика ва кардиодинамика узгаради. Миокарднинг қисқариш қобилияти ва энергетик жараённинг сустлашиши юрак етишмовчилигига олиб келади. қон айланишининг гипоталамик регуляциясининг бузилиши, қонда вазопрессин микдорининг ортиб кетиши, буйракларда қон айланишининг пасайиши артериал гипертензияга олиб келади. Коронар қон томирларнинг склерози эса юракнинг ишемик касалликларига сабаб булади.

Нафас олиш системаси

Нафас органларининг шиллиқ қаватларида қариш жараёнида атрофик узгаришлар пайдо булади, бронх деворларида дистрофик склеротик узгаришлар пайдо булади. Ўпкада альвеолалар шакли узгаради, базал мембрана қалинлашади, альвеолалар чуқурлиги камаяди, нафас олиш ритми тезлашиб, аритмиялар вужудга келади, ўпканинг ҳаётӣй сиғими камаяди, бу эса бронх ўтказувчанлигининг пасайиши, нафас мушаклари кучининг пасайиши, кукрак қафаси ригидлигини ошишига олиб келади.

Хазм системаси

Меъда ва ичак йуллари эпителийсида қариш жараёнида атрофик узгаришлар булади. Жигар массаси камаяди, дезинтоксикацион функцияси пасаяди. Меъда ости безининг эвакуатор ва мотор функцияси пасаяди. Сулак безларининг функцияси пасайиши, тишларнинг тушиб кетиши, оғиз бушлиғида овқатнинг механик майдаланишининг ёмонлаштиради, овқат хазм булишини бузади. Меъда секрециясининг пасайиши гипоацид гастритни келтириб чиқаради. Ингичка ичакда сурилиш жараёни бузилади, перистальтика пасаяди, натижада қабзият пайдо булади. Буйракда қон айланиши, фильтрация, реабсорбция пасаяди. Суяк ва буғимларда остеопороз, остеохондроз ва атрофик узгаришлар содир булади.

Гериятрияда ҳамширалик биоэтикаси.

Маълумки, беморларнинг ахволи, унинг нечоғли соғлом булишлари ёшга эмас балки турли хил касалликларнинг кечиши, соғлом турмуш тарзи, атроф муҳит ҳолати ва наслига боғлиқдир. Шунга қарамадан ҳаётда 80-90 ёшда хотираси сақланган, соғлиғи физиологик нуктаи назардан яхши, аммо 55-60 ёшда узини ҳам физиологик, ҳам психологик жихатдан салбий ҳис этадиган беморлар куп учрамоқда.

Кекса ва қари ёшдаги беморларга қуччилик ҳолатларда бир вақтнинг узида бир неча касаллик биргаликда (4-5 тага касаллик тури) учраши, касалликларнинг атипик кечиши, бемор хотирасининг пасайиши, рухий узгаришларнинг мавжудлиги ташқис қуйишда ва уларни даволашга қийинчилик тугдиради. Шу сабаб кекса ва қари ёшдаги беморларни текширишда, даволашда тиббиёт ходимидан улар билан булган мулоқотда эҳтиёткорлик билан ишлаш талаб қилинади.

Врачлик деонтологияси – бу шифокорнинг касбий бурчи ҳақидаги фан бўлиб, юнонча deon -бурч, logos – суз, фан маъносини билдиради. «Врачлик деонтологияси» термини XX асрнинг 40 – йилларида таникли рус олими онкохирург, врачлик этикаси бўйича мутахассис Н.Н.Петров томонидан киритилган. Тиббиёт ходимининг бемор билан мулоқотда булиши қоидалари деонтология урганади. Шифокор ахлоқидаги таълимот бевосита шифокор этикаси, ethos – урф, одат, характер, маъносини билдиради. Ахлоқ бу қонун қоида ва урф одатларнинг йигиндиси бўлиб, одамларнинг узаро ва жамият уртасидаги маъсулиятни бошқариб туради. Замонавий тиббиёт соҳасида этика масалалари доираси турли атамалар билан белгиланмоқда: «шифокор этикаси», «тиббиёт этикаси», «тиббиёт деонтологияси», «биоэтика», «биотиббиёт этикаси».

Биоэтика узида фалсафий билимларнинг муҳим таянч нуктасини мужассам этган.

Биоэтиканинг ривожланиши ва шаклланиши, умуман олганда анъанавий этика ҳамда қисман тиббиёт ва биология этикасининг тараққий этиш жараёни билан боғлиқ. У энг аввало инсон ҳуқуқларига нисбатан булган эътиборнинг кескин ортгани ва ҳуқуқ нуктаи назаридан ҳам одоб-ахлоқ нуктаи назаридан ҳам ҳал қилиниши лозим булган қўпгина муаммолар ва янги тиббиёт технологияларнинг яратилиши билан уз аксини топган. Бундан ташқари биоэтиканинг шаклланиши замонавий тиббиётдаги технологик таъминотда қўй бераётган улкан узгаришлар, ирсий муҳандислик, трансплантологиядаги муваффақиятлар қўфайли қўй берган тиббий клиник амалиётдаги юксак силжишлар, миждоз ҳаётини қўллаб қўвватлашга мулжалланган асбоб усқуналарнинг пайдо булиши ва этарлича амалий ҳамда назарий билимларнинг тўпланганлиги шарофати билан боғлиқдир.

Бу жараёнларнинг барчаси врачлар, беморларнинг қариндошлари, урта тиббиёт ходимлари олдида қўндаланг бўлиб турган ахлоқий муаммоларни янада қўчайтирди. Тиббий ёрдам қўрсатишнинг чегараси мавжудми ва қўлим тушагида ётган беморнинг ҳаётини қўллаб қўвватлашда унинг аҳамияти қандай? эфтаназияга қўй қўйиш мумкинми? Қўлим қўшланишини қайси вақтдан қўшлаб ҳисоблаш қерак? Ривожланган тиббиёт фанининг замонавий босқичида врачлар олдида шунингдек қенг жамоатчилик олдида муаммо бўлиб турган масалалар шулар ҳисобланади.

1. Биоэтика ёки ҳаёт этикаси.

Биоэтика таджикот юналиши сифатида утган асрнинг 60 йилларининг охири ва 70 йилларнинг бошида шаклланди. «Биоэтика» атамаси 1969 йилда В.Р.Поттер томонидан

таклиф этилган. Унинг талкини турлича. энг аввало биоетикани «врач-мижоз» муносабатларидаги этик муаммолар мундарижаси билан чеклаб биотиббӣёт этикаси билан тенглаштиришга уринишади. Биоэтиканинг кенг камровли тушунчаси согликни саклаш тизими ва инсоннинг хайвонот ҳамда наботот (усимликлар) билан боглик бир катор аксиологик, ижтимоий муаммолар ва масалаларни уз ичига олган.

2. Тиббӣёт одоб-ахлоқнинг тарихий андозаси

Замонавий биотиббӣёт этикаси асосида канакнги ахлокий- этик, кадрийат ва ҳуқуққа оид тамойиллар ётганлигини тушуниб олиш учун турли тарихий даврларда уларнинг қай даражада ривожланганлигини тавсифлай билиш лозим.

I. Гиппократ андозаси (Зиён этказма).

«Тиббӣёт отаси» дея тан олинган Гиппократ (е а 460-377й) томонидан асос солинган врачлик тамойиллари врачлик этикаси манбалари ҳуди шу тахлит асосида ётади. Гиппократ узининг машхур касамёдида врачнинг мижоз олдидаги мажбурийатларини тулақонли даражада ифодалаб шакллантириб берган. Уша замолардан бери неча асрлар утганлигига қарамай қасмёд хали хануз уз долзарблик аҳамиятини юқотмаган, бундан ташқари у қупгина этик ҳужжатлар ташкил этилишига асос солди.

II. Парацельс андозаси (Эзгулик қил).

Врачлик этикасининг бошқа модели урта асрларда тараккий топган. Унинг тамойиллари Парацельс (1493-1541й) томонидан аниқ ва равшн ифодалаб берилган. Гиппократ андозасидан фарқли равишда врач мижознинг ижтимоий ишончини қозонганда Парацельс моделида патернализм бутун даво жараёни врачнингмижоз билан рухий ва ҳиссий алоқаси асосида қурилиши асосий уринни эгаллайди. Уша давр рухига қура врачнинг мижоз билан муносабати рухий мураббий ва шогирд муносабатларига монанд, илло патер (лот-ота) сузи масихийларда Худога нисбатан ҳам ишлатилади. Врач ва мижоз муносабатларнинг барча мохияти врачнинг эзгу амаллари билан ифода топади эзгулик эса уз навбатида илохий тушунча булиб, зотан ҳар қандай эзгулик манбаи юқоридан яъни Оллох томонидан берилади.

III. Деонтологик андоза (Бурчга риоя қилиш тамойили).

Мазкур андоза бурчга риоя қилиш (деонтос–юнончадан бурч деган маънони англатади) тамойили ётади. У табобат аҳли, жамият, шунингдек шахсий онг ва врачнинг бажариш мажбурийлигини англаб этиши қабилар билан жорий этилган айрим қоидаларнинг мажмуасига риоя қилиш белгиланган ахлокий тартиб интизомни қатъий бажариш қабилар билан ифодаланади. Ҳаар бир врачлик мутахассислиги учун узининг бурч кодекси мавжуд булиб унга амал қилмаслик интизомий жазо ёки қатто врачлик ҳуқуқидан маҳрум қилишга олиб қелади.

3.Биоэтика (Инсон ҳуқуқлари ва манфаатлари, кадр–қиммати қи хурмат қилиш тамойили).

Замонавий тиббӣёт, биология, ирсият ва муаян биотиббий технологиялар ирсиятни, тирик организм ҳаёт ива улим муаммоларини, тери, ҳужайра босқичида инсон организми фаолиятини назорат қилишни бошқариш ва олдиндан ташқис қуйиш муаммолари сари қадил қадам қуйди.

Кекса ва қарияларда психологик узғаришларнинг узига ҳослиги

Геронтологиянинг муамолларидан бири, ҳозирги қунда кекса ва қариялик қолатларини урганиб қикишдир.Геронтолия марқазида қаришнинг биологик,психологик,ижтимоий тамойиллари ётади.Ҳориж мутахассисларнинг фикрича геронтологияда қаришнинг психологик тамойиларига қуйидагилар қирган,бу тамойилар 60 йилларда машхур геронтолог олим Б.Стрехлер томонидан қиртилган булиб,улар қуйидагилардан иборат:

1.Қариш бу, қасаллик қолатидан истисно равишда, уз узидан муқаммал жараён булиб,ҳамма нарсага таалуқлидир.

- 2.Кариш прогрессияланувчи, узилмас жараён булиб хисобланади.
- 3.Кариш барча яшовчи организм учун хосдир.
- 4.Кариш барча дегенератив узгаришлар билан кечадиган жараёндир.

Шуни инобатга олган холда, инсонни кариши мукамал биологик жараён булиб, у барча ижтимоий жабхаларда намоён булади. Шунинг учун геронтологияда кариш жараёнига комплекс жараён деб каратилади. Бу эса инсонни ижтимоий, иктисодий ва шахсий хаёт тамойиларини уз ичига олади. Клиник-физиологик курсаткичлар буйича каришни бир неча синдромларини белгилаш мумкин. Улар куйидагилардан иборат: гемодинамик (юрак кон томир тизимидаги узгаришлар), нейроген (асаб тизимидаги узгаришлар), респиратор (нафас тизимидаги узгаришлар). Кариш суръатига (темпига) караб куйидагиларга булинади: тезкор кариш, муддатдан олдин кариш, аста-секинлик билан кечувчи карилик. Прогерия холати хам мавжуд булиб, бу асосан ёш болаларда кариш белгилари пайдо булишидир.

Кариш жараёни ривожланганда, организмдаги барча узини бошкарадиган механизмлар ва боскичлар бузилиши вужудга келади. Кариш механизми хужайра асосида ривожланади, яъни бу узгаришлар хужайранинг генетик аппаратида боглик булиб, бу жараён нейрогуморал бошкарилиб турилади. Бунинг натижасида, жараён бутун организмга таркалиб, ундаги узгаришлар барча орган тизими ва фаолиятига таъсир килади. Бунинг натижасида каришни ташки белгилари намоён булади (сочни окариши, ажинлар ва х.к.) Суяк тизимидаги узгаришлар-буйини пасайиши, остеопороз, бунинг натижасида суякларни муртлашиши келиб чикади. Кон томирлар уз эластиклигини йукотади. Иммун тизимида антителла ишлаб чикарилиши пасайиб, организмдаги химоя реакцияси пасаяди.

Кариш процессида бош мия фаолияти хам узгаради. Мияда суниш жараёнлари ривожлана бошлайди. Бунда умумий ва хусусий узгаришлар келиб чикади. Умумий узгаришларга киради: бош мияда энергия сакловчи тизим фаолиятини пасайиши. Хусусий узгаришларга эса: бош мия таркибини ташкил килувчи нейрон, нерв тукумаси ва х.к. Биринчи уринда бош мия огирлиги ва хажми камаяди. Мия огирлиги 60-75 ёшгача 6% камаяди, яъни бунда атрофия белгилари келиб чикади. Каришда синапс сонининг хажми камаяди, бу барча сохаларда руй бермайди. Каришда янги синапслар репродукция (хосил булиши) камаяди. Бунинг натижасида хотиранинг пасайиши, харакат активлигининг бузилиши, шунингдек мияда бошка функционал бузилишлар келиб чикади. Натижада нейронлар орасидаги богланишлар марказий асаб тизимининг барча сохаларида узгариб, ундаги жавоб реакция бузилиб, миянинг синаптик механизмлари ишдан чикади. Каришда организмда медиатор тизими хам узгаради. Каришнинг энг характерли феномени миянинг дофаминэргик тизимини дегенерацияга учраши, бу уз навбатда паркинсонизм касаллигини келтириб чикаради. Шу каторда холинэргик тизим хам узгариб, хотиранинг пасайиши, атроф мухитни кабул килиш функцияси пасаяди-бу эса Альцгеймер касалигида ривожланади.

Каришда инсон организмдаги нафакат буладиган узгаришлар, балки инсонни бу каби узгаришлардаги муносабати катта уринни эгалайди. Ф.Гиз каришни 3та типга булган:

- 1.Кекса киши-негативист, узидаги кариш белгиларини борлигини инкор килади;
- 2.Кекса киши-экстравентир, икариш бошланишини тан оладиган, аммо бу тушунчага ташкаридаги узгаришлар, кузатишлар натижасида келади (пенсияга чиканда, якинлари улганда, техникада янгиликлар пайдо булганда, оиладаги узгаришларда).
- 3.Интровертир тип, каришни жуда хавотир билан кабул киладиган, атроф мухитда бефарк каровчи, утмишни эсловчи, кам харакатли, хис-хаяжонни пасайиши билан характерланади.

И.С.Кон каришни ижтимоий-психологик турларга ажратган:

- 1.Фаол, ижодий кариш-кочонки инсон иш фаолияти билан хайрлашиб нафакага чикиб, хаётга уз кизикишини йукотмаслиги билан яшаб келиши.
- 2.Ижобий ижтимоий-психологик йуналишдаги кариш-кочонки кекса кишини бутун диккат этиборини уз хаётини яхшилашга интиланган(иктисодий баркарорлик,хордик,узи узида ишлаш,яъни хаёт давомида улгурмаган ишларни амалга ошириш).

3. "Аёл" туридаги қариш-бу турдаги кекса кишилар узини оилага бағишлайди, яъни набаралар тарбияси, уй юмушларни бажариш, оиламуаммоларини хал қилиш.

4. "Эркак" туридаги қариш-бунда уз саломатлигига эътибор бериши, бироқ бундай кишилар жуда ҳам уз саломатлигига эътибор бериб, узларида қурқув хисси пайдо қилишади.

Буни турларни И.С Кон психологик жихатдан яхши эканлигини тақидлаб утади. Лекин қаришни салбий турлари ҳам мавжуд. Масалан узидан ташқари, бошқаларни танқид қилиш, узларини бахтсиз ҳисоблаб, айблаш, доимо утмишдаги ёмон воқеаларни эсга солиш.

Қариш-бу инкор қилиб бўлмайдиган биологик далил бўлиб, ижтимоий-маънавий муҳитда руй берсада, қариш жараёнига таъсир қурсатади. Инсонни рухий ҳолати ҳаётнинг барча босқичларида намоён бўлади. Инсон улғайган сари унинг ижтимоий алоқадорлиги, ижтимоий фаоллиги пасайиб боради. Шунинг учун кекса кишиларда ва қариялардаги психологик узгаришларга катта аҳамият бериб, бу жараёни уларда осон кечиши учун уларга ижтимоий ҳаётда барча шарт-шароитларни яратиб бериш керак.

Қарияларда ҳамширалик парваришининг мақсад ва вазифалари

Қарияларда ҳамширалик парвариши тушунчаси

Қариялар парвариши—бу навбатчилик, реабилитация, соматик, рухий, ва ижтимоий бирлиқни узида мужассам этган комплекс ишдир. Қариянинг саломатлигини сақлаш ва яхшилаш, ҳамда унга ёрдам беришидир. Қари ва кекса ёшдаги беморлар парваришини тугри ташкиллаштириш учун уларнинг феъл-атвор ихтисосиятларини билиш керак, уларнинг фаолиятидаги ёшга боғлиқ узгаришлари касаллик белгилари ва қупчилик ҳолларда ёш билан боғлиқ бўлган касалликлар билан узвий боғланган бўлишини билиш керак. Қариш тугрисидаги фикрларнинг узгариши билан қарияларга ёрдам қурсатиш хизмати тугрисидаги тасовурлар ҳам узгаради. Аҳолининг бу табақасига ёрдам қурсатишда асосий уринларидан бири уйда ёрдам қурсатиш бўлган ишонч борган сари биринчи навбатга чиқиб келаяпти.

Қарияларда ҳамширалик парваришининг мақсад ва вазифалари:

Қарияларда ҳамширалик парвариши мақсади.

Кекса одам қулай ва мустақил ҳаёт тарзининг кечириши учун яшаш даражасини қутариш.

Қарияларда ҳамширалик парваришининг вазифалари.

Юқорида қурсатилган мақсадларини амалга ошириш учун «Қарияларда ҳамширалик парвариши» уз олдига қуйидаги вазифаларни қуяди:

- Қундалиқ ҳаёт фаолияти фаоллигини тиклаш ва қуллаб қувватлаш
- Уз—узиғи хизмат қилиш қобилятини қутариш, соғлиқни сақлашни ва яхшилашни таъминлаш
- Шахслараро мулоқот ва жамиятда иштирокини таъминлаш
- Қарияларнинг ҳаёти ва улим олди даврида қулай яшаш шароитини таъминлаш
- Қариялар ҳамшираси фаолиятининг асосий мақсадларидан бири—у беморларнинг талабини қондириш мақсадида қариялар яшаш шароитларининг объектив ва субъектив узгаришига мослаштириш.

Бошқа мақсади—узида ва аҳолида қариликни «қасалликларга тула иккинчи болалик» эмас, аксинча, қомил шахс ҳаётининг охири деган тасаввур пайдо қилиш. Тасаввурлар узгарса инсон яшаётган жойда ҳақиқий аҳвол узгаради, яшаётган одам ҳам узгаради.

Парваришнинг асосий тамойиллари

Шахснинг ҳурмати

- Ҳар бир одам шахсини ҳурмат қилиш;
- Қариялар мустақиллигига шароит яратиш;
- Шахснинг талабларига мос келадиган ҳамширалик парваришини қурсатиш;

Уз–узини хурмат килиш

- Карияларни қабул килиш;

Уни қандай бўлса, шундайлигича қабул килиш, яъни унинг жисмоний ва рухий камчиликлари, асабийлик, сергаплик, қупчилик ҳолларда аклий заифлик ва ҳ.к.,

- Кариянинг ҳуқуқларини ҳимоя килиш;
- Ҳамшира кариянинг мустақил қарор қабул килишида ёрдам бериши керак

2.3.3. Ҳар қунги ҳаёт фаолиятидаги мустақиллиги

- Сакланган функцияларни қўллаб–қуватлаш ва қўтариш;
- Функция бузилишининг қучайишини олдини олиш, бузилган фаолиятнинг оғирлашувини олдини олиш ва сакланган фаолиятини қучайтиришга интилиш;
- Беморнинг ҳаётга бўлган ишончи ва иродасини боҳолаш;
- Қандайдир қуникмани эгаллаганида карияни рағбатлантириш;
- Кария узи мустақил бажара оладиган қуникмаларни бажаришида ёрдам бермаслик;

Оилага ёрдам

- Уйқу бузилишлари бўлган кариялар яшаш жойи;

Оила азоларнинг узаро ҳаракати кариянинг саломатлигига каттик таъсир қўрсади;

- Кариялар парвариши билан шугулланадиган ташкилотлар;

- Парвариш бўйича қуникма ва малакаларни бериш

- Рухий қўллаб қуватлаш;

Шуни ҳисобга олиш керакки, мос келадиган, керакли парвариш беморлар аҳолини ҳшилаши мумкин.

Парваришнинг асосий тамойиллари қуйидагилар ҳисобланади:

• Беморнинг шахсини ҳурмат килиш, уни қандай бўлса шундайлигича, барча жисмоний ва рухий қийинчиликлари билан, асабийлик, сергаплик, қуп ҳолларда аклий заифлиги ва ҳ.к., билан қабул килиш

- Керакли малумотни олмасдан туриб, рухий саломатликни саклаш мумкин эмас.

• Шуни эсда тутиш керакки, доимий аклий қобилиятнинг етишмаслиги ҳудди ҳаракат фаоллигининг узок вақт йўқлиги ёки бирданига сусайиши қаби ҳавфлидир

• Одам ёлғиз бўлса ҳамки, ҷамият билан муносабатни тушуниш ва уни саклаб туриш қобилияти бор экан ҳаёти уз ҷозибадорлигини йўқотмайди.

• Яшаш ва соғлом бўлиш учун оила ва дўстлар билан муносабатлар асосий мезон ҳисобланади.

Карияларда ҳамширалик парваришининг урни ва функциялари

- Карияларни парвариш килиш учун ҷой

-қасалҳона;

-палиқлиника;

-амбулатор қасалҳона;

-диспансер;

-санитар-эпидимиология маркази;

-тез-тиббий ёрдам маркази;

-ҚВП;

-тор мутахасислар;

-геронтология, терапия, педиатрия марказлари;

-физиотерапия ва реабилитация маркази;

-хусусий поликлиника;

Тиббиёт масканларида ҳамширалик парваришининг урни.

Урта тиббий ҳодим фаолиятининг объекти ҷамият, оила ва индивидуум ҳисобланади. Ҳамширалик фаолияти саломатликни саклаш, қасаллиқларнинг олдини олиш, қасаллиқларни

эрта аниклаш, согликни яхшилаш ва жамоатга тиббий хизмат курсатиш хакидаги билимларни уз ичига камраб олади.

- касалхона
- дспансер
- санитар-эпидимиология маркази
- тез-тиббийёрдам маркази
- тор мутахасислар
- хусусий поликлиника

Юкорида курсатилган жойларда хамшира даволанаётган аҳолии учун керакли хамширалик парваришини курсатади

- поликлиника
- амбулатор касалхона
- КВП

Юкорида курсатилган жойларда хамшира аҳолининг соглиги устидан диспансер назоратини амалга оширади.

АНАЛИТИК КИСМ:

Мавзу буйича тест саволлари

1.Кекса ва кари ёшдагилар учун хос:

- 1) Патологик жараёнларнинг куплиги;
- 2) Патологик жараёнларнинг озлиги;
- 3) Юкорида курсатилганлар;
- 4) Хеч кайси бири;

2. Узок вакт оғриган карилар учун тиббий ёрдамнинг узига хослиги:

- 1) Узок вакт парвариш килиш;
- 2) Стационар даволаш;
- 3) Касалликлар профилактикаси;
- 4) Беморнинг психологик ҳолати;

3. Кариган беморларда тушакнинг қулайлиги:

- 1) Юмшок, тана массаси ботади;
- 2) Каттик, тана массаси ботмайди;
- 3) Тушак калин ва совук булмаслиги керак;
- 4) Хеч кайси бири;

4. Нафас олиш тизмининг кари ёшда узгариши:

- 1) Шиллик пардаларнинг атрофияси;
- 2) Трахеянинг кенгайиши;
- 3) Бронхларнинг облитерацияси;
- 4) Барчаси;

5. Овкат ҳазм килиш тизмининг кари ёшда узгариши:

- 1) Корин бушлиги аъзоларининг пастга тушиши;
- 2) Меъда мотор функциясининг кучайиши;
- 3) Ичакларда сурилишнинг кучайиши;
- 4) Меъда секрециясининг ошиши;

6. Кари ёшда касалликларнинг кечиши:

- 1) Касалликнинг атипик кечиши;
- 2) Ареактивлик;
- 3) Клиник кечишнинг суст кечиши;
- 4) Барчаси;

7. Кари беморнинг узок вакт стационарда булиши:

- 1) Стационарда эркин ҳаракат;
- 2) Узига хос баъзи инжикликларга хаки бор;

3) Узининг одатларини саклаб колиши;

4) Барчаси;

8. Гериатрияда хамширалик жараёни неча этапдан иборат?

1) 2 этап;

2) 5 этап;

3) 3 этап;

4) факат 1 этап (беморни текшириш);

9. Биоэтика атамаси ким томонидан таклиф килинган?

1) В.Р.Поттер

2)Ф.Найтенгейл

3)Ф.Абделла

4)В.Хендерсон

10. Мулоқатда қуйидагилардан қайси бири ҳалақит бермайди:

1) шифокорнинг реал дунё қараши

2) шифокор ва бемор ўртасидаги қариндошлик муносабатлари

3) руҳий касалликлар

4) қўпол муносабатлар

Назарий қисмда келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда кекса ва қари беморлар билан мулоқот узига хос хусусиятларга эга. Шундан келиб чиққан ҳолда талабалар бемор билан мулоқот қила олиш қуникмасига эга эканлигини қуйидаги психологик уйин билан текшириш мумкин.

ПСИХОЛОГИК УЙИН:

Сиз тинглашни биласизми. Машҳур Америкалик психолог Дейл Корнеги «Яхши суҳбатдош яхши гапиришни биладиган эмас, балки яхши тинглашни биладиган суҳбатдошдир» деганда оилавий муносабатда бошқаларни тинглай олиш малакаси ривожланган бўлишини назарда тутган эди. Талаба ўзидаги мазкур қобилиятни аниқламоқчи бўлса, ушбу тест тавсия қилинади. Бунда берилган саволларга «ҳар доим»-2 балл, «қўпинча»-4 балл, «гоҳида»-6балл, «ҳеч қачон»-8 балл, «камдан кам»-10 балл кўринишида жавоб намуналаридан танлаб кўрсатиши лозим.

1. Оилада, ишда, ўзаро муносабатларда суҳбатдошингиз ёки суҳбат мазмуни сизни қониқтирмаган пайтларда, суҳбатни тезроқ яқунлашга ҳаракат қиласизми?

2. Суҳбатда бошқаларнинг хулқ-атвори сизни асабийлаштирган ҳолатлар бўладими?

3. Суҳбатда атрофингиздагилар фикрлари билан келишмаган пайтларда қўпол ва кескин жавоб қайтара оласизми?

4. Сизга тўй, оилавий байрамларда унча таниш бўлмаган кишилар билан суҳбатлашиш учун гап топа олиш ҳосили?

5. Суҳбат давомида ўзгалар фикрини бўладиган одатингиз борми?

6. Гўё диққат билан тинглаётган бўлаисиз-у, аммо хаёлингиз бошқа фикрлар билан банд бўлган ҳолатлар бўладими?

7. Оилада ва даврада суҳбатдошингиз

8. Агар муносабатларда сизнинг қалбингиздаги нозик ҳис туйғунгизларгизга таъсир қилишга кимдир интилса, суҳбат мазмунини ўзгартиришга ҳаракат қиласизми?

9. Суҳбат давомида гаплашаётган кишингиз, сўзлар, терминлар, номлар талафузда хатоларга йўл қўйса, дарҳол тузатасизми?

10. Муомалага киришишда суҳбатдошингиз қадр-қимматни, жойига қўймасликка, кеккайишга, такаббурликка йўл қўясизми?

Тест натижалари таҳлили. 55 баллгача: Сизнинг тинглай олиш қобилиятингиз ўртача, одамларнинг оилада ва жамиятдаги турган ўрни, мансабига бефарқ эмассиз. Бу эса сизнинг эътиборли эканлигингизга билдиради. 62 баллгача: Сиз суҳбатдошингиз ким бўлишидан

қаътий назар киши шахсини ҳурмат қилган ҳолда сабр-тоқат билан тинглайсиз. Сиз оилада синчков, аҳамиятли, эътиборли бўлишингиз мумкин. Умуман жами балларингиз сони қанчалик катта бўлса, сизда тинглаш қобилияти шунчалик ривожланган бўлади.

АМАЛИЙ КИСМ:

Умумий амалиёт шифокорлари кенг тарқалган 200дан ортик касалликларни даволашлари, қолган 15% касалликлар бўйича фақат биринчи ёрдам курсатишлари ва тор мутахассисларга юборишлари мумкин. Умумий амалиёт шифокорлари чакалок, бола, катта ва кекса кишиларнинг танасидаги аъзоларда руй бериши мумкин бўлган касалликларнинг асоратланмаган турларигагина ёрдам курсата оладилар.

Хамширалар ҳам шундай билим ва қуникмаларга эгалар, бироқ уларнинг фаолияти даволаш ҳамда ташқис қуйишга қаратилмаган бўлиб асосан хамширалик парваришига, оила ва жамоатда миждознинг жисмоний, ижтимоий ва рухий томонларини тулик қуриб чиқадиган муолажаларгагина йуналтирилган. Шунингдек оила тиббиёти ва патронаж/ оилавий хамширалик иши касалликларнинг олдини олишга, жумладан инсон соғлигини сақлаш ва мустаҳкамлашга қаратилган.

Кекса беморлар мурожаат этганда хамшира томонидан қуйидагича назорат картасисини юритиш тавсия қилинади:

1. Диагнозни аниқ курсатиш лозим: намуна-сурункали гастрит, секретор функциясининг пасайиши билан, кузиш даври. Қушимча: Сурункали холецистит, сурункали панкреатит.

2. Беморнинг ёши, жинси, вазни, иш фаолияти курсатилади.

3. Сунг хамширалик жараёни бўйича тулдиради:

1-чи босқич-Беморни текшириш : физикал-беморни шикоятлари, объектив текшириш натижалари, психологик- пациеннинг узини адекват олиб бориши, мулоқотга кириши, агрессив ёки бейфарқлиги ва бошқалар, ижтимоий фаолияти- бемор ким билан туриши, қанақа шароитда яшаши, маънавий ҳолати- қайси динга мансублиги (христиан, мусулмон, ёки атеист).

2-чи босқич-Хамширалик ташқис.

Текшириш жараёнида аниқланган хамширалик диагноزلарини курсатиш лозим. Масалан: кунгил айланиш, зарда қайнаши, кекириш, ошқозон соҳасидаги оғрик.

3-чи босқич – Парваришlash режаси. Кискамуддатли ва узокмуддатли мақсадларни аниқ курсатиш лозим: масалан Кискамуддатли мақсад-оғрикни қамайитириш, зардани нейтраллаш. Узок муддатли мақсад-касалликни профилактикасига қаратилади.

4. Парвариш режасини амалга ошириш. Касаллик бўйича боғлиқбулга ва бўлмаган, узаро боғлиқ бўлган ишларни курсатиш лозим.

5. Хамширалик жараёнини баҳолаш.

Кекса ва қари ёшдаги беморларни қузатиш бўйича хамширалик жараёнини акс этирадиган *Карта*

Диагноз: _____

Ёши: _____ Жинси: _____

Иш фаолияти: ишлайди (ишламайди) _____

Ноғиронлиги: _____

Беморни	Хамширалик	Режалаштириш	Режани амалга	Баҳолаш
---------	------------	--------------	---------------	---------

текшириш	ташкиси		ошириш	
Физикал:		Киска муддатли:	Боглик булмаган:	
Психологик:				
Ижтимоий ҳолати:		Узок муддатли:	Боглик булган:	
Маънавий ҳолати			Узаро боглик булган:	

Хамширалик кузатуви кундалиги:

	Кузатув				кунлар		
	1	2	3	4	5	6	7
Тартиб							
Пархез							
Шикоятлари							
Уйкуси							
Аппетит							
Ёзилиши							
Сийиши							
Тана ҳарорати							
Териси							
Ҳаракат ҳажми							
Нафас олиш сони							
Пульс, АҚБ							
Корин пальпацияси							
Гигиена							
Дорилар асорати							

Мулоқот жараёнининг боскичлари:

Баҳолаш—тибиёт ходими миқоз ҳақидаги барча маълумотларни йигади.

Таҳлил—Тибиёт ходими олинган маълумотларни уларнинг эҳтиёжига қараб таҳлил қилади.

Режа (дизайн)—тиббиёт ходими миқознинг эҳтиёжидан, ҳамда маълумотлардан келиб чиққан ҳолда текшириш ва даволаш тактикаси бўйича режа тузади.

Мулоқот-режа амалга оширилади.

Мулоқот жараёни циклик ва узлуксиз ҳисобланади. Баҳолаш ва таҳлил қилиш жараёнлари муҳим жараён ҳисобланади, шу сабабли оила тиббиёти ҳамшираси миқоз билан булган мулоқотда бунини ёдда сақлаши керак.

Мулоқот куникмаси борлигига уз-узини баҳолаш бўйича саволнома:

Мижоз билан мулоқотда бўлганимда, мен:	Хеч качон	Камдан- кам	Баъзан	Одатда	Доим
1. Саломлашаман					
2. Диккат билан эшитиш ва унга ёрдам беришга ҳаракат қиламан					
3. мижозни очикчасига гапиришга даъват этаман					
4. Бемор жавоб бера оладиган саволлар беришга ҳаракат қиламан.					
5. Беморни таҳлил қилмайман, нейтралитет саклашга ҳаракат қиламан					
6. Мижозга кизиқиш уйғотишга ҳаракат қиламан					
7. Ҳазиллашиб тураман					
8. Агар мижоз тугри хулоса чиқарса, уни мактаб қуяман					
9. Мижоз муаммоларини қайтаришга ҳаракат қиламан					
10. Мижоз тушунадиган тилда гапиришга ҳаракат қилишга уринаман					
11. Одий гапиришга ва тушунтиришга уринаман					
12. менинг маълумотларим сохта ва юзаки бўлмаслигига ҳаракат қиламан					
13. Узимнинг фикримни мижозга таъсир этиш учун ишлатмайман					
14. Мижоз учун муҳим бўлган маълумотларни, унинг стандартларини тушунишга ҳаракат қиламан.					
15. Жилмайишга, мулоҳим вас амимий бўлишга уринаман					
16. Бемор у кизик суҳбатдош эканлигини сезишга уринаман					
17. Мижозни ҳурмат қилишимни айтаман					
18. мижоз билан суҳбат қилаётган шошилмайман					
19. Унинг фикрини ҳурмат қиламан					
20. Мижоз учун таниш бўлган сузлардан фойдаланаман					
21. Мижозни исми шарифи билан чакираман					
22. Унинг тугри ҳаракатларини маъқуллаймаман					
23. бемор муаммолари бўйича қайгуришимни сездираман					
24. куриш контактини қуллашга ҳаракат қиламан					
25. тугри келадиган ҳаракатлардан фойдаланаман (жестлардан)					
Умумий балл: -----					

Балларни ҳисоблаш калити:

1. Хар бир «Доим» деган жавобга – 4 балл
2. Хар бир «Одатда» деган жавобга -3 балл
3. Хар бир «Баъзан» деган жавобга -2 балл
4. Хар бир «Камдан- кам» деган жавобга -1 балл
5. Хар бир «Хеч қачон» деган жавобга -0 балл

Жавоблар таҳлили:

1. Агар баллар йигиндиси 50 ва ундан кам бўлса, унда сиз мулоқот бўйича куникма ҳосил қилиш учун уз устингизда ишлашингиз лозим.
2. Агар баллар йигиндиси 51 ва 85 гача бўлса, сиз мулоқот бўйича урта даражадаги куникмага эга, мулоқотнинг қайси соҳаларида камчилигингиз бўлса шу устида ишлаб, бартараф қилишга ҳаракат қилишингиз керак.
3. Агар баллар йигиндиси 86 ва 100гача бўлса сиз мулоқот куникмасини аъло даражада эгаллагансиз! Ишингизни шу йўналишда олиб боришга ҳаракат қилинг.

МУСТАКИЛ ИШ МАВЗУЛАРИ:

Турлари: укув адабиётлар ёрдамида мустақил тайёрлаш учун берилган мавзу бўйича реферат тайёрлаш, тестлар, ҳолатий масалалар тайёрлаш, кроссвордлар тайёрлаш, интернетда ишлаш ва маълумотлар туплаш

Намунавий мазулар:

1. Геронтология ва гератирия фаннинг қелиб чиқиш тарихи
2. Қариш жараёни физиологияси
3. Қариликда руй берадиган патологик узғаришлар
4. Қариш жараёнида органлар томонидан қузатиладиган узғаришлар.
5. Қариликда қузатиладиган психологик жараёнлар.
6. Биоэтиканинг тиббиётда тутган урни
7. Тиббиёт одоб-ахлоқнинг аҳамияти
8. Кекса беморлар билан ишлашда ҳамшира вазифалари

АДАБИЁТЛАР:

1. Т.Ч.Чубакова, Э.Б.Фрике, В.Халии «Основы сестринского дела в семейной медицине» (1-2 том) Бишкек – 2003 г
2. Р.М.Дорофеева «Семейная медицинская медсестра» М.2002 г
3. А.Ф. Краснов «Сестринское дело» Москва -2000г (1-2 том)
4. Гнездилов А.В. «Терминальные состояния и паллиативная терапия». 1997 г
5. Э.Й.Косимов «Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати» Тошкент -2002й
6. Лис Алминде, Джейн Сэлвидж, Дорис Христенсен. «Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих мед.сестер». Абу Али Ибн Сино. Ўзбекистан 2002 г.
7. Под ред.акад. РАМН Ю.П. Никитина «Всё по уходу за больными в больнице и дома». М.1999 г.
8. С.А.Гулова, Т.Ф.Казакова, Медицинская сестра–Петербург- 2004 г
9. под ред Л.И.Дворецкого, Л.Б.Лазебника «Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых» Москва -2000г
10. Ж.Е.Турчина, Е.Т.Мясников «Сестринское дело в гериатрии Учебное пособие». Ростов на дону Феникс 2006

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

www.uzbaby.com

<http://zivonet1.zn.uz>

<http://www.medline.uz>

**Мавзу-2. Кекса ва кариya ёшидаги беморларда нафас органларининг анатомия
физиологик узгаришлари
(Доц. Латипова В.Г.)**

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Талабаларни кекса ва кари ёшда кариш физиологиясини урганиш, кари ва кекса ёшдаги беморлар нафас олиш аъзоларида кечадиган анатомик ва физиологик узгаришларни ургатиш, хамширалик жараёнини олиб боришнинг узига хос хусусиятларини, хамда талабаларга кекса ва кари ёшдаги беморларни сураб суриштириш, анамнестик маълумотларни йигиш коидаларини ургатиш. Талабаларга реал клиника, поликлиника, КВП шароитида кари ва кекса кишиларда геронтологияда хамширалик биоэтикасини, кариаларнинг психологик ҳолатларини ургатиш, кекса беморларни текшириш ва даволаш бўйича куникмаларни ҳосил қилиш.

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларини тизимлаштириш, мустаҳкамлаш;
- кекса ва кари беморлар билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш;
- кекса ва кари беморларнинг нафас олиш тизими касалликларни аниқлаш, текшириш, даволаш ва амалий куникмаларини ривожлантириш;
- кекса беморлар парвариши бўйича амалий куникмалар ҳосил қилиш;

Талаба билиши лозим:

- Кариаларда физиологик узгаришларни;
- Кариалар нафас аъзолари тизимининг узгаришларини;
- Кариаларда куп учрайдиган нафас олиш тизими касалликларини;
- Кариаларда нафас тизими касалликларини узига хос даволаш тамойилларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- Кекса беморлар билан мулоқот уюштиришни;
- Кекса беморларни текшириш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- Кекса беморлар парвариши бўйича умумий тадбирларни бажаришни;
- Кекса беморларни диспансеризацияга жалб этишни;
- Кекса беморлар буюмларига санитар ишлов беришни;
- Кекса беморларда соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш йўллари ишлаб чиқишни;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу бўйича микробиология, юкумли касалликлар, лаборатория иши, гигиена, хамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Кекса ва кария ёшидаги беморларда нафас органларининг анатомия физиологик узгаришлари

Ёш каттарган сайин нафас олиш тизимида ҳам бир катор узгаришлар кузатилади. Капиллярлар турининг хажми кичраяди, альвеолалараро тусик гипотрофияга учрайди. Колдик хаво уакада купаяди, карилик эмфиземаси ривожланади. Натижада упканинг хажми нисбатан пасайган булади.

Шуни курсатиш керакки, карилик инволютив эмфиземаси упка гипертензиясига ва упка-юрак етишмовчилигига олиб келмайди. Шундай килиб, мушаклар, упка тириклик хажмининг пасайиши, кам ишлаб чиқарилиши, упка эмфиземаси ривожланишини тезлаштиради.

Даволаш жараёнида гипоалбуминация, кумуляцияга мойиллик, аъзолар гипокинезиясини назарда тутган холда, 3 та дори воситалардан куп ёзиш мумкин эмас.

Нафас аъзолари касалликлари билан огриган кекса ва кари ёшдаги беморлар билан ишлашда ҳамширалик иши.

Кекса ва кари ёшда юкори нафас йуллари шиллик каватларидаги анатомио-физиологик узгаришлар руёбга келади. 60-ёшдан сунг курак кафасининг суяк мушаклар скелетида дегенератив-дистрофик узгаришлар, яъни умурткалар остеохондрози, кокурга-умурткалар бирлашмасида котишлар, кокурга тоғайларида кальцинозлар ривожланади. Бу холатлар нафас олиш эркинлигини сусайтиради. Натижада курак кафаси кифози ва деформацияси вужудга келади. Упка бочкасимон турни олади, вентиляцияси бузилади. Бронхлар девори калинлашиб, бушлиги шиллик ва эпителиал элементлар билан тулади ва торайиш вужудга келади.

Ёш утиши билан нафас олиш йули шиллик кавати мукоциллар клеринсида узгаришлар пайдо булади, уз вактида транспорт тезлиги камаёди. Бу мавжуд яллигланиш жараенини чуқурлашишига сабаб булади ва мавжуд микроорганизмлар каллониясини активлаштиради.

Шунингдек, бурун бушлиги шиллик кавати химоя функциясининг бузилиши кекса кишиларда унинг турли сохаларида хароратнинг пасайиши сифатида намоён булади, буруннинг химоя функцияси бузилади.

Ёш утиши билан юкори нафас йулининг бошка кисимларида ҳам узгаришлар учрайди. Халкум, хикилдок шулар каторидан булиб, шиллик каватидаги дегенератив узгаришлар натижасида халкум ва юмшок танглай атрофияси ривожланади. Бурун халкумнинг формаси узгаради. Бурун халкум шиллик пардсидаги атрофик узгаришлар сулак камайиши билан биргаликда кекса кишиларда ютинишнинг бузилиши ва озик-овкат аспирациясига олиб келади.

Халкум айланасидаги лимфоаденоит тукима узгариши 30-40ёшда бошланади, иммун системанинг пасайиши, айникса хужайра иммунитети ҳамда гуморал ва фагоцитар. Кекса одамларда аутоиммун алергик замбуругли, вирусли касалликлар ва бошкалар куп учрашига сабаб булади. Кекса кишиларда огиз халкум микрофлораси узгаради, бунда *stafilacoccus aureus* аэроб Гр-энтеробактериялар (клебсиелло пневмония *esherixa coli*) каби микроорганизмлар купаяди

Кекса кишиларда касалликни клиник кечишини узига хослигига сабаб ивалютив жараенлардир:

- * упка паренхемаси эластиклигининг камайиши, атрофиянинг ривожланиши
- * алвеолалар хажмини 40-45%камайиши натижасида нафас юзаси камаёди;
- * кон томирларидаги узгариш(упка томирлари зичлашиши, упка тукимакисини озиклантirmайди газ алмашинуви бузилади;
- * мембраналарнинг зичлашиши натижасида алвеолалардаги хаво ва капиллярлардаги кон уртасидаги газ алманишуви кийинлашуви;

- * алвеолалардаги вентиляция нотекис булади;
- * хилпилловчи эпителиал фаоллигининг сусайиши ва шиллик кавати рецепторлари сезгирлигининг пасайиши натижасида бронхларнинг уз узини тозалаш функцияси бузилади;
- * йутал рефлексии пасаяди;
- * нафас марказининг CO₂ га сезгирлиги ошади;

Кари ва кекса ёшдаги беморларда сурункали бронхитнинг тез тез кузгалиши кузатилади.

Кекса ва кари кишиларда нафас аъзолари касалликларида хамширалик иши

Кекса кишиларда купгина касалликлар атипик кечиб, суст, тана хароратининг кутарилмаслиги, огир асоратларнинг куплиги билан кечиши алохида эътибор талаб килади

Кекса кишилар об-хавони узгариши, озик-овкат, еруглик, овоз тезликлари узгаришига жуда юкори сезувчан булади.

Ялигланиш ва инфекцион касалликларга мойиллиги туфайли катъий гигиенага риоя килиши керак. Эмоционал узгарувчанлик, тасирчанлик, бошланадиган кон томир касалликларида хотиранинг сусайиши, инжиклик атрофдагилардан сабр токатни талаб килади. Кекса ва кари кишиларни ётоқ яраларга мойиллигини инобатга олиб уларни харакатини таъминлаш (холатини узгартириш, массаж ва нафас гимнастикаси буюриш) керак.

Даволаш катъий врач курсатмаси буйича олиб борилади. Уткир кон тупуриш нафас кисиши вақтида кузатилганда бемор шошилиш врач ердамига мухтождир. Кекса кишилар орасида сурункали бронхит билан касалланганлар антибиотик воситаларини кулланишини таказо этади. Бунда кексаларда антибиотикларни куллаш куплаб ножуя тасирлар келиб чикишини унутмаслик керак. Масалан: эшитишнинг сусайиши (стрептомицин гентамицин), буйракка токсик тасири (канамицин), кандидоз ва дизбактериоз, атрофик глоссит (тетроциклин ва комбинациялашган антибиотиклар) ва х к. Шунинг учун хамшира беморларга дориларнинг токсиклигини бирмунча камайтирувчи кабул килиш усулларни ургатиши керак. Бемор дориларни белгиланган вақт режимда кабул килиш усулига катъий риоя килиши керак.

Оксигенотерапияни кексаларда жуда эҳтиёткорлик билан олиб бориш керак. Кексаларда жуда актив оксигенотерапия утказишда бош айланиши, кунгил айниши, нафас кисиши Чейн-Стокс нафаси каби асорати кузатилиши мумкин. Баъзан нафас марказининг гиперкапник тухташи ва коллаптоид холат кузатилиши мумкин.

НАЗОРАТ ТОПШИРИКЛАРИ

Савол: Эрта каришнинг экзоген омилларига «Балик скелети» ни тузинг

1. Гиподинамия
2. Семизлик
3. Экологик узгаришлар
4. Кон айланиш тизими касалликлари
5. Атеросклероз
6. Гипертония касаллиги
7. Упка касалликлари-ХОБЛ, УЮЕ.
8. Эндокрин касалликлар- кандли диабет, гипотиреоз.

Баҳолаш меъзони: Хар бир тугри жавоб 12,5 балл.

Жами: 100 балл

Савол: Кариш жараёнида йил сайин гипотрофияга учровчи хужайралар буйича

«Балик скелети» ни тузинг

1. Бирламчи каришга мойил хужайралар

2. Асаб ва кушувчи тукима хужайралари
3. Без хужайралари
4. Мушак хужайралари
5. Эпидермис
6. Аъзолар эпителиаси

Баҳолаш меъзони: Хар бир тугри жавоб 16,5 балл.

Жами: 100 балл

**Савол: Кекса ва кари ёшда организмга хос
узгаришларга «Кластер» тузинг**

1. 200 метр баландликда узини ёмон сезиши мумкин, кислород етишмаслиги юзага келади, ЭКГ да Т ва Р узгариши мумкин.
2. Кари ёшда яллигланиш белгилари суст кечади. Кизариш, шишлар, лейкоцитоз, инфильтрация, круноз пневмония симптомсиз кечиши мумкин.
3. Имунитет пасаяди, аутоиммун касалликлар пайдо булиши мумкин.
4. ДНК синтези пасаяди, регенератив жараён секин кечиши мумкин.
5. Юракда компенсатор гипертрофия ривожланмаслиги мумкин, шу сабабли юрак етишмовчилиги ривожланган булади.
6. Стресс ҳолатларга мослашиш сусаяди, шу сабабли патологик жараёнлар тез ривожланиши мумкин.

Баҳолаш меъзони: Хар бир тугри жавоб 16,5 балл.

Жами: 100 балл

ТЕСТЛАР:

2. Кекса ва кари ёшдагилар учун хос:

- 1) Патологик жараёнларнинг куплиги;
- 2) Патологик жараёнларнинг озлиги;
- 3) Юкорида курсатилганлар;
- 4) Хеч қайси бири;

2. Узок вақт оғриган қарилар учун тиббий ёрдамнинг узиға хослиги:

- 1) Узок вақт парвариш қилиш;
- 2) Стационар даволаш;
- 3) Қасалликлар профилактикаси;
- 4) Беморнинг психологик ҳолати;

3. Қариган беморларда тушакнинг қулайлиги:

- 1) Юмшок, тана массаси ботади;
- 2) Каттик, тана массаси ботмайди;
- 3) Тушак қалин ва совук булмаслиги керак;
- 4) Хеч қайси бири;

4. Нафас олиш тизмининг қари ёшда узгариши:

- 1) Шиллик пардаларнинг атрофияси;
- 2) Трахеянинг кенгайиши;
- 3) Бронхларнинг облитерацияси;
- 4) Барчаси;

5. Овқат ҳазм қилиш тизмининг қари ёшда узгариши:

- 1) Корин бушлиги аъзоларининг пастга тушиши;
- 2) Меъда мотор функциясининг қучайиши;
- 3) Ичакларда сурилишнинг қучайиши;
- 4) Меъда секрециясининг ошиши;

6. Қари ёшда қасалликларнинг кечиши:

- 1) Қасалликнинг атипик кечиши;
- 2) Ареактивлик;
- 3) Клиник кечишнинг суст кечиши;

4) Барчаси;

7. Кари беморнинг узок вақт стационарда булиши:

- 1) Стационарда эркин ҳаракат;
- 2) Узига ҳос баъзи инжикликларга ҳақи бор;
- 3) Узининг одатларини сақлаб қолиши;
- 4) Барчаси;

8. Гериатрияда ҳамширалик жараёни неча этапдан иборат?

- 1) 2 этап;
- 2) 5 этап;
- 3) 3 этап;
- 4) фақат 1 этап (беморни текшириш);

9. Қандай масалаларни геронтология урганмайди?

- 1) Организмни қариш сабабларини
- 2) Қариш жараёнини секинлаштириш ёки тезлашуви жараёнларини
- 3) Кекса беморларга ижтимоий ёрдам курсатиш масалаларини
- 4) Кекса ёшдаги шахсларга дори препаратларини таъсири

10. Узок вақт ётиб қолган беморларга тиббий хизмат курсатиш вақтида нималарга аҳамият бериш лозим?

- 1) Беморларни парваришлаш
- 2) Стационар давога
- 3) Қасалликлар профилактикаси
- 4) Беморнинг рухий ҳолатига
- 5) Барчасига

11. Кекса ёшдаги беморлар учун ётоқ жой қандай булиши керак?

- 1) Юмшоқ, тана оғирлигига таъсир курсатмайдиган
- 2) Каттик, тана оғирлигига қам таъсир курсатадиган
- 3) Қурпа қалин ва иссик булиши лозим
- 4) Санаб утилганлар

12. Кекса ёшдаги беморлар учун фармакотерапия хусусиятларига нималар қиради?

- 1) Дори воситаларини қамайтирган дозада бериш
- 2) Доридан захарланиш белгилари тез юзага қелади
- 3) «Икки хил таъсирли» дори воситаларини ишлатмаслик
- 4) Санаб утилганларнинг ҳаммаси

13. Кекса ва қари ёш қасалликларини қайси фан урганади?

- 1) Гериатрия
- 2) Терапия
- 3) Педиатрия
- 4) Фтизиатрия

14. Кекса беморларни текширишнинг узига ҳос қандай томонлари бор?

- 1) Қупрок савол-жавоб
- 2) Қерак вақтларда қариндошлари билан суҳбатлашиш
- 3) Кекса бемор шахсиятига алоҳида ёндошиш
- 4) Санаб утилганлар

15. Кекса беморлар яқин одамини йуқотганда:

- 1) Қамгап булиб қолади
- 2) Жамиятдан ажраб қолади
- 3) Фақат улим ва ёмон нарсалар ҳақида уйлаб, ёлғизликка интилади
- 4) Санаб утилганларнинг ҳаммаси

Адабиётлар:

1. В.С. Гасилин Хронические формы ишемической болезни сердца. М.М.1976 г
2. О.В.Коркушко, П.А. Орлов Возрастные особенности фармакокинетики дигоксина. Тер.арх.1976 г.

3. Под ред. А.И. Грицюка. Лекарственные средства в клинической кардиологии. Киев. 3.1976 г.
4. И.И. Пархотик Ишемическая болезнь сердца в пожилом и старческом возрасте. Киев 1976 г.
5. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда в пожилом возрасте. В кн. Артериальная гипертензия, коронарная недостаточность в пожилом и старческом возрасте. Киев. 1969 г.
6. Помощь умирающим Здоровье мира. 1982 г. стр 16-19.
7. И.П. Подласый Педагогика том 1,2 М.1999 г.

**Мавзу-3. Кекса ёшдаги беморларда упкада яллигланиш,
инфильтрация жараёнларида хамширалик иши
(Т.ф.д., доц. Тоиров Э.С.)**

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Талабаларга реал шароитида кекса ва кари кишиларда упканинг яллигланишли касалликларига сабаб булувчи холатларни аниклаш, ушбу касалликларнинг клиник-диагностик мезонларини ургатиш, беморларни текшириш, даволаш, парваришlash, хамда ушбу касалликларни олдини олиш буйича амалий кунималар ҳосил қилиш;

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу буйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш кунималарини ҳосил қилиш;
- пневмонияларни аниклаш, текшириш ва даволаш буйича амалий кунималарини ривожлантириш;
- кексаларда упканинг яллигланиш касалликларини олдини олиш буйича амалий кунималар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва кари беморларни парваришlash буйича олган билимларини мустахкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- пневмониялар хақида тушунча, касалликларни этиологик факторларини;
- пневмония турларини ва асосий клиник белгиларини;
- пневмонияларни диагностика усулларини;
- пневмонияларни олдини олиш буйича чора-тадбирларни куламини;
- пневмонияларда беморларни парваришlash принципларини;
- дори моддаларини, уларни кулланиш вақти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва кари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- пневмонияларни олдини олиш буйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- пневмонияларни олдини олиш буйича умумий тадбирларни бажаришни;
- Қари ёшдаги беморларнинг ахволини физикал баҳолашни;
- Қари беморларни сўраб суриштириш натижасида касалликнинг келиб чиқиши тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиш, касалликнинг объектив белгиларини аниклаш, хамширалик ташхисини қўйиш;
- Қари ёшдаги беморларнинг муаммоларини, уларни тинглай билиш, хамширалик жараёни билан ишлай олиш.
- Гериатрик пациентларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, умумий текшириш натижаларини касаллик тарихидан дастлабки ташхисни асослаш, харорат варақасини тўлдириш, хамширалик касаллик тарихига баён этиш.
- касалларни парваришlash буйича амалий тадбирларни;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу буйича микробиология, юкумли касалликлар, лаборатория иши, гигиена, хамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотда талабалар қари ёшдаги беморлар билан суҳбат уюштиришни, қари ёшдаги беморларнинг индивидуал парваришга муҳтож бўлган эҳтиёжларини қондиришни, қари ёшдаги беморларда касалликнинг кечишининг ўзига хос томонларини, қари ёшдаги беморларни инструментал текширувга тайёрлашни, қари ёшдаги беморлардан анамнез тўплашни, дори тарқатиш ва дори қабул қилиш усуллариини ўргатишни, қари ёшдаги беморларга паллиатив ёрдам кўрсатишни, коммуникация асосларини ўрганадилар.

Машғулотда шунингдек, қариликда нафас тизимининг анатомио – физиологик хусусиятларига, кекса ва қарияларда касалликлар кечишини ўзига ҳослигига, маълумот тўплаш қоидалари ва бемор ҳолатини баҳолашга, пневмонияларнинг кечишининг ўзига хос хусусиятларига, беморларга ҳамширалик парваришини ташкиллаштиришга кенг эътибор қаратилади.

Кекса ва қарияларда упка-бронх тизимининг узгаришлари

Упка-бронх тизими кекса ва қари кишиларда морфологик ва функционал узгаришларга учрайди ва «сенил упка» белгилари ривожланади. Кекса ёшдаги беморларда қуйидаги узгаришлар касалликларни клиникасига таъсир этади:

- мукоцилиар клиренсининг бузилиши;
- шиллик ишлаб чиқарувчи хужайраларнинг тебранувчи хужайрларга нисбатан куп булиши;
- Эластик туқималарнинг камайиши;
- Сурфактант фаоллигининг камайиши;
- Бронхлар утказувчанлигини ёмонлашуви;
- Упкаларда қилиқли ҳаво миқдорининг купайиши;
- Альвеоляр-капилляр юзанинг камайиши;
- Гипоксияга физиологик жавобнинг камайиши;
- Альвеоляр макрофаг ва нейтрофиллар фаоллигининг пасайиши;
- Шиллик қаватларда микроб колонизацияларининг купайиши.

Кекса ва қари кишиларда пневмонияларнинг кечуви ва даволаш хусусиятлари

Пневмониялар бутун дунёда гериатрик амалиётда клиник муаммо ҳисобланади. 60 ёшдан катта беморларда пневмониялардан улим бошқа ёшдагиларга нисбатан 10 марта куп. Улим курсаткичи госпитал пневмонияларда 70% атрофида қайд этилган бўлиб, 65 ёшдан кейин улим курсаткичлари ичида 4-уринни эгаллайди.

Кекса ва қари кишиларда пневмониялар ривожланишининг қуйидаги патогенетик омиллари бор:

- ёшга боғлиқ морфофункционал узгаришлар («сенил упка»);
- инволюцион иммунодефицит;
- фон патологиянинг булиши;
- куп дори қабул қилиш;
- гипомобиллик;
- тез-тез госпитализация ва қариялар уйида яшаш.

Кекса ва қари кишиларда қуйидаги ҳолатлар диагностика жараёнини қийинлаштиради:

- пневмониялар доимий бўлмаган ва куп ифодаланмаган физикал белгилар билан кечади;
- аускультатив ва рентгенологик белгиларни талқин этиш қийин. Чунки, фон касалликлар УСОК, упка фибрози, юрак етишмовчилиги куп учрайди;
- МНС томонидан куп узгаришлар учрайди (апатия, тормозланиш, қарахтлик, сопороз ҳолат);

- пневмония асорат ва йулдош сифатида ривожланади;
- йулдош касалликлар декомпенсация боскичи (юррак ва нафас етишмовчилиги, КД, дисциркулятор энцефалопатия) клиникада биринчи планга чикиб кетади;
- касаллик кузгатувчиси (грамм манфий флора, стафилококк), йулдош касалликлар туфайли огир кечади ва уз вактида аникланмайди.

Кексаларда пневмонияларнинг рентгенологик белгиси упка тукумаси фонининг узгаришлари билан кечади (локал упка фибрози, димланиш ва чап коринча етишмовчилиги, диффуз турли (сеткали) пневмосклероз). Айрим холларда инфильтрат булмайди. Патологик жараён секин сурилади.

Огир кечувчи пневмониялар мезонлари:

- Икки томонлама ёки куп булакли инфильтрация;
- Огир нафас етишмовчилиги (НОС – 30 мартадан куп 1 минутда, O_2 парциал босими – 60 мм рт.ст. паст);
- Упка асоратлари булиши (парапневмоник плеврит, абсцессланиш);
- МНС зарарланиши белгилари;
- Йулдош касалликлар декомпенсация боскичи (СД, СЮЕ, СБЕ);
- Лейкоцитлар сони 4×10^9 /л дан паст ёки 30×10^9 /л дан юкори;
- 48 соат ичида инфильтрация жараёнини 50%дан ошуви.

Кекса ёшдаги беморлар даволашдаги «олтин» коидалар:

1. Даволашда кекса беморларнинг характери ва одатларини инобатга олиб ҳаракат килинг.
2. Беморнинг соғлиги атрофдагилар учун бефарқ эмаслигини тез-тез тушунтиринг.
3. Беморнинг ҳаётий муаммоларига эътиборли булинг, тингланг ва ҳамдард булинг.
4. Беморнинг кунглини кутаринг, тушкунликка тушишига йул қўйманг, узингизга ургатинг ва атрофдагилар билан алоқасини яхшилашга ҳаракат килинг.
5. Узингиз ва кекса бемор уртасида уртоклик атмосферасини вужудга келтиринг.
6. Кекса беморнинг кунглига йул топишга ҳаракат килинг, у билан илик муомала килинг.

Кекса ва қари ёшдаги беморларни парваришлаш:

Парвариш кекса ва қари ёшдаги беморларни даволашда асосий урин тутади ва даволашнинг самарадорлигини кутаради. Беморларни умумий парваришида терини парваришлаш, овқат режимини сақлаш асосий урин тутади. Ичак фаолияти назорати, сийдик пуфагини уз вактида бушатишга эътибор қаратиш лозим. Қари ва кексалар физик активлиги кескин чекламаслик лозим. Сув-электролит балансига эътибор қаратилади (қабул килинган ва чиқарилган суюқлик). Қабул қилаётган препаратлардан интоксикация ривожланишини олдини олиш керак.

Кекса ёшдаги беморларни парваришлашда қуйидагиларни билиш лозим:

- Беморларда битта касаллик деярли булмайди (бир неча патологиянинг булиши).
- Куп касалликлар яширин кечади.
- Куп касалликлар атипик вариантда кечади.
- Касалликлар купчилик беморларда огир асоратлар бераишга мойил.
- Купчилик беморларни тулик текширишнинг иложи булмайди.
- Дори моддаларнинг ножуя таъсири тез ривожланади.

Пневмонияларни антибиотиклар билан даволаш тамойиллари:

- Шифохонадан ташқари енгил кечувчи пневмонияларда макролидлар ва цефалоспоринлар 2-авлоди ёки химояланган амнопенициллинлар билан чекланиш мумкин;
- Рационал усул - аввал парентерал юбориб, кейин (самара берганида) перорал қабулга утиш;

- Шифохона ичи (госпиталь) пневмонияларда (огир кечганида) парантерал кенг спектрдаги грам (-) ва грамм (+) флорага таъсир этувчи антибиотиклар (цефалоспоринлар III-IV авлоди, фторхинолонлар, карбапенемлар) буюрилади;
- Иммунодефицит ҳолатда, йулдош касалликлар декомпенсацияларида комбинацияланган антимикроб терапия кулланилади: аминогликозидлар + цефалоспоринлар ёки аминогликозидлар + макролидлар.
- 1-катор антибиотиклари эҳтиёт бўлиб, беморларни енгил ахволини ҳисобга олиш лозим;
- Монотерапия яхши усул ҳисобланади;
- Парентералдан уз вақтида перорал қабулга ўтиш лозим;
- Наф бўлмаган антибиотик бошқаси билан алмаштирилади. Баҳолаш 48-72 соатдан кейин ўтказилди. Давонинг асосий мезони беморнинг температура реакциясига қараб белгиланади. Беморларда температура кузатилмаганда интоксикацион синдром, беморни фаоллиги, МНС томонидан кузатиладиган ўзгаришлар, жараёни ривожланиш даражаси ҳисобга олинади;
- Антибиотикнинг оптимал дозаси унинг фармакокинетикасини ҳисобга олиб танланади;
- Беморларни антибиотиклар қабул қилиши доимий назоратда бўлиши лозим. Пневмонияларни енгил кечганида антимикроб препарат температура нормалашганидан сўнг 2-3 кун кейин бекор қилинади; Огир кечувчи, асоратланган пневмонияларда, стафилококкли пневмония, легионеллезлар узок вақт давомида антимикроб терапия (14-20 кун) ўтказилади.

Кекса ва қари кишиларда биринчи марта тавсия этилган антибиотикларнинг таъсирнинг пасайишига олиб келувчи сабаблар

Сабаблари	Бартараф этиш
Нотўғри диагноз (пневмонияни бўлмаслиги)	Ўпка касаллигини характерини аниқлаш
Препаратни ноадекват танлаш	Препаратни пневмонияларни этиологик вариантини ҳисобга олиб алмаштириш
Дозани кам буюриш ва ноадекват йул билан юбориш	Дозани қўпайтириш, юбориш режимини оптимизациялаш
Резистент штаммлар бўлиши	β-лактамаза ингибиторлари сакловчи ва резерв антибактериал препаратлар буюриш
Препаратни ўпка туқимасига кам қириши	Ўпка туқимасида қўп тупланувчи препаратлар буюриш
Огир йулдош касалликлар, ноадекват симптоматик терапия	Йулдош касалликларни яхши даволаш
Асоратлар ривожланиши (абсцесс, эмпиема)	Беморларни ҳар куни 2-3 марта текшириш
Антибиотиклар таъсирини камайтирувчи препаратлар буюриш	Бошқа препаратлар буюрганда уларни антибиотиклар билан ўзаро таъсирини ҳисобга олиш

Пневмонияларнинг енгил кечувида аминопенициллинлар (амоксиклав, кламосар, амписид, сультасин), цефалоспорин (ЦС) 2-авлоди (цефурабол, зинацеф, цефуроксим), уртача огир кечувида - ЦС 2-авлоди (зинацеф, цефурабол) ёки ЦС 3-авлоди (цефтриаксон, цефотаксим) ёки химояланган пенициллинлар (амоксиклав, кламосар, амписид, сультасин) тавсия этилган. Огир кечувчи пневмонияларда стандартга қуйидаги антибиотикларни комбинацион ҳолда қўллаш тавсия этилган: ЦС 3-авлоди (цефтриаксон, цефотаксим) вена ичига + макролидлар (эритромицин, клацид, рогамицин) вена ичига; ингибитор химояланган пенициллин (амоксиклав) вена ичига + макролидлар (клацид, рогамицин) вена ичига, кам ҳолатда респиратор фторхинолонлар (таваник, левофлоксацин) вена ичига.

Симтоматик воситалар:

- Муколитик ва бронхолитиклар;
- Микроциркуляцияни яхшиловчилар (гепарин, антиагрегантлар)
- Иммунокоррекция (иммуноглобулинлар)
- Антиоксидант терапия
- Яллигланишга карши препаратлар.

Гериатрик воситалар:

1. Витаминлар: витамин В гурухи, никотин кислота, липотроп моддалар (метионин, лецитин, холин, инозин, витамин F), витамин А и У, аскорбин кислота. Ката дозада мумкин эмас.

2. Микроэлементлар: _____иммуногенез, гемопоэз, витаминлар синтези, гормоногенез, нуклеин кислоталар хосил булиши, метаболизм яхшиланади. Мис, цинк, кобальт, марганц, калий биодозаларда гериатрик ёшда яхши таъсир этади. .

3. Новокаин витаминларга тенглаштирилган. Бу витамин жинсий гормонлар, калконсимон без гормонлари, кортикостероидлар билан боглик. Новокаин нейтротроф, антисептик, антигистамин, антиацетилхолин таъсир этади. Мушак орасига куйидаги схемада кулланилади: 12 инъекция 5 мл 2% новокаина кун ора. 3 курс 10 кунлик танаффус билан. Йилига 6-8 курс утказилади.

4. Гормонлар. Анаболик стероиды барча моддалар алмашинувини яхшилайди.

5. Тукима терапияси (плацента экстракти) организмда физиологик функцияларни стимуллайди.

6. Апилакотерапия. Апилак моддалар алмашинувини яхшилайди. Таблеткада 0,01 г х 2 марта, тил остига, 20 кун.

7. Адаптогенлар. Организмни носпецифик химоя кучини оширади. Жень-шен илдизи, элутерококк, дибазол (0,01 в сутки, не более) куллаш стенокардида, томирлар спазмида, бош огриши, корин бушлиги спазмларида яхши таъсир этади.

АНАЛИТИК КИСМ

1.Дастлабки билимларни синаш. Ёзма иш – 15 минут:

Билет 1.

Уткир пневмониялар симптомларини курсатинг
Экссудативный плевритда Дамуазо линияси кайдай хосил булади
Бромгексин препарати қачон ва қандай кулланилади

Билет 2.

Стафилококкли пневмониянинг узига хос кечуви
Упканинг йирингли касалликларини санаб беринг
Оксациллин, ампиокс қандай препаратлар ва қачон кулланилади

Билет 3.

Вирусли пневмониянинг узига хос кечуви
Упканинг обструктив касалликларини санаб беринг
Эуфиллин қндай препарат ва қачон кулланилади

Билет 4.

Иккиламчи пневмонияларнинг клиник белгиларини санаб беринг
Упка абсцесси диагностик белгилари
Цефазолин, цефтраксион қандай препаратлар ва қачон кулланилади

Билет 5.

Хламидияли пневмониянинг клиник белгиларини санаб беринг
Муковисцидоз касаллиги ҳақида нима биласиз?
Тетрациклин, роксибел қандай препаратлар ва қачон кулланилади

Билет 6.

Фридендер пневмониясининг клиник белгиларини санаб беринг
 Бронхиал астма хакида нима биласиз?
 Гентамицин, канамицин кандай препаратлар ва қачон кулланилади

Билет 7.

Эозинофилли пневмониянинг клиник белгиларини санаб беринг
 Учокли пневмония хакида нима биласиз?
 Строфантин кандай препарат ва қачон кулланилади

Билет 8.

Экссудатив плевритнинг клиник белгиларини санаб беринг
 Упка сили хакида нима биласиз?
 Термопсис ва алтей илдизи қачон кулланилади

Билет 9.

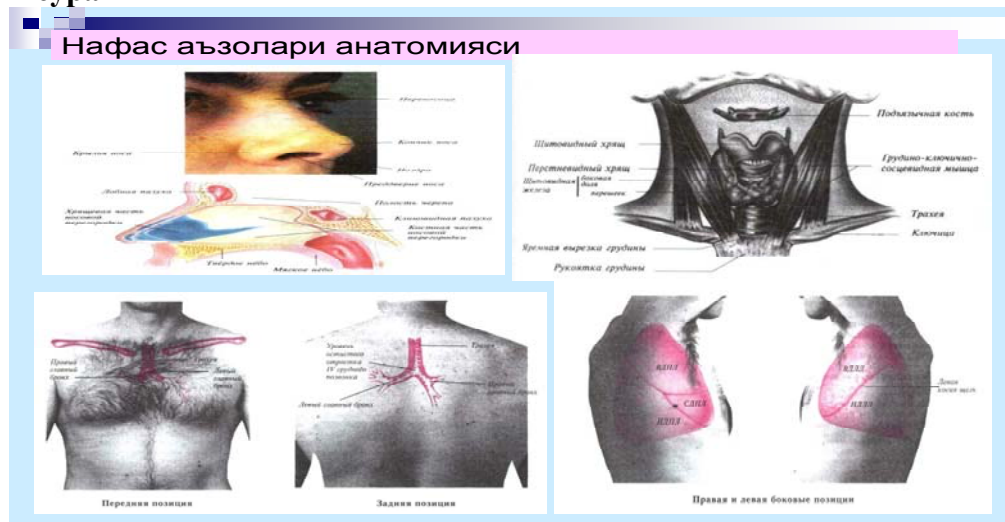
Атипик пневмониянинг клиник белгиларини санаб беринг
 Упка раки хакида нима биласиз?
 Аспирин, парацетамол қачон кулланилади

Билет 10.

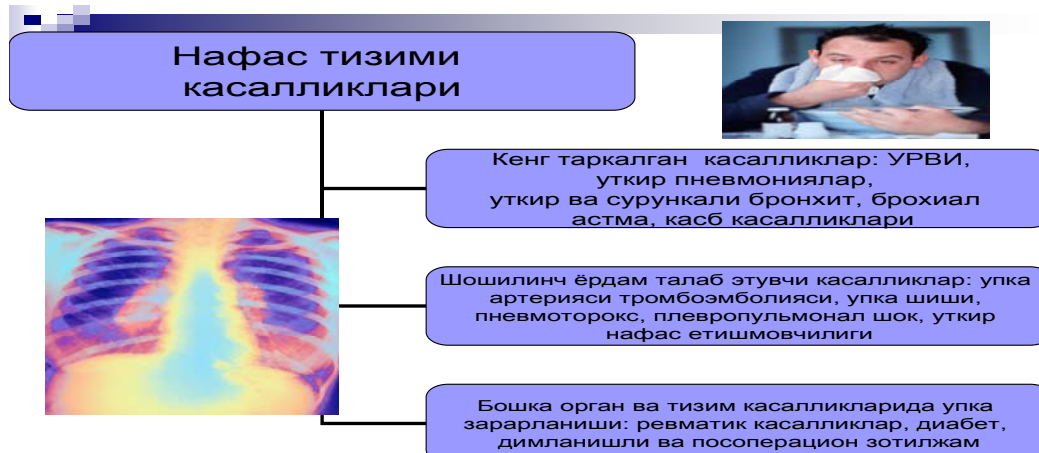
Бронхоэктатик касаллик клиник белгиларини санаб беринг
 Крупоз пневмония хакида нима биласиз?
 Димедрол, супрастин қачон кулланилади.

2. Урганиш ва танишиш дастури: Галерея буйлаб саёҳат. Хар бир талабага биттадан слайд-сурат берилади. Талабалар слайдлар билан танишиб, олган билимларини кенгрок тарзда гуруҳ олдида презентация қилишади.

1-сурат

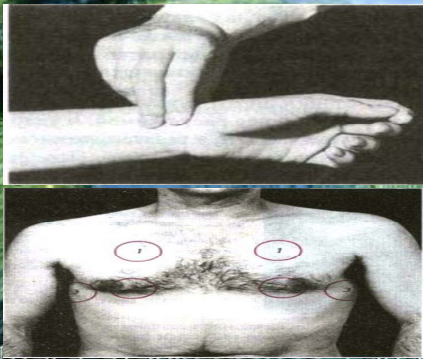


2-сурат



3-сурат

Нафас ҳаракатини баҳолашда нафас типи, сони, чуқурлиги ва узғаришига эътибор берилади.



I. Нафас типи: 3 хил:

- Кукрак типи - аёлларда учрайди;
- Корин типи - эркакларда учрайди;
- Аралаш тип - кари кишилар, кукрак ва корин бушлиги касалликларда учрайди.

II. Нафас сони

Беморнинг пульсини санаб, диққатини қалғитиш ва чиқарган нафас сонини санаш лозим. Нормада 14 ёшдан - 16-20 марта, уйкуда 12-14 марта. Янги тугилган чакалоқларда - 40-45 марта

III. Нафас чуқурлиги

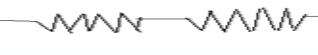
Нормада нафас ҳаракатлари бир текис, равон, ҳеч қандай шоқинсиз юзага келиши лозим. Касалликлар нафас маромини бузилишига ва патологик нафасни пайдо бўлишига олиб келади.

4-сурат

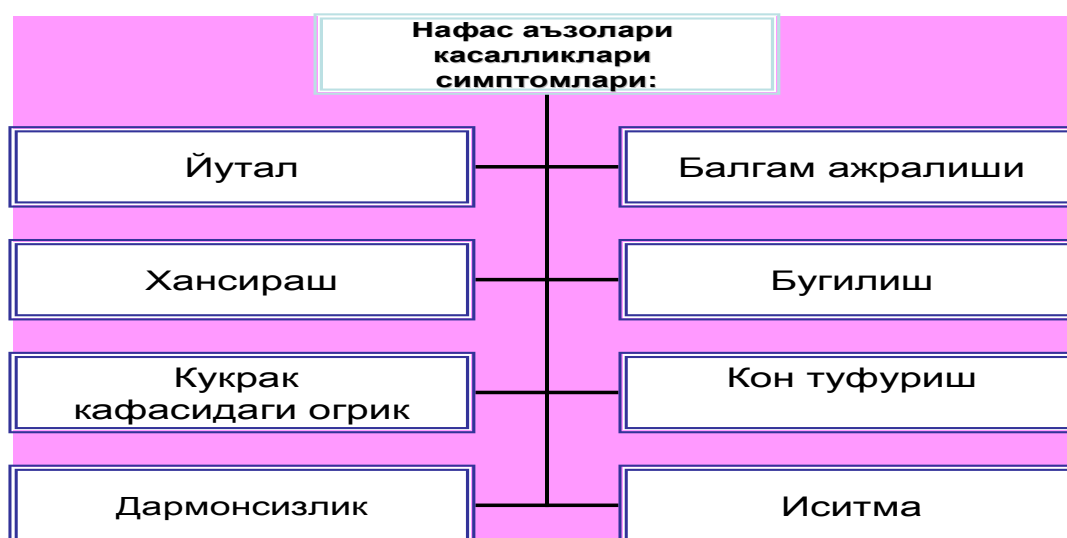
Патологик нафас турлари:

Кузатилиши:

1. Куссмаул нафаси – гипергликемик ва уремик комада;
2. Чейн-Стокс – инсулт ва захарланишларда;
3. Биот ритми - менингитларда;
4. Грокк ритми - жигар комаси;
5. Стридароз нафас – ларингоспазмда

Куссмаул типи:	
Чейн-Стокс типи:	
Биот ритми:	
Грокк ритми:	
Стридароз нафас:	

5-сурат



3.Кичик гуруҳларда ишлаш. 12 талаба 4 нафардан уч кичик гуруҳга бўлиниб, топширикларни бажаради.

1-гуруҳ учун топширик:

Кекса ва қари кишиларда пневмонияларнинг узига хос кечувига кластер тузинг: 10 бугин (10 балдан).

Жавоби:

1. кам ифодаланган физикал симптоматика; 2. секин бошланиш ва оғрик синдромини бўлмаслиги; 3. МНС зарарланиш белгиларини бўлиши; 4.хансираш бўлиши; 5. доимий субфебрил иситма (37 °С); 6.умумий ахволини тез ёмонлашуви; 7.йулдош касалликларнинг асоратларини ривожланиши; 8. асоратларни биринчи клиник планда бўлиши; 9. яллигланиш инфильтратини узок вақт сурилмаслиги; 10. кон томонидан узгаришларни кам ифодаланиши

2-гуруҳ учун топширик:

Пневмонияларнинг асоратларига кластер тузинг: 10 бугин (10 балдан)

Жавоби:

1.Плеврит; 2.Плевра эмпиемаси; 3. Деструкция/абсцесс улка туқимасини; 4. Уткир респираторный дистресс-синдром; 5. Уткир нафас етишмовчилиги; 6. Инфекцион-токсик шок; 7. Сепсис; 8. Перикардит, миокардит; 9. МНС зарарланишлари; 10. Буйрак зарарланишлари;

3-гуруҳ учун топширик:

Кекса ва қари кишиларда пневмонияларнинг олдини олиш чора-тадбирларига кластер тузинг: 10 бугин (10 балдан).

Жавоби:

1.соғлом турмуш тарзини сақлаш; 2.мехнат ва дам олишни режимини меъерида олиб бориш; 3.Тозза хавода тез-тез сайр этиш; 4. организмни чиниктириш; 5. Яхши овқатланиш; 6. Чекишни ташлаш; 7. Спиртли ичимликларни қабул қилмаслик; 8. УРВИ қарши эмланиш; 9. Учоқли инфекцияларни уз вақтида даволаш; 10. шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш.

АМАЛИЙ КИСМ

Амалий қуникмалар:

1.Кекса ва қари ёшдаги беморларни пневмония билан касалланганлиги белгиларини аниқлаш:

Ташқи киёфаси: қурқув, ҳаяжон, апатия, ётишга ҳаракат қилиш, уялиш, дезориентация;
Бош қиздан кечириш: лаблар цианози, қизларни ичига тортиб қетганлиги, иситма;
Упкаларда: хансирашни қучаюви, стертороз нафас, нафас йулларида шиллик бўлиши, қийин балғам ажралиши, қусиш;
Юракда: ритм бузилиши;
Қорин бўшлиғи: ёрдамчи мушакларни нафасда иштирок этиши;
Тери: рангпар, цианоз, тургорни пасайиши;
Оёқларни қиздан кечириш: шиш.

2. Хансирашни аниқлаш ва ёрдам қурсатиш:

Хансираш (одышка):

- Хансирашда беморлар ҳаво етишмаслигига шикоят қилади.
- Бемор нафас сони ва чуқурлиги узгаради.
- Нафас сони ошиши - тахипноэ, қамайиши — брадипноэ қизатилади.
- Нафас олишнинг қийинлашуви натижасида қелиб қиқувчи хансираш - инспиратор хансираш.
- Нафас қикариш қийинлашуви - экспиратор хансираш.
- Юрак қасалликларида аралаш хансираш ҳарактерли.

Ёрдам қурсатиш:

1. Хансировчи бемор доимий қизатувни талаб этади;
2. Бемордан қисиб турувчи қийимлар ечиб олинади;
3. Бош қиздан юқориға қутарилади;
4. Қонаға ҳаво қиритиш ва шамоллатиш таъминланади;
5. Ёрдам бермаганда оксигенотерапия - қислород билан даволаш утказилади;

3. Бугилишни аниклаш ва ёрдам курсатиш:

Бугилиш хуружи:

- ❑ Уткир юзага келувчи бугилиш астма деб аталади.
- ❑ 2 хил астма - бронхиал ва юрак астмалари куп учрайди.
- ❑ Бронхиал астма майда бронхиоллар спазми натижасида юзага келади.
- ❑ Юрак астмаси чап коринчаси кискариш фаолияти сусайишидан келиб чикади.
- ❑ Астма даврида бемор мажбурий - ярим утирган ҳолатни эгаллайди. Олдинга эгилиб, куллари билан тушакни маҳкам кисиб олади.
- ❑ Астамада нафас хуштаксимон, шовкинли ва масофадан эшитилувчан бўлади.

Ёрдам курсатиш:

1. Астма хуружи тез шошилишча ёрдам курсатишни талаб этади. Бемордан кисиб турувчи кийимлар ечиб олинади, хонага тоза ҳаво киритиши таъминланади.
2. Иссик ҳолда сут, сув, чой, ромашка дамламаси ёки кефир ичишга берилади. Бу балғам кучишини яхшилайд.
3. Эуфиллин 2,4%-5-10,0 мл в/и, супрастин, димедрол, тавегил м/о утказилади.
4. Ҳозирги вақтда аксарият беморлар бронхиал астма хуружини олдини олиш ва даволаш мақсадида бронхларни кенгайтирувчи дори препаратларини ингаляцион ҳолда қабул қиладилар.

4. Ингаляторлардан тугри фойдаланиш.

Астамада ингаляторлардан тугри фойдаланиш:



- ❑ Аэрозол капкогини ечиш ва балонни тескари қилиш;
- ❑ Балонни чайқатиш;
- ❑ Беморга лаблар билан балон мундштуқини кисиб олишни тушунтириш;
- ❑ Бемор нафас олаётганида аэрозолни тубини босиш ва дори юбориш;
- ❑ Дори юборилгандан кейин 10-12 секунд нафасини ушлаб туриш;
- ❑ 10-12 секунддан кейин қайта ингаляция утказиш;
- ❑ Доимий равишда қунига 2 марта ингаляцияни такрорлаш;

5. Йутални аниклаш ва ёрдам курсатиш.

Йутал

- Домий ва доимий эмас;
- Курук ва балгамли;
- Каттик ва суст.



Курук балгамда:

- Иссик ишкорли суюкликлар (сут ва боржом суви, ёки сут ва ош содаси $\frac{1}{2}$ қошик)
- Балгам кучирувчи дорилар: бромгексин, ацетилцистеин, карбоцистеин, калий йод, термопсис дамламаси, терпингидрат, трипсин, химотрипсин;
- Банкалар ва горчичниклар қуйиш

6. Банка қуйиш.

Банкалар:

- тери ости ёғ клетчасига механик таъсир курсатади
- кичик қон томирларига қислород келишини яхшилайти.
- аутогемотерапия, иммун (химоя) таъсир этади.
- оғрик қолдирувчи таъсирга эга.

Техникаси:

Умров остига, қурак орасига, белга қуйилади;
Ҳар бир соҳага 5-6 банка қуйиш мумкин;
Юрак соҳаси очик қолдирилади;
Банка қуйилгач бемор одеял билан ёпилади;
Банкалар 15-20 минут (болаларда - 5-10 минут) қуйилади;

Мумкин: пневмония, миозит, неврит, невралгия, бронхит;

Мумкин эмас: тери касалликлари, онкологик касалликлар, жуда заиф беморларга ва қон қуйилиш ҳавфи бўлганда қуйилмайди

7. Горчичниклар куйиш.

Горчичниклар:



- Миалгия, невралгия, миозит, пневмонияда тавсия этилади;
- Умров остига, курак орасига, белга куйилади.
- Хар бир сохага 3-4 горчичник куйиш мумкин;
- Юрак сохаси очик колдирилади;
- 10-15 минут давомида кизариш ва биров куйиш сезилгунча куйилади;
- Олингандан сунг тери нам латта билан артилиб, вазелин суртиб куйилади;
- Болаларда терини куйишини олдини олиш учун марли, бинт ёки коғоз устидан куйилади;
- Аллергик реакцияси кучли, заиф, онкологик беморларга тавсия этилмайди.

8. Оксигенотерапия утказиш.

Кислород терапия усуллари:

Марказлашган холда



Кулда, Амбу копчаси билан



Транспортировкада



МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

1. Қария ва кекса ёшдаги беморларда нафас аъзоларини текшириш усуллари.
2. Беморларни ЭКГга тайёрлаш методикаси.
3. Ўпкани перкуссия
4. Ўпкани аускультация қилиш ва натижани баҳолаш.
5. Герофитотерапия турлари.
6. Герофармакотерапия принциплари.

Адабиётлар:

- Все по уходу за больными в больнице и дома. Под общей редакцией академика РАМН Ю.П.Никитина, Б.П.Маштакова. ГЭОТАР МЕДИЦИНА. Москва. 1999. 704 С.
- Дорофеева Р. М. «Семейная медицинская сестра» Москва – 2002г. (Электронный учебник)
- Косимов Э. Й. «Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати» Тошкент – 2002й. Ўқув қўлланма
- Краснов А.Ф. «Сестринское дело» Москва – 2000 г. (I – II том) (Электронный учебник)
- Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих медицинских сестер. Проект «Здоровье» Минздрава РУзб. 2003. 287 С.
- Хамширалик иши протоколлари (баённомалари). 2-қисм. Патронаж/оилавий хамширалар учун услубий қўлланма. Тошкент 2011
- Чубаков Т.Ч., Фрике Э.Б., Халики В. «Основы сестринского дела в семейной медицине» (1 – 2 том). Бишкек – 2003 г.(Электронный учебник)
- Шомансурова Э.А., Бутаев Ч.Ж. Оила тиббиётида хамширалик иши. Дарслик. Тошкент 2008

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

- www.uzbaby.com
- [ttp://ziyonet1.zn.uz](http://ziyonet1.zn.uz)
- <http://www.medline.uz>
- <http://www.mednavigator.com.ua>

**Мавзу-4. Кекса ёшдаги беморларнинг юрак-кон томир тизими касалликларида
хамширалик иши
(Асс. Исламова К.А.)**

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: тиббиёт хамширасида зарур булган тиббий ва социал ёрдамида профессионал билимлар куникмаларни шакллантирган холда катта ва кекса ёшдаги беморларга хар томонлама тиббий ва социал ёрдамни курсатишни кучайтиришдан иборат. Тиббиёт хамшираларда кариаларда учрайдиган юрак-кон томир касалликларни инобатга олган холда катта ва кекса ёшдаги беморлар муаммолари ва эхтиёжларини тугри талкин килиш қобилиятини оширишдир.

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу буйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш;
- кекса ва кари беморлар билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш;
- юрак кон томир касалликларни аниклаш, текшириш ва даволаш буйича амалий куникмаларини ривожлантириш;
- реал клиник ҳолатларда юрак кон томир касалликларни олдини олиш буйича амалий куникмалар ҳосил қилиш;
- талабаларни юрак кон томир касалликлари профилактикаси буйича олган билимларини мустахкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- юрак-кон томир касалликлар хақида тушунча, касалликларни хавф омилларини;
- юрак-кон томир касалликлар классификацияси ва асосий клиник белгиларини;
- юрак-кон томир касалликларни диагностика усулларини;
- юрак-кон томир касалликларни олдини олиш буйича чора-тадбирларни куламини;
- юрак-кон томир касалликларга қарши ишлатиладиган препаратлар;
- юрак-кон томир касалликларининг асоратлари ва профилактикаси;

Талаба бажара олиши лозим:

- беморлар ва соғлом аҳоли билан суҳбат уюштиришни;
- кексаларда юрак-кон томир тизимида кечадиган узғаришларни;
- юрак-кон томир касалликларни олдини олиш буйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- юрак-кон томир касалликлари билан оғриган беморлар билан муомала қилишни;
- беморларга овқат рационини тушунтириб беришни;
- қариаларда соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш йўлларини ишлаб чиқишни;
- юрак-кон томир касалликларида беморларни парвариш қилишни;
- катта ва кекса ёшдагилар билан ишлашда этика ва деонтологияни асосий принципларини
- кекса ёшдаги беморларда касалликларнинг ахамиятли томонларини аниклаш
- юрак-кон томир касалликларида гериатрик беморларнинг асосий муаммо ва эхтиёжларини
- герофармакотерапия ва полиатив ёрдамнинг асосий томонларини
- юрак кон-томир касалликлари асоратлари кузатилганда 1-ёрдам курсатиш усулларини
- герогигиена ва геропсихологиянинг ахамиятини
- реабилитациянинг асосий томонларини

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу буйича нормал ва патологик анатомия, нормал ва патологик физиология, гистология, лаборатория иши, гигиена, хамширалик иши, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Юракнинг ишемик касаллиги

Таърифи. ВОЗ комитети маълумотларига биноан юракнинг ишемик касаллиги — тож артериялар тизимсидаги патологик жараёнлар натижасида миокардга қон етказилишининг камайиши ёки тўхтаб қолишига боғлиқ бўлган юрак мушагининг ўткир ёки сурункали зарарланишидир. ЮИК — тараккий этган мамлакатларда аҳоли ўлими сабабларидан бири ҳисобланади. Барча юрак қон томир касалликларининг 53-65% ни ташкил қилади.

Юрак қон томир касалликларидан умумий ўлим структурасида бу давлатларда 40-55% ни ташкил қилади. Ундан ташқари ЮИК энг кўп тарқалган патология ҳисобланади. Эпидемиологик маълумотлар ЮИК катта ёшдаги аҳоли уртасида 11-20% да учраши аниқланган. Ёш улғайиши сари ЮИК билан касалланиш ошиб бормоқда. Асосий сабаби — тож томирлар атеросклерози (90% дан кўп ҳолларда), шунингдек нерв-эмоционал зўриқиш ва стресс шароит натижасида тож артериялар ангиоспаз-мини кўзғатувчи омиллардир. Бу касаллик ривожланишига ташқи ва ички муҳитнинг турли-туман омиллари (хавф-хатар омиллари): гиперхолестеринемия, артериал гипертензия, чекиш, камҳаракат ҳаёт тарзи, ёғ босиши сабаб бўлади.

Юракнинг ишемик касаллиги ривожланишига тож артерияларнинг стенозлайдиган атеросклерози (аксарият) натижасида таъсирчан қон томирлар қон айланиши билан миокарднинг кислородга эҳтиёжи ўртасидаги номувофиқлик асос бўлиб хизмат қилади.

Юракнинг ишемик касаллиги патогенези:

- тож томирлар атеросклерози (90% дан ортиқ ҳолларда стенокардия ва миокард инфаркти сабабчиси ҳисобланади);
 - гипертония касаллиги;
 - ўткир вазомотор криз (тож томирлар спазми), бу айиқса чекувчиларга тааллуқли («чекувчиларда нафас қисиши»);
 - томир яллиғланиши касалликлари (захм аортити, панартериит, облитерацияловчи эндартериит, тугунчали периартериит, ревматик коронарит), ишемик юрак касаллигининг 3% дан кўп бўлмаган ҳоллари шу касалликлар улушига тўғри келади;
 - эмболияларда тож томирлар қон айланишининг ўткир бўзилишлари.
 - нейрогуморал таъсирлар — симпатик-адренал тизимнинг катехоламинлар чиқариш билан ўтадиган ортиқча активланиши;
 - миокарднинг кислородни ортиқча сарфлаши сабабли юрак иши кучайишига олиб келадиган ҳар хил омиллар, булар тож томирлар етишмовчилиги авж олишига олиб келади (нерв-эмоци-онал ва жисмоний зўриқиш, этиологияси ҳар хил тахикардия ва ҳ. к.);
 - ҳар хил стресс шароитлар.
- Кўрсатиб ўтилган сабаблар қўшилиб келганда ва бир неча хавф омиллари бирга учраганда юракнинг ишемик касаллиги билан касалланиш имконияти 2—3 марта ошади. Унинг сурункали турси кечиши стенокардия хуружлари билан характерланади.

СТЕНОКАРДИЯ

Таърифи. Стенокардия ёки қўқрак қисиши — юрак соҳасида, тўш орқасида, ўткир, хуружсимон оғриқ билан намоён бўладиган, чап қўлга, бўйинга, кураклараро бўшлиқда ўтадиган клиник синдромдир. «Стенокардия» атамаси фақат ўткир тож томирлар етишмовчилигини ифодалаш учун, «кардиалгия» термини эса қўқрак кафасидаги келиб чиқиши жихатидан турлича (ўраб оладиган темирлатки, қовурғалараро невралгия, миозит, плеврит, кардиоспазм ва б.) оғриқ сезгиларини ифодалаш учун қўлланилади.

Стенокардия асосини юрак мушагининг кислородга эҳтиёжи билан тож томирлар қон айланишининг муайян вақт ичида бу эҳтиёжни қониқтириш имконияти ўртасидаги номувофиқлик ташкил қилади.

Стенокардия — юрак ишемик касаллигининг турларидан бири, у касалликнинг бирдан-бир белгиси бўлиши мумкин ёки унинг бошқа турлари — кардиосклероз, постинфаркт

миокар-диосклероз, юракнинг сурункали аневризмаси билан бирга учраши мумкин.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Бекарор стенокардиянинг классификацияси (Браунвальд).

- I синф: илк бор келиб чиққан стенокардия (икки ойдан камроқ вақт давомида), оғир ва кучайиб боровчи стенокардия бўлиб, охирги икки ой давомида тинч ҳолатда ангиноз хуружларининг бўлмаганда.
- II синф: ярим ўткир стенокардия (бу тинч ҳолатдаги стенокардия бўлиб, охирги 48 соатдан 1 ойгача кузатилади).
- III синф: ўткир стенокардия (агар охирги 48 соат ичида ҳеч бўлмаганда битта ангиноз хуружи кузатилган бўлса).
 - ◆ A синф – касаллик қўзғатувчи иккиламчи омиллар (камқонлик, юқумли касалликлар, тиреотоксикоз) билан боғлиқ иккиламчи бекарор стенокардия.
 - ◆ B синф – бирламчи бекарор стенокардия.
 - ◆ C синф – инфарктдан кейинги стенокардия (миокард инфаркти ўтказгач, икки ҳафтадан камроқ вақтда).

III B – синф (бекарор стенокардия), тропонин – позитив ва тропонин – негатив вариантларга бўлинади.

Араб рақамлари ўтказилаётган даволаш ишларини кўрсатади.

- 1 – оз миқдордаги ёки умуман ўтказилмаган даво.
- 2 – барқарор стенокардияни стандарт даволаш (β -адреноблокаторлар, нитратлар, кальций каналларининг блокаторлари)
- 3 – максимал даво (максимал перорал антиангинал даво ва нитратларни парентерал юбориш).

Бекарор стенокардиянинг клиник турлари.

- Илк бор келиб чиққан стенокардия.
- Зўраяётган стенокардия – ангиноз хуружларнинг кўпайиши ёки унинг давомийлиги ошиши, шунингдек нитратлар самарадорлигининг пасайиши.
- Тинч ҳолатдаги стенокардия.
- Вариантли стенокардия (Принцметал стенокардияси) – кўпинча тинч ҳолатда ҳам юзага келадиган, чекиш қўзғатадиган ангиноз хуружлар. Патогенезда ўткир тож томирлар вазоспазмга алоҳида эътибор берилади.

Клиник маълумотлар ва назарий билимларга асосланиб, талаба қўйидагиларни билиши керак:

- 1) коронар томирлар зарарланиш характерини (тахминан) белгилай олиши (яллиғли, дистрофик, склеротик);
- 2) тахминий диагнозга асосан беморни текширишнинг асосланган режаини тузиши;
- 3) касалликнинг асосий диагностик мезонлари асосида батафсил диагнозни, стенокардиянинг кечиш вариантларини аниқлаши;
- 4) режа асосида, асосланган даволаш олиб бориши;
- 5) касаллик асоратлари, оқибатини, санаторий-курортда даволашга кўрсатмаларни, меҳнат қобилиятини аниқлаши.

Этиологияси. Ишемия касаллиги ривожланишида қўйидагилар муҳим роль ўйнайди:

— органик зарарланишлар (атеросклероз, ревматик, захмли ва бошқа этиологияли коронаритлар);

— тож томирлар қон айланиши идора этилишини бузадиган невроген омиллар (асабий зўриқиш, салбий ҳис-ҳаяжонлар, рухий травма ва б.);

— ҳар хил ички органлар томонидан рефлексор таъсир (холециститлар, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги), (ўпка касалликлари, диэнцефал-эндокрин бўзилишлар ва б.);

— стенокардия ривожланадиган фон (артериал гипертензия, қандли диабет, ёғ босиш ва б.) ва имкон берадиган омиллар (чекиш, ичкилик ичиш ва б.);

— генетик мойиллик, жинс, ёш ва касб-корнинг аҳамияти.

Патогенези:

— тож томирларнинг органик ва функционал ўзгаришлари натижасида юрак мушагининг кислородга эҳтиёжи билан коронар қон айланиши имконияти ўртасидаги номувофиқлик (трофика бўзилиши, миокард гипоксияси ва ишемияси);

— юрак—миокарднинг ортиқча ишлаши (функционал, ўта чарчаган юрак, «гипертония» ва б.);

— коллатерал қон айланиши етишмовчилиги;

— қон ивиш ва ивишга қарши тизимларнинг бўзилиши;

— катехоламинларнинг гистотоксик эффекти ва б.

Клиник манзараси

I. Субъектив маълумотлар. Шикоятлари:

1) юрак соҳасида ва тўш орқасида оғриқлар хуружи:

— оғриқ характери ва кучи — сиқадиган, кесадиган, босадиган, кўкракда қисилиш сезгиси ёки қаттиқ оғриқ;

— оғриқ иррадиацияси (кўчиши) — чап елкага, кураклараро-бўшликда, чап қўлга, камроқ — ўнг елкага, ўнг куракка, энсага, бармоқлар увишиб қолиши;

— хуруж частотаси — суткасига бир неча марта, ҳар куни, хуружларнинг камдан-кам бўлиши;

— пайдо бўлиш вақти — асосан тунги вақтда, тинч турганда, бемор ишга отланаётган пайтда, иқлим шароитларининг таъсири ва б.;

— хуружларга ҳаво етишмаслиги сезгиси, ҳарсиллаш, юрак уриши ва бошқалар кўшилиб келиши мумкин;

2) хуружлар пайдо бўлишини бемор ҳаяжонланиш, нерв-психик зўриқиш, хавотирланиш, кўп овқат ейиш, кечки овқатни кўп ейиш, қорин дам бўлиши билан боғлайди;

3) умумий шикоятлар:

— беморнинг хуруж вақтидаги хатти-ҳаракати (изтироблари, ўлим ваҳимаси, ҳаракатсиз туриши, оқариб кетиши ва б.);

— бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниши, баъзан қусиш

— валидол, нитроглицерин, валериана, аччиқ чой, кофе кабилар ичилгандан кейин хуруж тўхташи;

— мўл диурез, хуруж тўхтагандан кейин баъзан иш қобиляти тикланиши, умуман кайфиятнинг яхшиланиши;

4) асосий касаллик учун хос шикоятлар (тож томирлар атеросклерози, кардиосклероз, гипертония касаллиги ва б.).

II. Субъектив маълумотлар анализи, бемор анамнези.

III. Объектив маълумотлар:

— III умумий кўздан кечириш: беморнинг аҳволи, ўриндаги вазияти, лаблар цианози, рангпарлик, тинч турганда нафас қисиши ва юрак етишмовчилиги бўлганда шишлар, шунингдек асосий жараён учун типик маълумотлар ва б.; стенокардия хуружи вақтида бемор аҳволига баҳо бериш;

— коронар (тож) томирлар атеросклерозининг унинг кечиш вариантлари, жараённинг жойлашган ўрнига кўра клиник белгилари;

— юрак томонидан физикал ўзгаришлар — чап қоринча гипертрофияси, тонларнинг сусайиши, шовкинлар ва акцентлар-пайдо бўлиши, сурункали коронар етишмовчилик, шунингдек юрак, (чап-, ўнг қоринча ёки тотал) декомпенсацияси белгилари;

— артериал гипертензиянинг клиник белгилари: юрак томонидан перкутор ва аускультатив силжишлар, артериал босимнинг кўтарилиши ва «ошган босим»нинг бошқа симптомлари.

IV. Лаборатория, инструментал ва биохимиявий текшириш усуллариининг маълумотлари:

— биохимиявий текширишлар: холестерин, фосфолипидлар, липопротеинлар, қон оксил спектрининг, протромбин индекси ҳолати, қоннинг ивиш ва ивишга қарши

тизимлари омиллари;

— юракни электрон-оптик асбоблар, рентгенокимография ва бошқалар ёрдамида рентгенологик текшириш;

— ЭКГ да: гипоксия, «ишемик» ўзгаришлар, сурункали коронар етишмовчилик белгилари, ритм—қўзғалувчанлик, ўтказувчанлик функцияси бўзилишлари; ЭКГ да ўзгаришлар бўлмаслиги беморда стенокардия борлигини истисно қилмайди;

— яширин сурункали етишмовчиликни аниқлаш учун электрокардиографик нагрузкали синамалар (жисмоний ҳаракат билан синама қилиш, велоэргометрда, бўлмаларнинг электр стимуляцияси ва б.);

— коронар етишмовчилик диагностикасида фармакологик синамалар; изопреналин, дипиридамол, эргометрин, калий хлорид, нитроглицерин ва бошқалар билан;

— коронар ангиография, радионуклид усуллар (миокард ҳолати, миокардда анатомик ўзгаришлар борлиги);

- эхокардиография (юракнинг турли структуралари тўғрисида интурция олиш учун);
- вентрикулография
- коронароангиография
- радиокардиография
- компьютер томография

Стенокардиянинг атипик белгилари — оғриқнинг атипик жойлашуви, чап қўл мушагининг кучсизлиги, чап қоринча етишмовчилиги белгилари, аритмия хуружлари, оғриқлар билан бирга (юрак соҳасида, қоринда — кўпинча эпигастрал соҳда) кўнгил айншни, бош айланиши, кекириш, зарда қайнаши, терлаш, кайф бузуқлиги.

Стенокардиянинг типик турини диагностика қилиш унчалик қийинчилик туғдирмайди, бироқ баъзан ғоят мураккаб бўлади. Тўғри ва асосланган диагностика қилиш кўпгина омилларга боғлиқ:

— кечиш вариантлари, касалликнинг атипик белгилари тўғрисида етарлича тасаввурга эга бўлиш;

— клиник маълумотлар ва қўшимча текшириш усуллари натижаларини тегишлича анализ қилиш;

— стенокардия хуружининг асосий диагностик мезонлари ва хуружлараро давр клиникасини билиш;

— айрим касалликлар: миокард инфаркти, перикардитлар, аортал ва митрал юрак пороклари, ҳар хил этиологияли миокардитлар, тонзиллокардиал синдром, табиати ҳар хил миокардиопатиялар, вегетотомирлар дистонияси; ҳар хил этиологияли миокардиодистрофия; калқонсимон без патологияси (гипер-гипотиреозлар) билан асосланган Қиёсий ташхис ўтказиш.

Бундан ташқари, Қиёсий ташхисни айрим нокардиал касалликлар, яъни ҳар хил этиологияли «кардиалгиялар»: қовурғалар патологияси, ўраб оладиган темиртки, миоцитлар, плевритлар ва ўпка патологиялари, қизилўнгач спазмалари, кардиоспазмлар, диафрагма қизилўнгач тешигининг чурралари, калькулёз холецистит ва ички органларнинг бошқа касалликлари билан ўтказиш лозим.

Хозирги вақтда юрак ишемик касаллиги, хусусан стенокардия диагностикасида ва Қиёсий ташхиссида текширишнинг лаборатория-инструментал усуллари катта (баъзан эса ҳал қилувчи) аҳамиятга эга:

1) липид алмашинуви кўрсаткичлари;

2) ЭКГ — S — Т интервали пасайиши ва Т тишчаси инверсияси, баъзан учи ўткирлашган баланд Т тишчалар пайдо бўлади;

3) зуриқишлар билан синамалар (Мастер синамаси, тредмил — югурувчан йўлча ёрдамида велоэргометрия).

Зуриқишлар билан синамалар қўйидаги ҳолларда қилинмайди: бошдан кечирилган

миокард инфарк тида; юрак соҳасида тез-тез оғриқ хуружлари (стенокардия) бўлиб турганда, гемодинамика бўзилиши белгилари борлиги; юрак ритми бўзилишининг ҳар хил турлари; гипертония касаллиги; аорта оғзи стенози; юрак аневризмаси.

Зуриқишли синама натижаларига ВОЗ таклиф этган мезонлар бўйича қўйидагича баҳо берилади.

— ушбу синамани ўтказишда стенокардия хуружи авж олиши;

— ЭКГ да ST сегменти 1—2 мм юқорига ёки пастга силжиши, манфий Т тишча пайдо бўлиниши ва Р тишча вольтажи пасайиши;

— политоп қоринча экстрасистолияси ёки юрак ўтказувчанлиги бўзилишининг тез-тез юз бериб туриши;

4) коронар томирларнинг контраст ангиографияси қўйидаги беморларда ўтказилади:

— стенокардия учун атипик оғриқлари бўлган (тинч турганда ва нагрузкада ЭКГ нормал бўлгани ҳолда) ва липид алмашинуви кўрсаткичлари бузилган кишиларда;

— коронар етишмовчиликнинг муайян клиник белгилари бўлгани ҳолда, бироқ ЭКГ да тинч турганда ҳам, жисмоний нагрузкадан кейин ҳам ноаниқ ўзгаришлар бўлганда;

— сабаби ноаниқ юрак ритми бўзилишида;

— типик стенокардияси бор ёки илгари миокард инфарк тини бошдан кечирган шахсларда хирургик даволаш усулларини қўлланиш тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун;

5) миокардни сканнирлаш — миокардда қон таъминоти ҳолатини артериал капилляр тўр (майда артериялар ва капиллярлар) даражасида визуал аниқлаш мақсадида ўтказилади. Шу усул ёрдамида ишемия бўлган қисмни, унинг катта-кичиклигини ва аниқ жойлашган жойини, шунингдек ишемиянинг ифодаланганлик даражасини аниқлашга эришилади;

6) юрак ритмининг электр стимуляцияси сурункали коронар етишмовчиликни аниқлаш учун қўлланилади. Бунда беморларда тахикардияни сунъий равишда қўзғатиб, ЭКГ кўрсаткичлари, умумий ва юрак ичи гемодинамикаси ҳолати, биохимиявий кўрсаткичлар ўрганилади.

Диагнознинг тахминий таърифи: 1) юракнинг ишемик касаллиги: биринчи марта пайдо бўлган зўриқиш стенокардияси; 2) юракнинг пшемик касаллиги: зўриқиш стенокардияси, функционал I синф; 3) юракнинг ишемик касаллиги: зўриқиш стенокардияси ва тинч тургандаги стенокардия, функционал IV синф.

Давоси

1. Умумий тадбирлар: ҳаёт тарзини нормага келтириш, меҳнат ва турмуш режимини тартибга солиш. Жисмоний ва психоэмоционал зўриқишларни бартараф қилиш, чекишни ташлаш, парҳезга риоя қилиш — ёғ босишнинг олдини олиш, оптимал жисмоний активлик, бемор билан врачнинг бир-бирини тушуниши, оила ва коллективда нормал психологик шароит яратилиши.

2. Махсус терапия:

а) антиангинал воситалар:

— нитробирикмалар (амилнитрит, натрий нитрит, нитроглицерин, сустак, нитронг, эринит, нитранол ва б.);

— бета-адренорецепторларнинг блокаторлари (обзидан, тимолол, соталол, тразикор, альпренолол, атенолол, корданум, практолол, ацебуталол ва б.);

— кальций антагонистлари (нифедипин, верапамил ёки изоптин, дифрил ёки коронтин — фоли-кор);

— томир кенгайтирувчи препаратлар (курантил, параверин, но-шпа, эуфиллин, молсидомин);

б) антиатеросклеротик воситалар (мерказолил), гиполипидемик воситалар, метаболик таъсири бор препаратлар — анаболик стероидлар (ретаболил, неробол), калий оротат, рибоксин, кокарбоксилаза, панан-гин, В группа витаминлари ва б.);

в) психофармакологик терапия: седатив воситалар (валериана, бромидлар, Павлов ва Бехтерев микстура, карвалол, ноксирон, нитрозепа, ва б.);

- г) транквилизаторлар (андаксин, триоксазин, диазепам ёки седуксен, феназепам ва б.);
- д) нейролептиклар (аминазин, левомепромазин, трифтазин, френолон ва б.).
- 3. Зарурат бўлганда юрак, сийдик ҳайдайдиган, антиаритмик ва бошқа воситалар.
- 4. Асосий касалликни даволашга қаратилган тадбирлар, симптоматик терапия.
- 5. Касалликнинг кечиш вариантларини ҳисобга олган индивидуал ёндошиш, беморни хуруж вақтида ва у бўлмаганда даволаш.
- 6. Диспансер кузатуви.
- 7. Санаторий-курортда даволаш.

Профилактикаси: этиологик омилларни (атеросклероз, гипертония касаллиги ва б.) ва стенокардия пайдо бўлишига имкон берадиган бошқа омилларни бартараф этиш ва ўз вақтида даволаш; социал-соғломлаштирувчи тадбирлар (спорт, физкультура билан шуғулланиш, организмни чиниқтириш ва б.); чекишга, ичкиликбозликка, кўп овқат ейишга қарши кураш, ишхонада ҳам, оилада ҳам нормал психологик шароит яратиш ва б.

АНАЛИТИК КИСМ

Амалий машгулотда ечиш учун тестлар:

1. Ностабил стенокардия турларига кирмайди:

- #а) зуриқиш стенокардияси 4-функционал синфи
- б) илк бор пайдо бўлган стенокардия
- с) ушиб боровчи зуриқиш стенокардияси
- д) принцметал стенокардия
- е) спонтан стенокардия

2. ЮИКни хавфли омилларига кирмайди:

- а) наслий мойиллик
- б) қандли диабет
- с) артериал гипертензия
- #д) юкори зичлик липопротеидларнинг қупайиши

3. Зуриқиш стенокардияли беморда юрак етишмовчилиги бошланган. Самарали даволаш усулини курсатинг:

- а) бетта-блокаторлар+кальций антагонистлари
- в) нитратлар+кальций антагонистлари
- с) нитратлар+бетта-блокаторлар
- #д) таъсири узайтирилган нитратлар+диуретиклар+юрак гликозидлари
- е) диуретиклар+нитратлар

4. Стенокардия хуружида тил остига қуйиб ишлатиш мумкин:

- а) нитрамола
- в) ксантинола никотинат
- с) лидофлазин
- #д) молсидомин, қорватон
- е) дипиридамола

5. Стенокардия хуружини тухтатиш учун тил остига қуйиш мумкин:

- а) клофелин
- в) целанид
- #с) қоринфар
- д) пропранолола
- е) рибоксин

6. Стенокардия хуружи вақтида беморни ҳолати:

- а) ортопноэ ҳолат олади
- в) жой тополмай безовталанади

- #с) тухтаб, котиб колади
- д) оёкларини коринга эгиб ётган холда
- е) тизза тирсак холатда

7 Стенокардия хуружига ЭКГда кайси белги хос эмас:

- #а) Т-тишча изолинияда
- в) ST-сегментининг кутарилиши
- с) ST-сегментининг депрессияси
- д) манфий Т-тишчанинг пайдо булиши

8. ЮИК таснифида стенокардиянинг кайси тури йук:

- а) илк бор стенокардия
- #в) рецидивланувчи
- с) зурикиш стенокардия
- д) вариантли стенокардия
- е) прогрессивланувчи стенокардия

9. Ностабил стенокардия турларига кирмайди:

- #а) зурикиш стенокардияси IY-функционал синфи
- б) принцметал стенокардия
- в) бирламчи пайдо булган стенокардия
- г) спонтан стенокардия

Амалий машгулотда ечиш учун масалалар:

МАСАЛА-1 62 ёшли бемор куп йиллардан бери сурункали бронхит билан огрийди, унинг охирги кайталанишида кийинлик билан балгам ажралиб, кукрагида огрик пайдо булган, лекин ахволининг ёмонлашишига жисмоний зурикиш сабабчи булмаган. Нафас етишмовчилиги кучайиши натижасида «тез ёрдам» машинасида касалхонага келтирилган. Объектив текширилганда бемор озгин, лаблари кукарган, буйин веналари кенгайган, чап умров усти лимфа тугунлари катталашган. Упкада диффуз курук хириллашлар эшитилади. Нафас олиши минутага 30 марта. Юрак тонлари паст эшитилади. Юрак кискаришлари сони минутага 110 марта, А/Б-120/90. ЭКГда вольтажи пасайган.

1. Кайси асоратини тахмин килиш мумкин.
2. Кайси касалликлар билан диф.диагностика килиш керак
3. Тулик даволаш режасини баён килиб беринг

Жавоб:

1. Сурункали упка-юрак етишмовчилиги
2. Бронхиал астма, ЮИК, Миокард инфаркти
3. Юрак гликозидлари, эуфиллин, гепарин.

МАСАЛА-2. 65 ёшли инженер поликлиникага туш остида куйишувчи характердаги куп мартали киска вақтли огрикларга шикоят килиб мурожаат килди. Анамнездан: Куп йиллардан бери сигарет чекади. Огриклар узок юриш ва огирлик кутаришдан кейин пайдо булади. Клиник куриқда юрак-кон томир тизимида деярли узгариш топилмади. ЭКГ да Т тишчалар ясиланган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз
2. Тахминий текширув усули
3. Сизнинг маслахатингиз

Жавоб:

1. ЮИК. Стабил зурикиш стенокардияси II ФС.
2. ЭКГ нагрузка Билан
3. соглом турмуш тарзи ва чекишни ташлаш. Тугри овкатланиш

МАСАЛА-3. 67 ёшли беморни бир ойда буён вақти –вақти билан юрак соҳасидаги оғриқ, юракнинг нотекис уриши, бош айланиши, қисқа муддатга хушидан кетиш, хотирасининг пасайиши, безовта қилади. Анамнезида 5 йилдан буён юрак ишемик касаллиги билан оғрийди. Шу вақт ичида қон босими 160/95 мм.сим.уст. гача кўтарилиб турган. 2004 йилда инфаркт миокард ўтказган. Обьектив кўрикда: юрак чегараси чапга силжиган. Юрак тонлари бир оз бўғиқлашган, аорта устида II тон акценти. ҚБ 150/90 мм.сим.уст. ЭКГ да: Ритм синусли ЮУС бир дақиқада 50 та. Орқа деворда чандикли ўзгариш. Мониторда кузатилганда яққол намоён бўлган брадикардия, баъзан суправентрикуляр тахикардия, бўлмачалар титраши ва хилпиллаши пароксизми билан алмашиб келаётгани аниқланди

1. Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз

2.Кўшимча текшириш усуллари

3. Асосий даволаш

Жавоб:

1. ЮИК. Стабил зўриқиш стенокардияси III ФС. Инфарктдан кейинги кардиосклероз Синус тугуни холсизлиги синдроми (Шорт синдроми).
2. ЭхоКГ, ЭКГ динамикада, қон ивиш вақти, ПТИ.
3. Хирургик даво, кардиостимуляция урнатиш.

МАСАЛА-4. Бемор 64 ёшда, холецистэктомия ўтказилган. 20-нчи кунда кукрак соҳасида оғриқ, хансираш, қон тупуриш кузатилган. Температура 37,3⁰. Упка рентгеноскопиясида бир турдаги катта булмаган қоронгиланиш ўчоқлари топилган.

1.Ташхис

2. Бирламчи ёрдам.

3. Қайси касалликлар ҳақида ўйлаш мумкин

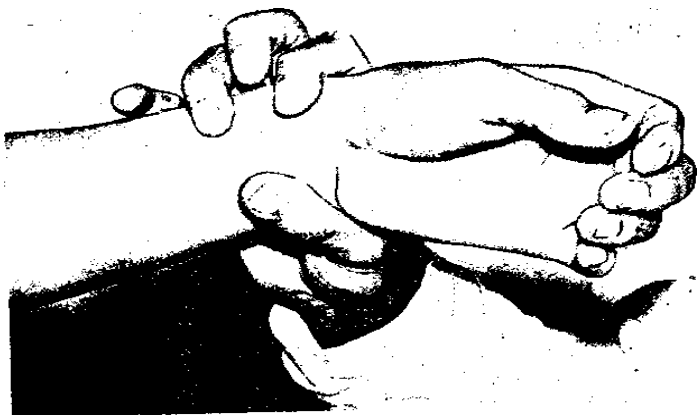
Жавоб:

1. Упканинг кичик калибрли томирлар тромбоземболияси
2. Даволаш: гепарин, тромболитиклар. Оғриқсизлантирувчи дори воситалар
3. Қон кетишлар билан кечадиган касалликлар

АМАЛИЙ КИСМ

Пульсни текшириш

Юрак қоринчалари қисқарганда қоннинг артериал системага ўтиши натижасида улар деворининг тебраниши ва диастола вақтида бушашиши туфайли пульс тулкини юзага келади. Пульс тулкини қоннинг томирлардаги ҳаракат тезлигидан 10—12 марта тезроқ артериал система бўйлаб тарқалади. Пульс (томир уриши)ни текшириш, унинг хусусиятларини аниқлаш, юрак фаолиятини урганишда катта аҳамиятга эга. Пульсни текширишнинг кенг тарқалган усули — пальпатор усулдир. Бу усулда пульсни билак, ўйку, чакка ва бошқа артерияларда текшириш мумкин. Шулар ичида энг қулайи пульсни билак артериясида текширишдир. Пульснинг хусусиятларини текширишдан олдин томир деворларининг ҳолатига эътибор бериш лозим. Бунинг учун врач 2- ва 4-бармоқлари билан билак артериясини билак бугимидан юқорироқда босади ва пульс уриши тухтагандан кейин урта бармоқнинг сирпанувчи ҳаракатлари билан томир деворларини текшириб куради. Соғлом одамда у юмшоқ, текис, лекин таранг бўлади. Фақат баъзи патологик ҳолатлардагина (атеросклероз) томирлар девори эластиклигини йукотиб, қингиркийшик йуналишга эга бўлади. Врач пульсни юқорида айтилганидек 2,3,4- бармоқлар билан



билак артериясини шу суякка босиб текширади. Текшириш иккала кулда бир вақтда олиб борилса, мақсадга мувофиқ. булади, чунки баъзи патологик ҳолатларда (билак ёки елка артерияларининг жойлашиш аномалияларида ёки аорта аневризмаси, усмалар билан сиқилиб қолганда) пульс тулкини турлича булади. Митрал клапан стенозида иккала кулда пульснинг турлича бўлиши Савельев — Попов симптоми деб аталади ва у умров ости артериясининг гипертрофияга учраган чап булмача билан қисилиб қолиши натижасида юзага келади.

Пульсни текшириш

Пульснинг иккала билакда бир хиллигини текширгандан сунг, унинг бевосита хусусиятларини урганишга утилади. Бунда пульснинг сони, ритми, туликлиги, таранглиги, катта-кичиклиги, шакли ва бошқаларга эътибор берилади.

Соглом одам пульсининг сони юрак уриш сонига мос келади, яъни бир минутда 60—90 марта булади. Пульс се-кундометрли соат ёрдамида чорак ёки ярим минут даво-мида саналади ва топилган сон 4 га ёки 2 га купайтирилади. Агар пульснинг ритми нотугри бўлса, унда бир минут давомида санаш лозим. Агар пульснинг сони 90 тадан ортиқ бўлса — тахикардия дейилади, 60 тадан камайиб кетса брадикардия деб аталади. Физиологик ҳолатларда кучли ҳаяжонланганда, оғир жисмоний иш қилганда, овқат егандан сунг томир уриши тезлашиши мумкин. Баъзи касалликлар — юрак етишмовчилигида, миокард зарарланганда, моддалар алмашинуви бузилганда, калконсимон без ортиқча ишлаганда, бемор иситмалаётганда ва бошқа ҳолларда ҳам юрак уриши тезлашади.

Соглом одамда пульс тулкилари бир хил вақт оралигида юзага келади. Буни тугри ритмли пульс дейилади, аксинча ҳолатини аритмик пульс деб аталади. Баъзан нормал ритмли пульс орасида қушимча кичикрок пульс тулкини ҳам учрайди ва ундан кейин навбатдаги пульс тулкинигача узунрок (компенсатор) пауза келади. Бу экстрасистолия (юракнинг навбатдан ташқари қисқариши) деб аталади. Бу баъзи ҳолларда шунчалик тез содир бўладики, юрак қоринчаси ҳали қонга тулмасиданок (буш) қисқаради ва натижада пульс тулкини юзага келмайди. Бундай ҳолларда юракнинг қисқариш сонидан томир уриш сони камрок булади. Буни пульс дефицита деб аталади. Бемор пульсини текширганда у худди тушиб қолгандек булади. Агар пульс ритмик равишда тушиб қолса, яъни экстрасистола маълум микдордаги ритмик пульс тулкинидан кейин юзага келса — бу аллоритмия дейилади. Бунда экстрасистола икки тулкиндан кейин келса — бигеминия, ҳар уч тулкиндан кейин келса — тригеминия, ҳар тўрт тулкиндан кейин келса — тетрагеминия дейилади. Томир уришининг таранглиги шу томирни пульс тухтагунча босиб учун сарфланган қучнинг даражаси билан белгиланади. Бунинг учун купрок қуч талаб қилинганда таранг пульс, агар енгил босишдан пульс тухтаса, юмшоқ пульс деб аталади.

Пульснинг тулалиги артериядаги қоннинг микдорига боғлиқ. Тулалиги буйича тула пульс ва буш пульс фаркланади. Қон айланиши қескин бузилганда, шок, қоллапс ҳолатларида, киши ҳаддан ташқари қўп қон йукотганда, пульс жуда кичик ва юмшоқ булади. Бундай томир уришини ипсимон пульс деб аталади.

Пульс қатталиги артерия деворининг систола вақтида қенгайиши ва диастола вақтида торайиши даражасига боғлиқ булади. Бу эса ўз навбатида юрак уриш ҳажмига ҳамда пульс босимига боғлиқдир. Юракнинг уриш ҳажми қатта бўлиб, артерияларнинг тонуси паст бўлса, пульс тулкинининг қатталиги ҳам ортади. Бундай пульс қатта пульс, акс ҳолда кичик пульс дейилади.

Пульснинг шакли ҳам ташхис қуйишда қатта аҳамиятга эга бўлиб, систола ва диастола даврида артериал системада босимнинг ўзгариш тезлигига боғлиқ булади. Пульс тулкини қанчалик тез қутарилса ва пастга тушса, пульс ҳам шунчалик тез сакровчи ва қўпинча баланд булади. Бу қўпинча аорта клапани етишмовчилигида, Базедов касаллигида, қучли ҳаяжонланганда қўзатилади. Агар пульс тулкини секин қутарилиб, секин пастга тушса, буни секин пульс - дейилади. Қўпинча унинг тулалиги ҳам кам булади. Бундай томир уриши аорта клапани стенозида, артериялар қучли склерозга учраганда қайд этилади.

Периферик қон томирлар тонуси пасайганда, айниқса бемор қучли иситмалаганда пульс тулкинининг пасайиш даврида, унинг янғидан қутарилиши натижасида юзага келувчи

дикротик пульс кузатилади. Бундай пульс диастола даврининг бошида аортадаги кон кисман оркага кайтиб, ёпик яримойсимон клапанларга урилиб, янги кичик тулкинини хосил килишдан юзага келади.

Ёпишкок перикардит касаллигида перикардиал чандиклар юзага келиши туфайли, бемор нафас олганда томир уриш сони камаяди, нафас чикарганда купаяди. Бундай пульс парадоксал пульс деб аталади.

Пульсни факат пайпаслаб текширибгина колмасдан, балки сфигмограф ёрдамида хам ёзиб олиш мумкин. Бундай асбобнинг махсус утказгичлари оркали томирлар деворининг тебраниш харакатлари электр сигналига айлантирилади ва кучайтириб ёзиб олинади. Сфигмограф утказгични тугридан-тугри томир устига жойлаштириш ёки манжетка оркали утказгичга улаш мумкин. Тананинг кайси кисмидаги пульс тулкинлари ёзиб олинисига караб, марказий (уйку, умров ости артерияларида) ва периферик (кул ва оёкларда) сфигмограммлар фарк килинади.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

Беморларни парвариш килишнинг ахамияти

Беморни парвариш килиш деганда асосий хаётий эхтиёжларни (ейиш, ичиш, харакат, ичакларни ковуки бушатиш в.х) кондиришда унга кумаклашиш, касаллик холатлари (кусиш, бугилиш, йуталиш турли хил огриклар) вактида ёрдам бериш тушунилади.

Парвариш бемор учун кулай шароит, ёкимли микроклим яратиш: хонада меъёридаги харорат ва ёруглик янги ва мусаффо хаво булиши, урин-бошларнинг кулай ва озода булиши, зарур маиший ашёлар, сигнализацияларни уз ичига олади.

Парваришлаш касаллик турига ва унга тайинланган даво тартибига боглик. Касаллик вактида инсон организмидаги аъзолар ва системаларнинг фаолияти бузилади: иштаха пасаяди, бедорлик, ухлаш мароми издан чиқади.

Даволаш хасталик билан курашишга каратилган булса, парвариш килишнинг вазифаси касалликга карши курашда организмнинг кучларини кувватлаб туришдан иборат. Беморни ётган хонасини шамоллатиб туриш, овкат билан таъминлаш, гигиеник шароитлар ва дам олиш, ухлаш учун кулайлик яратиш зарур. Уридан туролмайдиган айрим беморлар уялиб узларини хожатдан мажбуран тийиб турадилар ва шу билан ахволларини огирлаштирадilar. Иккинчи томондан карайдиган ходимларнинг куполлиги ва жирканиши беморга рухан таъсир килади. Баъзан касаллик давридаги парвариш хасталикнинг кандай натижа билан тугашини хал килади.

Биз бахтсиз ходиса содир булганда кишининг хаёт-мамоти зудлик билан курсатилган тиббий ёрдамга боглик эканлиги яхши маълум. Бунда кишининг хаёти саклаб колинади ва аста-секин согайиб боради. Даво килишнинг ахамияти баъзан купрок, баъзан камрок булади, айрим холларда эса «вакт - энг яхши табиб» дейилади. Парвариш эса доимо керак ва у канчалик яхши булса, бемор шунчалик тез согайиб кетади, даволаш натижалари шу кадар самарали булади. Бепарволик билан пала-партиш караш уз-уздан беморнинг нобуд булишига олиб келиши мумкин. Беморни клиник улимдан куткариш билан бирга гигиена коидалари купол равишда бузиладиган булса, бемор ёток яраларидан, нотугри овкатлантирилса (ич терлама) ичак тешилишидан, жуда совкотса ёки уринда харакатсиз ётаверса, зотилжамдан улиб колиши хам мумкин.

Яхши кор киладиган даво усуллари хали топилмаган касалликлар хам бор, бундай холларда беморнинг соглигини тиклаш ва унинг умрини узайтириш факат парваришга богликдир.

Беморларни парваришлаш 2 боскичга булинади:

А) Умумий.

Б) Махсус.

А) Умумий беморларни парваришлашга кандай касал булишига карамасдан курсатиладиган ёрдам тушунилади.

Б) Махсус беморларни парваришlashга эса кушимча курсатиладиган ёрдам тушунилади.

Хамма даволаш муассасаларида беморни даволашда 2 даражада хизмат курсатилади.

1-даражасида врач ва хамшира бевосита беморни даволаш, парваришlash ишлари хамширага юклатилади.

2-даражасида кичик тиббий ходимлар бемор ётган хоналарни тозалаш, беморларни гигиеник ванналар қабул қилишига ёрдам бериш, огир касалларга тувак тутиш ва уни зарарсизлантириш қиради.

Тиббий хамшира вазифалари.

Тиббиёт хамшираси имкони борича беморга ва унинг қариндошларига соғломлаштирувчи таъсирга эришиш керак. «Бемор тиббиёт учун эмас, балки тиббиёт бемор учун хизмат қилиши керак». Хамшира ишдаги уз вазифаларини пухта бажариши, беморлар билан муомалада одобли ва қамтар бўлиши, қамиша озода қийиниб юриши, пардоз-андозга берилмаслиги, энг инжик ва жиззаки беморлар билан қам умумий тил топа қилиши, беморларнинг ҳурмат-этиборини қозониши, бемор билан мулоқотда бўлганда унинг қасаллиги ҳусусида жуда эҳтиётқор бўлиши керак. Беморни яхши парвариш қилиш қасарият ҳаёт учун ҳавфли бўлган турли-туман асоратларнинг олдини олади.

Хамшира вазифалари.

- 1) беморга ҳуш муомалада бўлиш, этиқага амал қилиш
- 2) врач берган курсатмаларни бажариш
- 3) лаборатория учун анализ йиғиш
- 4) беморни рентген ва операцияга қабул қилиш ва қикариш ҳужжатларини таёрлаш
- 5) огир беморларни назорат қилиш ва овқатлантириш
- 6) палаталар, муолажа қонаси, санитар тугунлар тозалигини назорат қилиш
- 7) дорихонага талабнома ёзиш

Хамширанинг жойи алоҳида қона ёки қоридорда бўлади. Постларда дори-дармон сақланадиган шкаф, беморларни парвариш қилишда ишлатиладиган грелка, банка, зондлар, муҳалталар солинадиган алоҳида шкафлар бўлиши керак. Хамшира ҳар қандай озгина бемор аҳволидаги узғаришни тугри бақолаб, муолажа қилиш ёки шифокорга муружаат қилиши керак.

Беморга курсатиладиган парваришlash.

- А) Врач томонидан бўйрилган муолажаларни бажариш: дори бериш, инъекция қилиш, банка қуйиш, қорқичник қуйиш, зулук солиш ва бошқалар.
- Б) Шахсий гигиенага этибор бериш: беморни ювинтириш, қийимларини алмаштириш, ёток яралар қосил бўлишини олдини олиш.
- В) Палатада ёки бемор ётган қонада санитария-гигиеник қолатини сақлаш.
- Г) Тиббий қарта, муолажалар варақларини қуритиш.
- Д) Санитария – оқартув, тушунтириш ишларини олиб қориш.

Хамширалар, урта тиббиёт ходимлари қуйидаги муолажаларни уйда бажара олишлари керак:

1. Ошқозонни зонд орқали ювишни
2. Хукна қилишни (тозаловчи, томқили, сифон,озиклантирувчи)
3. Газ қикарувчи трубкалар қуйишни
4. Қинни ювишни
5. (қорқичник) қанталма, банка ва зулук солишни
6. дори моддаларини суртишни
7. мукул орасига, тери остига, вена ичига инъекция қилишни

8. компреслар куйишни
9. артериал босимни улчашни
10. жгут куйишни
11. сунъий нафас олдиришни
12. юракни ташки массажини
13. жарохат олганда, захарланганда, совук олганда, куйганда шифокоргача булган тиббий ёрдамни курсата олишни билиш
14. аутогемотерапия килишни
15. функционал синамалар утказишни (спирометрия)
16. томок, бурундан суртма олишни
17. физиотерапевтик муолажалар килишни
18. томокни артишни
19. кулокни ювишни (серный пробка булганда)
20. туберкулин тайёрлаш, туберкулин диагностикани билиши керак.

Касалхонада тиббий хамшира:

Puls-ни аниклаш, суткалик диурезни микдорини аниклаб уларни касаллик варакасига белгилаш, лаборатория анализларини жавобларини касаллик тарихига белгилаши, рентгенологик текширувлари, ЭКГ-электрокардиограмма жавобларини белгилаб бориши ва беморга буюрилган дори моддаларига талабномалар ёзиб уларни кабул килиб олиши керак.

Адабиётлар:

1. Э.Й.Косимов «Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати» Тошкент – 2002й. Ўқув қўлланма
2. А.С.Заликина «Беморларни умумий парвариши» Ташкент. Ибн Сино 1995й
3. А.Г. Гадаев “Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар туплами”. Тошкент-2010й
4. Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих медицинских сестер. Проект «Здоровье» Минздрава РУзб. 2003. 287 С.
5. Т.Ч.Чубаков, Э.Б.Фрике, В.Халики «Основы сестринского дела в семейной медицине» (1 – 2 том). Бишкек – 2003 г.(Электронный учебник)
6. Краснов А.Ф. «Сестринское дело» Москва – 2000 г. (I – II том) (Электронный учебник)

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

<http://www.mednavigator.com.ua>

<http://www.karelia.ru>

**Мавзу-5. Кекса ёшдаги беморларнинг юрак-кон томир тизими касалликларида
хамширалик иши
(Асс. Исламова К.А.)**

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: тиббиёт хамширасида зарур булган тиббий ва социал ёрдамида профессионал билимлар куникмаларни шакллантирган холда катта ва кекса ёшдаги беморларга хар томонлама тиббий ва социал ёрдамни курсатишни кучайтиришдан иборат. Тиббиёт хамшираларда қарияларда учрайдиган артериал гипертензияни инобатга олган холда катта ва кекса ёшдаги беморлар муаммолари ва эҳтиёжларини тугри талкин қилиш қобилиятини оширишдир.

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу буйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш;
- кекса ва қари беморлар билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш;
- артериал гипертензияни эрта аниклаш, текшириш ва даволаш буйича амалий куникмаларини ривожлантириш;
- реал клиник ҳолатларда артериал гипертензияни олдини олиш буйича амалий куникмалар ҳосил қилиш;
- талабаларни гипертония касаллигининг профилактикаси буйича олган билимларини мустахкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- гипертония касалликлар ҳақида тушунча, касалликларни хавф омилларини;
- гипертония касаллиги классификацияси ва асосий клиник белгиларини;
- гипертония касаллигини диагностика усулларини;
- гипертония касаллигини олдини олиш буйича чора-тадбирларни қуламини;
- гипертония касаллигига қарши ишлатиладиган препаратлар;
- гипертония касалликларининг асоратлари ва профилактикаси;

Талаба бажара олиши лозим:

- беморлар ва соғлом аҳоли билан суҳбат уюштиришни;
- кексаларда қон томирларда кечадиган узгаришларни;
- гипертония касаллигини олдини олиш буйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- гипертония касаллиги билан оғриган беморлар билан муомала қилишни;
- беморларга овқат рационини тушунтириб беришни;
- қарияларда соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш йўллари ишлаб чиқишни;
- гипертония касаллигида беморларни парвариш қилишни;
- катта ва кекса ёшдагилар билан ишлашда этика ва деонтологияни асосий принципларини
- кекса ёшдаги беморларда касалликларнинг ахамиятли томонларини аниклаш
- гипертония касалликларида гериатрик беморларнинг асосий муаммо ва эҳтиёжларини
- герофармакотерапия ва полиатив ёрдамнинг асосий томонларини
- гипертония касалликлари асоратлари қузатилганда 1-ёрдам курсатиш усулларини
- герогигиена ва геропсихологиянинг ахамиятини
- реабилитациянинг асосий томонларини

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу буйича нормал ва патологик анатомия, нормал ва патологик физиология, гистология, лаборатория иши, гигиена, хамширалик иши, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Гипертония касаллиги

Таърифи. Гипертония касаллиги — асосан юрак-томирлар системаси патологияси, артериал босимнинг барқарор ва авж олиб ошиши, кейин эса орган-морфологик ўзгаришлар билан кечадиган мураккаб бирламчи-функционал нерв касаллигидир.

Гипертония касаллиги ўрта, ёши улғайган ва кекса ёшга мансуб эркаклар группалари ва ақлий меҳнат кишилари орасида кўпроқ учрайди.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

АГ таснифи 18 ёшдан катталар учун 1 – жадвалда келтирилган:

- Хавфли омиллар ♦ Ёш (эркаклар 55 ёшдан, аёллар 65 ёшдан ошиши) ♦ Чекиш ♦ Липидлар алмашинуви бузилиши ♦ Умумий холестерин 6,5 ммоль/л.дан юқори (250 мг % дан юқори) ♦ Холестерин ЮЗЛП* 4 ммоль/л.дан юқори (155 мг % дан юқори) ♦ Холестерин ЮЗЛП 1 ммоль/л.дан кам (40 мг %) эркакларда 1,2 ммоль/л.дан (48 мг %) аёлларда ♦ Оила анамнезида эркакларда 55 ёшдан, аёлларда 65 ёшдан ёш бўлган вақтда юрак қон – томир касалликларидан ўлим ҳолатлари бўлганлиги, қорин кўринишида семириш (қорин айланаси эркакларда 102 см. дан ва аёлларда 88 см.дан ортиқ) ♦ СРО концентрацияси 1 мг % дан ортиқ.

1 – жадвал. 18 ва ундан юқори ёшдагилар учун қон босими кўрсаткичлари.

Тоифаси	Систолик АБ*	Диастолик АБ*
Оптимал	<120	<80
Меъёр	120 – 129	80 – 84
Ошган меъёр	130 – 139	85 – 89
1 – босқич (енгил АГ)	140 – 159	90 – 99
2 – босқич (ўрта АГ)	160 – 179	100 – 109
3 – босқич (оғир АГ)	>180	>110
Чекланган систолик АГ	>140	<90

- Хавф омилларининг стратификацияси. Бунинг учун хавф омиллари ва мўлжал – аъзоларнинг зарарланиши ҳамда ассоцияланган клиник ҳолатларни баҳолаш лозим (2 – жадвал).

2 – жадвал. АГ билан хаста беморларда хавф стратификацияси

Бошқа хавф омиллари ва касалликлар	АГ ТОИФАСИ				
	Меъёрий АБ	Кўтарилган меъёрий АБ	1 даража	2 даража	3 даража
Қолган хавф омиллари йўқ	Ўрта	Ўрта	Паст	Мўътадил	Юқори
1–2 хавф омили	Паст	Паст	Мўътадил	Мўътадил	Жуда юқори
3 ва ундан ортиқ хавф омиллари ёки мўлжал – аъзоларнинг зарарланиши ёки ҚД	Мўътадил	Юқори	Юқори	Юқори	Жуда юқори
Ҳамроҳ ассоцияланган клиник ҳолатлар	Юқори	Жуда юқори	Жуда юқори	Жуда юқори	Жуда юқори

- 10 йил давомида юрак – томир касалликларининг ривожланиш хавфи:
 - ◆ Паст қўшимча хавф – 10 йиллик хавф 15 % дан кам (Фремингем мезонларига асосан) ёки 4 % дан кам.
 - ◆ Паст қўшимча хавф – 10 йиллик хавф 15 – 20 % (Фремингем мезонларига асосан) ёки 4 – 5 %.
 - ◆ Юқори қўшимча хавф – 10 йиллик хавф 20 – 30 % (Фремингем мезонларига асосан) ёки 5 – 8 %.
 - ◆ Жуда юқори қўшимча хавф – 10 йиллик хавф 30 % дан кўп (Фремингем мезонларига асосан) ёки 8 % дан кўп.

ВОЗ экспертлар комитети эссенциал гипертонияни қуйидаги босқичларга бўлишни мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайди:

— I — юрак-томирлар системасида органик ўзгариш белгилари бўлмаган юқори артериал босим;

— II — бошқа органик зарарланиш белгилари бўлмаган юқори артериал босим юрак гипертрофияси билан;

— III — гипертензия сабабли ички органларнинг органик зарарланиш белгилари бўлган юқори артериал босим.

Бундан ташқари, гипертония касаллигининг беморларнинг ренин-натрий профилини ўрганишга асосланган классификацияси маълум (Шхвацабая И. К., 1982). Касалликнинг гиперренин, норморенин, гипоренин формалари фарқ қилинади. Гиперренин гипертензия энг оғир кечади.

Клиник маълумотлар ва назарий билимларга асосланиб, студент қуйидагиларни билиши керак:

1) асосий жараённинг асосан жойлашган ўрнини, яъни ҳаётини муҳим органлар (бош миё, юрак, буйрақлар) зарарланишини аниқлаш;

2) тахминий диагнозга биноан асосланган текшириш планини тузиш;

3) қуйидагилар асосида диагнозни узиш-кесил аниқлаш:

— «гипертоник синдром» патогенези ва унинг давларини билиш;

— асосланган дифференциал диагностика ўтказиш, аввало симптоматик гипертензиялар ва бошқалар билан;

4) касаллик босқичи, касалликнинг кечиши, эҳтимол тутилган асоратлар ва қўшилиб келадиган касалликларни ҳисобга олиб, мақсадга мувофиқ даволаш.

Этиологияси ва патогенези:

— касалликнинг И. П. Павлов таклиф қилган, Г. Ф. Ланг асослаб берган невроген асоси (касаллик кўп сонли омиллар таъсири остида, психоэмоционал чарчаш, ортикча ёки ноадекват ҳал этилмаган психоэмоционал кўзголишлар таъсирида ривожланадиган ўзига хос томир-ҳаракат марказлари неврози сифатида қаралади);

— томирлар бошқарилиши олий марказларининг трофикаси, метаболизми ва дисфункцияси бузилишининг аҳамияти, миё ишемияси ва диэнцефал-гипоталамус структураларининг ёшга оид қайта қурилиши. Марказий нерв системаси метабolik-гипоксик зарарланишларининг роли. Невр системаси типининг аҳамияти (гипертензия аксарият нерв жараёнлари кучли одамларда кузатилади);

— эндокрин системанинг роли (гипофиз, буйрак усти бези, вазопрессин, адреналин, кортикостероидлар ортикча ишланиши);

— мойил қиладиган омиллар роли: ёш улғайганлиги, жисмоний фаолликнинг етарли эмаслиги, одатдаги заҳарланишлар (алкоголь, чекиш), овқатланиш хусусиятлари, илгари бошдан кечирилган буйрак, нерв ва эндокрин система касалликлари, аллергик ҳолатлар, модда алмашинуви касалликлари, ёғ босиши ва б.

Артериал босим ошиши патогенези икки йўл билан тушунтирилади:

— гемодинамик йўл — майда артериялар бўшлиғи бевосита торайиши натижасида;

— гуморал йўл — прессор таъсир кўрсатадиган биохимиявий маҳсулотлар (ренин ва б.) ажралиши, электролит хемостаз— натрий ва калий бузилиш.

Патологик анатомияси. Қуйидаги органларда ўзгаришлар юз беради:

— жараён жойлашган жойга кўра томирларда — интима липоидози, атеросклеротик пиллакчалар, гиалиноз, некротик ўзгаришлар, томирлар торайиши, артериосклероз (касалликнинг босқичи ва фа-засига, кўшилган ёки бирга келган атеросклероз босқичига кўра);

— бош миёда — томирлар зарарланиши, қон қўйилиши, миё юмшаши, нерв ганглиоз хужайраларда атрофик ўзгаришлар, аневритлар ва кўз туби томонидан ўзгаришлар ва б.;

— юрак—гипертрофия, тож томирлар атеросклерози белгилари, кардиосклероз, чандикли ўзгаришлар ва б.;

— буйракларда — нефроангиосклероз, бирламчи-бужмайган буйрак белгилари, кўп сонли майда қон қўйилишлар, каналчаларда дегенератив силжишлар ва б.

Клиник манзараси. Касалликнинг клиник белгилари касаллик босқичига, турсига, жараён кечишининг оғир-енгиллигига ва бошқаларга боғлиқ.

1. *Субъектив маълумотлар.* Шикоятлари:

- бош оғриғи; бош айланиши;
- қулоқда шовқин, кўз олди жимиралиши;
- кўришнинг бўзилиши, кўр бўлиб қолиш мумкин (тромбоэмболия асоратларида);
- юрак соҳасида ёқимсиз сезги ва оғрик;
- нафас қисиши, «бўғилиш» синдроми бўлиши эҳтимол (чап қоринча етишмовчилигида);
- юрак уриши, нотекис ишлаши;
- инжиклик, уйқусизлик, ҳамма нарсадан гумонсираш;
- умумий беҳоллик, иш қобилияти, хотира сусайиши ва б.;
- касалликнинг турли асоратларига, юрак декомпенсацияси, бирга келадиган касалликлар учун хос шикоятлар.

II. *Субъектив маълумотлар анализи* («босим ошиши» шикоятлари, симптомлари, даволаш тадбирлари, ўтказиладиган терапия таъсирчанлиги, касаллик нима билан боғлиқ: касб-кор, яшаш жойи, меҳнат шароитлари, ишдаги ва оиладаги шароит, зарарли одатлар, ирсият ва б.).

III. *Объектив маълумотлар.*

1. Артериал босим: босим максимал ёки систолик ошган, 160 дан 240 гача ва бундан юқори, минимал ёки диастолик босим симоб устунини ҳисобида 95 дан 140 мм гача ва бундан юқори.

2. Қатор органлар ва тизимлар, аввало юрак-томирлар тизимси томонидан ўзгаришлар касалликнинг II босқичидан бошлаб аниқланади. I босқич учун асосан субъектив маълумотлар (функционал характердаги силжишлар) хос.

Юрак-томирлар тизим:

- артериал босим ошиши;
- пульс ритмик, аритмик, таранг, тахикардия;
- юрак гипертрофияси чапга йўналган, томирлар дастаси кенгайган;
- митрализация симптомлари — I тон сусайиши ва юрак учида систолик шовқин, аорта устида II тон акценти, касалликнинг кечикқан босқичларида баъзан митрал клапаннинг органик характердаги етишмовчилиги шаклланади;
- тож томирлар (тож томирлар атеросклерози кўшилганда) ва юрак етишмовчилиги белгилари (кардиосклероз натижасида);

Нерв тизими:

- артериал босим ошиши ва «ошган босим» симптомлари;
- бош оғриғи, эшитувнинг пасайиши, қулоқларда шовқин, уйқу бўзилиши ва б.;
- хотира пасайиши, кўриш қобилияти ёмонлашуви;

- тез ўтадиган гемипарезлар, мия қон айланишининг динамик бўзилишлари;
- психозлар, алаҳлаш ҳолатлари, эпилептиформ тутқаноқлар;
- мияга қон қўйилиши, гемиплегия ва б.;
- кўз туби ўзгариши, тўр парда томирлари артериосклерози, томирлар эластиклигини йўқотади, уларнинг калибри бир хил эмас мис ёки қумуш сим симптомлари, тўр парда томирлари артериосклерозига хос белги — торайиши сабабли уларнинг буралма шаклга кириши, артериовеноз чорраҳалар пайдо бўлиши (I, II ва III даражали Салюс симптоми), тўр пардага қон қуйилганлиги, баъзан тўр парданинг кўчиши ва кўрув нерви атрофияси.

Буйракдаги ўзгаришлар:

- артериал босим ошиши ғоят юқори кўрсаткичларга етади, барқарор туради, гипотензив препаратлар таъсири жуда кам бўлади хавфли ўтиши билан ажралиб туради;

- сийдик синдроми (гематурия, протеинурия, цилиндрурия, солиштирама оғирлигининг аста-секин камайиши);

- кечикқан босқичларида: буйрак функцияси бўзилиши — концентрацион хусусияти пасайиши, нефроангиосклероз ёки бирламчи-бужмайган буйрак натижаси сифатида азотемия ва буйрак етишмовчилигининг бошқа аломатлари.

Қолган органлар ва тизимлар (ўпка, жигар, меъда-ичак йўллари ва б.) томонидан ўзгаришлар одатда касалликнинг III босқичида, айниқса декомпенсация босқичида аниқланади.

IV. Лаборатория, рентгенологик ва бошқа текшириш усуллари маълумотлари:

- периферик қон — патологиясиз ёки гемоглобин, эритроцитлар миқдори пасайиши ва анемиянинг бошқа белгилари бўлиши мумкин; эритроцитоз ва полиглобулия камрок топилади;

- сийдик: солиштирама оғирлиги ўзгариши, Зимницкий синамаси, протеинурия, микрогематурия, баъзан цилиндрурия ва гипертония касаллигининг бошқа ренал турси белгилари;

- функционал синамалар маълумотлари бўйича буйрак турли функцияларининг ўзгариши:

- биохимиявий силжишлар кузатилмайди ёки кечикқан босқичларда аниқланади (альбуминлар миқдори камайиши ва глобулинлар миқдори ошиши, шунингдек бирламчи бужмайган буйрак ривожланганда қолдиқ азот, мочевиная ва бошқалар ҳисобига гиперхолес-теринемия, диспротеинемия);

- асосий алмашинув ошиши, қалқонсимон без функцияси кучайиши, гипергликемия ёки унга мойиллик, сув-туз алмашинуви кўрсаткичларининг ўзгариши мумкин;

- рентгенологик текшириш, чап қоринча гипертрофияси, аорта кенгайган ва узунлашган, букилган;

- капиляроскопияда, спастик қисқарган артериал тирсакнинг буралганлиги;

ЭКГ: аввалига силжишлар бўлмайди, кейинчалик электр ўқининг чапга оғиши, S—T интервали пасайиши, I ва II стандарт усулларда манфий тишча пайдо бўлиши кузатилади. QRS комплекси кенгайиши ва миокард дистрофияси, тож томирлар ва юрак етишмовчилигининг бошқа белгилари, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бўзилишлари бўлиши мумкин.

Гипертоник криз таърифи. Гипертоник криз касалликнинг кескин, озми-кўпми вақтга чўзиладиган қўзиши бўлиб, артериал босимнинг анчагина, ўткир юзага келадиган ошиши, нерв-томирлар бўзилишлари ва гуморал реакциялар билан характерланади. Гипертоник кризлар гипертония билан касалланган беморларнинг 8—34% ида кузатилади.

М.С. Кушаковский (1982) гипертоник кризларни қўйидаги турларга ажратди:

нейровегетатив, сув-туз алмашинуви бузилиши билан намоён буладиган, талвасали тури (энцефалопатия).

Адекват тез ёрдам курсатиш мақсадида марказий гемодинамиканинг хусусиятларига қараб гипертоник кризлар гиперкинетик ва гипокинетик турлари тавофут қилинади. Гиперкинетик вариантыда АҚБ кутарилиши юракнинг ҳаддан ташқари ишини, яъни юрак

индексининг ошиши билан боғлиқ булса, гипокинетик турида АҚБ ошиши асосан томирлар периферик қаршилиги ошиши билан намоён булади. Шу сабаб гипертоник кризлар 1-2чи тип ва асоратланган турларига булинади. Ёрдам кўрсатишга қараб шошилиш ва тез ёрдам даволаш турлари ажратилади. Шошилиш равишда АҚБни пасайтириш фақат «нишон» органлари томонидан кузатиладиган ва авж олиб бораётган асоратлар кузатилганда кўрсатилади. Буларга қўйидагилар киради:

1. куз тубидаги яққол ўзгаришлар (қон қуйилишлар, экссудатлар, курув нерви дискининг шиши)
2. юрак зарарланиши (упка шиши, миокард ишемияси ёки инфаркти)
3. Марказий нерв системасининг бузилиши (бош оғриши, рухий ҳолатнинг ўзгариши, талвасалар, кома)
4. Буйрак зарарланиши (гематурия, қонда креатининнинг ошиши)

Кўрсатилган барча ҳолатларда қон босимини аста - секин бир соат мобайнида тушириш лозим, қолган ҳолатларда «нишон» органларнинг минимал ўзгариши кузатилганда қон босимини жуда секинлик билан аста-секин тушириш керак.

Клиник манзараси ва гемодинамик бўзилишларга кўра кризларнинг иккита типи фарқ қилинади:

— биринчиси (қонга адриналин отилиб чиқиши билан боғлиқ бўлган) — бирмунча енгил ва қисқа муддатли гипертония касаллигининг илк босқичлари учун хос. Тўсатдан ривожланади, қаттиқ бош оғриғи, кўзғалишдан бошланади, оёқ-қўллар титраши, тахикардия, юрак соҳасида оғрик, ҳарсиллаш, баъзан гипертермия, гипергликемия, артериал босимнинг кескин ошиши қайд қилинади. Давомлиги — бир неча минутдан бир неча соатгача;

— иккинчи типи (қонга норадреналин отилиб чиқиши билан боғлиқ бўлган) — бирмунча оғир, аксарият гипертония касаллигининг кечикқан босқичларида кузатилади, аста-секин бошланади ва бирмунча давомли — бир неча соатдан 3—5 кунгача кечади. Беморларда церебрал бўзилиш белгилари: кўнгил айланиши, қайт қилиш, амнезиялар, гемипарезлар, эшитиш, кўришнинг ёмонлашуви кабилар қайд қилинади. Юрак соҳасида оғрик, бўғилиш хуружлари пайдо бўлади, артериал босим, айниқса диастолик босим кескин ошган, сакраш ритми, брадикардия бўлади. ЭКГ да S—T интервали пасайиши, T тишчанинг манфийлиги ва юрак бўлимлари зарарланишининг даражасига кўра кўрсаткичларининг бошқа ўзгаришлари кўринади.

Гипертония касаллигининг кечиш вариантлари ва босқичлари таърифи.

I. Секин авж олиб кечиши.

А. Гипертония касаллигининг I босқичи артериал босимнинг, аксарият психик зўриқиш ва эмоциялар таъсири остида доимий бўлмаган ва нисбатан юқори бўлмаган ошиши билан характерланади. Функционал характердаги шикоятлар. ЭКГ да ўзгаришлар йўқ. Кўз тубида — тўр парда томирлари ангиопатияси ҳодисалари. Юрак ва буйраклар томонидан алоҳида патология аниқланмайди. I босқич давомлилиги узоқ муддат, баъзан 10—15 йилгача боради.

Б. Гипертония касаллигининг II босқичи касалликнинг клиник турларига (кардиал, церебрал, буйрак ва аралаш) боғлиқ ёрқин клиник белгилари билан характерланади. Артериал босим лабил ёки стабил бўлиши мумкин. ЭКГ да, кўз тубида аниқ ўзгаришлар.

В. Гипертония касаллигининг III босқичи юрак функциясининг аста-секин бўзилиши (димланиш ҳодисалари, юрак астмаси, ритми бўзилиши ва б.), буйрак (буйрак етишмовчилиги), бош мия (эс-хуш айланиши, мия инсультлари ва б.) бўзилиши билан ўтади. Кўз тубида рўй-рост ифодаланган ўзгаришлар.

II. Тез авж олиб кечадиган ёки «хавфли гипертония» ёш кишиларга хос: ўткир бошланиши, артериал босимнинг кескин кўтарилиши, юрак соҳасида ангиноз оғриқлар, юрак астмаси хуружлари, орқа мия суюқлиги босими ошиши, нейроретинопатия белгилари билан кўрув нерви сўрғичи шиши, қон қуйилиш ўчоқлари, буйраклар, юрак, мия функциясининг бўзилиши билан ажралиб туради. Беморлар касалликнинг бошидан ҳисоблаганда 3—5 йил ўтгач: аксарият — уремия ва юрак етишмовчилигидан, камроқ — инсультдан вафот этадилар.

Қарияларда артериал гипертензия белгилар билан намоён бўлади. Бемор 60 ёш ва ундан юқори ;аорта ва унинг асосий тармоқлари эластиклигининг пасайиши; систолик босимнинг алоҳида ёки номутоносиб ошиши; бемор қон босими кутарилишини нисбатан чхши ўтказилиши ва хавфсиз кечиши; систолик босимни 160дан диастоликни 90 мм.с.м.ус гача бўлишиш; аортада II тон аксинти ва кураклар орасиги узатилувчи дағал систолик шовқин.

Асоратлари: ўткир ва сурункали коронар етишмовчилик (стенокардия, миокард инфаркти); кардиосклероз, юрак етишмовчилиги (чап-ўнг қоринча етишмовчилиги ва тўлиқ етишмовчилик), юрак ритми ва ўтказувчанлигининг оғир бўзилишлари; мия инсульта; психозлар, психика бўзилишининг ҳар хил турлари; бирламчи-бужмайган буйрак, буйрак етишмовчилиги — уремия; тўр парда кўчиши — кўр бўлиб қолиш ва б.

Оқибати: гипертония касаллигининг I ва II А босқичида яхши кечикқан босқичларида у ёмонлашади; тез авж олиб кечишида ва касаллик асоратлари бўлганда ёмон ёки оғир бўлади.

Қиёсий таъхис: кўйидаги симптоматик гипертензияларни истисно қилиш зарур:

— буйракка алоқадор: гломерулонефрит, пиелонефрит, систем васкулит, бош буйрак артерияларининг окклюзион зарарланиши, буйракларнинг ривожланиш нуқсонлари;

— марказий нерв тизимсининг органик зарарланишига алоқадор шикастлар, энцефалитлар, мия ўсмаларида;

— эндокрин патологиядан келиб чиққан: буйрак усти безлари, гипофиз ўсмаларида, токсик буқоқ, климаксыда;

— гемодинамик: аорта атеросклерози, аорта бўйни торайиши, аорта ва унинг тармоқлари панартериити, димланиш гипертензияси, полицитемия ва б.

Диагнознинг тахминий таъриф: 1) гипертония касаллиги, секин авж олиб кечиши, I босқичи; 2) гипертония касаллиги, секин авж олиб кечиши, II босқичи, асосан юрак зарарланиши билан; 3) гипертония касаллиги, тез авж олиб кечиши, III босқичи, юрак ва мия зарарланиши билан. Асоратлари — НIIА, тинч тургандаги стенокардия, мия қон айланишининг динамик бўзилиши; 4) гипертония касаллиги, тез авж олиб кечиши, III босқичи, аралаш турси (юрак, мия, буйраклар зарарланиши билан). Асоратлари — кардиосклероз, инсультнинг қолдиқ ҳодисалари, нефроангиосклероз, нейроретинопатия, НЦБ, сурункали буйрак етишмовчилиги.

Даволаш

Қарияларда учрайдиган артериал гипертензияни даволаш

Умумий тамойиллари

- Ҳатто алоҳида учрайдиган систолик АГ да ҳам чораларини қўллаш лозим
- Кўп ҳолларда дориларсиз даволаш самара беради
- Қарияларда ош тузи истеъмол қилишни чегаралаш ёшларга нисбатан бирмунча кўпроқ ижобий натижа беради
- Дорилар билан даволаш терапевтик дозанинг ярмидан бошланади
- ҚБ аста секин пасайтирилади
- 70 ёшдан ошган, жиддий ёндош касалликлари бўлмаган беморлар ёшлар каби даволанилади
- Қарияларда гипотензив дориларнинг ножўя таъсири яққолроқ номоён бўлади
- Улар купинча ХБ га таъсир қиладиган-НЯКВ. Паркинсонизмга қарши дорилар, фенотиазин унумлари қабул қилишларини ёдда тутиш лозим

Қарияларда АГ ни дорилар билан даволаш тамоёиллари

Кексаларда учрайдиган АГ ни даволашда ҚА дан дигидропиридин гуруҳи(нефидипин ёки унинг анологлари кунда 40 мг) биринчи қаторда туради. Улар бир оз сийдик ҳайдаш хусусиятиги эга бўлиб паст ренинли АГ ни даволашда яхши таъсир қилади ҳамда артериалар

деворини қисқарувчанлигини оширириб, бош мияда ва буйракларда қон айланишни яхшилайти. Кальций антоганистлари икки авлодига мансуб бўлган ўзоқ таъсир этувчи дорилардан фойдаланиш қулай ва самаралидир. Кекса ёшдаги беморларни даволашда алфа-1 адреноблокаторларни жуда эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим, чунки улар бош мия ишемияси билан кечувчи ортастатик гипотензияга олиб келиш мумкин.

Кекса ёшдаги аксарият беморлар учун диуретиклар асосий даволаш воситаларидан бири ҳисобланади. Уни кичик дозаларда тиазид гуруҳидаги (гидрохлор тиазид 12.5-25мг) дорилардан бошлаш мақсадга мувофиқ. Чунки шунда улар углевод ва ёғ алмашинувига таъсир етмайди ва кексалар орасида юрак қон томир касалликлари оқибатида келиб чиқадиган ўлимни камайтиради. Гипокалеимия ҳолатида уни бартараф этиш учун калий препаратларини эмас балки уни сақловчи диуретик воситаларни ёки таркибида тиазид ва калий бўлган диуретикларни бирга қўллаш тавсия этилади. Шу билан бир қаторда қарияларда диуретикларни қовуқ дисфункциясини кучайтиришини (масалан сийдик туталоқмаслик) унутмаслик лозим.

АГ стенокардия билан бирга кечганда ва диуретикларни қўллашга қарши кўрсатма бўлганда кичик дозаларда бетта-адреноблокаторлар тайинланади. Алоҳида систолик АГ да (айниқса юрак етишмовчилиги мавжуд бўлганда) ААФИ, АРА ва КА яхши самара беради.

1. Беморларни касалхонага ётқизиш (зарурат бўлганда).

2. Касалхона режимида риоя қилиш (дам олиш, уйку, руҳий ором ва б.).

3. Парҳез режимида риоя қилиш: холестеринга бой маҳсулотларни (ёғли гўшт, ёғ ва б.) чегаралаш, гўшти шўрва, қайла ва шўр таомлар ман қилинади. Овқат витаминлар (А, В, С, Р), калий тузларига (диета № 15) бой бўлиши керак.

4. Гипотензив воситалар қўлланиш. Улар таъсир механизмига кўра шартли равишда учта гурӯпага бўлиниши мумкин:

— вегетатив нерв тизимси симпатик қисми функциясини тормозлайдиган препаратлар — нейротроп моддалар: асосан марказий (альфаметилдон, катапресан, моноаминоксидаза ингибиторлари) периферик таъсири бўлган симптоматик воситалар ва ганглиоблокаторлар: марказий ва периферик таъсир қиладиган (раувольфия препаратлари, (β-адреноблокаторлар);

— систем қон оқими артериолалар силлиқ мушакларига таъсир қиладиган препаратлар (миотроп воситалар): дибазол, гидралазин, диазоксид, миноксидин, натрий нитропруссид ва б.;

— ҳужайра ичидаги натрий ва сувни чиқаришни кучайтирадиган препаратлар (диуретиклар): тиазид препаратлар (гипотиазид, циклометиазид, оксодолин); калийни эҳтиётлайдиган препаратлар (альдактон, верошпирон, триамтерен); Генле қовузулоғи диуретиклари (фуросемид, бринальдикс, этакринал кислота).

5. Зарурат бўлганда юрак препаратлари (айниқса кардиал турсида ва асоратлар ривожланганда — чап қоринча (айниқса қон белгиларида ва.х. к.), сийдик ҳайдовчи воситалар (айниқса қон айланиши етишмовчилиги билан шишлар ривожланганда ва б.).

6. Коронар томирларни кенгайтирувчилар: нитроглицерин, сустак, эринит, тринитролонг, нитронг (таблеткалари ёки 2% ли мази), ломилан, натрий нитрит, интенкордин (интенсаин), курантил, шунингдек ментол, валидол, корвалол.

7. Симптоматик терапия (анальгетиклар, витаминлар билан даволаш, зулук солиш, қон олиш, оёқда иссиқ ванналар ва бошқа даволаш тадбирлари).

8. Гипертоник кризларни даволаш масалалари алоҳида эътиборга лойиқ:

а) дори-дармонлар билан даволаш — оғир ва асоратланган турларида артериал босимни зудлик билан тушириш мақсадида:

— ганглиоблокаторлар: пентамин — 0,2—0,5 мл дан (2 мл гача) 5% ли эритмаси мушак орасига ёки венага 20 мл физиологик эритмада ёки 5 % ли глюкоза эритмасида, аста-секин, бензогексоний — 0,5—1 мл дан 2,5% ли эритмаси мушак орасига ёки тери остига (қунига

3—4 мартадан); имехин — бир йўла 0,5—0,7—10 мл дан 1% ли эритмаси 5—7—10 мл изотоник эритмада ёки 5% ли глюкоза эритмасида венага, аста-секин (томчилаб, аста-секин юбориш мумкин);

— альфа-адреноблокаторлар: тропafen — 0,5—1 мл дан 1—2% ли эритмаси тери остига ёки мушак орасига; пирроксан — 2—3 мл дан 1 % ли эритмаси тери остига ёки мушак орасига; фентоламин —, 0,5г дан овқатдан кейин кунига 3—4 марта (3—4 ҳафта) ичишга;

— антигипертензив воситалар: клофелин (гемитон) — 0,5—1 мл (0,05—0,1 мг) дан 0,01% эритмаси мушак орасига ёки тери остига, тез вақт ичида таъсирга эришиш учун венага аста-секин (3—5 мин) юборилади: 0,5—1,5 мл дан 0,01% ли эритмаси 10—20 мл изотоник эритмада суюлтирилади; рауседил (резерпин) — 0,05—0,1 мг (0,0005—0,0001 г) кунига 2—3 марта ичишга (таблеткалар ва порошок); натрий нитропруссид — минутига 0,5—5 мг/кг (одатда минутига 2,5—3,6 мг/кг), артериал босимни кунт билан кузатиб турган ҳолда (систолик босим симоб устуни ҳисобида кўпи билан 100—110 мм ғача тушиши керак). Венага 50 мг ни 1000 мл 5% ли глюкоза эритмасида суюлтириб юборилади;

— нейролептик воситалар: дроперидол — 2 мл дан 0,25% эритмаси венага 20 мл 5% ли глюкоза эритмасида;

— седатив воситалар: мағний сульфат — 10—20 мл дан 20—25% ли эритмаси мушак орасига ёки венага, аста-секин бром, валериана препаратлари, корвалол;

— диуретик воситалар: фуросемид — 2—4 мл дан 1% ли эритмаси (0,02—0,04 г) мушак орасига ёки венага, ичишга 0,02—0,04 г дан кунига 2—3 марта;

— спазмолитик воситалар: дибазол — 3—4 мл дан 1 % ли эритмаси ёки 6—8 мл 0,5% ли эритмаси венага ёки мушак орасига, ичишга 0,02—0,04 г кунига 2—3 марта, папаверин;

— симпатолитик воситалар: октадин (санотензин) — суткалик дозасини эрталаб бир марта 10—30 дан 60 мг ғача ичишга тайинланади (таблеткалар ёки порошок 0,025—25 мг дан) ва б;

— антикоагулянтлар зарурат бўлганда;

б) зарурат бўлганда юрак гликозидлари (коргликон, строфантин) тайинланади, кулоқ орқасига зулуклар солинади, болдирга горчичник қўйилади, оёқга иссиқ ванналар, қон олиш, шунингдек нерв-эмоционал ва жисмоний осойишталик тавсия қилинади.

9. Диспансерда кузатув, санаторий-курортда даволаш (Сочи, Цхалтубо, Кисловодск, Қримнинг Жанубий қирғоғи ва б.) ва физиотерапия.

Профилактикаси: меҳнат ва турмушнинг гигиеник шароитларини яратиш, тураржой-маиший шароитлар, соғломлаштириш тадбирларини яхшилаш; дам олиш, уйқуни яхши ташқил қилиш, корхонада, оилада ўзаро яхши муносабатлар; гипертония касаллигининг илк турларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш.

АНАЛИТИК КИСМ

Амалий машғулотда ечиш учун тестлар:

1. Бемор 75 ёшда. Артериал гипертензияга чалинган. Врачга боргандан сунг тавсия этилган гипотензив препаратни қабул қилган. Урндан турганда, холсизлик, бош айланиши кузатилган, хушдан кетган. Бундай ҳолат қайси препаратни қабул қилгандан кейин ривожланиши мумкин:

- @ празозин
- @ адельфан
- @ каптоприл
- @ пропранолол

2. Гипертония касаллигини мақсадли даволашда АПФ ингибиторлари куллаш натижасида йутал келиб чиққан. Бемор β – блокаторлар ва Са антагонистларини қабул қила олмайди. Қайси дори препаратларини куллаш лозим:

- @ диуретиклар
- @ АТ II - рецепторлари блокаторлари

@ β – адренолитиклар

@ магний сульфат, дибазол

3. Бемор 69 ешда, 13 йилдан буен гипертония касаллиги билан хасталанган. Охирги кунлари сабабсиз кайфияти бузилган, хаво етишмаслиги, бош огриги пайдо булган. Тери копламлари окимтир. Упкаларда икки томондан пастги сохаларида нам хириллашлар эшитилади. Юрак чуққисида систолик шовкин, аорта устида II – тон акценти аникланган. Юрак кискариш сони 1 минутдада 96та АКБ 200/140мм сим уст. Бемордаги касаллиқнинг асоратларини курсатинг:

@ гипертоник криз ва сурункали кон айланиши етишмовчилиги

@ гипертоник криз ва ишемик инсульт

@ гипертоник криз ва уткир буйрак етишмовчилиги

@ гипертоник криз ва миокард инфаркти

4. 65 ешли эркакни шифокор курганида АКБ 260/140 мм.сим.уст.га тенг булган. Кучли бош огриши, дармонсизлик, полидипсия ва никтурия кузатилган. Утказилган гипотензив терапияга карамасдан АКБ юкори даражада: 180-190/100-120 мм.сим.уст.да турган. Кон зардобида калий микдорининг пасайиши. УТТда унг буйрак усти беги сохасида 15-18 мм булган сояланиш аникланади. Бу белгилар кайси касаллик учун хос:

@ Феохромоцитома

@ Конн синдроми

@ Иценко-Кушинг касаллиги

@ хроник гломерулонефрит

5. Феохромоцитомага хос булмаган белги:

@ катехоламинларнинг конда ва сийдикда нормал булиши

@ кон босимининг кутарилиши

@ кризли кечиши

@ бетта-адреноблокаторнинг яхши таъсири

@ конда ва сийдикда адреналиннинг, миндал кислотасининг микдори юкори булиши

6. Реноваскуляр гипертензияга хос булмаган босим:

@ плазмада ренин микдори кам булиши

@ юкори систолик, диастолик гипертензия

@ плазмада ренин микдори юкори булиши

@ буйрак артериясининг торайиши

7. Вазоренал гипертония сабабларига киради:

@ буйрак артериясининг фибромускуляр дисплазияси

@ сурункали гломерулонефрит

@ сурункали пиелонефрит

@ буйрак поликистози

@ сийдик тош касаллиги

8. 73 ёшли беморда артериал кон босими 150/110. корин аортаси ва унг буйрак артерияси устида аниқ систолик шовкин эшитилади.

Артериал гипертензиянинг сабаби:

@ буйрак артериясининг атеросклерози

@ сурункали гломерулонефритнинг гипертоник шакли

@ сурункали пиелонефрит

@ интерстициал нефрит

@ гипертония касаллиги

9. Вазоренал гипертензия учун хос:

@ плазмада ренин микдорининг ошиши

@ плазмада калий микдорини ошиши

@ плазмада ренин микдорининг камайиши

@ митрал клапан етишмовчилиги

@ митрал клапан пролапси

10. 1-типли гипертоник кризнинг 2-типли гипертоник криздан ажратувчи асосий патофизиологик белги:

@ гиперадrenalинемия

@ гиперлипопротеинемия

@ гиперальдостеронемия

@ гипернорадреналинемия

@ гиперхолестеринемия

Амалий машгулотда ечиш учун масалалар:

МАСАЛА-1. 68 ёшли бемор охирги хафтада энса сохасининг огриётганидан шикоят килиб врачга келган. Шундай белгилар бир йил илгари ҳам пайдо булиб, унда гипертония касаллиги борлиги аниқланган эди. АҚБ 170/100 мм.с.м. уст да булган системали даволанмай, дуч келган дориларни (номини эслай олмайди) ичиб юрган. Огрик аста-секин йуқолган. Охирги ойда дори ичмай куйган. Артериал босими 190/110 мм сим уст га тенг. Томир уриши минутига 56 марта, ритмик. Кон айланишининг бузилиши аломатлари йуқ. ЭКГ да чап коринча гипертрофияси.

1. Тахминий ташхисингиз

2. Қандай лаборатор-инструментал текширувлар утказиш керак

3. Даволаш режасини айтинг.

Жавоб:

1. Гипертония касаллиги II-босқич

2. Окулист куриги, невропатолог куриги, ЭХОКС, буйрак УТТ. ЭЭГ, ЭхоЭС.

3. Сийдик хайдовчилар, АПФ ингибиторлари, кальций антогонистлари

МАСАЛА-2. 73 ёшли бемор Б. 10 кундан бери гипотензив препаратлар қабул қилган. Поликлиникада 1,5 йилдан бери ГК буйича врач назоратида туради. Кон босимини туширадиган дорилар ёрдам бермай куйган. ШУ давр мобайнида вазни 6 кг га қамайиб кетган. Текшириш бошлангандан кейин умумий моддалар алмашинуви 362 га ортиб кетган. Гипертоник криз вақтида қондаги қандни миқдори 12 ммоль/л булган. Ультратовуш ёрдамида ут пуфагида тош борлиги аниқланган. Қасалхонага ётаганидан бери икки марта гипертония кризи булиб, А/Б-260/160 га қутарилган, юраги тез урган. Биринчи криз бемор қорнини чуқур пайпаслагандан кейин содир булса, иккинчиси допегит қабул қилгандан кейин булган.

1. Тахминий ташхисингиз

2. Қайси қасаллиқлар билан диф. диагностика қилиш керак

3. Қандай лаборатор-инструментал текширувлар утказиш керак

Жавоб:

1. Феохромацитома қайталанувчи кризлар билан

2. Гипертония қасаллиги, тиреотоксикоз, бирламчи альдостеронизм, буйрак артерияси тарайиши

3. Сийдикда катехоламин ва винилинаминни аниқлаш, артериография, томография, буйрақлар УТТи, қонда адреналин ва норадреналинни аниқлаш

МАСАЛА-3. 68 ёшли бемор аёл АҚБ қутарилиши билан даволанмоқда. Бу қасаллик билан бир неча йилдан бери огрийди. Симпатолитик ва салуретик дорилар билан даволаниб келади. Охирги пайтда асосий шикоятларидан бири умумий бушашишлик, қурқинч, ташналик, мушаклар учиши булган. Участка врач бу узғаришни клофелин, гипотиазид ичгандан қуриб, дориларни бошқаси билан алмаштирди (унинг урнига 25 мг дан 2 маҳал обзидан ва верошпирон тайинланди), шундан сунг ҳам унинг ахволи узгармаган. А/Б юқори, шишлар

йук. ЭКГда коринча экстрасистолияси борлиги аниқланган. Конда натрийни концентрацияси 160 ммоль/л, калийни 5,5 ммоль/л булган.

1.Тахминий ташхисингиз.

2. Кайси касалликлар Билан диф.диагностика килиш керак

3. Кандай лаборатор-инструментал текширувлар утказиш керак

Жавоб:

1. Бирламчи альдестеронизм

2. Иккиламчи альдестеронизм, буйрак артерияси торайиши, феохромацитом

3. Кон зардобиди калий микдорини аниқлаш, кон зардобиди ренин ва альдостерон микдорини аниқлаш

МАСАЛА-4.69 ешли беморда каттик бош огриши, юзида шиш, текшириш вақтида АКБ 190/110 мм. сим. уст., сийдиги хира, оксил 3 %, зичлиги 1014, эритроцитлар 8-12 к\м,гиалин цилиндрлар 1-2, Зимницкий синамаси -1010-1014. Конда мочевино -19 ммоль/л.

1. Дастлабки ташхис.

2. Киёсий ташхис

3. Даволаш тамойиллари.

Жавоб:

1. Сурункали гломерулонефрит шиш гипертоник тури Асорати: СБЕ II боскич

2. Уткир гломерулонефрит, сурункали пиелонефрит, буйрак амилоидози, гипертония касаллиги

3. пархез 7 диуретиклар, гипотензив дорилар, антикоагулянтлар ГКС, цитостатиклар

АМАЛИЙ КИСМ

АРТЕРИЯ КОН БОСИМИНИ УЛЧАШ

Артериал кон босими - коннинг артерия томири деворига курсатувчи босими кучидир. Бу юрак фаолияти, яъни систола ва диастола вақтида узгариб туради. Шу туфайли максимал ва минимал артериал кон босими фаркланади. Юракнинг кнскариси, яъни систола вақтида коннинг артерия томирларига курсатган босим кучи систолик ёки максимал кон босими хисобланади. Юрак диастоласи вақтида пульс, тулкини пасайиб, томирларга кам босим таъсир килади ва бу диастолик ёки минимал кон босими дейилади. Максимал ва минимал кон босими уртасидаги фарк пульс босими дейилади, бу курсаткич пульс тулкини баландлигига ёки амплитудасига боглик булади.

Соглом одамда систолик артериал босим елка артериясида 110—140 мм симоб устунига, диастолик босим 60—90 мм симоб устунига тенг булади. Лекин бу курсаткичлар кишининг ёшига, жинсига, буй-бастига, вазминлигига караб, маълум даражада узгариб туради. Бундан ташкари артериал кон босими даражасига юракнинг кнскариси хажми (ёки кучи), юрак уришлар сони хамда периферик томирлардаги кон микдори, томирлар деворининг холати, уларнинг каршилики кучи ва бошқалар хам таъсир курсатади.

Систолик босим анча узгарувчан булиб, кун давомида турли ташки ва ички таъсирлар натижасида узгариб туради. Диастолик босим даражаси, томирларнинг тулиши, тонуси ва эластиклигига боглик булади. Пульс босимининг жуда катталашиб кетиши аорта клапани етишмовчилигида (коннинг чала ёпилган аорта тешигидан оркага кайтиши туфайли), атеросклерозда (артериялар девори эластиклигининг камайиши натижасида) кузатилади. Аксинча пульс босимининг камайиб кетиши - аорта огзи торайганда, уткир миокардитда, экссудатив перикардитда кайд этилиши мумкин, чунки бу холатларнинг барчасида хам томирларга хайдаладиган коннинг микдори оз ва унинг хайдалиш кучи сустр булади.

Артериал кон босимини улчашнинг воситали тури 3 хил: аускультатив, пальпатор ва осциллографик булади.

Аускультатив усулни 1905 йилда Н. С. Короткое таклиф килган. Бунинг учун сфигманометр ва фонендоскопдан фойдаланилади. Сфигманометр артерияни сикиш учун ишдатиладиган манжеткадан ва симобли ёки пружинали манометрдан ҳамда уларни бири-бири билан бирлаштирувчи резина найчалардан иборат. Баллончадан манометрга борадиган резина найчанинг чикувчи кисмида махсус вентил булиб, у манометр ва манжеткадаги хавони, яъни босимни узгартиришда ишлатилади. Артериал кон босимини симобли манометр (Рива — Роччи аппарати) ёрдамида анча аниқ улчаш мумкин. Бунда босимни найчадаги симоб устунининг учига караб белгиланади. Пружинали манометрда эса босим даражаси стрелканинг ҳаракатига караб белгиланади. Артериал босимни елка артериясида аускультатив усулда улчаш кенг қулланади, баъзан сон артериясида ҳам улчанади. Бунинг учун 12—14 см кенгликдаги манжетка елка соҳасига уралади (бунда тирсак бугими очик булиши керак) ва унга баллонча оркали хаво юборилади. Шу билан бир вақтда стетоскоп тирсак бугимининг ички томонига жипс килиб куйилади ва кулокка тутиб эшитиб турилади. Хаво манжеткага то пульс уриши тухтагунча юборилади. Пульс уриши тухтагандан кейин ҳам 20—30 мм симоб устуни даражасига кутарилиб борилади. Шундан сунг секин-аста баллонча вентил очилиб, хаво чиқарила бошлайди. Бунда манжеткада босим пасайиб боради ва биринчи пульс уриши эшитилганда симоб устунининг ёки стрелканинг қайси курсаткича турганлиги белгиланади. Бу курсаткич систолик ёки максимал босимга тугри келади. Кейин вентилни бушаштириш ва манжеткадан хавони чиқариш давом эттирилади ва пульс тулкини (уриши) тухтаган курсаткич даражаси белгиланади. Бу эса диастолик ёки минимал кон босимга тугри келади. Аускультатив усул торайган артерия оркали утувчи дастлабки ҳаракат аломатларини илгарирок сезиш имкониятини беради.

Пальпация усулида эса курсаткичлар аускультатив усулдагига караганда камроқ булади, чунки билакнинг тирсакдан юқори кисмидаги артериянинг манжетка билан босиш кучи анча бушаштирилгандагина куйирокда пульсни аниқлаш мумкин булади. Пальпатор усулида факат систолик босим аниқланади.

Юқорида айтилгандек, соғлом кишининг артериал босими ҳам турли жисмоний ва эмоционал зуриқиш, овқатланиш, атмосфера босими, тананинг кизиши ёки совиши ва бошқа омиллар таъсирида узғариб туради. Одам яхши дам олиб, уйкудан турган вақтда артериал босим энг паст булади, бу босимни базал ёки асосий артериал босим дейилади.

Бундан ташқари артериал босим кишининг ёши ошган сари ортиб боради. Артериал босимнинг юқори чегараси елка артериясида 17—18 ёшда 129/79 мм, 19—30 ёшда 134/84, 40—49 ёшда 139/84, 50—59 ёшда 144/89, 60 ёшдан ошгандан кейин 149/89 мм симоб устунига тенг булиши меъёр ҳисобланади. Эрақ ва аёлларда артериал босимнинг фарқи булмайди. Бир канча патологик ҳолатларда артериал босим узгаради.

Артериал босимнинг кутарилиши (гипертония) мустақил касаллик - гипертония ёки хафакон касаллигида, уткир ва сурункали буйрак, баъзи эндокрин касалликларида (феохромацитома), артериал босимнинг пасайиши эса (гипотония) — камконлик касаллигида ва юрак фаолияти заифлашганда кузатилади.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯЛАР

Таърифи. Симптоматик артериал гипертензиялар моҳиятини (таърифини) муаллифлар турлича баён қиладилар. Турли патологик жараёнлар натижасида бошқа касалликларнинг симптоми сифатида пайдо бўладиган артериал гипертониялар иккиламчи ёки симптоматик дейилади (А. С. Сметнев, В. Г. Кукуес). В. И. Маколкин ва С. И. Овчаренко бошқа таъриф берадилар: «Симптоматик, ёки иккиламчи артериал гипертензиялар — артериал босимни идора қилишда қатнашадиган муайян касалликлар ва шикастланишлар билан сабаби жиҳатидан боғлиқ бўлган артериал босимнинг ошиш турларидир».

Бу таърифларнинг мазмуни равшан, симптоматик гипертензиялар (СГ) органлар ва тизимларнинг турли-туман патологиялари оқибати ва гипертония (эссенциал) касаллигидан

фаркли ўлароқ фақат синдром ҳисобланади, лекин айрим ҳолларда СГ клиникаси биринчи ўринда бўлади ва врачнинг жуда синчиклаб эътибор беришини талаб қилади.

Иккиламчи артериал гипертензиянинг 70 дан ортиқ вариантлари тасвирланган (А. В. Виноградов, 1980; Н. Р. Палеев, 1980).

Ҳозирги замон терапия фанининг асосий муаммоси гипертония касаллиги ва симптоматик гипертония масалаларини аниқ чегаралаш (Қиёсий ташхис) ҳисобланади, бу беморларни энг янги замонавий усуллар (ангиография, буйраклар биопсияси, буйрак усти безларини радионуклид визуализация қилиш ва б.) билан диагностика қилишни талаб этади. Бу вазифани кардиологик марказ шароитидагина амалга ошириш мумкин. Шу сабабли симптома-тик гипертензиялар кўп ҳолларда аниқланмай қолади, бу гипертония касаллиги билан касалликни жиддий (сунъий) оширади; бинобарин, бунга йўл қўймаслик учун артериал гипертонияли беморларнинг ҳаммаси текширилиши лозим.

Бутуниттифоқ илмий кардиологик марказида АГ нинг турли турлари билан касалланган 6000 дан зиёд беморларни кузатиш натижаларига асосан текширишнинг икки босқичли тизимси ишлаб чиқилган. Бу қўйидагиларга: 1) гипертония касаллиги ва симптоматик гипертония Қиёсий ташхисини ўтказишга; 2) симптоматик гипертензияларнинг айрим турларини ўрганишга; 3) симптоматик гипертензия характерини аниқлашга; 4) даволашга қиёсий ёндошишни таъминлашга имкон беради.

Мураккаб диагностик усуликалар қўлланиб узоқ муддат кузатиш (Г. Г. Арабидзе, 1982) гипертония касаллиги АГ бўлган ҳамма беморларнинг 65—75 фоизида, ваҳоланки симптоматик гипертензия 25—35 фоиз беморларда аниқланишини кўрсатди. Артериал гипертония касалликларининг умумий сонидан 3 фоиз ҳолларда унинг кечиши хавфли тус олади (бунда артериал босим симоб устуни ҳисобида 220/130 мм дан юқори ва оғир оқибатлар билан кечади). Сўнгра хавфли артериал гипертония синдроми, одатда, унинг симптоматик турларида (ҳамма ҳолларнинг 13,7—30 фоизида) пайдо бўлади, гипертония касаллигида эса у атиги 0,19 фоиз ҳолларда кузатилади.

Қўйида этиологик омилга асосланган иккиламчи артериал гипертензияларнинг таснифсини келтирамиз (S. Julius бўйича, 1977, М. С. Кушаковский тўлдирган, 1982).

Иккиламчи артериал гипертензияларнинг этиологик таснифи

А — Буйрак артериал гипертензиялари (12—15%—артериал гипертензиянинг ҳамма ҳолларига нисбатан гипертензия частотаси):

1. Ренопаренхиматоз. Икки томонлама (9%): ўткир ва сурункали гломерулонефрит, сурункали пиелонефрит; подагра, гиперкальциемияда интерстициал нефрит; анальгезия қиладиган айрим моддалар қабул қилиш; тугунчали периаартериит ва бошқа буйрак ичи артериитлари; систем кизил волчанка; склеродермия, амилоид бужмайган буйрак; Гордон синдроми; нур касаллигида буйрак; ўткир буйрак етишмовчилигидан кейинги ҳолат.

Бир томонлама (3—4%): сурункали пиелонефрит; гипоплазия ва буйракнинг бошқа туғма нуксонлари; сийдик-тош касаллиги; обструктив уропатиялар, гидронефроз; нефроптоз; ренин ишлаб чиқарадиган ўсма; гипернефроид рак; плазмоцитома; нефробластома ва айрим бошқа ўсмалар; травматик периренал гематома; буйрак шикастлари; кўчириб ўтказилган буйрак касаллиги.

2. Реноваскуляр (вазоренал, 2—5%); буйрак артерияларининг фиброз-мушак дисплазияси, буйрак артериялари атеросклерози; носпецифик аортоартериит; буйрак артерийлари тромбозлари ва эмболиялари; буйрак артерияларининг ташқаридан (ўсма, битишма, чандик, гематома) босилиши.

Б. Эндокрин (2—3%).

1. Буйрак усти безларига тегишли: бирламчи альдостеронизм (0,5—1%): буйрак усти безлари пўстлоғи аденомаси, буйрак усти безлари пўстлоғининг икки томонлама гиперплазияси; Иценко — Кушинг касаллиги ва синдроми (0,5%); буйрак усти беи туғма

гиперплазияси; 11-β-гидроксилланиш танқислиги, 17-а-гидроксилланиш танқислиги; феохромоцитома (0,1—0,6%).

2. Гипофизар; акромегалия (0,1%);
3. Тиреоид: гипертиреоз (тиреотоксикоз), гипотиреоз;
4. Паратиреоид: гиперпаратиреоз.
5. Карциноз синдром.

В. Кардиоваскуляр (гемодинамик, $\approx 2\%$): атеросклероз ва аортанинг бошқа зичлашувлари; аорта коарктацияси; аорта клапанлари етишмовчилиги; тўлиқ атриовентрикуляр блокада; артериовеноз фистулалар: очик артериал йўл; туғма ва травматик аневризмалар, Педжет касаллиги (шаклни ўзгартирувчи остит); эссенциал гиперкинетик синдром; қон айланишининг димланиш етишмовчилиги; эритремия.

Г. Нейроген ($\approx 0,6\%$): мия ўсмалари, кисталари ва шикастлари (Пенфилд диэнцефал синдроми); уйку ва умуртқа артериялари торайганда мия айрим зоналарининг сурункали ишемияси; эндефалит; бульбар полиомиелит; квадриплегия (гипертензив кризлар); сурункали нафас ацидоз (СО₂ тутилиб қолиши); ўткир порфирия.

Д. Хомиладорликнинг кечикқан токсикози.

Е. Экзоген:

1. Захарланишлар: кўрғошин, таллий, кадмий ва б.;
2. Дорилар таъсири: преднизолон ва бошқа глюкокортикоидлар; минералокортикоидлар; симпатик аминлар; МАО ингибиторлари эфедрин, тирамин билан ёки тираминга бой озиқ-овқат маҳсулотлари билан; қизилмия порошоги; контрацептив воситалар; индометацин эфедрин ёки фенилпропаноламин билан бирга.

Ж. Ҳар хил: «стресс» — Гайсбок синдроми; оғир куйиш ва б.

Мазкур тасниф мазмунига кўра артериал гипертензия аксарият буйрак патологияси (буйракнинг ренопаренхиматоз ва реноваскуляр касалликлари), сўнгра эндокрин (2—3%) ва гемо-динамик бўзилишлар оқибати ҳисобланади, деган амалий хулоса чиқариш мумкин.

12-жа д в а л

Буйракларнинг турли касалликларида артериал гипертензиянинг учраши

Касаллик	Гипертензия учраши % ҳисобида
Ўткир диффуз гломерулонефрит	53-87
Сурункали гломерулонефрит	60-70
Сурункали икки томонлама пиелонефрит	50-78
Сурункали бир томонлама пиелонефрит	32
Сурункали интерстициал нефрит	20-25
Нефролитиаз (пиелонефрит билан бирга)	55
Буйрак гипоплазияси	25
Буйрак поликистози (пиелонефрит билан бирга)	55-75
Диабетик нефропатия	65-80
Подагрик нефропатия	35-50
Тугунли периартериит	80-90
Систем қизил волчанка	25
Систем склеродермия	20
Буйрак амилоидози	20-25
Буйрак ўсмалари	20-30
Буйрак сили	3-6
Буйрак шикастлари	6

Шу мақсадда қўйидаги 12-жадвалда буйракнинг турли касалликларида артериал гипертензиянинг учрашига доир маълумотлар келтирилади, бу — врачга симптоматик гипертониянинг ҳақиқий сабабини аниқлашда муайян мўлжал бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда симптоматик гипертониянинг (СГ) бир неча таснифлари мавжуд. Уларнинг жамини СГ нинг 4 асосий группаларини ажратиш бирлаштириб туради: 1) буйрак (нефроген); 2) эндокрин; 3) юрак ва йирик артериал томирлар касалликлари туфайли бўладиган гипертензия (гемодинамик) ва 4) центроген. Г. Г. Арабидзе (1982) шунингдек биргаликда учрайдиган зарарланишлардаги симптоматик гипертонияни ажратади.

12-жадвалдан буйрак патологияси бўлган беморларда артериал гипертензияга тугунчали периартериит, сўнгра ўткир диффуз гломерулонефрит, диабетик нефропатия, сурункали икки томонлама пиелонефрит, сурункали нефрит, буйрак поликистози ва бошқалар энг кўп сабаб бўлиши кўриниб турибди.

Анамнез, объектив кўздан кечириш ва артериал босимни кузатиб бориш, ўз назарий билимларига асосланиб, талаба кўйидагиларни ҳал қилишни билиши керак:

1) қандай касаллик (тахминан) артериал босим ошишининг бош сабабчиси, унинг жойлашуви ва жараён характерини аниқлаши;

2) тахминий диагнозга асосланиб текширишнинг илмий асосланган режасини энг янги диагностика усуллари қўлланиб тузиш;

3) кўйидагилар асосида узил-кесил батафсил диагноз қўйиш;

— асосий касаллик (буйрак, эндокрин тизим касалликлари) симптомлари, синдромлари ва бошқа кўрсаткичларини билиш;

— симптоматик гипертензиялар диагностикаси мезонларини билиш;

— Қиёсий ташхис ўтказишни, аввало гипертония касаллиги билан ўтказишни билиш;

4) характери ва этиологик омил кечишига кўра таъсирчан даволашни режалаштириш ва ўтказиш.

Этиологияси ва патогенези. Келтирилган таснифлардан симптоматик артериал гипертониялар турли буйрак (ўткир ва хроник нефрит, пиелонефрит, буйрак поликистози, буйрак томирлари зарарланиши, ўсмалар, амилоидоз, тугунчали периартериит), эндокрин тизим (Иценко — Кушинг синдроми, феохромацитома, тиреотоксикоз ва б.) касалликлари натижасида ривожланиши маълум бўлди. Шунингдек гемодинамик бўзилишлар (юрак пороклари, аорта касалликлари, қон айланиши етишмовчилиги ва б.), нейроген ҳомиладорларнинг кечикқан токсикози, экзоген омиллар муайян аҳамиятга эга.

Симптоматик гипертензиялар патогенези мураккаб ва ҳар бир конкрет ҳолда ҳар хил ва шунинг учун бу саволга аниқ жавоб бериш қийин. Улар касалликка асосий сабаб бўлган омилнинг ривожланиш характерига ва хусусиятларига боғлиқ. Симптоматик гипертензияларда артериал босим (АД) кўтарилиши буйрак ишемияси, буйрак прессор агентлари активлиги ўсиши ва депрессор агентлари активлиги пасайиши (буйрак касалликлари натижасида) симптоматик гипертензия ҳолларида альдостерон, минерал кортикоидлар, катехоламинлар гиперпродукцияси билан боғлиқ; миёа айрим зоналарининг сурункали ишемияси, МНС нинг турли органик касалликларида артериал босим марказий механизмининг идора қилиниши бўзилиши (нейроген омиллар таъсири) билан; қон айланиши ҳажми кўпайиши ва қон ёпишқоқлиги ошиши (гемодинамик бўзилишлар) ва бошқалар билан.

Симптоматик гипертензия айрим клиник турларининг этиологиясига боғлиқ ҳолда кечиши ва диагностикаси

1. *Буйрак (нефроген) гипертензиялари.* Улар буйракларнинг турли касалликларида пайдо бўлади, буйрак гипертензиялари клиникаси эса жараён характерига (паренхима, буйрак томирлар тизимси зарарланиши; дистрофик яллиғланиш, ривожланиш аномалияси сабабли келиб чиқиши) боғлиқ. Кўрсатиб ўтилган сабабга кўра субъектив ва объектив маълумотлар турлича.

Анамнездан артериал босим кўтарилганлиги ва унинг яллиғланиш характерига бошдан кечирилган касаллик (ангина, ўткир респиратор касалликлар, «грипп», зотилжам, совқотиш) тўғрисидаги маълумотлар билан алоқадорлиги, илгари дизурия, юз керикиши,

сийдик ранги ўзгариши, бел соҳасидаги оғриқ кабилар қайд қилинганлиги аниқланади. Бироқ, бундай анамнез ҳамиша кузатилавермайди. Артериал босим буйрак патологияси тўғрисида маълумотлар бўлмаганда ҳам кўтарилиши мумкин: (нефрит, пиелонефритнинг секин кечадиган турлари, буйрак томирлари шикастланиши ва б.), бунда қўшимча текшириш ўтказиш зарур.

Келиб чиқиши буйракка алоқадор симптоматик гипертензия диагностикасида асосий жараён (буйрак касалликлари)ни аниқлаш бош масала ҳисобланади. Қон босими ошиши билан сийдик синдроми бўлиши одатда нефрит, пиелонефрит, пиелостит ҳақида ўйлашга ҳуқуқ беради; бу фикр қон босими ошиши билан бирга иситма, кам ифодаланган сийдик синдроми (бириктирувчи тўқиманинг систем касалликлари, хусусан — тугунчали периаартериит), қорин бўшлиғида пайпасланадиган ўсма (буйрак ўсмалари, поликистози, гидронефроз) ва бошқаларга ҳам тегишли.

Шубҳали ҳолларда қўшимча, шу жумладан текширишнинг бир-мунча замонавий усуллари, чунончи: умумий қон анализи; сийдик чўкмасини Каковский—Аддис усули бўйича текшириш; сийдикни бактериологик текшириш, буйракларни, мочевина даражасини, қонда креатининни функционал текшириш; изотоп ренография; пиелография, урография; контраст ангиография, буйракларни ультратовуш билан текшириш; буйракларнинг компьютер томографияси, буйрак биопсияси ва бошқалар ёрдам беради.

II. Эндокрин гипертензиялар.

1. Бирламчи альдостеронизм (Конн синдроми) — буйрак усти безлари пўстлогининг коптокчали қатламида ортикча ва идора қилинмайдиган альдостерон ҳосил бўлиши натижасида ривожланадиган клиник синдром.

Бу синдром учун алмашилиб турадиган, доимий бўлмаган, оёқларда яхши билинадиган мушак сустлиги, камдан-кам ҳолларда оёқ мушаклари фалажлиги, оёқларнинг спазм ва контрактуралар кўринишидаги тетания ҳодисалари (баъзан парестезия, полидепсия, полиурия, никтурия ва рухий астения) ҳосил. Артериал гипертензия деярли 100% ҳолларда учрайди, айрим кишиларда у 15—20 йил ва бундан ортик йилларгача сақланиб қолиши мумкин. Артериал босим симоб устуни ҳисобида 180/100—230 /110 мм атрофида ўзгариб туради. Артериал босимнинг ошишига ва бирламчи альдостеронизмнинг бошқа белгиларига калий танқислиги ва хужайрадан ташқаридаги алкалоз асосий сабабчидир.

Конн синдроми негизида симптоматик гипертензия диагнозини тасдиқлаш мақсадида қатор қўшимча текшириш усуллари ўтказиш зарур. Чунончи: сийдикда калий ва натрийнинг суткалик ажралиб чиқишини текшириш; қон плазмасида калий ва натрий миқдорини аниқлаш; қон ишқорий резервини; қон плазмасида ренин даражасини, суткалик сийдикда альдостерон даражасини аниқлаш. Инструментал текшириш усуллари: буйрак усти безларини радиоизотоп текшириш, компьютер томография, буйрак усти безларини селектив флебография қилиш, ретропневмоперитонеум билан буйрак усти безлари томографияси кимматли натижалар беради.

2. Иценко—Кушинг касаллиги ва синдроми. Иценко—Кушинг касаллиги асосида дўмбоқ остида кортикотропин—рилининг гормони ва гипофизда АКТГ ортикча ишлаб чиқарилиши ётади, бу ўз навбатида буйрак усти безлари пўстлоги, айниқса унинг даста зонасининг икки томонлама диффуз гиперплазиясига ва ортикча кортизол ҳосил бўлишига олиб келади.

Иценко—Кушинг синдроми, худди касаллиги каби, кортизол мўллиги сабабли вужудга келади. Иценко—Кушинг касаллиги ва синдроми одамларда 0,1% ҳолларда учрайди. Асосан аёл жинсига мансуб шахслар: балоғат ёшидаги қизлар, ҳомиладорлик давридаги аёллар, кўпинча туғруқдан, абортлардан кейин ёки климактерик даврда касалланадилар, у 20 дан 40 ёшгача энг кўп учрайди.

Клиникаси: ташқи кўриниш ўзгаради, юз «ойсимон», бўйин, елкалар, қоринга ёғ йиғилиб семириш; тери қуруқ, «мармар» тусга киради, мушак атрофияси, уйқучанлик, бефарқлик, баъзан маниакал ёки параноид ҳолатлар, депрессия кузатилади; эркакларда

либидо ва потенция бузилади, аёлларда — аменорея, ҳомиладорлик жуда кам, соқол-мўйлов чиқади.

Бу ҳолат учун хос белгилар билан бирга беморларнинг 80—95 фоизда симоб устуни ҳисобида 180/110 мм атрофида ва бундан юқори артериал гипертензия аниқланади.

Иценко—Кушинг касаллиги оқибатининг ёмонлиги билан ажралиб туради, даво қилинмаган беморлар, одатда, 5—6 йилдан узоқ яшаб кета олмайдилар, бинобарин, эрта диагностика ғоят муҳим. Диагностика анамнез, ўзига хос объектив маълумотлар ва айниқса кунт билан текширишга асосланиб амалга оширилади, бунда қўйидаги текшириш усуллари ўтказиш тавсия этилади: суткалик сийдикда 17-кетостероидлар ва 17-оксикортикостероидлар миқдорини аниқлаш; қонда 17 ва 11 оксикортикостероидлар секрецияси суткалик ритмини текшириш; турк эгарини обзор суратга олиш ва уни компьютер томография қилиш. Бошқа омилларни истисно қилиш учун зарур бўлганда диагностиканинг бошқа усуллари ҳам қўлланилади.

3. Феохромоцитомалар. Феохромоцитомалар — катехоламинларни синтез қиладиган ва уларни турли миқдорларда, номунтазам қонга ажратадиган буйрак усти безларининг мия қатлами ва буйрак усти беzi ташқарисидаги хроммафин тўқима (параганглиома) нинг ўсмалар гуруҳидир. Ўсмалар ҳар қандай ёшдаги кишиларда, бироқ кўпроқ 40—50 ёшларда, эркакларда ва аёлларда бир хил учрайди, болаларда— ҳамма ҳолларнинг 12фоизда кузатилади. Симптома-тик гипертензия ҳолларининг 0,6 фоизи феохромоцитомалар улушига тўғри келади. Артериал босим ошишига қонга катехоламинлар ажралиб чиқиши бевосита сабабчи ҳисобланади.

Клиникаси. Касалликнинг етакчи белгиси артериал босим ошиши ҳисобланади. Касаллик нормал босим фонида криз (хуруж)лар билан характерланади. У тўсатдан бошланади, артериал босим шиддат билан оша боради ва жуда юқори рақамларга чиқиши мумкин (систолик — симоб устуни ҳисобида 280/300 гача, диастолик эса — 180/200 мм гача). Криз вақтида беморлар аҳволи кескин ёмонлашади, ўлимдан қўрқув сезгиси пайдо бўлади, рангпарлик, қўллар тремори, қаттиқ бош оғриғи, чаккаларда пульсация кузатилади, кўриш қобиляти ёмонлашади, эшитув ва кўрув галлюцинациялари, стенокардия ҳодисаси бўлиши, кўнгил айниши, қусиш, ҳиқичоқ тутиши эҳтимол. Кейин юрак уриши, минутига 120—160 гача тахикардия, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бўзилиши хос. Феохромоцитоманинг бошқа белгиларига гипергликемия билан глюкозурия; плазмада озод ёғ кислоталар концентрация ошиши; нейтрофил лейкоцитоз; тана температурасининг 39—40°C гача кўтарилиши киради.

Феохромоцитома кечишида артериал босим даражаси ва бошқа белгиларга боғлиқ ҳолда клиник кечишининг бир неча (аниқроғи 5 та) варианты тафовут қилинади, узил-кесил диагноз эса қўшимча текширишлар йўли билан қўйилади. Уларга: катехоламинлар ва ванилил — бодом кислотанинг криз фонида ва ундан ташқари вақтда сийдик билан суткалик экскрециясини аниқлаш, адреналин ва норадреналин экскрециясини алоҳида-алоҳида текшириш, гистаминли (провокация қиладиган) ва реджитинли (тўхтатадиган) тестлар ва бошқалар киради.

III. Кардиоваскуляр (гемодинамик) гипертензиялар.

Бошқа симптоматик гипертензиялардан фарқли равишда гемодинамик гипертензиялар патогенетик ёки бевосита юрак ва йирик томирлар касалликлари (атеросклероз, аорта коарктацияси, аорта клапанлари етишмовчилиги, тўлиқ атриовентрикуляр блокада, димланиш сабабли юз берган юрак етишмовчилиги ва б.) билан боғлиқ.

1. Атеросклеротик (склеротик гипертония).

Бу ҳолда нормал ва пасайган диастолик босимда (симоб устуни ҳисобида 95 мм дан паст) систолик босимнинг сурункали ошиши (симоб устуни ҳисобида 160/190 мм ва бундан юқори) хос. Беморларда артериал босим горизонтал вазиятда симоб устуни ҳисобида 180/80, 195/70, 200/85, 220/90 мм ва ҳоказо атрофида бўлади. Худди шу

беморларда вертимал вазиятда систолик босим симоб устуни ҳисобида 10—25 мм га пасаяди, диастолик босим кам ўзгаради. Пульс босими ҳамиша кўпроқ. Тўғри диагностикага умуман атеросклероз учун хос асосий клиник маълумотларни (ёш, жараённинг қаерда жойлашгани, босқичи ва б.) ҳисобга олган ҳолда эришилади.

2. Аорта клапанлари етишмовчилиги, бунда аорта клапанлари етишмовчилиги симптомлари билан бирга (юракнинг чапга ва пастга гипертрофияси, ўқ иккинчи қовурғалар орасида ўтадиган дағал диастолик шовқин, ўзига хос пульс, рангпарлик, ҳушдан кетишга мойиллик, рентгеноскопияда «аортал конфигурация» ва б.) диастолик босим кескин пасайгани ҳолда (симоб устунининг 0—20—30 мм гача) систолик босимнинг ошиши (симоб устуни ҳисобида 160/220 гача, баъзан 220 мм ва бундан юқори) аниқланади.

3. Тўлиқ атриовентрикуляр блокада. Тўлиқ атриовентрикуляр блокадали, юрак қисқаришлари кам (минутига 20—35) беморларда систолик босимнинг ўртача ошиши (симоб устуни ҳисобида 150/160 мм) ва диастолик босимнинг пасайиши (симоб устуни ҳисобида 70—60 мм) кузатилади. Бироқ аксарият ангиноз оғриқ, нафас қисиши, энцефалопатия симптомлари, кўриш қобилияти ёмонлашуви кабилар пайдо бўлиб, артериал босимнинг кескин ошиши (систолик босим 200—220 гача, диастолик босим симоб устуни ҳисобида 70—80—100 мм гача) қайд қилинади. Бу синдром негизда мия ёки буйрак қон оқимининг вақтинча секинла-шиши, катехоламинлар ажралиб чиқиши ётади.

4. Димланиш билан кечадиган юрак етишмовчилиги. Димланишдан бўладиган артериал гипертензия этиологияси ҳар хил юрак етишмовчилигида 4—4,5% ҳоллар атрофида аниқланади. Одатда H_{II} даражасида артериал босим симоб устуни ҳисобида 155—185/95—100 мм гача, H_{II} Б — III даражасида симоб устуни ҳисобида 160—180/90—115 мм гача етиши мумкин. Бошқа турларидан фарқли равишда СГ (симптоматик гипертензия) димланиш артериал гипертензияси юрак етишмовчилигини даволаш таъсири остида нормаллашишга мойил бўлади. СГ нинг шу турсини диагностика қилишда юрак етишмовчилигининг клиник, лаборатория ва инструментал белгилари йиғиндиси ва унинг этиологияси ҳисобга олинади.

Биз симптоматик гипертензиянинг айрим клиник турлари устида тўхталдик, холос. Амалиётда унинг кўпгина бошқа турлари, масалан нейроген (артериал босим ошиши бош мия ва орқа мия касалликлари ва шикастлари билан боғлиқ), экзоген ва дорилардан бўладиган (заҳарланиш, интоксикация, айрим дори-дармонлар қабул қилиш) турлари мавжуд. Артериал босим ошиши кўпинча ҳомиладор аёлларда, ҳомиладорларнинг кечикқан токсикозида кўп учрайди, бу турли омиллар билан боғлиқ ва охиригача ўрганиб чиқилмаган. СГ нинг бу турсини диагностика қилишда кунт билан йиғилган анамнез (бошдан кечирилган касалликлар, олдинги ҳомиладорлик ва туғруқларнинг қандай кечганлиги), йиғилган маълумотларни мантиқан муҳокама қилиш ёрдам беради.

Симптоматик гипертензия (СГ) диагностикаси умуман СГнинг, хусусан унинг клиник турларининг клиник таърифи ва диагностикаси артериал босим ошишидан ташқари асосий жараённинг ўзига хос белгилари бўлмаганда бирмунча қийинчиликлар туғдиради. Диагностик хато айрим объектив ва субъектив сабаблар туфайли содир бўлади. Бунинг сабаблари: этиологик омиллар ғоят турли-туман бўлади, асосий жараён турли хил (ёки моносимптом) кечади, ихтисослашган даволаш муассасалари кам, умумий профилдаги мавжуд стационарлар етарлича жиҳозланмаган, текшириш учун етарлича шароитлар йўқ, мутахассисларнинг назарий тайёргарлиги даражаси паст ва б. Врачда ҳар бир конкрет ҳолда касаллик омили ҳақида етарлича тушунча бўлганда, яъни у илмий асосланган қўшимча диагностика усуллари билганда ва ўтказа олганда СГ нинг турли турларига тўлиқ клиник таъриф бериш, диагностика ва Қиёсий ташхис масалаларига тўғри ёндошиш мумкин.

Иккиламчи артериал гипертензиялар ёки симптоматик гипертензия диагностикасида энг муҳими гипертензия касаллигини истисно қилиш ёки тасдиқлаш ҳисобланади. Шу мақсадда қўйида 13-жадвални келтирамиз.

Давоси, оқибати ва профилактикаси

Даволаш ва бошқа тадбирлар, асосий патологик жараённинг характери (этиологик даво), гипертензив синдром динамикаси ва даражаси, органлар (юрак ва б.) ва тизимлар ҳолатига кўра бир неча йўналишлар бўйича олиб борилади.

I. *Асосий касалликка даво қилиш* (тегишли бўлимлар — нозологик birlikлар мавзуларига қаранг).

1. Нефроген симптоматик гипертензиялар:

— яллиғланиш касалликлари — нефритлар, пиелонефритлар, пиелоститлар (антибактериал терапия, десенсибилизация қиладиган, яллиғланишга қарши препаратлар);

— буйракнинг реноваскуляр касалликлари (асосан операция, камроқ—консерватив-симптоматик даволаш).

2. Эндокрин симптоматик гипертензиялар: Конн синдроми, Иценко—Кушинг касаллиги ва синдроми, феохромоцитома ва б. (даволаш асосан—операция усулида—ўсмаларни олиб ташлаш, симптоматик терапия, рентген-радиотерапия билан, лазер билан даволаш ва б.).

3. Кардиоваскулятор (гемодинамик) гипертензиялар: юракнинг ишемик касаллиги, блокадаси, аортал клапанлар етишмовчилиги, қон айланиши етишмовчилиги ва б. (даволаш консерватив—антисклеротик, тож томирларни кенгайтирадиган препаратлар, юрак дорилари ва сийдик ҳайдовчилар, кўрсатмалар бўлганда, антикоагулянтлар ва антиаритмик препаратлар; юрак мушаги метаболизмини яхшилайдиган препаратлар — АТФ, кокарбоксилаза, рибоксин; айрим ҳолларда — юрак пороклари, аорта коарктациясида операция усули тавсия этилади.

4. Нейроген симптоматик гипертензиялар: даволаш консерватив — симптоматик (седатив -воситалар, транквилизаторлар ва б.), айрим ҳолларда эса (ўсмалар, бош мия ва орқа мия шикастлари) операция усулида даволаш керак.

II. *Симптоматик терапия.* Ҳамма ҳолларда, симптоматик гипертензия этиологиясидан катъи назар, асосий жараёни даволаш билан бирга турли гипотензив ва бошқа даво воситалари кенг қўлланилади.

Гипотензив препаратлар (кўрсатмалар бўйича).

— ганглиоблокаторлар: бензогексоний — 0,5—1 мл дан 2,5% ли эритмалари мушаклар орасига ёки тери остига; имехин; пентамин — 0,2—0,5 мл дан (1—2 мл дан) 5% -ли эритмаси мушаклар орасига ёки венага 20 мл физиологик эритма ёки 5% глюкоза эритмасида.

— антигипертензив воситалар: клофелин (гемитон) —0,5—1мл дан 0,01% эритмаси мушаклар орасига, тери остига, венага (тез таъсир олинган ҳолларда) изотоник эритма билан; резерпин — 0,05—0,1 мл дан кунига 2 — 3 марта ичиш учун; натрий нитропруссид—венага 50 мг ни 1000 мл 5% лп глюкоза эритмасида суюлтирилган ҳолда.

Кўрсатмалар бўйича таъсири ва вазифаси ҳар хил бошқа препаратлар ҳам қўлланилади: кейролептик (дроперидол); седатив (магний сульфат, бром, валериана препаратлари); диуретик (фуросемид, гипотиазид); спазмолитик (дибазол, папаверин); антикоагулянтлар; юрак гликозидлари; анальгетиклар; тож томирларни кенгайтирадиган воситалар (сустак, эринит, натрий нитрат, корвалол ва б.). Кўрсатмалар бўйича физиотерапевтик муолажалар, санаторий-курортда даволаш.

III. *Диспансерда кузатув* (асосий касаллик бўйича) жараён авж олиб кетишининг, турли асоратларнинг олдини олиш мақсадида амалга оширилади.

IV. *Оқибат* асосан асосий касалликнинг характери ва кечиши билан аниқланади. Симптоматик гипертензия диагностикаси ва сабаблари эрта аниқланганда, зарур даво тадбирлари ўз вақтида ўтказилганда оқибат бирмунча яхшиланади.

**Гипертония касаллиги ва энг кўп тарқалган симптоматик гипертензияларнинг Қиёсий
-диагностик белгилари (С. Г. Гогин ва бошқалар бўйича)**

Клиник белгилари	Гипертония касаллиги	Симптоматик гипертензиялар
Пациент ёши	Одатда 30-40 ёшдан ошган	Аксарият ёш ва йигитлик ёши
Касаллик шаклланаётган даврдаги ташқи шароитлар	Ёмон: чарчаш, салбий эмоциялар, келишмовчилик, етарлича ухلامаслик	Камроқ ахамиятга эга
Гипертоник синдромнинг қарор топиш хусусиятлари	Аста-секин, ташқи шароитларга боғлиқ ҳолда аксарият такрор кузишлар ва ремиссиялар билан	
Вегетоневроз белгилари	Симптоматик доминанта типи бўйича	Булмайди
Шикоятлари	Эрталабки бош оғриғи ёки доимий булмаган бош айланиши, куз олдида нарсалар учиб тургандек булиши, яхши ухлай олмаслик, тез чарчаш, кайфият узгариб туриши, баъзан юрак соҳасида оғриқ	Артериал босим барқарор булишига қарамай, узок вақтгача шикоятлар булмаслиги мумкин; буйрак касалликларида –бел соҳасида оғриқ, совқотиш, куп терлаш
Гемодинамик тип	Аввалига гиперкинетик, асосан систолик босим ошиши, диастолик курсаткич беқарорлиги	Қарши гипертензиянинг эрта шаклланиши ва асосан диастолик босимнинг барқарор ошиши
Кризлар борлиги	Касалликнинг нисбатан эрта босқичларидаёқ типик	Эхтимолдан йироқ (диэнцефал патология ва феохромацито-мадаги пароксизмлардан фарқ қилинсин)
Констелляция ва юракдан ташқари синдромлар	Эрта атеросклероз, юрак ишемик касаллиги (ЭКГ узгариши), сийдикнинг минимал узгаришлари	Эндокрин, буйракка алоқадор, систем яллиғли касалликлар, маҳаллий томир зарарланиши ёки нуқсони белгилари
Давонинг таъсирчанлиги	Юқори, гипертензияга қарши воситалар билангина эмас, балки эрта босқичларида шунингдек седатив воситалар билан ҳам	Артериал босимнинг бевосита гипертензияга қарши препаратлар қабул қилиш давридагина пасайиши, патогенетик давога резистентлик

V. Профилактикаси:

- симптоматик гипертонияга олиб келадиган этиологик касалликлар авж олишининг олдини олиш;
- асосий касалликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш;
- артериал гипертонияли ҳамма беморларни диспансерлаш ва актив кузатиб бориш;
- санитария-гигиеник тадбирлар, ишлаш, ишга жойлаштириш учун шароитлар яратиш.

ПАРХЕЗ

Беморларни овкат билан даволаш кадимдан маълум. Куп касалликлар моддалар алмашинувидан келиб чиқади.

Даволаш овкатлари асосан 3та принцип асосида ташкил этилади:

1. Даволаш принцида беморнинг орган ва системасига механик ва кимёвий йул билан таъсир курсатиш. Кимёвий шифобахш пархезни буюришдан мақсад меъда ичак касаллигига мотор ва секретор функцияларни камайтириш. Бу вақтда спиртли ичимликлар ичиш, ковурилган ва тузланган гушт ейиш маън этилади. Булар урнига секрецияни камайтирувчи сариг, каймок, сутли суюк овкат, сабзавотлардан таёрланган бутка, кайнатилган ва бугда пиширилган таомлар буюрилади.

2. Даволаш принципларида туғриаб турувчи принцида берилган озик-овкатни купайтириш ёки камайтиришга асосланган. Айрим ҳолларда углевод чегаралаб куйилади (кандли диабет). Юрак кон-томир, буйрак, касалликларида углевод оширилади. Юрак фаолияти бузилганда меъда секретор функцияси кучайганда оксил моддалар чеклаб куйилади. Буйрак ва меъда ости беи касаллигида семириб кетадиган булганлиги учун ёг микдори чекланади. Сил ва юкумли касалликларда эса кучайтирилади. Юрак касаллиги сабабли бир кунлик овкат микдори чеклаб куйилади. Факат хул мева, сут, творог берилади. Юрак, буйрак гипертония касалликларида туз ва суюклик микдори камайтирилади. Одам захарланиши, куп кусиши, ич кетганда куп суюклик берилади. Температури беморга хар 3-4 соатда мева шарбати, гуштли бульон, кайнатма шурва, илитилган тухум, куймок, сариг, сухари, шурва, ок нон берилади. Бемор кок суюк булиб озиб тузиб кетганда, согаётган даврда калконсимон без функцияси кучайганда овкатлар кучлиси буюрилади. Корин шиллик пардаси, уткир яллигланганда ҳамда меъда ярасидан кон кетганда, хирургик операциялар утказилганда бемор 1-3 кун бутунлай оч колдирилади.

3. Тулдирувчи принцип организм учун зарур моддаларни бемор истеъмол киладиган овкатларга киритиш демакдир. Касаллик хилига караб 15 стол даво таомлари бор:

1. Пархез-ошкзон яраси касаллигида кулланилади.
2. Пархез-секрецияси етарли булмаган сурункали гастритда.
3. Пархез-кабзиятда.
4. Пархез-гастроэнтероколит, дизентерияда ичакдаги операцияларда.
5. Пархез-уткир холецистит жигар касалликларида.
6. Пархез-подагра ва уратли диотезларда.
7. Пархез-буйрак касаллигида.
8. Пархез-семизликда, модда алмашинуви бузилганда.
9. Пархез-кандли диабетда.
10. Пархез-юрак кон томир касалликларида.
11. Пархез-упка силида.
12. Пархез-асаб ва рухий касалликларда.
13. Пархез-юкумли касалликларда, юкори температура булганда.
14. Пархез-сийдикни кислотали реакцияси ишкорий ва кальций фосфат тузлари чукумага тушганда.
15. Пархез-махсус пархез тайинлашга курсатма булмаганда кулланилади.

Касалхоналарда беморларни овкатлантириш.

Беморлар касалхонанинг кун тартибига биноан овкатланади. Кунига 4-5 марта хар 3-4 соатда овкатланиш керак. Овкатни уз вақтида мунтазам истеъмол килиш меъда-ичакнинг бир меёрда ишлашига ёрдам беради. Юрадиган беморлар ошхонада, рухсат берилмаган беморлар урнида овкатланади. Узок ётган беморни ҳамшира овкатлантиради. Чанкаганда махсус чойнаксимон идишларда кайниган сув берилади. Овкатдан бош тортса оз-оз, тез-тез овкатлантириш керак. Касалхонанинг хар бир булимида идиш товок ошхонанинг буфетхонасида алохида шкафларда сакланади.

Овкатлантириш усуллари.

Сунъий овкатлантиришда овкатдан бош тортган ва беҳуш операциядан чиккан беморни овкатлантирилади.

1. Зонд оркали овкат юбориш-бунда узунлиги 100-150 см, йугонлиги 4-8 мл юмшок резина найчадан фойдаланилади, зонд варака яхшилаб кайнатилади, вазелин суртилади. Зонд куриб колмаслиги учун намлигида огиз ёки бурун оркали меъдага юборилади. Зонднинг эркин томонини унг кул билан эҳтиёт булиб бурун тешиги оркали меъдага туширилади. Бемор кулини врач ёрдамчиси ушлаб туради. Зонд трахеяга тушган булса бемор йуталади, харсиллайди ва кукаради. Бунда зонд тортиб олинади. Хушсиз беморни огзи ёки халкуми касал булмаса, зонд оркали юборилади. Бемор огзи кенгайтиргич билан очилади. Зондни тилини оркасига куйиб, халкумнинг орка деворига етказилади. Бемор ютиш харакати булганда зонд кизилунгачга, кейин меъдага утади. Зонд меъдага утгандан кейин унинг иккинчи томонига варака куйиб туйимли овкатлар (масалан: сут, каймоқ, сутли суюк овкатлар) бир кунда 3 махал 1-2стакандан овкат бериш тавсия этилади. Варакадаги овкат меъдага тушиши билан хаво кирмаслиги учун зонд кискич билан кисиб куйилади.

2. Беморлар кизилунгачнинг торайиши ва усма туфайли операция килинганда меъда сохасидаги тешик колдириб тешикдан овкатлантирилади. Бу ишни бажариш учун бир учини тешикка киритиб, 2-учига воронка кийгизилади. Зонд тешикдан чикиб кетмаслиги учун хар еридан пластр ёпиштириб куйилади. Беморни овкатлантиришда ярани ифлослантормаслик керак. Овкатлантириб булгач, ярим стерилланган боглам материаллари билан боглаб куйиш керак.

3. Клизма оркали овкатлантириш овкатни ютишга кийналганди хушсиз ётганда кизилунгачдан овкат утмаганда кулланилади. Овкатлантиришдан олдин тозаловчи клизма килинади. Орадан 1-1,5 соат утгач, овкатлантириш клизмасини килиш мумкин. Клизма оркали киритиладиган овкат 39-40 градусдан паст булмаслиги керак. Тугри ичакдан сув, физиологик эритмалар 5% ли глюкоза эритмаси ва аминопетид юбориш мумкин. Булар томчи холида булиб, хажми 200г-1,5литрдан ошмаслиги керак. Туйимли суюклик резина балонча оркали берилиб ичак камайтириш учун афюн кушилади. Томчи усулида юборилганда кориннинг ички босими ошмайди. Ичакни мутлако чузмайди. Перистальтикани кучайтирмайди, дефекация булмайди, газ ажралишига тускинлик килмайди. Томчи клизмасидан кейин бемор рухан енгиллашади, тили куримайди, пульси яхшиланади, куп сияди. Томчи клизмасида эсмарх кружкасининг резинали найчасидан фойдаланилади. Хар минутда 40-120 томчи, бир кунда эса 1-2литр суюклик юбориш мумкин. Суюклик эсмарх кружкasiга солингандан кейин совиб колмаслиги учун усти беркитилади. Томчи сони кискич ёрдамида хисобланади. Узок вақтгача клизма оркали овкат юбориш ярамайди, чунки бунда ичак яллигланиши келиб чикади

Демак беморларни хар хил хасталикларида хар-хил усуллар билан овкатлантирилишни тез тугри осон бажара олувчи хамшира эпчил озода ширинсухан мулойим юмшок калбли ораста, инсонларни узига жалб килувчи булиши шарт.

Адабиётлар:

- Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих медицинских сестер. Проект «Здоровье» Минздрава РУзб. 2003. 287 С.
- Чубаков Т.Ч., Фрике Э.Б., Халики В. «Основы сестринского дела в семейной медицине» (1 – 2 том). Бишкек – 2003 г.(Электронный учебник)
- Краснов А.Ф. «Сестринское дело» Москва – 2000 г. (I – II том) (Электронный учебник)
- Косимов Э. Й. «Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати» Тошкент – 2002й. Ўқув қўлланма
- Заликина.А.С. «Беморларни умумий парвариши» Ташкент. Ибн Сино 1995й
- Гадаев А.Г. “Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар туплами”. Тошкент-2010й.
- Краснов А.Ф. «Сестринское дело» Москва – 2000 г. (I – II том) (Электронный учебник)
- Косимов Э. Й. «Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати» Тошкент – 2002й. Ўқув қўлланма

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

<http://ziyonet1.zn.uz>

<http://www.medline.uz>

<http://www.mednavigator.com.ua>

<http://www.karelia.ru>

<http://www.simhos.ru>

<http://ru.wikipedia.org>

Мавзу-6. Миокард инфарктини қарияларда кечиш хусусиятлари (Асс. Абдушукурова К.Р.)

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Талабаларга реал шароитида кекса ва қари кишиларда миокард инфарктига сабаб булувчи ҳолатларни аниқлаш, ушбу касалликларнинг клиник-диагностик мезонларини ургатиш, беморларни текшириш, даволаш, парваришлаш, ҳамда ушбу касалликларни олдини олиш бўйича амалий қунималар ҳосил қилиш;

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш қуникмаларини ҳосил қилиш;
- миокард инфарктини аниқлаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий қуникмаларини ривожлантириш;
- кексаларда миокард инфарктининг олдини олиш бўйича амалий қуникмалар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва қари беморларни парваришлаш бўйича олган билимларини мустаҳкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- миокард инфаркти ҳақида тушунча, касалликларни этиологик факторларини;
- миокард инфарктининг асосий клиник белгиларини;
- миокард инфарктининг диагностика усулларини;
- миокард инфарктини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар қуламини;
- миокард инфарктида беморларни парваришлаш принципларини;
- дори моддаларини, уларни қулланиш вақти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва қари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- миокард инфарктини олдини олиш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- миокард инфарктини олдини олиш бўйича умумий тадбирларни бажаришни;
- Қари ёшдаги беморларнинг аҳолини физикал баҳолашни;
- Қари беморларни сўраб суриштириш натижасида касалликнинг келиб чиқиши тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиш, касалликнинг объектив белгиларини аниқлаш, ҳамширалик ташхисини қўйиш;
- Қари ёшдаги беморларнинг муаммоларини, уларни тинглай билиш, ҳамширалик жараёни билан ишлай олиш.
- Гериатрик беморларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, умумий текшириш натижаларини касаллик тарихидан дастлабки ташхисни асослаш, ҳарорат варақасини тўлдириш, ҳамширалик касаллик тарихига баён этиш.
- касалларни парваришлаш бўйича амалий тадбирларни;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу бўйича микробиология, юкумли касалликлар, лаборатория иши, гигиена, ҳамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

МИОКАРД ИНФАРКТИ

60 ёшдан ўтган одам юраги оғирлиги камаяди, бўшлиқлари кенгаяди, эндокард қалинлашиб, кардиомиоцитлар атрофияга учрайди. Қон томирларнинг ички қавати қалинлашади, эластиклиги камаяди. Юрак қисқаришлари ритми секинлашади, гемодинамика ва кардиодинамика ўзгаради.

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

Кексаликдаги юрак хасталикларининг асосини атеросклеротик ўзгаришлар ташкил этиб, бу гериатриянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади.

Атеросклероз 45-59 ёшларда бошланиб, организмнинг қаришини тезлаштиради. Атеросклерозни ривожлантирувчи омиллар:

1. беморнинг ёши, жинси
2. холестерин ва липопротеидларнинг ошиб кетиши
3. артериал босимнинг ошиб кетиши
4. чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш
5. қандли диабет
6. овқат омиллари, семизлик
7. асабийлашиш, кўп ҳаяжонланиш
8. ирсий омиллар
9. кам ҳаракатланиш
10. қон ивувчанлигининг издан чиқиши

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

40 ёшдан ошган барча беморларда холестерин, триглицерид ва липопротеидлар миқдори текширилади. Беморларга холестеринга бой бўлмаган овқатлар буюрилади ва турмуш тарзини ўзгартириш тавсия этилади.

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

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

1. Қоннинг ёшга алоқадор биохимик ўзгаришлари ва қуйилишга мойиллиги.
2. Юрак қон томирларида ёшга алоқадор склероз натижасидаги ўзгаришлар.
3. Гемодинамиканинг ёшга алоқадор ўзгаришлари.

Клиник кўриниши:

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

Бундай беморларда касаллик якуни ёмон бўлиб, бош миёда қон айланишининг бузилиши, қайта такрорланувчи инфаркт ривожланиши мумкин. Юрак етишмовчилиги ва кардиоген шок фақат биринчи куни эмас, кейинги кунлари ҳам пайдо бўлиши мумкин, бу эса

буйрак етишмовчилигига, ва ишемик инсультга олиб келади. Касаллик асоратларидан юрак ритмининг бузилиши, миокард ёрилиши ва чап қоринча билан ўнг қоринча орасидаги тўсик ёрилиши, тромбоэмболик асоратлар, юрак аневризмаси ривожланиши касаллик оқибатини ёмонлаштиради. Миокард инфарктидан ўлган беморларнинг 60% касалхонага ётқизилгунгача ҳалок бўлади.

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

Текширув:

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

Даволаш.

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

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

Шифохонадан чиқарилишида доимий жисмоний ҳаракатлар, пиёда сайр қилиш машқлари тавсия этилади, чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш, асабийлашиш, оғир жисмоний меҳнат, югуриш тақиқланади. Бемор амбулатория шароитида электрокардиография қилдириб туриши, β-адреноблокаторлар, аспирин ичиб туриши маслаҳат берилади. Юрак ритми бузилишига қарши обзидан, новокаинамид, калий тузлари, буюрилиши мумкин.

Миокард инфаркти билан оғриган беморлар диспансер ҳисобида бўлиб доимий врач ва ҳамшира назоратида туради. Ҳамшира ва врач беморларни уйига бориб хабар олиб туриши, қариндошларига беморни парвариши, овқатланиши ва ҳаёт кечириши ҳақида керакли маслаҳатларни бериб туриши керак.

В.А.Люсова (2001) маълумотларига кура, МИ таркалиши 100000 эркакга 500, 100000 аёлга 100 киши тугри келади. МИ билан касалланиш ёш ошган сайин ошиб боради:

- 20-24 ёш - 0,08;
- 30-39 ёш - 0,76;
- 50-59 ёш – 5,81;
- 60-64 ёш – 17,12;

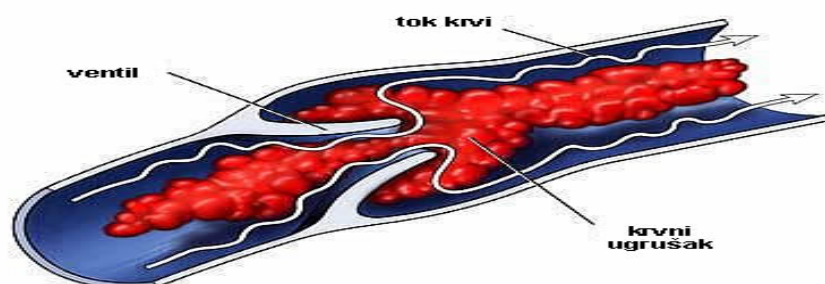
Кузатувларга кура МИ билан аёлларга нисбатан эркаклар кўпроқ касалланадилар. Эркакларда миокард инфаркти, айниқса навкирон ёшда аёлларга нисбатан кўп учрайди.

Эркак ва аёл беморларнинг нисбати 41- 50 ёшда 5,1:1; 51-60 ёшда 2:1 ни ташкил қилади, кейинчалик эса аёллар уртасида миокард инфаркти билан касаллакнинг кўпайиши ҳисобига бу тафовут камаяди (Вихерт А. М., Матова Е. Е.).

Миокард инфарктидан улим юкори: адабиётлардаги маълумотларга биноан 18,5-40% ни ташкил қилади. Кўп ҳолларда у касалликнинг дастлабки соатларида, яъни госпитализация қилишга қадар юз беради (Баубинене А. В., Мисюнине Н. Б.). Миокард инфаркти - жаҳоннинг саноати ривожланган кўпгина мамлакатлари аҳолиси уртасидаги улимнинг асосий сабабчиси.

Этиологияси. МИ этиологик факторларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

- Коронар кон- томирлар атеросклероз ива уларда тромбоз ривожланиши;
- Коронар кон – томирларни ноатеросклеротик зарарланиши;

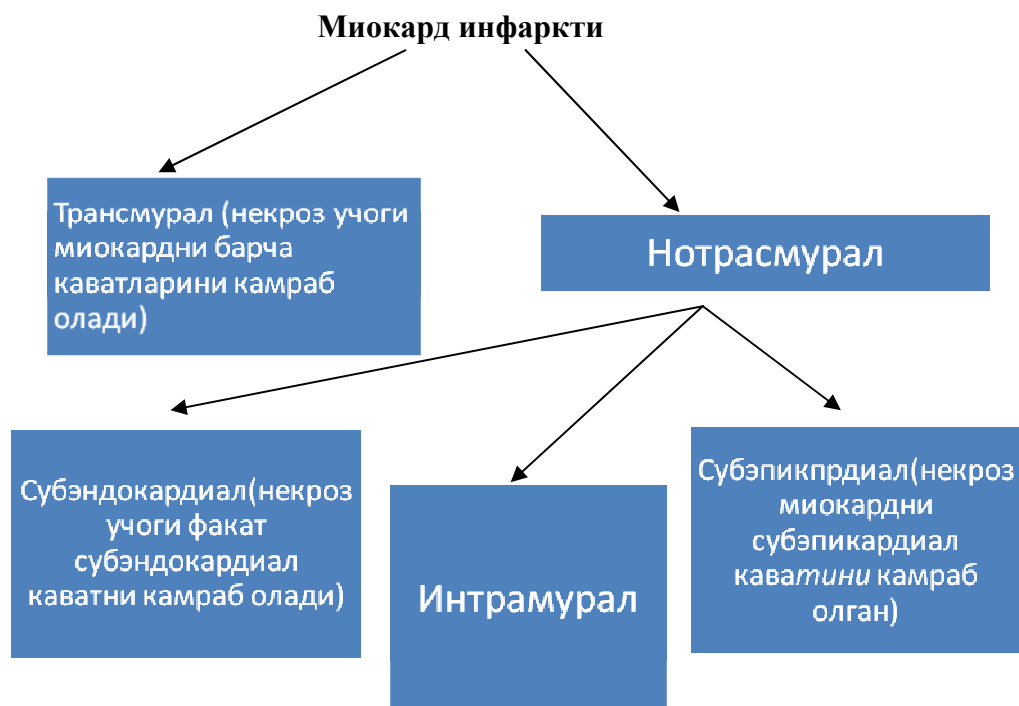


Бундан ташкари, коронар кон-томирлар тугма аномалияси, спазм ива тож томирлар васкулити, травмаси ва х.

МИ келиб чиқишида хавф омилларининг роли ката булиб, улар куйидагилардан иборат:

- Эркак жинси (эркаклар аёлларга кура куп касалланадилар),
- Ёш (40 ёшдан кейин касаллик билан огриш ортиб боради),
- Оилавий анамнез,
- Артериал гипертония,
- Дислиппротеидеимия (конда умумий холестерин, ЗПЛП, ЗЖПЛП, триглицеридлар микдорини ошиши ва ЗЮЛП микдорини камайиши),
- Юкори тана массаси – семизлик,
- Кандли диабет,
- Гиподинамия,
- Зарарли одатлар: Спиртли ичимликлар ичиш, чекиш,
- Стресс,
- Гиперурикемия,

Некротни таркалишига кура МИ бир неча шаклларга булинади, бу Патоморфологиясига кура фаркланади:



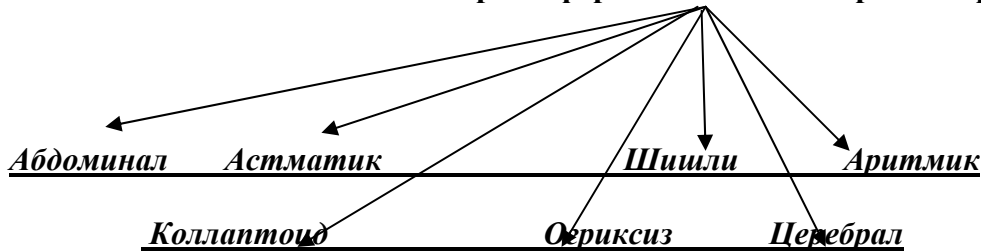
1. Трансмурал инфаркт,
2. Субэндокардиал инфаркт,
3. Субэпикардиал инфаркт,
4. Интрамурал инфаркт,

Миокард инфаркти клиник кечишига кура 4 та даври фаркланади:

1. Ута уткир даври-3 соат давом этади. Беморлар бу даврда туш ортидаги огрикка, огрикни кисувчи, босувчи, кесувчи («пожар в груди»), ханжарсимон характерда булишига шикоят киладилар. Огрик чап кулга, елкага, чап курак остига, буйинга, пастки жагга, кулокка, айрим холларда тананинг унг томонига берилади. Туш ортидаги огрик характери тулкинсимон булиб, вақт утиши билан огрик кучайиб боради. Стенокардиядан фаркли равишда огрик давомийлиги 20-30 дакикадан узоу ҳамда нитроглицерин таблеткасидан сунг огрик колмаслиги билан характерланади.

2. Уткир даври – 10 кун давом этади. Бу даврга келиб огрик юколади. Бу давр асоратлар бериши билан хавфли ҳисобланади (резорбцион – некротик синдром).
3. Уткир ости даври – 4-8 ҳафта давом этади. 1-2 даврларга караганда енгил кечади.
4. Чандикланиш даври – 2 ойдан – 6 ойгача давом этади.

Миокард инфарктини атипик вариантлари:



- ишемия, мушак толалари дистрофияси ва уларнинг некрози;
- некрозга учраган туқиманинг юмшаб қолиши (юрак мушаклари миомаляцияси);
- уткир ва сурункали аневризма белгилари, баъзан юрак ёрилиши ва тампонадаси билан;
- чандик, йирик учокли кардиосклероз ҳосил булиши;
- перикардит, тромбоэндокардит белгилари (баъзан девор олди тромбоэндокардити белгилари).

Жараённинг жойлашишига кура:

- чап қоринча (олдинги, орқа, ён девор, қоринчалараро тусик), қамрок унг қоринча инфаркти;
- олдинги тусик, орқа тусик, олдинги ёнбош, орқа ёнбош инфаркти учрайди.

Клиник манзараси:

Субъектив маълумотлар: 1) огрик синдроми: огрик характери ва қучи - сикадиган, босадиган, кесадиган, тешадиган;

- огрикларнинг жойлашуви - юрак соҳаси, туш орқасида, қуқрак қафасининг олдинги юзаси, қуқракнинг пастки қисми, туш ости соҳаси, чап қул, елка;
- огрикнинг берилиши - чап қулга, иккала қулга, пастки жагга, туш ости соҳасига,
- огрикнинг давомлилиги, тулқинсимонлиги, қучайиши, пасайиши, бир неча соат, сутка;
- валидол, нитроглицерин ва бошқа воситаларнинг наф бермаслиги;

2) қуйидаги шикоятлар:

- улим ваҳимаси, қузғалувчанлик, безовталиқ, инграш, баъзан қичкириш ва б;
- бўғилиш, нафас қисиши, юрак уриши, бушашиш сезгиси;
- иситма (тана температурасининг 38° С гача қутарилиши), терлаш ва қасаллик формасига қура уткир томирлар ва юрак етишмовчилиги билан боглиқ қасалликнинг бошқа белгилари.

Объектив маълумотлар

1. Умумий қуздан кечириш:

- беморнинг умумий ахволи, эс-хуши; тиник., шок, коллапс ва б.;
- уриндаги вазияти, чалканча ётиши, каддини баланд кидиб утириши, ортопноэ, безовталик, кузгалувчанлик, куркув: хаяжонланиш;
- рангпарлик, цианоз - акроцианоз, куп терлаш, бугилиш, шишлар.

2. Юрак-томирлар системаси:

- пулс - ритмик, аритмик, брадикардия, тахикардия;
- артериал босим - нормал, одатда пасаяди;
- юракнинг чапга, уннга ва х. к. кенгайиши;
- тонлари пасайиши, чуқкида систолик шовкин,
- ритми бузилиши - экстрасистолия, титрок аритмия;

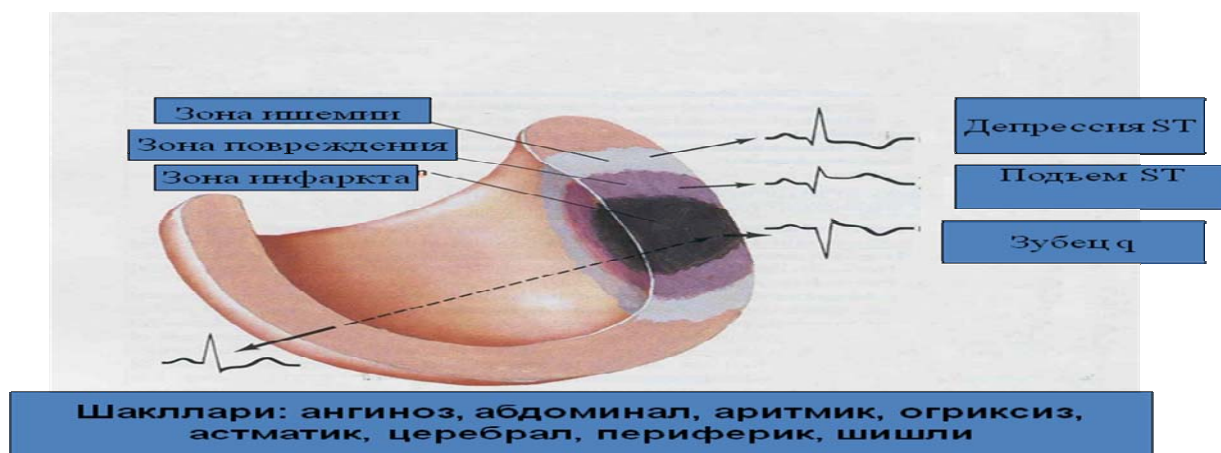
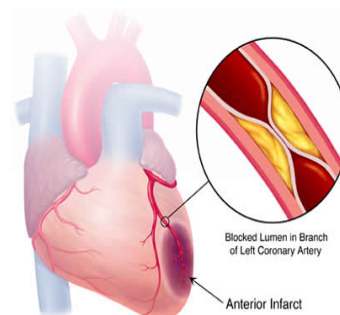
- Уткир томирлар етишмовчилиги клиникаси; гипотензия, рангпарлик, совук. ёпишқок терлаш ва хушдан кетишнинг бошқа аломатлари, коллапс, шок;

- чап коринча (бугилиш, кон туфлаш, упкада димланишдан хириллаш, шишлар, бушликда суюклик йигилиши, веноз босим ошиши ва б.) ва тулик юрак етишмовчилиги клиникаси.

3. Тож томирлар атеросклерози, кардиосклероз, гипертония касаллиги ва миокард инфарктига сабаб буладиган ва унга кушилиб келадиган бошқа касалликлар клиникаси.

Лаборатория, биохимиявий, инструментал ва бошқа қушимча текшириш методларининг маълумотлари:

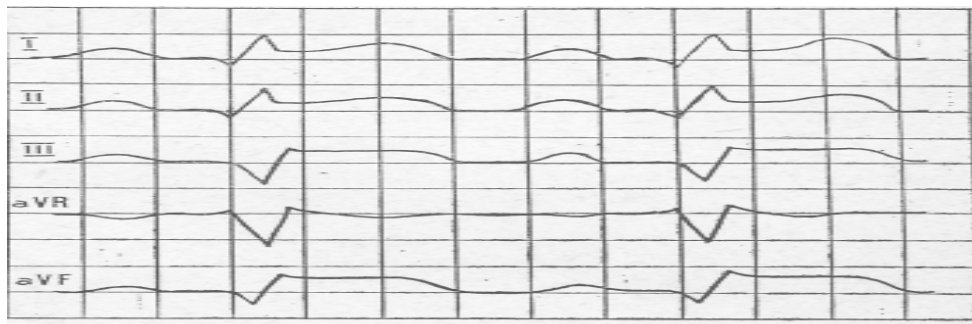
- умумий кон анализи
- лейкоцитоз, нейтрофилез лейкоцитар формуланинг чапга силжиши билан, камрок
- оғир холларда лейкоцитопения, эозинофилия, СОЕ ошиши;
- умумий сийдик анализи
- миокард инфарктининг этиологияси, аоратлари, юрак декомпенсацияси борлигига боғлиқ холда тегишли узгаришлар;
- биохимиявий силжишлар диспротеинемия, С-реактив протеин пайдо булиши, фибриноген, натрий, катехоламинлар микдори ошиши. холестерин, лецитин, ивишга карнш омиллар микдори узгариши, алдолаза, аспартат-ва аланинаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, камрок - ишқорий фосфатаза активлигининг ошиши;
- электрокардиографик текширишлар: ЭКГ даги узгаришлар миокард некрози жойлашган жойга, чуқурлигига ва кенглигига боғлиқ, ЭКГ даги некроз зонаси QRS комплексидаги узгаришлар қуринишида, шикастланиш зонаси - S - T интервали силжиши, ишемия зонаси - T тишча узгаришлари қуринишида ифодаланади.



Миокард инфаркти учун ЭКГ да қуйидаги узгаритлар характерли :

R - тишча пасайиши; Q- чуқур ва кенг тишча (0,04") пайдо булпши ёки- QRS комплекси хосил булиши;

- С - Т интервалининг ёйсимон ктарилиши, у Т тишча билан кушилиб монофазали эгри чизик хосил килади, бу хол миокард инфарктининг уткнр боскичидан далолат беради; унинг уртача уткир боскичида коронар манфий Т тишча пайдо булади; чуқур патологик Q тишча - бошдан кечирилган миокард инфарктининг барқарор белгиси. ЭКГ да I ва III-стандарт



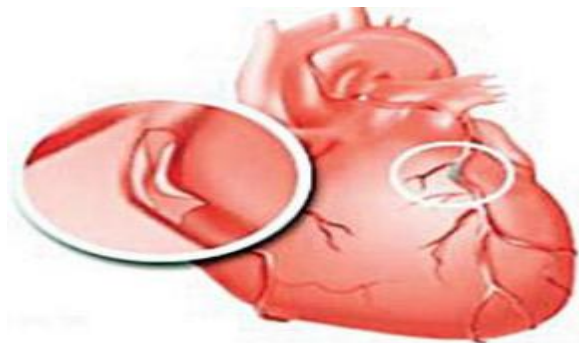
Орка-пастки миокард инфарктида бемор электрокардиограммасы, уткир боскичи. Миокард инфарктининг кечиш вариантлари **1. Классик ёки типик кечиши** - Статус ангинозус.

2. Атипик кечиши:

- **астматик варианты** - уткир чап коринча етишмовчилиги типи буйича кечади - юрак астмасы ва упка шиши тегишли симптоматика билан;
- **абдоминал варианты:** туш ости, унг ковургалар ости соҳасида огрик, кунгил айниши, қушиш, корин дам булиши, корин девори таранг тортиши, баъзан меъда-ичак юли парези аломатлари ва корин бушлиги органлари уткир хирургик патологиясининг бошқа симптомлари;
- **аритмик варианты** - огрик синдроми юклиги, юрак ритмининг ҳар хил бузилишлари - титрок аритмия, экстрасистолия, турли даражадаги блокадалар борлиги;
- **церебрал формаси** - миёда кон айланиши бузилиши клиникаси, бемор психикаси бузилиши, психозлар, ҳушдан кетиш, инсулт баъзан миокард инфаркти аритмик формаси билан бирга.

Бундан ташқари, унинг атипик формаларига қуйидаги ҳоллар қиради:

- огрикнинг гайриоддий жойлашуви (кукрак кафасининг унг ярмида, орқада, умуртка поғонасида, қулда);
- стенокардия ҳуружлари қучайиши, ҳуружлар тезлиги, қучининг ошши, инфаркт олди ҳолати;
- кам симптомлар билан кечиши (умумий характердаги шикоятлар - ланжлик, қайфият ёмонлашуви, куракда аниқ бўлмаган огриклар, узини енгил ҳис қилмаслик).



Миокард инфаркти асоратлари:

1. Юрак тампонадаси ва ёрилиши
2. Уткир чап коринча етишмовчилиги – юрак астмасы
3. Кардиогенный шок
4. Юрак ритм ива утказувчанлигининг бузилиши

5. Коринчалараро тусик ёрилиши
6. Чап коринча аневризмаси
7. Тромбоэмболия
8. Дресслер синдроми
9. Сурункали юрак етишмовчилиги
10. Инфарктдан кейинги кардиосклероз.

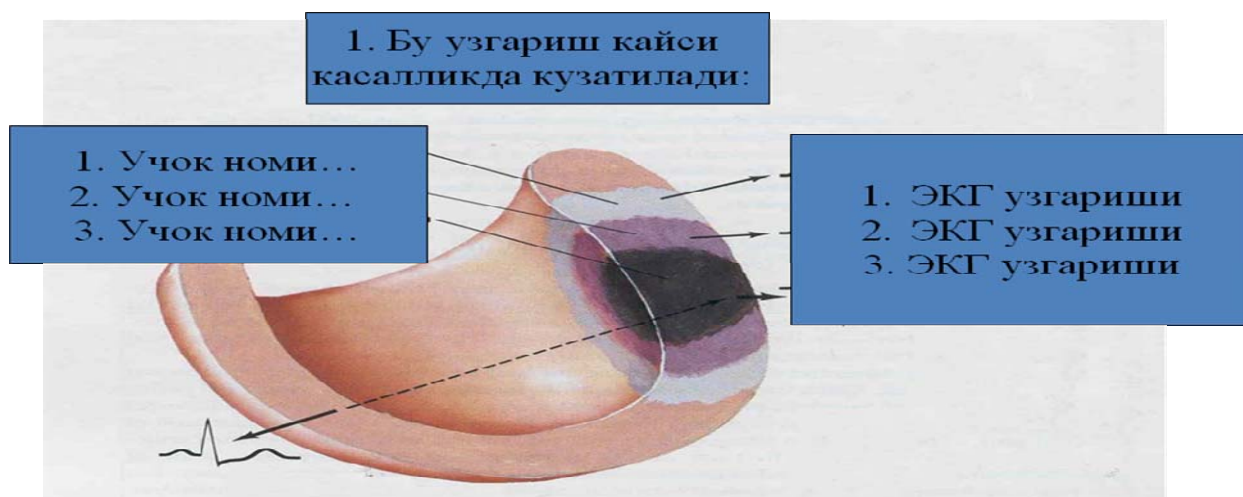
Миокард инфаркти кариаларда ва ёши катталарда жисмоний (аввалом бор югуришда) зурикишда, эмотционал стрессларда, артериал босим кутарилиши натижасида юзага келади. У туш ортидаги классик огрик ёки босилиш сезгиси, туш сохасида огирлик хисси билан номоён булади. Ёш билан боглик атипик миокард инфаркти частотаси усади.

Карилик ёшидаги миокард инфаки бугилиш сезгиси, тутканоклар, коринда огрик, хушдан кетиш, жисмоний активликнинг пасайиши каби белгилар билан кечади. Бемор тушак режимига риоя килмаганда кузатилади. Кариаларда миокард инфаркти белгилари ЕКГ да хамма вакт хам билинмайди. Куп холларда биохимик текширувларда конда ферментлар активлиги хисобига тугри ташхис куйилади.

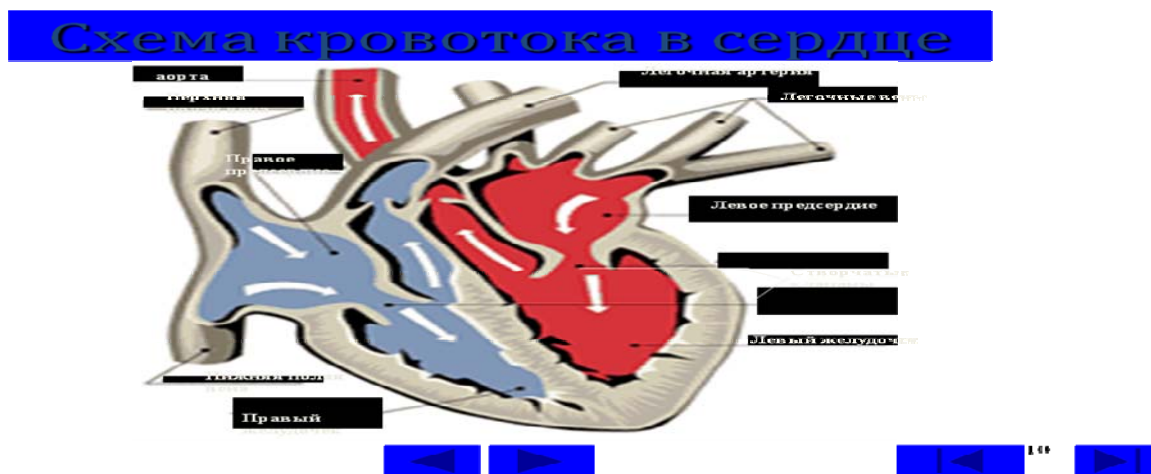
Бундай инфактлар худди урта ёшдагилар каби даволанади. Бирок бундай беморлар ута актив терапияни, яъни кон ивиш системасига тасир килувчи препаратлар ёмон тасир килади. Бундай кари кишилар учун махсус интенсив палатада даволанадилар, шу учун бундай беморларга тинчлантирувчи перпаратлар кушиб берилади. Окибати бундай беморларда касалликнинг асорати ва юрак етишмовчилигиюзага келади. Реабилитацияда доимий режим ва даволовчи жисмоний тарбия, шунингдек нафас машиклари мухим ахамиятга эга. Субъектив караганда бундай беморлар узига ва атрофдагиларга ортикча юк булади. Бизнинг куп йиллик тажриба шуни курсатдики, миокард инфактини утказган купчилик кари кишиларда жисмоний реабилитация уларнинг факат жисмоний активлигини саклаб колган холос. Нафакат тиббиёт ходимлари балки якин кариндишларнинг хам роли катта. Купчилик миокард инфактини утказган кари кишилар астеновегитатив бузилишлар ва эмотционал нотургунлик холатида булишади. Купчилиги "менга ургатманглар, тинч куйинглар" дейдиганлар типиде булишади. Бу купрок бош мияни яхши озикланмаганлиги билан боглик. Шуни тушунган холда кариндошлари миокард инфактини утказган карри кишиларни эмотционал тасирлантормаслик керак. Факат терапия ва тинчлик–ребилитация, бундай огир касалликни даволашда мухим рол уйнайди ва факат ребилитациядан сунг миокард инфарктини утказган карри кишилар узларини оила аъзолари ва жамият орасида керакли инсон сифатида хис килишади.

АНАЛИТИК КИСМИ

Иш уйини: ким нимани билади



Шакллари саноаб беринг: 7 та



1. Юрак нечта камерадан ташкил топган ва кандай клапнлар мавжуд?
2. Юракда клапнлар жойлашиши хакида гапириб беринг?
3. Юракни эшитиш нукталари ва уларни жойлашиш нуктасини курсатинг ?
4. Юракда катта кон айланиш доирасини гапириб беринг?
5. Юракда кичик кон айланиш доирасини гапириб беринг?
6. Миокард инфарктининг асоратларини санаб беринг?
7. Кекса ёшда миокард инфаркти кечишининг узига хос томонлари?
8. Миокард инфаркти ривожланишида хавф омилларнинг урни?
9. Миокард инфаркти утказган беморларда хамшира парвариши?
10. Стенокардия тушунчаси ва турлари хакида нима биласиз?

Талабаларга саволлар таркатилади ва хар бир талаба кластер тузиши лозим.

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. 17 ёшли усмирда ЭКГда аникланди: R-R хар хил, P-Q 0,16 сек, P тишча ва QRST узгармаган, ритм частотаси 60-68 гача. Усмирда кайси ритм бузилиши бор.

- *А) синусли аритмия
- Б) ритм бошқарувчини кучиши
- В) хилпилловчи аритмия
- Г) булмачали экстрасистолия
- Д) АВ-блокада I даража

2. Уткир миокард инфарктида коринча фибрилляциясини эрта белгилари булиши мумкин

- *А) Т устида R типиди эрта коринчали экстрасистолиялар
- Б) синусли тахикардия
- В) АВ-блокада III даражали
- Г) синусли аритмия
- Д) суправентрикуляр экстрасистолия

3. Миокард инфарктининг атипик турига кирмайди:

- *А) ангинозли
- Б) гастралгик
- В) аритмик
- Г) астматик
- Д) церебрал

4. Инфарктдан кейинги Дресслер синдромига кирмайди:

- *А) кон тупуриш
- Б) пневмонит
- В) перикардит

Г) полиартрит

Д) плеврит

5. Кандай белги 3-тавакали клапан етишмовчилигига хос:

*А) ханжарсимон усик асосида диастолик шовкин

Б) юрак унг булакларини катталашуви

В) ифодаланган гепатомегалия

Г) кайталанувчи асцит

Д) кичик кон айланиш доирасида димланиш йуклиги

6. Кичик учокли миокард инфарктига хос ЭКГ белгиларини танлаб олинг

*А) коринча комплекси охириги кисмини узгариши

Б) монофаз эгрилик

В) кенг ва чукур Q тишча

Г) QRS комплекси деформацияси

Д) QS тишча

7. Кандай АКБ да кардиоген шок булиши мумкин

*А) 80/40 мм.с.у.

Б) 100/60 мм.с.у.

В) 120/80 мм с.у.

Г) 110/80 мм с.у.

Д) 90/70 мм с.у.

8. Кайси ҳолат учун ЭКГ–да куйидаги узгаришлар хос:Р–тишча йуклиги, булмачаларнинг f-тулкилар шаклида хилпиллаши, коринчалар оралиги ҳар хил булиши.

А Синусли тахикардия

Б* Хилпилловчи аритмия

В. Коринчалар экстрасисталияси

Г. Пароксизмал тахикардия

9.Кайси синдром учун куйидаги симптомлар характерли: туш ортида кучли огрик, нитроглицерин қабул қилганда огрик юқолмайди, совук тер босиши, цианоз.

А Миокард ишемия синдроми

Б.* Миокард мушагининг некрози синдроми.

В. Гипертезия синдроми

Г. Гипотония синдроми

10.Миокард мушагининг некрози синдромида қандай тез ёрдам курсатиш керак:

А Тил остига нитроглицерин

Б.* Дроперидол, фентанил

В. Папаверин

Г. Дибазол

11. Кайси синдром учун куйидаги симптомлар хос: бош огрик, бош айланиш, кулоқларда шовкин, қунгил айланиши.

А Миокарднинг ишемия синдроми

Б. *Артериал гипертензия синдроми.

В. Ревматик яллигланиш синдроми

Г. Миокард мушагининг некрози синдроми

12. Артериал гипертензия синдромида қандай муолажалар утказилади.

А* Энап-н

Б. Аспирин

В. Панангин

Г. Кардиамин

13.Артериал гипертензия синдромида ҳамширалик ташхис.

А* Қунгил айланиши

Б. Кориндаги огрик

- В. Киска муддатда хушдан кетиш
- Г. Тана хароратининг кутарилиши

14. Миокард ишемия синдромида хамширалик ташхис.

А Бош огрик

- Б. * Юрак сохасида огрик
- В. Бугилиш
- Г. Хушдан кетиш

15. Миокард инфаркти учун хос булган шикоятларни таърифланг:

- А.босувчи, йиртувчи, кесувчи огриклар
- Б.улим вахимаси, безовталиқ
- В.бугилиш, нафас кишиш
- Г.юрак тез уриши
- Д.*шуларнинг барчаси

16. Миокард инфарктининг кандай турларини биласиз:

- А.классик
- Б.астматик
- В.абдоминал
- Г.аритмик
- Д*.шуларнинг барчаси

17. Миокард инфарктида беморларнинг тери қопламалари:

- А.окиш рангда
- Б.*цианоз
- В.сарик рангда
- Г.узгармаган
- Д.сут аралаш кофе рангда

18. Пульс дефицити қачон қузатилади?

- А. АКБ пастлигида
- Б.* пульснинг тезлиги юрак уришидан тезлигидан кам булганлигида
- В. юрак уришининг жуда секинлигида
- Г. юрак уришининг жуда тезлигида

19. Пульс босими нимани билдиради?

- А.* систолик ва диастолик босимларининг фаркини
- Б. пульс ва АКБ тезлигини замонавий улчашни
- В. манжетдаги босимнинг даражаси
- Г. систолик босим

20. Узғариб турувчи артериал қон босимининг қутарилиши қачон қузатилади?

- А.* жисмоний зуриқишда
- Б. рухий таранглигида**
- В. уйқу вақтида
- Г. горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга тез утишда

21. Қардиоген шокда беморга ёрдам қурсатиш:

- А. юрак гликозидлари**
- Б. сийдик хайдовчи дорилар
- В. қон урнини босувчи эритмалар
- Г.* кортекостероидлар**

22. Сурункали юрак етишмовлиги билан огриган беморни даволашда нималарга эътибор бериш қерак:

- А. ётоқ режимига**
- Б. шишиларни назорат қилишга
- В. ярим утирган ҳолда уткизиш
- Г.* суюқлик ва тузни истеъмол қилишини қамайтириш

23. Бемор хушидан кетаганда қандай ёрдам укротиш керак:

А. Ярим утирган ҳолатда уткизиш

В. бош томонини пасайтириш

С. кисадиган кийимини бушатиш

Д.* нашатир спиртли пахтани хидлатиш

24. Ҳамширалик жараёнининг асосий этапларини айтинг?

А. информация

В. Диагностика

С. Режалаштриш

Д.*хаммаси тугри

25. Ҳамширалик иши мақсадларига нима қиради.

А инсрга, оилага, гуруҳга, жисмоний, ақлий ва махсус саломатлигига ёрдам бериш.

В. Позитив саломатликни сақлаш.

С. Уз соғлигини мустаҳкамлашга жалб этиш.

Д* хаммаси тугри.

ХОЛАТИЙ МАСАЛАЛАР

1-МАСАЛА: 62 ёшли бемор куп йиллардан бери сурункали бронхит билан оғрийди, унинг охириги қайтарилишида кийинчилик билан балғам ажралиб, курагида оғрик пайдо бўлган, лекин ахволининг ёмонлашишига жисмоний зуриқиш сабабчи бўлмаган. Нафас етишмовчилиги кучайиши натижасида, тез ёрдам, машинаси ёрдамида касалхонага келтирилган. Обектив текширилганда бемор озгин, лаблари кукарган, буйин веналари кенгайган, чап умров ости тугунлари катталашган, упкада диффуз хириллашлар ешитилади. Нафас олиши минутига 30 марта. Юрак тонлари паст ешитилади. Юрак кискаришлар сони 110 марта, АҚБ -120/90. ЕКГда волтажи пасайган. Ташхис:

2-МАСАЛА: Бемор Б, поликлиникага куз склераси ва терисининг саргайишига, кескин кувватсизлик, кунгил айниши, қора рангли сийдик кабилар билан мурожат қилди. Анамнездан 2 кундан бери касал. 5 кун олдин ангина бўлганлиги сабабли сульфодемитоксин 1 кунда 4таб 2 марта қабул қилган. 3 кун даволанишдан кейин юкоридаги шикоятлар пайдо бўлди. Кон анализда нормохром анемия, ретикулоцитоз. Сийдикда гемосидирин ошган. Биохимик текширувда қонда билурибин 95мкм/л Боғланмаган билурибин ҳисобига. Ташхис:

3-МАСАЛА: Бемор 53 ёшда, шикояти хансирашга ва йуталга. Об-в ахволи оғир конъюнктивит куринади. R-графияда курак ичи лимфа тугунлари катталашган, упка фибрози. Кон тахлили лейкопения, лимфопения, эозинофилия. Ташхис:

4-МАСАЛА: Бемор 38 ёшда. Шикояти тана ҳароратининг 37.7 С га кутарилишига тез тез сийишга бош оғришига. Пулс ритмик 88та 1 дак. АҚБ 160/100мм.с.у.тенг. Пастернарцкий синамаси чап томонда мусбат. Сийдик тахлили протеинурия 0.66%. Буйрак УТТда текширилганда чап буйрак коптокчалар тизими деформациялашган ва кенгайган.

5-МАСАЛА: Бемор 64 ёшда, холецистэктомия утказган, 20-кунда н сунг курак соҳасида оғрик, хансираш, қон тупуриш кузатилган. Температураси 37.7. Упка R –скопиясида бир турдаги қатта бўлмаган қоронгиланиш учоғи топилган....

6-МАСАЛА: Бемор 65 ёшда клиникада инфаркт миокард буйича даволанмоқда. 5-қуни ҳуши юқолади. Диффуз цианоз, нафас олиши Чейн-Стокс типда. Талвасалар кузатилади. Врач келгунча узиға қелди. Обектив; якқол акроцианоз, ёпишқок тер билан қопланган. Қарахт, лекин саволларға жавоб беради. Пулс минутига 26 марта, ритмик, қучсиз таранглиқда. Юрак

тонлари бугик, ритмик. Юрак чуққисида систолик шовкин, вакти вакти билан I тон кучайган АҚБ 100/60 мм сим. уст.

7-МАСАЛА: Бемор шикоят; хансираш, оёқларида шиш булишига, вакти вакти билан туш суяги ортидаги огриклар безовта килишига. Икки йил олдин миокард инфаркти билан касалланган. Обектив; юрак чегараси чапга силжиган. Тонлар бугиклашган, II тон акценти аортада, шовкинлар йук, пулс минутига 90 та. АҚБ 160/100. Упкада нам хириллашлар.

8-МАСАЛА: Бемор 36 ёшда. Врачга куйидаги шикоятлар билан мурожат килади. Кукрак кафасининг чап томонидаги санчувчи огриклар, таркалмайдиган характерда. Огрик валидол билан колмайди. 2 хафта олдин грипп билан огриган. ЭҚГ-да синус аритмия PQ-0.22, ST сегменти-изоэлэктрик чизикда, Т-кучсиз манфий. Кон анализиди; лейкоцитлар- 9.6×10^9 л, СОЭ-22 мм/с.

9-МАСАЛА: 60 ёшли бемор режадаги тиббий жадвали буйича врач хузурига келган. Шикоятлари йук. АҚБ-160/100 мм. сим уст. Томир уриши 72 мин. ритмик харорати нормал. Куз туби текширилганда артериолалар торайиши ва томирларнинг эгри-бугрилиги куринади. ЭҚГ-да чап коринча гипертрофияси белгилари.

АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР

Миокард инфаркти утказган кекса беморларни тугри парвариш килиш коидалари:

Миокард инфарктига гумон килинган беморларни зудлик билан иложи борица реанимация булимларига ёки кардиология булимининг интенсив терапия блокига госпитализация килиш зарур. 10 кун давомида ёток режимида катъий риоя килиш керак (жисмоний харакатлар, овкатланиш, беморни ювинтириш катъиян ёток режимида).

Ёток яра ва бошка асоратлари бор беморларга алохида ёток режимида эътибор бериш керак:

Ёток яра-тери ва унинг остидаги тукумаларнинг озикланишининг етишмовчилиги натижасида юзага келади. Ёток яраларни асосий хосил булиш жойи думгаза сохаси; купрок курак сохаси, товон шунингдек тананинг суяк ва тушак орасида булган сохаларда пайдо булади.

Босилиш натижасида терини шу сохаларида кон айланиш ва озикланиш бузилади, натижасада тукумаларнинг улими юзага келади.

Шу сохаларга инфекция тушиши натижасида яллигланиш юзага келади ва ёток яралар катталашиб, суяккача чукурлашиши мумкин.

Тушакларни алмаштириш вақтида танада ёток яра хосил булиш жойларига эътибор бериш керак.

Ёток яралар хосил булишини олдини олиш учун нима килиш керак:

- беморларни тери тозалигига эътибор бериб туриш керак;
- хар 1-2 кунда бел ва думгаза сохаларини камфорали спирт билан артиб туриш керак;
- тушак бемор учун кулай, тоза ва курук булиши керак;
- терига босимни юкотиш учун танани тусиксиз жойларига чойшабга уралган резина балончалар куйиш тавсия этилади;
- беморларга эхтиёткорлик билан кунига бир неча марта гох у ёнга гох бу ёнга гохида эса белига ёткизишга ёрдам бериш керак;

Ёток яраларни бошланишида хар кун 1-2 марта 5 ёки 10%ли марганцовкали эритма билан артиб туриш керак;

Пархез. Миокард инфаркти утказган беморларга енгил ва тез хазм буладиган овкатлартавсия этилади. Метиоризм келтириб чиқарадиган махсулотларни чеклаш (карам, кора нон, квас) керак. Беморларни овкатлантиришда кичик порцияли овкатлардан кунига 4

марта овкатлантириш мақсадга мувофиқ. Туширилган калориали озукалар (қунига 1400-1500 ккал). Сабзавот ва мевалар тавсия қилинади, шишлар бўлса суюқликлар чекланади. Охириги овкат ухлашдан қаида 3 соат олдин берилиши шарт.

Бемор бирдан ҳаракат қилмаслиги керак;

Бемор чайқалмаслиги ва қузғалмаслиги керак;

Бемор зўрикмаслиги керак;

Врач утиришга рухсат берганда, эҳтиёткорлик билан ёрдам берган ҳолда секинлик билан утқизиш керак. Қраватни махсус қутарғичлари билан бошқариш ва утиришга ёрдам бериш мумкин.

Дастлабки утқизиш ва турғизишда беморларга қаровчиси ёрдамида амалга оширилади. Врач назорати остида қон босими ва пулсни дастлабки 10 қунда ҳар 3 соатда назорат қилиб туриши керак.

ҲАМШИРА ЭЪТИБОР БЕРИШИ КЕРАК:

- Бемор аҳлатини тозалигини назорат қилиб туриш,
- Бемор ичадиган суюқлик ва ажратадиган суюқлик миқдорини назорат қилиш,
- Врач тавсия этган дориларни уз вақтида ва тулик қабул қилишини назорат қилиш.

Асоратсиз қечган миокард инфарктида 10-11 қунларда беморни қраватга утиришига рухсат бериш мумкин. Агар ҳожатқона палата ичида ёқи палатага яқин бўлса беморни назорат остида ҳожатқонага боришга рухсат этилади.

Беморни ҳожатга боришдан олдин ва кейин пулс қастотасини аниқлаш лозим.

14-қундан кейин беморни қаридорда юришга рухсат этилади. 21-қундан узокрок юришга рухсат берилади.

Даволанишдан сунг беморни махсус санаториа қурортга жунатиш, кейинги реабилитацияни амалга ошириш зарур.

Муқтақил иш учун саволлар

1. Миокард инфарктининг этиологияси ва тарқалганлиги.
2. Миокард инфаркти патогенези.
3. Миокард инфарктининг атипик қечиш клиникаси.
4. Қексаларда миокард инфаркти қечишининг узига ҳос ҳусусиятлари.
5. Миокард инфарктининг электрокардиографик таъриффи.
7. Миокард инфаркти бўлган қекса беморларни антиқоагулянтлар билан даволаш принциплари.
8. Қасаллик оқибатини аниқлаш.
9. Миокард инфаркти бўлган беморларни реабилитация қилиш.

АДАБИЁТЛАР:

1. Қасимов Э.И. «Ҳамширалик иши асослари». Ташқент 2003г.
2. Лешинский Л.А. «Медицинская этика и деонтология». ижевск.2000г.
3. Шқатова Е.Ю. «Теория сестринского дела». ижевск 2001г.
4. Шқатова Е.Ю. Ижевск. «Первая помощь при неотложных состояниях в практике медицинской сестры». 2002г.

Электрон адабиётлар:

1. Қраснов А.Ф. «Сестринское дело». 2000г.1-2 том

Интернет- сайт:

1. <http://www.medmir.ru>.
2. <http://www.doctor.ru>.
3. <http://www.medicina.ru>.
4. <http://www.medbox.ru>.
5. <http://www.medicum.ru>.
6. <http://www.medline.ru>.

**Мавзу-7. Ревматизм, митрал клапан етишмовчилигининг кариаларда
кечиш хусусияти
(Тад.изл. Иргашева У.З.)**

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максоди: Талабаларга реал шароитида кекса ва кариаларда ревматизм, юрак порокларга сабаб булувчи холатларни аниклаш, ушбу касалликларнинг клиник-диагностик мезонларини ургатиш, беморларни текшириш, даволаш, парваришлаш, ҳамда ушбу касалликларни олдини олиш бўйича амалий кунималар ҳосил қилиш;

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш кунималарини ҳосил қилиш;
- ревматизм, ревматик юрак порокларини аниклаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий кунималарини ривожлантириш;
- кексаларда ревматизмни олдини олиш бўйича амалий кунималар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва кари беморларни парваришлаш бўйича олган билимларини мустаҳкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- «Ревматик иситма» тушунчаси.
- Ревматик иситманинг клиник қуриниши.
- Митрал клапан етишмовчилиги сабаблари.
- Митрал клапан етишмовчилигида геодинamik узгаришлар.
- Митрал клапан етишмовчилиги белгилари.
- Митрал нуксонларнинг диагностик принциплари.
- Митрал нуксонларнинг даволаш принциплари.
- Юрак нуксони булган беморнинг муаммолари.

Талаба бажара олиши лозим:

- Кекса ва кари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- Ревматик юрак нуксонлари олдини олиш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- Ревматизм олдини олиш бўйича умумий тадбирларни бажаришни;
- Қари ёшдаги беморларнинг аҳолини физикал баҳолашни;
- Қари беморларни сўраб суриштириш натижасида касалликнинг келиб чиқиши тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиш, касалликнинг объектив белгиларини аниклаш, ҳамширалик ташхисини қўйиш;
- Қари ёшдаги беморларнинг муаммоларини, уларни тинглай билиш, ҳамширалик жараёни билан ишлай олиш.
- Гериатрик пациентларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, умумий текшириш натижаларини касаллик тарихидан дастлабки ташхисни асослаш, ҳарорат варақасини тўлдириш, ҳамширалик касаллик тарихига баён этиш.
- Касалларни параваришлаш бўйича амалий тадбирларни;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу бўйича микробиология, кардиология, лаборатория иши, гигиена, ҳамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

Кириш

Ревматизм (ревматик иситма-РИ) социал касалликлар каторига киради. РИ нинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси бўйича кенг қулланган програмаси ҳисобига охириги

ун йилликда бу касаллик билан бирламчи касалланиш, огир кечувининг камайиши, летал окибатлар ва рецидивларнинг камайиши кузатилган.

Ревматизм иммунопатоген касаллик булиб, бунда А гурхдаги стрептококк антигенларга ва организм тукималарига (юрак, бугимлар, марказий нерв система) атнтитело хосил булиш характерли. Ёпик халка хосил булади, яъни антителолар оргинизм узининг тукималарини зарарлаб, аутоантиганлар пайдо булади. Бундай касалликлар сурункали, прогрессирлавчи характерда кечиб, уларни даволаш анча кийинчиликлар тугдиради.

УРИ патоморфологиясига киради:

- Мукоид букиш - касаллик бошланишида юракнин клапанли аппаратида, эндокарда, чап булмача кулокчасида, бугим атрофини тукималарида пайдо булади.
- Фибриноид узгаришлар-бириктирувчи тукиманинг чукуррок зарарланиши.
- Хужайра яллигланиш реакцияси ревматик Ашофф – Талалаев гранулёмаси хосил булиши, 1 ойдан 4 ойгача давом этади.
- Склероз фазаси (чандик хосил булиш).

Диагностика

Ангинадан (ёки бошка стрептококкли инфекциядан) кейин пайдо булган, иситма, бугимлар ёки ички органлар (айникса юрак) зарарланиши ва СОЭ нинг кутарилиши билан кечган касалликда ревматизмга шубхаланиш керак. Бунда анамнезида юрак пороклари булиши диагностикада мухим хисобанади.

Хозирги пайтда Россия Федерациясида Ревматик иситманинг Миллий классификацияси кабул клинган (Шостак Н.А. ва муал. Кардиоогия. Миллий кулланма, 2007).

Ревматик иситманинг классификацияси (Россия ревматологлар Ассоцияцияси, 2003)

Клиник варианты	Клиник белгилари		Окибат	Кон айланиш етишмовчилиги боскичи	
	асосий	кушимча		КСВ [*]	НУНА ^{**}
Уткир ревматик иситма Кайтиланган ревматик иситма	Кардит Артрит Хорея Халкасимон эритема	Иситма Артралгия Абдоминал Синдром Серозитлар	Согайиш Юракнинг ревматик касаллиги: Юрак пороксиз ^{***} Юрак пороги ^{****}	0 I IIA IIB III	0 I II III IV

* Н.Д.Стражеско ва Х.В. Василенко классификацияси буйича.

** Юрак етишмовчилиги НУНА функционал синф буйича.

*** Баъзан клапан копкларининг четки яллигланишдан кейинги фиброз булиши мумкин, ЭхоКГ буйича аникланади.

**** Юрак нуксони бирламчи аникланганда, унинг хосил булиши бошка сабабарини инкор килиш керак (инфекцион эдокардит, бирламчи антифосфолипид синдром, дегенератив генезли кальциноз ва б.).

Бизнинг малакатимизда хозирги пайтда А.И. Нестеров томонидан таклиф этилган ревматизм классификацияси уз ахамиятини юкотгани йук.

Ревматизм классификацияси (А.И. Нестеров буйича)

Зарарланиш активлик даражаси ва фазаси	Зарарланишнинг клинико-анатомик характеристикаси		Кечиш характери	Кон айланишнинг функционал характеристикаси
	Юрак	Бошқа орган ва системалар		
Актив, активлик даражаси I, II, III	А. Уткир ревмокардит клапан пороксиз (миокардит, эндокардит, перикардит, панкардит, коронариит) Б. Кайталама ревмокардит клапан пороки билан (кандай)	Полиартрит Хореа Серозитлар Терининг зарарланиши Нефрит Гепатит Пневмония Ирит Иридоциклит Тиреоидит Менингит Энцефалит Васкулит	Уткир Уткир ости Чузилган Латент Узлуксиз рецидивланувчи	ЮЕ 0 боскич ЮЕ 0-I боскич ЮЕ II боскич ЮЕ III боскич
Ноактив (кузгалишдашдан ташкари)	А. Ревматик миокардиосклероз Б. Юрак пороки (кандай)	Юракдан ташкари зарарланишнинг окибати		

Уткир ревматик иситменинг активлик даражаси

УРИ ни ташхис куйишда ревматик жараённинг активлик даражаси аникланади. У куйидагиларга боглик:

- Клиник белгиларнинг яккол намоён булиши билан.
- Умумий интоксикациянинг интенсивлиги
- Лаборатор курсаткичларнинг якколлиги (периферик кондаги узгаришлар, серологик ва иммунологик курсаткичар активлиги, зардобли ферментлар курсаткичлари).
- Халкумда бактерияларнинг аникланиши
- Инструментал текширувлар натижалари (юрак хажмининг катталашуви, миокард кискариш кучининг камайиши, ЭКГ даги узгаришлар).
- Капиллярлар утказувчанлигининг ошиши.

Юрак нуксонлари классификацияси

Келиб чиқиши буйича тугма - эмбрионал ривожланиш бузилгандан ва ортилган нуксонлар-юрак ва клапанларнинг яллигланишли зарарланишидан келиб чиққан нуксонларга булинади.

Юракнинг ортирилган нуксонлари – юрак клапанларининг органик зараланиши булиб, гемодинамиканинг бузилиши ва юрак етишмовчилиги ривожланиши билан кечади.

Этиологияси буйича куйидагиларга булинади:

- юракнинг ревматик нуксонлари. Ревматизм биринчи навбатда митрал клапан ва чап булмача ва коринча орасидаги халкани зарарлайди. Иккинчи навбатда, аортал клапан ва аортал тешик, учинчидан трикуспидал клапанни зарарлайди.
- кальциноз-купинча аорта тешигини зарарлаб, аорта тешиги стенози ривожланади
- септик эндокардитлардан кейинги пороклар
- сифилитик пороклар-аортал етишмовчилик ривожланади.

Органик узгаришлар таркалиши буйича:

- Клапан етишмовчилиги
- Тешик стенози.

Клапан етишмовчилиги ва тешик стенозининг биргаликда келши кушма порок дейилади. Масалан, кушма митрал порок—бу митрал клапан етишмовчилиги ва чап атриовентрикуляр тешик стенози биргаликда келиши.

Митрал, аортал, трикуспидал пораклар фаркланади. Хамма порокларнинг биргаликда учраши комбинир порок дейилади.

Гемодинамик хусусиятларга караб компенсирланган ва декомпенсирланган пороклар булади.

Компенсирланган порокда юракнинг компенсирланган гипертрофияси натижасида беморларнинг ахволи нормал, физик актив булади.

Декомпенсирланган юрак порокларда гипертрофиялашган миокарднинг дистрофияси ривожланиб, кичик ва катта кон айланиш доирасида димланиш келб чиқади. Беморларда физик зуриқишдаги хансираш, акроцианоз, тахикардия, баъзан юрак астмаси упка шишига утиши, кейинчалик жигар катталашуви, оёқлардаги шишилар, асцит пайдо булади.

Хозирги пайтда классик куринишдаги ревматизм яккол ифодаланган полиартрит, юкори харорат, хансираш, юрак сохасидаги огрик билан кечиши кам учрайди. Купинча кам ифодаланган яширин кечув куринишда булиб, кейинчалик юрак нуксонларига олиб келади. Шунинг учун юрак порокларнинг тугри ва вактида диагностика килиш мауммоси жуда актуал булиб хисобланади.

Юракнинг митрал пороклари

- Митрал тешик стенози
- Митрал клапан етишмовчилиги
- Митрал порок клапан етишмовчилиги устунлиги билан
- Митрал порок тешик стенози устунлиги билан
- Митрал порок стеноз ёки етишмовчиликни яккол утунлигисиз.

Митрал клапан етишмовчилиги

Митрал етишмовчилик - митрал клапан копкокларнинг тулик епилмаслиги, систола пайтида митрал тешик беркилмаслиги, натижада коннинг бир кисми чап коринчадан чап булмачага кайтиб тушиши регургитацияси натижасида келиб чиқади. Кайтиб тушган коннинг хажми митрал етишмовчилик огирлигини белгилайди. Ревматик этиологияли митрал етишмовчилик купинча митрал стеноз ва аортал клапан нуксонлари билан биргаликда кечади.

Митрал клапан етишмовчилиги патологик анатомияси ваэтиологияси

Митрал етишмовчилик клапан копкокларининг, клапанли халканинг, хордалар, папилляр халканинг шикастланиб, узгаришида келиб чиқади. Ревматик иситмада копкоклар бужмайиши хордаларнинг калталашуви ва бирикиши билан кечади.

Митрал етишмовчилик этиолигяси (Юрак нуксонларини Европа текширувлари натижаси буйича, 2001):

- Дегенеретив-61,3%
- Ревматик-14,2%
- Ишемик-7,3%
- Тугма-4,8%
- Инфекцион эндокардит-3,5%
- Бошқалар-8,1%

Бу натижалар европа мамлакатларида хозирги пайтда митрал етишмовчилик купинча дегенератив келиб чиқишга эга. Бунда митрал етишмовчилик кексаларда, артериал

гипертония касаллагида, кандли диабет, дегенератив аортал стнозда купрок ривожланиши айтилган.

Гемодинамика. Систола пайтидаги клапанларнинг атриовентрикуляр тешикни нотулик ёпиши антижасида кон коринчадан булмачага кайтиб тушади. Клиник манзара чап булмача ва упка веналарнинг чузилиш даражаси, чап коринча ва чап булмачанинг компенсатор гипертрофияси белгилайди.

Нуксон узок вакт мобайнида гипертрофиялашган чап коринча хисобига компенсирланади. Порок декомпенсацияси чап коринча кучсизланишидан бошланади. Аста-секин чап коринча ва чап булмачада колдик диастолик босим купайиб, упка веналари, капилляларлари ва упка артериясидаги босим ошади. Кайта ревматик атакалар, чап коринчанинг кейинги кискариш кучининг пасайиши натижасида кичик кон айланиш доирасидаги димланиш кучайиб, унг коринчанинг аввал гипертрофияси кейин дилатациясга олиб келади.

Унг коринча декомпенсацияси катта кон айланиш доирасидаги димланишга, буйин веналаринин буртишига, жигар катталашувига, оёкларда шишлар пайдо булишига олиб келади.

Клиникаси

Ревматик шикастланган митрал етишмовчиликда беморлар узок вакт мобайнида шикоят киласликлари мумкин, чунки гемодинамик бузилишлар компенсация боскичида булади.

Факатгина кучли жисмоний зурикишдан кейин хансираш, юракнинг тез уриши, юрак сохасида нохушлик, титрок аритмия пароксизмлари кузатилиши мумкин.

Регургитация прогрессивланишида, чап коринчанинг кискариш кучи камайишида, кичик кон айланиш доирасида димланиш кучайиб, тинч холатдаги хансираш, юрак астма хуружи, курук ёки кам балгамли ютал, кон тупуриш пайдо булади, титрок аритмия тургун холатга утади.

Унг коринча етишмовчилиги кушлганда катта кон айланиш доирасида димланиш белгилари: унг ковурга остидаги огрик, оёклардаги шишлар пайдо булади.

Беморларни физикал текшириш

Умумий курик

Компенсация пайтида ташки курик пайтида узгаришлар аникланмайди. Декомпенсация боскичида кучли акроцианоз, баъзан *facies mitralis*, оёкларда шишлар аниланади.

Юрак сохиси пальпацияси

Кучайган ва кенгайган чап коринча чап урта умров чизиги буйлаб ташкарига чикиб пальпация килинади. Юкори упка гипертензияси бор беморларда эпигастрал сохада унг коринчани пайпаслаш мумкин.

Юрак аускультацияси, жуда ката ахамиятга эга.

- I тон сусайган
- Интенсив систолик шовкин юрак чуққисида, чап ёнбошга етган холатда (нафас олиш фазасида, физик зурикишдан кейин) яхширок эшитилади. Кучли ифодаланган митрал етишмовчилик шовкин бутун систолада эшитилади-пансистолик шовкин.
- Упка артериясида II тон акценти. Упка артерияси кенгайиши ва ундаги босим ошиши натажасида эшитилади.

Инструментал теширувлар

Рентгенологик текшириш. Кучли ифодаланган митрал етишмовчиликда кардиомегалия ривожланади. Чап коринча ва чап булмача анча катталашади. Кекса беморларда митрал халка купинча кальцинирлашган. Унг коринча митрал стенозга нисбатан кичикрок даражада катталашган.

Электрокардиография. ЭКГ да чап коринча, чап булмача, унг коринча гипертрофияси, ритм бузилиши каби узгаришларни аниқлаймиз.

Фонокардиография. Аускультацияда олинган маълумотларни тасдиқлайди. Беморни чап енбошлаб етганда, нафас олиш чуққисида, датчикни юрак турткисига жойлаштирган холда текшириш муҳим ҳисобланади.

Эхокардиография. Митрал етишмовчилик диагностикасида муҳим текшириш методи. ЭхоКГ ёрдамида:

- Митрал регургитация даражасига қараб митрал етишмовчилик оғирлигини
- Юракнинг чап қисмлари функциясини
- Митрал етишмовчилик сабабини (дегенератив кальциноз, инфекциян эндокардит, ревматик эндокардит) ни аниқланади.

Митрал клапан етишмовчилиги асоратлари

- қон тупуриш ва юрак астмаси
- булмачалар фибрилляцияси
- тромбоэмболик асоратлар.

Дифференциал диагностика

Митрал етишмовчиликда эшитиладиган систолик шовкин юракнинг бошқа органик касалликларида ва деярли соғлом одимларда учрайди.

Митрал етишмовчиликда эшитиладиган систолик шовкин учрайди:

- қоринчаларора тусик дефектида;
- трикуспидал етишмовчиликда;
- митрал клапан орқа қопқогининг хордаси йиртилишида;
- болалар ва усмирларда, анемия ва тиреотоксикоздаги функционал систолик шовкин;
- митрал клапан пролапси;
- баъзи юрак органик касалликларда қузатиладиган нисбий митрал етишмовчиликда: норевматик этиологияли миокардитларда, «тиреотоксик юрак»да, чап қоринча аневризмасида, кекса беморларнинг митрал клапани дегенератив кальцинозида;
- бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликларида ривожланган митрал етишмовчиликда (системали кизил югурик, ревматоид артрит, тизимли склеродермия);

Тугри ташхис қуйишда қуйидагилар муҳим:

- тулик йигилган анамнез ва клиник белгиларнинг тугри анализи;
- ФКГ. Бунда тонларнинг ва шовкинларнинг бир-бирига муносабати қурилади.
- ЭхоКГ ва доплер_ЭхоКГ.

Митрал етишмовчилик кечуви ва прогнози

Касаллик кечуви ревматик касаллик кечиши, активлик фазаси, ремиссиянинг давомийлиги, диспансер қузатуви ва беморларга иккиламчи профилактиканинг эффективлигига боғлиқ.

Порок компенсирланган кечувида беморлар қўп йиллар давомида физик зуриқишларни бажариши мумкин. Шу билан биргаликда, баъзи беморларда қўчли ифодаланган хансираш, кардиомегалия ва оғир унг қоринча етишмовчилиги белгилари учрайди.

Қўчли ифодаланган митрал етишмовчилик юрак етишмовчилигига, булмачалар фибрилляциясига ва беморлар прогнози ёмонлашувига олиб келади.

Юрак митрал нуксонларини даволаш

Митрал нуксони бўлган беморларни даволаш:

- ревматизм профилактикаси қоралари.
- тугри тартиб ва рационал тузилган пархезни ташкиллаштириш тадбирлари.
- юрак ревматик нуксонларида ҳамширалик иши.
- юрак етишмовчилигини медикаментоз даволаш.
- митрал нуксонларни хирургик коррекцияси.

Ревматизм профилактикаси

Ревматизмнинг профилактикаси уткир ревматик иситмани утказган, юрак нуксони булган беморларда қайта ревматик атака булмаслигини, миокард ва клапанлар прогрессирловчи узгаришларини олдинини олишда кулланилади. Профилактика учун классик дори препаратлар пролонгирланган пенициллинлар –бензатин бензилпенициллин (экстенциллин) хисобланади.

Ревматик атака пайтида препарат киритилиши 10 кунлик даволашдан сунг бошланади.

Ревматик иситмадан кейин, юрак нуксони булган беморларда профилактика утказиш 10 йилдан кам эмас то 40 ёшга етгунча, баъзан эса умрбод олиб борилади.

Бензатин бензилпенициллин урнига *per os* ишлатиладиган препаратлар : пенициллин V 250 мг 2 махал, сульфаниламид (0,5-1,0 г) кунига 1 махал берилади. Лекин препаратларни парентерал куллашда уткир ревматик иситма рецидивлари перорал куллашга нисбатан камрок учрашини беморларга тушунтириш керак.

Режим ва пархез.

Юрак нуксонлари булган беморларга меъерий жисмоний машқлар, регуляр уйку, психик тинчликни саклаш, ишлаш ва дам олиш тартибини белгилаш, зуриқишлар, айникса кечки пайтда қарши курсатма булиб хисобланади.

Диетотерапия:

- Суюклик микдорини ва туз истеъмолини чеклаш (1,2-1,6 ва 5 г).
- Ёғли овқатлар, консервалар, аччик чой, кофе, кучли гушти бульонларни чеклаш.
- Овқат рационига ишқорий валентли моддалар: сут, творог, мева ва сабзавотлар, гуруч, нон кабиларни киритиш.
- Махсулотлар витаминларга бой булши зарур.
- Ичак перистальтикасини яхшилаш максатда бижгитилган сут махсулотлари, олхури, урик, олма анжир коки, пиширилган лавлаги, хом сабзини киритиш лозим.

Медикаментоз даво

Консерватив даво юрак етишмовчилиги белгилари пайдо булганда кулланилади. Бунда сийдик хайдовчи воситалар (триампур, фуросемид), периферик вазодилататорлар (нитратлар, АПФ ингибиторлари) ва юрак гликозидадлари ишлатилади. АПФ ингибиторларни ревматик этиологияли юрак нуксонларида ностероид яллигланишга қарши препаратлар билан ишлатиш чекланган.



АНАЛИТИК КИСМ

1. Дастлабки билимларни синаш. Ёзма иш – 15 минут:

Билет №1

1. Уткир ревматик иситмага тушунча берирнг.
2. Юрак нуксонларининг классификацияси:
Келиб чиқиши буйича
Этиологияси буйича.
3. Хамшира бемор ва қариндошларини қандай саволлар буйича консультация қилиши мумкин?

Билет №2

1. Уткир ревматик иситманинг патогенази ҳақида тушунча.
2. Юрак нуксонига тушунча берирнг.
3. УРИ ва ревматик порокларда хамширалик жараён.

Билет №3

1. УРИ асоий клиник формаларини санаб утинг.
2. Митрал нуксонлар турларини санаб утинг.

3. Ревматик юрак нусонларда булган беморларнинг кун тартиби

Билет №4

1. Ревматик жараёнда қандай туқималар зарарланади? Қандай туқиманинг гзарарланиши юрак нуксонига олиб келади?
2. Юрак нуксонларининг классификацияси:
Органик узгаришлар тарқалиши бўйича
Гемодинамик хусусиятлари бўйича.
3. УРИ да тавсия этилган диета?

Билет №5

1. Қандай инструментал текширув ревматик жараёнда эндокард ёки миокард зарарланишини аниқлироқ курсатади?
2. Митрал клапан етишмовчилигида гемодинамик узгаришлар.
3. Ревматик жараённинг прогрессивланишини ва қайта атаклар олдинишини олишда профилактик чоралар?

Билет №6

1. УРИ асосий ва қушимча диагностик мезонларини айтинг.
2. Митрал клапан етишмовчилиги этиологияси (Юрак нуксонларини Европа текширувлари натижаси бўйича, 2001)
3. Митрал клапан етишмовчилиги оқибати.

Билет №7

1. Ревматик иситманинг ҳозирга замон классификацияси.
2. Митрал етишмовчиликда беморларнинг шикоятлари..
3. Ревматик иситмада олиб борилган инструментал текширувлар?

Билет №8

1. Ревматизмнинг А.И. Нестеров бўйича классификацияси.
2. Митрал етишмовчиликда физикал текширув натижалари.
3. Митрал етишмовчиликда олиб борилган инструментал текширувлар?

Билет №9

1. Ревматик жараённинг фақтивлик фазаларини айтинг.
2. Митрал етишмовчиликда клиник қуринишлар.
3. Медикаментоз терапия.

Билет №10

1. Равматик жараённинг фақтивлик даражасини нима белгилайди?
2. Митрал етишмовчилик ривожланган асоратлар.
3. Митрал нуксонларни хирургик даволаш.

ТЕСТ

1. Юрак–қон томир тизими қасалликларида қандай парҳез тутилади?

А. № 8
Б. № 9
В*. №10
Г. № 11

2. № 10 парҳез столида қекланади:

А*. Суюқлик ва туз
Б. Суюқлик ва оксил
В. Ёғ ва углеводлар
Г. Ёғ ва оксиллар

3. Қардиология бўлимида ҳамшира доим назорат қилади:

А. ичакларни регуляр бушашини
Б. беморларни ҳаракат режимини
В. Дори васиталарини вақтида қабул қилганлигини
Г*. Барча си тугри

4. Юрак билан боглик шишлар асосан юзага келади:

- А. эрталаблари юз соҳасида
- Б. эрталаб оёқдан бошланади
- В. Кечкурун юз соҳасидан
- Г*. Кечкурун оёқ соҳасидан

5. Шишлар булганда хамшира тавсия қилади:

- А*. Суюклик ва туз ни чеклаш
- Б. Суюклик ва оксилни чеклаш
- В. Ёғ ва углеводларни чеклаш
- Г. Ёғ ва оксилларни чеклаш

6. Суткалик диурез–бу:

- А. қабул қилинган ва ажралган суюклик нисбати
- Б*. бемор ажратган суткалик сийдик микдори
- В. Бемор томонидан қабул қилинган суюклик микдори
- Г. Бемор томонидан ажратилган кундузги сийдик микдори.

7. Нормал суткалик диурез–бу уртача:

- А. 700 мл
- Б. 3000 мл
- В*. 1500 мл
- Г. 5000 мл

8. Кечки диурезни кундузги диурездан устунлик қилиши–бу:

- А. Дизурия
- Б*. Никтурия
- В. Олигоурия
- Г. Полиурия

9. Атеросклероз ривожланишида хавф омиллари:

- А*. Холестерин микдорининг куплиги
- Б. Ирсий мойиллик
- В. Жисмоний зуриқиш
- Г. Рационал овқатланиш

10. Юрак қон томир тизими касалликларида бирламчи профилактика нимадан иборат?

- А. Доимий ҳаракатда бўлиш
- Б. Тана массасини қамлиги
- В. Пасткалорияли рационал овқатланиш
- Г. Барчаси тугри*

11. Нормада пульс босими нечага тенг:

- А. 30-40 мм.рт.ст*
- Б. 60-70 мм.рт.ст
- В. 80-90 мм.рт.ст
- Г. 90-100 мм.рт.ст

12. Гипертония касаллигида хавф омилли хисобланади:

- А. Гиповитаминоз
- Б. сурункали инфекция учоги
- В*. Нерв–психик зуриқиш
- Г. Совуқ қотиш

13. Стенокардия профилактикасида эффе́ктив препарат бу:

- А. Нонаркотик аналгетиклар
- Б. наркотик аналгетиклар
- В*. Узок таъсир этувчи нитратлар
- Г. Тез таъсир қилувчи нитратлар

14. Гепарин билан даво олиб борилганда нимани назорат қилиш шарт:

А*. ПТИ, ПТВ

Б. Холестерин микдорини

В*. Глюкоза микдорини

Г. Кальций микдорини

15. Уткир ревматизм кузишига сабаб:

А. Жисмоний зурикиш

Б*. Сурункали инфекция учоги

В*. Нерв–психик зурикиш

Г. Совук котиш

16. Ревматизмда купинча кайси клапан зарарланади:

А. Аортал

Б. Митрал*

В. Трикуспидал

Г. Ярим ойсимон

17. Митрал стенозни асосий клиник симптомлари:

А. Юрак уриши, АКБ кутарилиши

Б. шиш, туш ортидаги огрик

В. Бош тогриши, куз олди хиралаши,

Г. Кон тупуриш, хансираш, титрок аритмия*

18. Юрак нуксони декомпенсация боскичи кечади:

А. хансираш

Б. шишларни булиши

В. аритмия

Г. Барчаси тугри

19. Хансираш, шиш, цианоз–бу симптом:

А. Стенокардия

Б. Гипертония касаллиги

В. Коллапс

Г. Юрак етишмовчилиги*

20. Ревматизмда терининг зарарланиши:

А. Диффуз цианоз

Б. Халкасимон эритема*

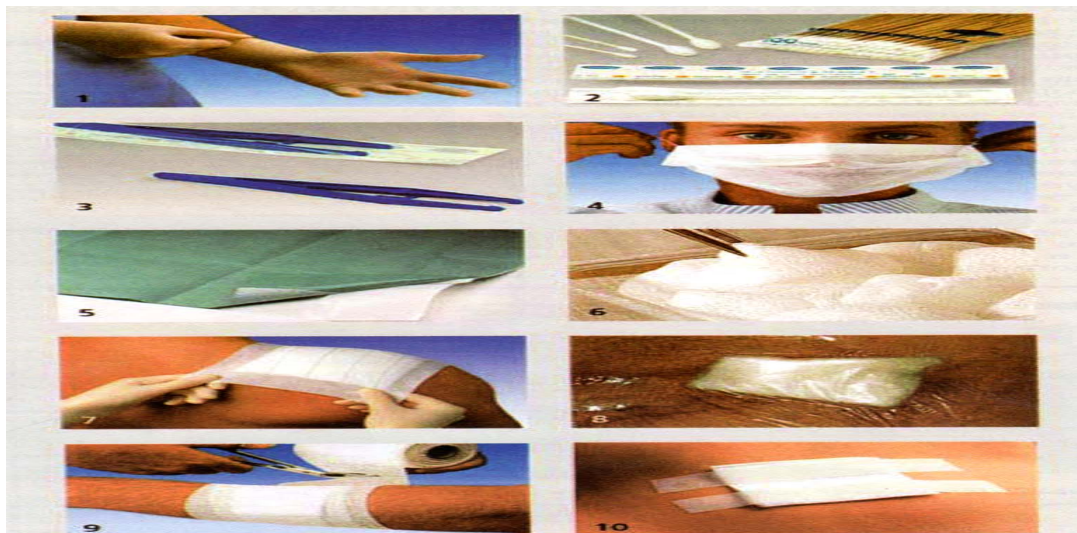
В. Томир юлдузчалари

Г. Акроцианоз

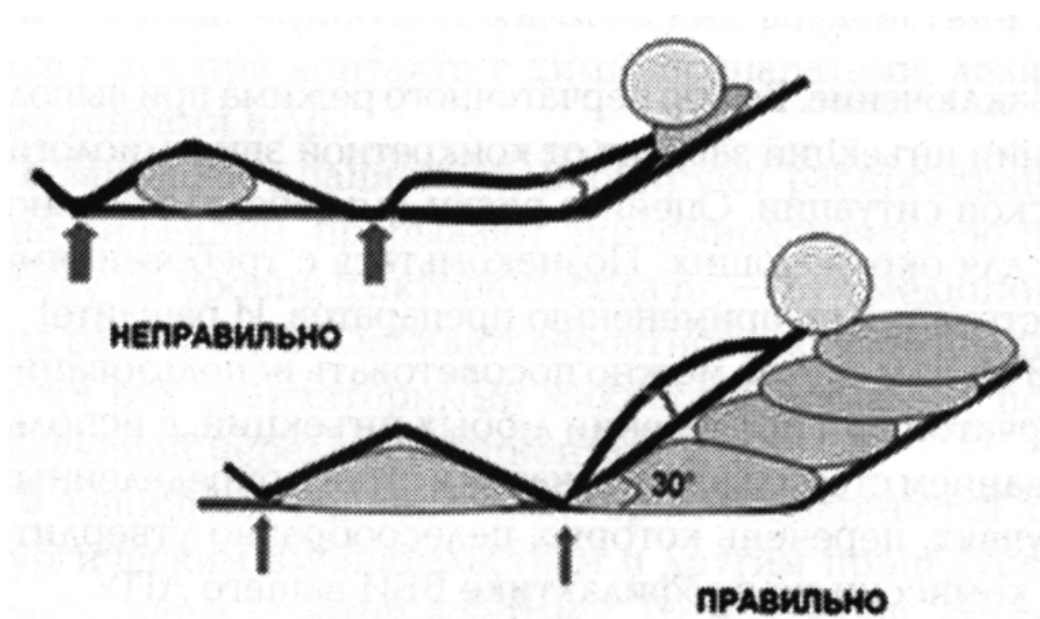
Галерея буйлаб саёхат.

Хар бир талабага биттадан слайд-сурат бериледи. Талабалар слайдлар билан танишиб, олган билимларини кенгрок тарзда гурух олдида презентация килишади.

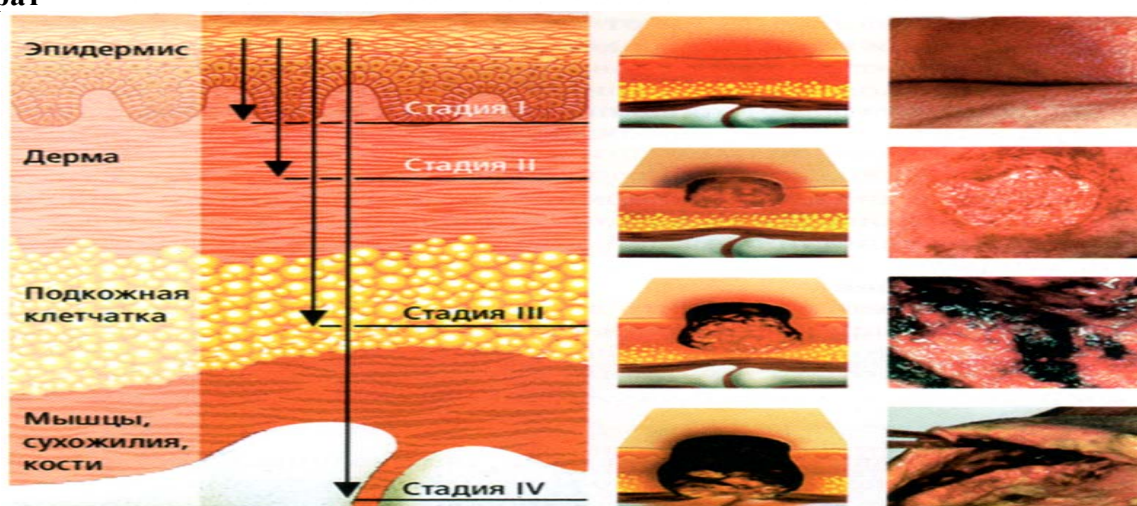
1-сурат



2-сурат



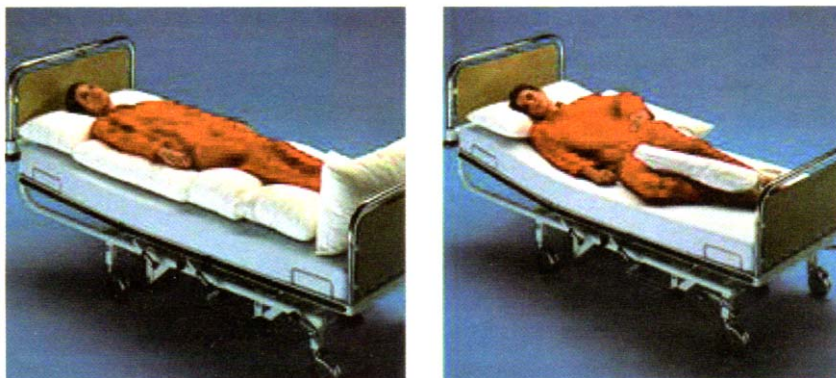
3-сурат



4-сурат



5- сурат



АМАЛИЙ КИСМ

Ётоқ яраси (лат. decubitus)- тукима дефекти булиб, тананинг чикиб турувчи қисмларига узок давом этувчи позицион босилиш, уша жойларда веноз димланиш ва тукима ишемияси ривожланиши натижасида келиб чиқади. Типик жойларга думгаза қисми, товон, куймиш думбоклар, ен товон киради.

Хамшира билиши керак:

- Ётоқ яра ҳосил булишнинг ташки ва ички факторларни ва бу билимини конкрет беморга куллашни;
- Ётоқ яра ҳосил булиш хавфини аниқловчи баҳолаш шкаласини;
- Тери қопламларни ётоқ яраларнинг типик жойлашувига йуналтирилган қуриқдан утказишни;
- Тери қопламларида узгаришлар аниқлаганда уларни тугри баҳолашни;
- Ётоқ яраларнинг даволаш ва профилактикасини.

Кекса ва қари кишиларда ётоқ яралар ҳосил булишларига сабаблар: неврологик касалликлар паралич ва плегияларнинг ривожланиши, хирургик манипуляциялар (анестезия, премедикация, наркоз, наркоздан чиқиш), седатив препаратлар қабул қилиш, иммобилизация, усма ва организмни кучсизлантирувчи бошқа касалликлар.

Хамшира беморда ётоқ яра ҳосил бўлиш хавфини аниқлашда Нортон ва Втерлоу шкаласидан фойдоланиши мумкин.

Нортон шкаласи

Ғапи-ришга хохиши борлиги	Ёши	Тери ҳолати	Юлдош касалликлар	Физик ҳолат	Рухий ҳолат	активлиги	харакатчанлиги	Ушлаб тура олмаслик
Тулик 4	10 ёшдан кам 4	Соглом 4	Йук 4	Яхши 4	Аниқ 4	Ёрдамсиз юради 4	Тулик 4	Йук 4
Нотулик 3	30 ёдаш ёш 3	Курук кипикланувчи 3	Иситма, диабет, анемия 3	Коникар ли 3	Адаптив, иштироксиз 3	Ёрдам билан юради 3	Қисман чекланган 3	Баъзан 3
Қисман 2	60 ёшдан кам 2	Нам 2	Склероз 2	Ёмон 2	Хуши бузилагн 3	Қреслода ҳаракатланади 2	Қучли чекланган 2	Сийдик 2
Йук 1	60 ёшдан ошган 1	Яра, аллергия, ёриклар 1	Кома, паралич 1	Жуда ёмон 1	Ступор 1	Тушакда ётган 1	Тулик чекланган 1	Сийдик ва ахлат 1

Агар бемор ҳолатини баҳолашда 25 балл а ундан паст олинса, бу ёток яра ҳосил булиш хавфи дан далолат беради.

Ёток яра пофилактикаси.

Касаллакинин даволашдан кура олдиниши олиш афзалроқдир. Ёток яраларни профилактикасида бешта асосий кадам мавжуд.

Ёток яраларнинг ҳосил булиш хавфини аниқлаш лозим!

Беморнинг ҳаракат чекланиши канчалик кўп бўлса, ёток яра ҳосил булиш хавфи шунчалик юқори бўлади. Бундан ташқари иситама, сийдик ва ахлат ушла олмаслик, беморнинг умумий ахволи оғирлиги муҳим хавф тугдиради. Хавфни баҳолашда берилган шкаладан фойдаланиш тавсия этилади.

Терининг ҳолатини назорат қилинг!

Беморнинг терисини туқималарнинг локал босилиш белгиларига ҳар куни текшириб туриш лозим. Теридаги чегарси аниқ кизариш шубҳаланиш белгисидир. Биринчи симптом пайдо бўлганда босилишни бартараф этиш зарур.

Беморни локал босилиш пайдо қилмасдан ётқизиш лозим!

Ёток яраларнинг эффектив олдиниши олиш тадбири: босилишни камайтириш. Бу беморнинг атушакдаги ҳолатини алмаштириб туриш, юмшоқ матрасдан фойдаланиш ёки осилтирилган мувазанат ҳолатига олиб келиш орқали амалга оширилади.

Беморни ҳар 2 соатдан оғдариш керак. Қулай ҳолатлардан бири чап ва унга 30° га бурилиш ҳисобланади. Ёнбош 90° ётқизилган ҳолат энг ноқулай ҳисобланади, бунда думбқларга бўлган босилиш юқори бўлади.

Тушакдаги юмшоқлик махсус матрас ва ёстиклар ёрдамида амалга оширилади. Бундай ҳолатда босим бутун тана бўйлаб текис тақсимланади. Осилтириб ётқизишда тана қисмлари қадмайди ва босилишдан ҳолисона бўлади. Бунда махсус мосламалардан фойдаланилади.

Ҳаракатчанликни таъминланг!

Ҳаракатсизлик – энг катта хавф омили. Беморни тушакдаги пассив ва актив ҳаракатларни салаб қилиш, оғир ҳолатларда ҳар 2 соатда жойини ўзгартириш зарур.

Терини интенсив парвариш қилиш!

Соглом тери босимга чидамлилиги юқори бўлади. Қон айданишни яхшилаш мақсадида терини массаж, укалаш зарур. Иссиқ ва совуқ компресслар ишлатилмайди. Тери қуруқлашувини олдиниши олиш мақсадида ёғ асосли воситалардан фойдаланилади. Профилактика ўз ичига терининг жуда қуруқлашувини ва намлашувини ҳолатини олдиниши олади.

Терининг намлашуви матерация ва шишига олиб келади. Қуруқ терига совун, бриллинт зангариси, камфорли спирт ишлатиш катъян манъ этилади.

Ёток яраларни даволаш.

Келтириб чиқарувчи сабабини даволашга қаратилган терапия:

- Яранинг даволаш даврида босилишни йукотиш.

Ярани маҳаллий даволаш:

- Адекват хирургик санация.
- Инфекция билан қурашиш.
- Яранинг нам ҳолатда тозаланиши, гранулирлацияланиши ва эпителизациясига қаратилган тадбирлар.
- Яра дефектини пластик ёпиш.

Қушимча терапия:

- Умумий ахволни яхшилаш
- Овқатланишни яхшилаш
- Оғрикисизлантириш
- Яранинг битишини секинлаштирувчи маҳаллий ва умумий омилларини йукотиш.

Ёток яраси булган беморни куриги

Ёток яралари булган беморарни куригида куйидаги шаклдан фойдаланиш тавсия этилади.

Форма для оценки пролежней

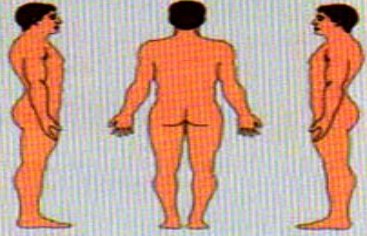
Имя _____

Возраст _____

Дата/ цель оценки _____

Величина

Длина	Ширина	Глубина
_____	_____	_____



Тяжесты/ пораженные структуры

☐ Стадия I : покраснение кожи при неповрежденном эпидермисе

☐ Стадия II : поверхностная язва, частичное поражение эпидермиса в пределах дермы

☐ Стадия III : глубокая открытая язва, поражение всех слоев кожи до фасции

☐ Стадия IV : обширный некроз тканей, поражение всех слоев кожи, распространяющееся на мышцы, сухожилия и кости.

		Да	Нет
Образование карманов		☐	☐
Поражение подлежащих тканей		☐	☐
Некротические ткани:	рана покрыта черным некротическим детритом	☐	☐
	Черный некротический струп	☐	☐
	Наложения фибрина	☐	☐
Экссудат:	сукровичный	☐	☐
	Гнойный	☐	☐
Грануляция:	Грануляция: вялая, плоская, стекловидная	☐	☐
	Красная, мелкозернистая, с кровоточивостью	☐	☐
Видимая эпителизация		☐	☐
Боли		☐	☐
Признаки инфекции:	I легкое покраснение	☐	☐
	II покраснение, припухлость, боль	☐	☐
	III + лихорадка, лейкоцитоз	☐	☐
Причины возникновения			

Общее состояние/прочее			

Ревматик юрак порокларида кекса беморларнинг парваришида хамишралик иши.

- Беморларни умумий куздан кечириш:
 - чойшабларни тоза тутиш
 - беморларни пархезга кура овкатлантириш
 - шифокорни барча муолажаларини бажариш
 - беморларни диагностик текширувларга тайёрлаш
- Беморларни тана массасини доимий улчаш
- Дори воситаларини нозуя таъсирини эсда тутиш ва беморларни огохлантириш
- Контроль:
 - дориларни уз вактида кабул килинишига,
 - беморларни кун тартиби ва дам олишини,
 - суткалик диурез микдорини,
- Сухбат:

- тугри овкатланиш тугрисида
- кейинги давога риоя килиш: ревматолог куриги ва тавсияларни тугри бажариш тугрисида,
- келиб чиқиши мумкин булган асоратлар ва уларни олдини олиш тугрисида.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

1. Митрал стенози хақида тушунча.
2. Стресс-эхокардиография.
3. Кария ва кекса беморларни чумилтириш.
4. Кария ва кекса беомрларда сийдик ушла олмасик.
5. ЭКГ тушуриш техникаси.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Р. Г. Сединкина. Сестринское дело в терапии раздел «Кардиология». Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. Москва. «ГЭОТАР-Медиа», 2010, стр.223-240.
2. Учебно-сестринский центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. «Сестринское дело». 2011, №6, стр. 1-8.
3. Учебно-сестринский центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. «Сестринское дело». 2011, №5, стр. 1-8.
4. А.В. Упницкий. Как принимать лекарства. «Сестринское дело». 2005, №6, стр. 23.
5. И.В. Тарасова, В.И. Утенко, С.М. Чуваева. Как принимать лекарства. «Сестринское дело». 2004, №6, стр. 38-39.
6. Т. Кантемир, Е. Миллуева, И.В. Тарасова. Зачем нужна памятка для пациентов. «Сестринское дело». 2006, №8, С. -46-48.
7. Г. М. Подопригора. Роль медицинской сестры в оказании гериатрической помощи. «Сестринское дело». 2007, №2, стр. 22-23.
8. Г.М. Подопригода. Особенности сестринского ухода в гериатрии. «Сестринское дело». 2007, №5, стр. 40-41.
9. И. Баландина. Организация сестринского ухода по профилактике пролежней. «Сестринское дело». 2010, №6, стр. 44-48.
10. И. Баландина. Организация сестринского ухода по профилактике пролежней. «Сестринское дело». 2010, №8, стр. 38-41.
11. А.К. Лепляева. Проблемы пациента с хронической сердечной недостаточностью. «Сестринское дело». 2004, №4-5, стр. 19-20.
12. Учебно-сестринский центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. Уход-это искусство. Потребность в личной гигиене. «Сестринское дело». 2011, №1, с. III-VIII.
13. Учебно-сестринский центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. Потребность в личной гигиене. «Сестринское дело». 2011, №3 с. I-IV.
14. Учебно-сестринский центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. Личная гигиена тыжелобольных. «Сестринское дело». 2011, №2, с. I-IV.
15. Е. Ю. Булгак. Работа медсестры стресс-эхокардиографического кабинета. «Сестринское дело». 2005, №2, с. 15-17.

Мавзу-8. Уткир ва сурункали юрак етишмовчиликларида буладиган узгаришларнинг кекса ва карияларда булган томонлари
(Ст.изл. Иргашева У.З.)

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Талабаларга реал шароитида кекса ва кари кишиларда сурункали юрак етишмовчилигига сабаб булувчи ҳолатларни аниқлаш, ушбу касалликларнинг клиник-диагностик мезонларини ургатиш, беморларни текшириш, даволаш, парваришлаш, ҳамда ушбу касалликларни олдини олиш бўйича амалий кунималар ҳосил қилиш;

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш кунималарини ҳосил қилиш;
- сурункали юрак етишмовчилигини аниқлаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий кунималарини ривожлантириш;
- кексаларда сурункали юрак етишмовчилиги олдини олиш бўйича амалий кунималар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва кари беморларни парваришлаш бўйича олган билимларини мустаҳкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- «юрак етишмовчилиги», «унг коринчали етишмовчилик», «чап коринчали етишмовчилик» тушунчаларини;
- ЮЕ тиббий-ижтимоий ахимиятини ва этиологиясини;
- ЮЕ асосий клиник симптомларини;
- ЮЕ боскич ва функционал синф бўйича классификациясини;
- ЮЕ диагностик ва даволаш принципларини;
- ЮЕ қулланиладиган препаратларни;
- ЮЕ булган кексаларнинг муаммоларини;
- ЮЕ нинг профилактик чора-тадбирларини ва прогнозини.

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва кари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- сурункали юрак етишмовчилиги олдини олиш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- сурункали юрак етишмовчилигини олдини олиш бўйича умумий тадбирларни бажаришни;
- Қари ёшдаги беморларнинг аҳолини физикал баҳолашни;
- Қари беморларни сўраб суриштириш натижасида касалликнинг келиб чиқиши тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиш, касалликнинг объектив белгиларини аниқлаш, ҳамширалик таъхисини қўйиш;
- Қари ёшдаги беморларнинг муаммоларини, уларни тинглай билиш, ҳамширалик жараёни билан ишлай олиш.
- Гериатрик пациентларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, умумий текшириш натижаларини касаллик тарихидан дастлабки таъхисни асослаш, харорат варақасини тўлдириш, ҳамширалик касаллик тарихига баён этиш.
- касалларни параваришлаш бўйича амалий тадбирларни;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу бўйича микробиология, кардиология, лаборатория иши, гигиена, ҳамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотда талабалар қари ёшдаги беморлар билан суҳбат уюштиришни, қари ёшдаги беморларнинг индивидуал парваришга мухтож бўлган эҳтиёжларини қондиришни, қари ёшдаги беморларда касалликнинг кечишининг ўзига хос томонларини, қари ёшдаги беморларни инструментал текширувга тайёрлашни, қари ёшдаги беморлардан анамнез тўплашни, дори тарқатиш ва дори қабул қилиш усуллариини ўргатишни, қари ёшдаги беморларга паллиатив ёрдам кўрсатишни, коммуникация асосларини ўрганадилар.

Машғулотда шунингдек, қариликда юрак кон-томир тизими – физиологик хусусиятларига, кекса ва қарияларда касалликлар кечишини ўзига ҳослигига, маълумот тўплаш қоидалари ва бемор ҳолатини баҳолашга, сурункали юрак етишмовчилги кечишининг ўзига хос хусусиятларига, беморларга ҳамширалик парваришини ташкиллаштиришга кенг эътибор қаратилади.

Асосий тушунча ва терминлар

Иккиламчи упка гипертензияси-митрал клапан порокларида, чап коринча етишмовчилигида кузатиладиган, упка артериясидаги босимнинг ошуви.

Гепатомегалия-жигарнинг патологик катталашуви.

Кардиопатия-номаълум этиологияли миокард касаллиги булиб, юрак чегараларининг катталашуви ва ЮЕ ривожланиши билан характерланади. Дилатацион кардиомиопатияда юракнинг барча қисмлари кенгайиши, юракнинг қисқариш қучи қамайиши ва ЮЕ ривожланиши кузатилади.

Кардиомегалия - юрак чегараларининг ва массасининг ортиши. Физикал текширувда ёки курак кафасини ретгенографик текшируви йули билан аникланади.

Упка шиши-утқир чап коринча етишмовчилигининг клиник синдроми булиб, упка туқимасининг юқори гидратацияси билан характерланади.

Юрак астмаси-утқир чап коринча етишмовчилиги натижасида ривожланувчи бугилиш.

Тиреотоксик юрак-калконсимон без гормонларининг бевосита ёки билвосита таъсири натижасида миокарда зарарланиши келиб чиқиши. Бунда аста-секинлик билан гиперфункция, гипертрофия, миокард дистрофияси, кардиосклероз ва ЮЕ ривожланади.

Жигар циррози - сурункали прогрессиловчи касаллик булиб, жигар туқимасининг дистрофияси ва некрози, портал гипертензия ва жигар етишмовчилиги белгилари билан характерланади. Алкоголи ва бошқа жигар циррозларидан фарқлироқ, кардиал цирроз иккиламчи булиб юрак етишмовчилигининг II Б-III босқичларида ривожланади.

Юрак қисқариш фракцияси-юракнинг насос функцияси қурсатқичидир. Соғлом одамларда КФ 50% ва ундан ортиқ булади. Агар КФ 40% дан паст булса, бу қучсиз юракдан дарак беради. КФ си ЭхоКГ текшируви орқали аникланади.

Сурункали юрак етишмовчилигининг эпидемиологиси

Юрак кон-томир касалликлари (ЮКТК) XX асрнинг эпидемияси деб айтишадилар. XXI асрда ҳам ЮКТК иқтисодий ривожланган мамлакатларда аҳоли улим қурсатқичининг асосий сабабчиси булиб, умумий улим қурсатқичининг 55-60% ташкил этади.

Артериал гипертония, юрак ишемик касаллиги, атеросклероз, утқир миокард инфаркти, инфаркдан кейинги атеросклероз, юракнинг клапанли порокларидан кейин ривожланган СЮЕ энг биринчи қотил булиб ҳисобланади.

СЮЕ кенг тарқалиши, интенсив усиши ва юқори леталлигига қарамай, охириги 20 йилда СЮЕ дан келиб чиқадиган улим қурсатқичи пасаймоқда. Бунинг сабаби беморларнинг даволаш тактикаси, антиаритмик дори-воситаларнинг кенг қуланилиши, хирургик давонинг чуқур қиритилиши билан профилактик чораларинг турли хил қулланилишидир.

СЮЕ хавф омиллари

- артериал гипертония;
- Юрак ишемик касаллиги-уткир инфаркт миокарди, стенокардия;
- кандли диабет;
- семизлик;
- чап коринча миокардининг гипертрофияси;
- юракнинг клапанли пороклари;
- дилатацион кардиомиопатия;
- тиретоксик юрак.

СЮЕ нинг ривожланиш хавфига беморнинг ёши, жинси, гиперхолестеринемия, дислипидемия, чекиш, алкоголь қабул қилиш салбий таъсир кўрсатади.

Классификация

Терминологияси бўйича «сурункали қон айланиш етишмовчилиги», «димланган юрак етишмовчилиги» терминлари урнига, «сурункали юрак етишмовчилиги» терминини қўллаш қўлайлироқ топилди.

Европанинг диагностик ва даволаш тавсиялари бўйича, СЮЕ бу «патофизиологик синдром бўлиб, бунда у ёки бу касаллик сабабли келиб чиққан юракнинг насос функцияси пасайиши, организмнинг гемодинамик талаблари ва юракнинг имкониятлари орасидаги номувофиқлик натижасида ривожланади».

Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко классификацияси бўйича СЮЕ учта босқичи мавжуд.

- I босқич- фақат физик зуриқишдаги хансираш, тахикардия, чарчаш;
- II босқич-орган ва туқималардаги қон димланишнинг клиник белгилари уларда қайтар функционал бузилишлар келтириб чиқаради. Бу босқич бўлинади:
 - II А босқич-қон димланиш белгилари қўпинча фақат кичик қон айланиш доирасида;
 - II Б босқич-иккита қон айланиш доирасида гемодинамик бузилишлар, орган ва туқималарнинг шиши кузатилади;
- III босқич- II Б босқичдаги белгиларга органларнинг қайтмас морфологик ўзгаришлари қўшилиб, улардаги гипоксия, оксилли дистрофия, фиброз, суюқликнинг тўпланиши (айниқса, сероз бўшлиқларда), анасарка ривожланиши билан характерланади.

Америка кардиологлар ассоциацияси (1994) миокардаги функционал ўзгаришлар даражаси беморларнинг ҳаёт тарзига таъсир қилишига қараб СЮЕ классификациясини тақлиф этди. Унинг асосида беморнинг анамнез маълумотларига қўра, физик зуриқишга чидамлилигини баҳолаш етади.

Классификациядаги функционал синфлар (ФС) юрак етишмовчилигининг субъектив белгиларига қараб: хансирашнинг пайдо бўлиши, юракнинг тез уриши, ангиноз оғрик, тез чарчаш қабилар билан аниқланади. Бу шикоятлар «ФС 0» га тўғри келади.

I-IV ФС даги ўзгаришлар турли интенсивликдаги физик зуриқишларда пайдо бўлади:

- ФС I – оддий физик зуриқишдан қўчлироқ ҳаракат қилганда (пастликдан тез юрганда ёки баландликка чиққанда);
- ФС II- оддий физик зуриқиш, ҳар қундаги ишлар бажарганда (пастликдан юрганда) пайдо бўлади;
- ФС III- оддий физик зуриқишдан қўчсизроқ ҳаракатлар бажарганда (пастликдан юриб тўхташга мажбур этади, биринчи қаватга чиққанда);
- ФС IV – минимал зуриқишда (хонада бир неча қадам юрганда, қийимини қийганда) ёки тинчликда пайдо бўлади.

Физик зуриқишга толерантликни аниқлашда велоэргометрия, 6 минутлик юриш тестлари қўлланилади. ЮИҚ ўткир ва ўткир ости формалари, аортал стеноз, юкори АГ, яққол ифодаланган ЮЕ бунга қарши қўрсатма бўлиб ҳисобланади.

СЮЕ клиник куриниши турли хил булиб, келтириб чиккадиган касаллик, унинг давомийлиги юракнинг чап ёки унг қисмлари гемодинамик бузилишларига қараб хилма хил ифодаланади.

СЮЕ нинг эрта босқичларида тез чарчаш, мушакдаги ҳолсизлик, нафас етишмовчилиги хиссига, физик зуриқишдаги хансираш, тахикардияга шикоят қилади.

ЮЕги ривожланган сари органларда димланиш белгиларини намоён этувчи шикоятлар (юрак етишмовчилигининг II босқичи) пайдо бўлади. Чап қоринчали ЮЕда аввал физик зуриқишдаги хансираш кейинчалик тинчликдаги хансираш, айниқса горизонтал ҳолатда қузатилади. Шунинг учун беморлар тушакда ортопноэ ҳолатида - ярим утирган ёки утирган ҳолатда бўладилар. Кечкурун бугилиш хуружлари-юрак астмаси қузатилади. Митрал стенозда йутал, қон тупуриш қушилиб келади. Физик зуриқиш упка шишига олиб келиши мумкин. Кейинчалик миокард издан чиқиб, унг қоринча етишмовчилиги қушилади. Қичик қон айланиш доирасидаги димланишга, қатта қон айланиш доирасидаги димланиш қушилиб, беморлар ахволини оғирлаштиради. Қундузги диурез қамайиши, кечга борган сари товоқ-болдирларда шишлар пайдо бўлиши, акроцианоз қучаяди.

Касаллик ривожланиб бориб, қориннинг метеоризм ҳисобига қатталашуви, жигарнинг қатталашуви, қаттиқлашуви, қардиал цирроз ва асцит ривожланади. Димланиш суюқлиги сероз бушиқларда тупланади - гилроторакс, гидроперикард, анасарка, қахексия келиб чиқади. Бунда III дистрофик (қахексик) босқич, тотал ЮЕ ривожланади.

СЮЕ диагностикаси

Субъектив текширув (шикоятлар, анамнез)

СЮЕ ривожланган босқичида беморлар қуйидаги шикоятларни айтади:

- физик зуриқишдаги хансираш ва юракнинг тез уриши;
- баъзи беморларда кечки бугилиш ва ортопноэ ҳолати;
- тез чарчаш;
- оёқлардаги шишлар;
- қуруқ йутал;
- метеоризм, диспепсик бузилишлар;

Объектив текширув

Қуздан кечирганда:

- акроцианоз;
- тахикардия (1 минутда 90 -100 қисқаришлардан ортиқ);
- буйин веналарнинг буртиши;
- оёқлардаги шиш;
- юрак чегараларининг қундалангига қенгайиши (кардиомегалия), юрак тонлари бугик, ритм нотугри;
- упканинг пастки қисмларида нам ҳириллашлар;
- жигар қатталашган, пальпацияда оқриқли, кейинчалик зич бўлиб, қардиал цирроз ривожланади;
- қорин бушлигида эркин суюқлик (асцит), плеврал бушлигида суюқлик (гидроторакс).

Лаборатор текширув

- Қоннинг клиник таҳлили (эритроцитлар, гемоглобин, тромбоцитлар);
- креатининнинг қондаги концентрацияси;
- электролитлар алмашинуви - қонда калий ва натрий миқдори;
- қонда қанд миқдори;
- билирубин қонда, жигар синамалари;
- умумий оксил, С-реактив оксил;
- қалқонсимон без гормонлари миқдори-ТТГ;
- кардиомиоцитлар ферментларининг активлиги-КФК, МВ-КФК, I ва Т тропонинлар миқдори;
- умумий сийдик таҳлили;

-натрийдиуретик пептид микдори.

Хозирги пайтда юрак дисфункцияси огирлиги ва натрийдиуретик пептиднинг кондаги микдори билан боғлиқлик аниқланди.

Инструментал текширув

- 12 та уланишдаги ЭКГ;
- ЭКГнинг суткалик мониторинги;
- Кукрак кафаси рентгенографияси;
- ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ;
- МРТ;
- радиоизотоп методлар;
- Коронаро ангиография операциясига тайёрлашда;
- Физик зуриқишдаги синамалар.

Дифференциал диагностика қилиш, даволаш эффективлигини аниқлаш, беморни хирургик операцияга тайёрлаш масадида физик зуриқиш синамалари қўлланлади. Бунда тредмил, велоэгометрия, 6-минутлик юриш тести утқазилди.

СЮЕ даволаш ва профилактикаси

Асосий вазифалар:

- СЮЕ симптомларини йўқотиш;
- СЮЕ прогрессивланишини ва нишон аъзоларининг (юрак, бош миёна, бўйрак, томирлар) зарарланишини олдини олиш;
- ҳаёт турмуш тарзини яхшилаш;
- госпитализация сонини камайтириш;
- прогнозга яхшилаш.

СЮЕ асосий 5 вазифасини ечиш учун 5 та даволаш принципларидан фойдаланилади:

- Диета;
- Физик машқлар активлиги;
- Психологик реабилитация, врачлик назарати, СЮЕ билан касалланган беморлар учун мактаблар;
- Медикаментоз терапия;
- Механик, электрофизиологик ва хирургик методлар.

Шуни айтиш керак, СЮЕ профилактикаси ва прогрессивлигини олдини олишда АГ, қандли диабет, дислипидемиа каби ҳавф омиллари бартараф этиш муҳим аҳамиятга эга. Бу тадбирлар миокард дисфункцияси ва гипертрофияси, атеросклероз ривожланиши, ЮИҚ ва уткир МИ пайдо бўлишини тўхтатади.

Диета уз ичига олади:

- Туз микдорини 2,5 г гача чеклаш ва овқат пишгандан кейин яна тузлашни камайтириш;
- суюқлик қабул қилишни чеклаш (1-1,5 л/сут);
- оксил, витаминлар, минераллар ва микроэлементларга бой, енгил ҳазм бўлувчи, диетага риоя қилинган ҳолда тайёрланган овқатни истеъмол қилиш.
- алкоголни йўқ қилиш.

Меъёрий жисмоний зуриқиш СЮЕ билан касалланган, клиник ҳолати стабилизацияланган барча беморларга тавсия этилади. Тинчлик СЮЕ барча ФС қарши қўрқма.

Физик реабилитация СЮЕ нинг комплекс даволашда асосий компонент бўлиши керак.

Психологик ва ижтимоий реабилитация СЮЕ мактабларида ўзи-ўзини контрол қилиш методи бўйича олиб борилади. Бемор ва унинг қариндошлари махсус тайёрланган тиббиёт ходимлари доимий назоратида туришади. СЮЕ билан касалланган беморлар билан ишлаш асосан ҳамширалар зимасига юкланган.

СЮЕ медикаментоз даволаш

СЮЕ кулланиладиган препаратлар асосий симптомларни, юрак зурикишини камайтиради, периферик ва марказий гемодинамикани яхшилади ҳамда беморларнинг ҳаёт тарзини ва касаллик прогнозини яхшилади.

Асосий гуруҳ

- АПФ ингибиторлар;
- Бета-адреноблокаторлар (БАБ);
- Альдостерон антагонистлари;
- Диуретиклар;
- Юрак гликозидлари;
- Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари (АРА).

Кушимча препаратлар

- Статинлар;
- Антикоагулянтлар.

Ёрдамчи препаратлар

- периферик вазодилататорлар;
- Кальций каналларининг блокаторлари;
- Антиаритмиклар;
- Аспирин;
- Ногликозид инотроп моддалар.

Хирургик, механик ва электрофизиологик методлар

- Юракни алмаштирилиш (бошка юрак утказиш) ёки кушимча механик чап коринча ҳосил қилиш.
- Юракни хирургик ремоделированиеси – ташки каркасни ҳосил қилиш (Assort сеткаси) ёки миокарнинг бир қисмини кесиш (Батиста операциеси ёки Д.ОР), ёки (ва) митрал клапан пластикаси.
- Юрак коринчалар ишининг ресинхронизациеси учун куп камерали стимуляция.
- Миокрадга тугридан-тугри ёки эндокард орқали янги кардиомиоцитларни ҳосил қилиш учун суяк илигининг узак хужайралирини ёки миобластларни ёки сателлит-хужайралирини киритиб хужайра терапиесини утказиш.

«Бу отдан автомобилга утиш ҳаракатидир. Агар XX асрнинг ютуқлари бу СЮЕ нинг терапевтик даволаши бўлса, юракни хирургик йул билан ремоделированиеси ва хужайра терапиеси бу XXI аср илғор ютуқларидан бири» (Беленков Ю.П. , Мареев В.Ю., 2006).

СЮЕ ҳамширалик иши

СЮЕ билан касалланган алоҳида эътиборга эга. СЮЕ I босқичдаги беморлар иш қобилятини саклайдилар, II босқичда иш қолият қисман сакланган ёки йукотилган. СЮЕ нинг III босқичда беморлар доимий ёрдамга муҳтож бўлиб, ҳамширанинг хабардорлида бўлишлари керак.

Ҳолатининг оғирлигидан СЮЕ беморлари тушакда доимий бўлишларига муҳтож. Қон айланиш бузилишининг асосий белгиси шиш бўлиб ҳисобланади. Суюқликнинг яширин тупланишини беморларнинг ҳар кунги тана вазни улчаш билан аниқлаш мумкин. Тана вазнини улчаш ҳар куни эрталаб сийдик пуфагини ва ичакларни бушатган ҳолатда утказилади.



Купгина холларда беморлар горизонтал ҳолатдаги хансираш кучайишига шикоят килади. Бунда беморни бош қисмини баландрок, қулай вазият ҳосил қилиб ёткизиш керак. Тушакда узок вақт ётигани учун ёток яралар ҳосил бўлиши мумкин. Бунда ёток яралар профилактикаси олиб борилади. СЮЕ беморларда юрак гликозидларни қабул қилганда гликозидли интоксикация белгилари (иштаха пасайиши, қусиш, брадикардия, ритм бузилиши) пайдо бўлиши мумкин. Бунай ҳолда врачни хабардор қилиш зарур.

Даволаш пайтида сув балансини-суткада сийдик билан ажратилган (суткалик диурез) ва қабул қилинган суюқлик миқдорини улчаш муҳим аҳамиятга эга. Эрталаб олинган маълумотлар беморнинг тана вазни билан касаллик тарихида белгиланади.

Хамширалик иш жараёни

- Назорат қилиш:

- беморнинг ичиш ва овқатланиш режимини;
- тана вазни, суткалик диурез, сувли баланс;
- ёток ружимини саклаш; сийдик қабул қилиш идишини қуйиш;
- физиологик чиқишларни;
- беморни бош қисми қутарилган ҳолатда ётиши ва хонанинг домий шамолаттириб турилишига;
- дори-воситаларнинг вақтида қабул қилинишига;
- қариндашлар билан мулоқотга;
- Тери павариши ва ёток яраларнинг профилактикаси.
- Мулоқот олиб бориш:
- Овқат режимига риоя қилиш ва овқатни қисмлар билан қабул қилиш ҳақида;
- овқат билан қалийга бой моддалар –урик, узум, олволи қоқи қабиларни истеъмол қилиш;
- иш ва дам олиш режимига риоя қилиш ҳақида;
- дори-воситаларнинг доимий қабул қилиш зарурлиги, юрак гликозидларнинг нозуқ таъсирлари, гликозидли интоксикация белгилари ҳақида.

СЮЕ прогнози

Прогноз ҳақида гапирганда, беморларнинг «яшаб олиш» хусусияти тушунилади.

СЮЕ прогнозига беморнинг жинси ката урин тутади. Аёллар СЮЕ юқори яшаб олиш хусусиятига эга.

Этиологияси бўйича минимал яшаб олиш хусусиятига АГ, ЮИҚ, қандли диабет аҳимияти биринчи уринда туради. Шу билан биргаликда утган асрнинг 70-80 йилларда ревматик клапанли нуксонлар салбий прогнозга эга эди. Бундай ҳолат узғаришига ревматизмнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси такомиллашуви, ЭхоКГ нинг ва хирургик давонинг вақтида қулланилиши ревматизм прогрессивланишига ва юрак нуксонлари пайдо бўлмаслигига ижобий таъсир қўради.

СЮЕ пргнотида NYHA (Нью-Йорк юрак ассоциацияси) классификацияси муҳим урин тутади. Яъни миокард ҳаёти сакланилиши, унинг физик зуриқишларга чидамийлиги, қисқариш қучи қамайиши - қисқариш фракцияси бўйича улчанади. Қисқариш фракцияси 40-50% дан юқори бўлган беморлар яшаб олиш хусусияти қупрок.

Исботланганки, юрак ремоделированиеси (юракнинг қундаланг ва узун улчовларининг қисқариши) гемодинамик бузилашларнинг қамайишига олиб келади. Шунинг учун СЮЕ беморларда АПФ ингибиторлари ва БАБ қўллаш асосий урин тутади.

АНАЛИТИК ҚИСМ

1.Дастлабки билимларни синаш. Ёзма иш – 15 минут:

Билет №1

4. Сурункали юрак етишмовчилиги қандай касалликлар оқибати бўлиб ҳисобланади?

5. Кандай белги Америка кардиологлар ассоцияцияси классификациясида (1994) асос бўлиб олинган?
6. Кандай хирургик методлар ҳозирги пайтда қўлланилади ва қандай методлар ривожланиш босқичида?

Билет №2

4. СЮЕ дунё бўйича тарқалишини айтинг?
5. Чап ва унғ қоринча етишмовчилиги деганда нимани тушунаси?
6. Кандай гуғуҳ препаратлар СЮЕ да асосий бўлиб ҳисобланиди? Санаб утинг.

Билет №3

4. СЮЕ асосий ва иккилам хавф омилларини айтинг.
5. СЮЕ ҳамширалик ишнинг асосий тамойилари.
6. Ижтимоий ва психологик реабилитация деганда нимани тушунаси?

Билет №4

4. СЮЕ нинг ривожланиш механизми?
5. СЮЕда диетанинг хос хусусиятлари.
6. СЮЕда қўлланиладиган дори – воситаларнинг танлаш мезонлари?

Билет №5

4. В. Х. Василенко ва Н.Д. Стражеско бўйича СЮЕ босқичларини айтинг.
5. СЮЕ бошланғич босқичида беморнинг шикоятлари?
6. СЮЕ беморларга физик зуриқишни тавсия этиш мумкинми?

Билет №6

1. СЮЕ нинг I босқичи клиник белгилари?
2. Беморлар парвиришида ҳамширалик жараёни.
3. АПФ ингибиторлар ҳақида тушунча беринг.

Билет №7

4. СЮЕ II босқичининг клиник белгилари?
5. Декомпенсирлашган юрак етишмовчилиги бўлган беморларнинг шикоятлари.
6. 6-минутлик тест ҳақида тушунча беринг?

Билет №8

4. СЮЕ ҳақида тушунча беринг
5. Ҳамшира бемор ва қариндошлари билан қандай суҳбат утқиши мумкин?
6. СЮЕ да олиб қўрилган инструментал текширувлар?

Билет №9

4. СЮЕ нинг II А ва II Б стадиялари бир-биридан нима билан фарқ қилади?
5. Об'ектив текширганда қандай узғаришлар қўзатилади?
6. Медикаментоз терапия.

Билет №10

4. СЮЕ нинг III (тотал) босқичига хос белгиларни айтинг.
5. СЮЕ да беморларга қандай лаборатор текширувлар олиб қўрилади?
6. СЮЕ нинг прогнози.

2. Муаммоли масалани ечиш учун олиб қўрилган тренинг.

Талабалар икки гуруҳга бўлинади. Иккала гуруҳга ўқитувчи томонидан битта муаммоли масала қўйилади. Масалани ечиш шартлари иккала гуруҳ орасида бўлинади. Амалий жихатдан муаммоли масала ечимини яхшироқ ёритган гуруҳ муқофотланади. Тренинг охирида ўқитувчи ҳулоса чиқаради.

Муаммоли масала. 60 ёшли бемор кардиология бўлимига стационар даволанишга Юрак ишемик касаллиги ташҳиси билан ётқизилди. Ахборот тўплаган пайтда ҳамшира қўйидаги маълумотни олди: бемор оёқлардаги шишга, қориннинг катталашуви, юракнинг тез уришига, тинч ҳолатдаги ҳансирашга, оғиз қуришига, чанқашга, умумий ҳолсизликка шикоят қилади.

Бемор икки йил мобайнида узини касал деб хисоблайди. Касаллик утказилган миокард инфарктдан кейин хансираш, шишлар, унг ковурга ёйидаги огрик билан бошланган. Бемор шубхали, контактга кийинчилик билан боради, узининг келажаги учун кайгули фикрда, иштахаси паст. Суткада 2 литр суюклик истеъмол килади.

Объектив: умумий ахволи урта огирликда. Эс-хуши узида, тушакдаги холати мажбурий-ортопноэ. Тери копламлари цианотик, тоза. Товон ва болдирларида шишлар аникланади, нафас олишлар сони 22 та 1 мин да, пульс 92 та ритмик, коникарли тулаликда, АКБ 140/90 мм сим уст. Корни катталашган, унг ковурга ёйи остида огрикли. Хожати кабзиятга мойил. Диурез 1000 мл суткада.

Топширик

1. Хамширалик ташхисни куйинг.
2. Куйидаги пациентнинг муаммоларини ва талабларини аникланг.
3. Нортон шкаласи буйича балларни аниклаб, ёток яра хосил булиш хавф даражасини айтинг.
4. Куйидаги бемор учун тушакдаги кулай холатларни курсатинг.
5. Ёток ярани хосил булишини олдинини олишда профилактик чораларни белгиланг.
6. Кайси йул билан бу беморнинг муаммоларини ечиш мумкин?

№ 1 топширикни бажариш

Хамширалик ташхис: Юрак ишемик касаллиги. Инфарктдан кейинги кардиосклероз. Сурункали юрак етишмовчилиги II Б боскич.

№2 топширикни бажариш

Беморнинг холатини бахолаганда харакатга, нафас олишга, физик чикаришларга, ичиш, овкатланишга булган талабларини аникладик. Бунда комплекс муаммолар:

1. Хансираш ва шишлар туфайли харакатланиш активлигининг пасайиши.
2. Харакат активлигининг пасийишидан ёток яра хосил булиш хавфинин ошиши.
3. Иштаханинг пастлиги ва харакатнинг чекланишидан кабзият пайдо булиши.
4. Ичиш режими узгаришидан суюкликнинг ушланиб колиши.

№3 топширикни бажариш

Нортон шкалси буйича: мулокотга кириш -1балл, ёши 60 ёш-1 балл, тери холати курук-3 балл, кушимча касалликлар йук 4 балл, физик холат жуда ёмон-1 балл, рухий холат адаптатив, иштироксиз-3 балл, активлик ётдам билан юради-3 балл, харакатчанлиги анчалик чекланган- 2 балл, сийдик ва ахлатни ушла олмаслик йук -4 балл. Жами 22 балл. Бу ёток яра хосил булиш хавфидан далолат беради.

№4 топширикни бажариш

Тушакда Фаулер холатини таъминлаймиз, чунки беморда хансираш ва асцит мавжуд. Чап ва унг ёнбошлаб ётиш чекланган (30 минут). Бунда беморнинг чап томонда етиши стенокардия огриклари булиши, унг томонда етиши унг ковурга остидаги огрик хисобига чекланган. Ёнбошлаб еткизган пайтда бош кисми кутарилиши сакланган булиши керак (хансираш мавжуд).

Поролонли прокладкалар Фаулер холатда думгаза, кураклар, товон, билак сохасига; ёнбош ётганда эса сон-думгаза бугими, тизза ва болдир-товон бугимларнинг ички юзасидан ва елка остига жойлаштирилади.

Хамшира бемордан ва унинг кариндошларидан парвариш учун рухсат олиши керак.

№5 топширикни бажариш

Бемор ва унинг кариндошаларини тушакдаги холатни узгартириш буйича маслахат бериш планлаштирилади. Бунда икки кул билан кутариб тушакдан кутарилади. Ёнбош еткизганда беморнинг думгаза кисми кутарилиб турилади. Босилиш кисмларда терини парваришида (думгаза, кураклар, товон, думгаза-сон бугими, тизза, болдир-товон бугимлари): буртиб турувчи жойлар ботирилувчи харакатлар билан, 5 см узокликда-спиралсиман харакатлар билан амалга оширилади. Бунда веноз коннининг окиб кетилиши артериал кон келиниши яхшиланади. Терини ювишда «Абсолют» суюк совуни, ишлов беришда -10% камфора спирти ишлатилади.

№6 топширикни бажариш

Беморни овкатлантириш тартибини муаммосида оксиллар 120 г булиши, хамда овкат ичак моторикасини яхшилаш зарур. Масалан: завтрак I -маний каша, сариёғ, нон, чой, 1 та пиширилган тухум. Завтрак II- творог, сметана, шакар. Тушлик- тувук бульонидаги гречкали шурбо, кисель, нон, перловка каша мол гушти билан. Полдник-пишлоқ, катик, нон. Кечкурун- чой, котлет, пюре, шакар, нон. Бемор ва унинг кариндошларини мева ва сабзавотларга, кукатлар, лимонга бой махсулотли окатлар истеъмол килишни ургатамиз. Суюклик кабул килишни чеклаш чеклашини айтимиз.

Хулоса

№1 топиширикда ташхис куйилди ва кейинги амаллар режалаштирилди.

№2 муаммада беморнинг тушакдаги холати яхшиланди

№3 муаммода ёток ёранинг олдини олишда харакатлар бажарилди.

№4 муаммода беморнинг рационага зарур махсулотлар киргизилди.

№5,6 муаммода оксилга ва минералга бой махсулотлар билан таъминланди.

3.Кичик гурухларда ишлаш. 12 талаба 4 нафардан уч кичик гурухга булиниб, топширикларни бажаради.

1-гурух учун топширик:

Кекса ва кария кишиларда сурункали юрак етишмовчилигининг диагностикасида ишлатувчи 6- минутлик юриш тестини утказинг (50балл), интерпритацияси (50 балл).

Жавоб:

Утказиш шароитлари: коридорнинг метраж буйича булиниши, секундомер, беморга шартларни аник тушунтириш: бемор шу коридор буйича унинг учун тезкор тезлик билан максимал масафа утиши керак. Агар бемор тухтаса, дам олиш вакти умумий ваكت хисобидан утади. Тест прогностик мухим, чунки 300 метр дан кам масафа утиллиши салбий прогноз хакида далолат беради.

- I ФС-426-550 м;
- II ФС-301-425 м;
- III ФС-151-300 м;
- IV ФС -150 м дан кам.

2-гурух учун топширик:

Сурункали юрак етишмовчилигида кекса ва кария кишиларнинг муаммолари буйича кластер тузинг (балик скелети): 4 катта бугин (10 баллдан), кичик бугинлари (5 балладан)

Жавоби

Хозирги муамолар: 1. Физик зурикишга толерантликнинг камайиши-хансираш ва тахикардия пайдо булиши; 2. йутал; 3. уйкунинг ёмонлашуви; 4. чап коворга ёйи остдаги огрик

Физиологик муаммолар: 1. сийдик микдорининг пасайиши ва шишларнинг пайдо булиши; 2. кабзият ва метеоризмга мойиллик.

Психолоких муаммолар: 1. кечаси бугилиш хуружлири хисобига улим хисси пайдо булиши; 2. дори-воситаларининг доимий кабул килиш мажбурилиги; 3. тузсиз диета ва кисмлар билан овкатланиш зарурлиги; 4. касбининг узгартириш, ногиронлик олиш эхтимоли.

Потенциал муаммолар: 1. кечки хансираш юрак астмасига олиб келиши мумкин; 2. упка шиши ва летал окибат.

3-гурух учун топширик:

Сурункали юрак етишмовчилигида кекса ва кария кишиларнинг медикаментоз даволаш принциплари буйича кластер тузинг: 12 бугин (8балдан), мисол келитринг (4 балл).

Жавоб:

АПФ ингибиторлар; бета-адреноблокаторлар (БАБ); альдостерон антагонистлари; диуретиклар; юрак гликозидлари; ангиотензин II рецепторлари антагонистлари (АРА); статинлар; антикоагулянтлар; периферик вазодилататорлар; кальций каналларининг блокаторлари; антиаритмиклар; аспирин; нитроглицерин инотроп моддалар.

АМАЛИЙ КИСМ**Амалий куникмалар:****Кекса ва қария беморларнинг шахсий гигиенаси**

«Шахсий гигиена» ҳақида тушунча.

Кекса ва қария беморлар шахсий гигиенага муҳтож бўлиб, уларнинг териси, тана ва шиллик пардалари тозаллигини сақлаб туришига алоҳида эътибор берилadi.

Кулларни ювиш-шахсий гигиенанинг ҳар кунги муолажаси. Куллар туалетдан кейин, овқат қабул қилишдан олдин ювилади ва бунда турли хал инфекциялар олдини олинади.

Кулларни артиш учун коғозли сочиқлар куллаш тавсия этилади.

Кулларни ҳар кунги ювилиши – терисининг доимий намланиш ва озиклантирилишига муҳтож бўлади.

Ораликнинг парвариши-айниқса аёлларда соғлиқни ва қулайликни ҳусусиятини сақлаш учун муҳим. Интим гигиенада ҳаракат уретрадан аналь тешиқ томон юналтирилади. Бу сийдик йуллари инфекциясининг профилактикасида, ичак микроорганизмлари кириб қолишни олдинирилади.

Танани ювиш. Кекса ва қария беморларда терига тугри, рационал замонавий ювиш воситалардан фойдаланган ҳолда парвариш қилиш, ётоқ яраларнинг олдинириши олишда, умумий аҳолини, ҳаёт тарзини яхшилашда муҳим урин тутати.

Сочларнинг парвариши. Сочлар ҳар куни, 8-10 кунда 1 марта ювилади. Бу савол индивидуал ҳолда ҳал қилинади. Ювишдан олдин яхши таралган сочлар, ювишдан кейин ҳам яхши таралади. Бунда ишлатилаётган тарок тоза, бировнинг тароғи бўлмаслиги керак.

Қалта сочларни илдиздан, узун сочлар эси учидан то илдизгача тараши тавсия этилади. Нам сочларни таритиш тасия этилмайди.

Тирноқларни парвариш қилиш. Тирноқларни парвариш қилишда атрофдаги терига қаратиш лозим. Қандли диабет касаллигида бу манипуляция айнақса эҳтиёткорлик билан бажарилади, чунки терининг зарарланиши инфекция учоғига сабаб бўлиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи ва тишларнинг парвариши. Оғиз бўшлиғини регуляр ва малақавий парвариши стоматологик касалликлар ва бошқа касаллик ривожланишининг олдинириши олишда муҳим роль уйнайди.

Тишларнинг парвариши тиш пастаси ва тиш ювғичини тугри танлашдан бошланади. Тиш ювғичи:

- синтетик материалдан ясалган бўлиши;
- милқлар ва тишларга босилиши жуда қучли бўлмай, қаттиқлиғи уртача;
- юмшққ толали тиш ювғичлар қаттиқ шикастланган милқларда ишлатилиши;
- сийрак жойлашган толалар тишлар орасида яхши қириши;
- толалари учлари юмалоқ бўлиши керак.

Тиш ипи, ёки флосс, тишларнинг ён деворидан ва милқлар бўйлаб пленкани олиш учун ишлатилади. Ҳар кунги флоссни ишлатишда милқларнинг ҳолати яхшиланиб, яллиғланиш эҳтимоли қамаяди.



Тиш протезларини фиксацияси учун ишлатиладиган крем ва кукунлар. Фиксация килувчи крем жаг ва протезлар орасидаги бушликларни тулдириб, протезларни милкларга зич, комфортли ва узок бирикишини таъминлайди. Уни намланган протезларга суртиб, крем огиз бушлигига ялпизли таъм беради.

Тиш протезларни тозаловчи пишиловчи таблеткалар, протезларни тозалаб, дезинфекция килади.

Огир кекса беморларнинг огиз гигиенаси хар куни эрталаб, хар овкат кабул килгандан кейин, кушишдан кейин тозаланиши зарур. Агар бемор овкат кабул килмаса огиз бушлиги кунига 4 махалдан кам эмас тозаланади. Бемор огзи билан нафас олган холатларда, тозалаш пайтлар купайтирилади.

Огиз бушлигини парваришига киради:

- Огиз бушлиги шиллик пардалари (лаблар, лунжлар шиллик парадаси);
- Тил юзасининг усти;
- Тишлар парвариши.

Зарур материал, жихозлар ва мосламалар

Огиз бушлигини тозалаш учун куйидагилар:

- тиш ювгичи, тиш пастаси, салфетка, зажим, антисептик сакловчи эритма;
- огизда сувни ушлай олмайдиганлар учун- грушасимон баллонча, ёки стакан;
- кичик тосча;
- лунжни четга суриш ва тилни пастга тушириш учун-шпатель (шпатель юклигида кошикнинг дастасини ишлатиш мумкин);
- перчатка;
- вазелин, гигиеник лаб помадаси, крем зарур.

Огиз бушлигни тозалаш алгоритми

- Пациентга олиб борилаётган муолажанинг мохиятини тушунтиринг.
- Куллар спирт сакловчи анестетик билан ювилади.
- Хамшира тоза перчаткани олади.
- Беморнинг буйни атрофида сочик ураб олинади.
- Тиш ювгичи антисептик эритмага ботирилади. Тиш ювгичи булмаган холда марля салфеткаси пинцет ёки зажимга ураб ишлатиш мумкин.
- Тишлар орка томондан бошлаб, ички, юкори, ташки юзаси буйлаб, харакатлар юкоридан пастга томон йуналтирилиб, орка тишлардан олдинга тишларга караб тозаланади. Шу харакатлар ён томондан давом эттирилади. Муолажа камида икки марта такрорланади. Тишларни очиш учун шпательдан фойдаланилади.
- Колган суюкликни олиш максатида курук тампон билан огиз бушлигига ботирилади.
- Тилни чикариш илтимос киланади. Агар бемор тилини чикара олмаса, тил секин-аста марля салфетка билан урилиб чап кул ёрдамида чикарилади.
- Антисептик эритмага ботирилган салфетка билан тил илдиздан учигача артилади.
- Антисептик эритмага ботирилаган салфетка билан лунжларнинг ён томони, тилнинг патски кисми, милклар артиб чикилади.
- Тилнинг куруклигида глицерин билан ишланади.
- Вазелин билан юкорги ва пастки лаблар суртилади (лаблар ёрилишини олдинини олиш максатида).

We Go The Extra Smile.



- Сочик олиниб, бемор кулай вазиятда ёткизилади.
- Тозалаш жихозлар олиниб, кейинга ишлов бериш учун бошка хонага олиб борилади.
- Перчаткалар ечилади, дезинфекция контейнерига куйилади.
- Куллар спирт сакловчи антисептик билан тозаланади.
- Хамшира хужжатига махсус ёзув колдирилади.

Методикани куллаш учун кушимча маълумот

Шиллик куруклигида ёки галитозда (ёкимсиз хид булганда) огиз бушлиги 15-30 мл стандарт эритма билан хар 2-4 соатда чайкалади (1 литр сувга 1 чай кошик-ош содаси, 1 чай кошик-туз, 1 чай кошик ялпизли сув ишлатилади).

Эришилган натижани бахолаш

- беморнинг огиз бушлигида секрет тупланиб колмаслиги
- огиз шиллик каватининг патологик узгаришлари булмаслиги.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

1. Дори препаратларни кабул килиш тартиблари.
2. Дори препаратларни кабул килиш эслатмаси хакида тушунча.
3. Велозогеометрия.
4. Кекса ва кария беморларнинг муаммоларини аниклаш.
5. Мультиморбид патология хакида тушунча.
6. Гериатрияда хамширалик парвариш жараёни.

Адабиётлар:

1. Р. Г. Сединкина. Сестринское дело в терапии раздел «Кардиология». Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. Москва. «ГЭОТАР-Медиа», 2010, стр.223-240.
2. Учебно-методический центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. «Сестринское дело». 2011, №6, стр. 1-8.
3. Учебно-методический центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. «Сестринское дело». 2011, №5, стр. 1-8.
4. А.В. Упницкий. Как принимать лекарства. «Сестринское дело». 2005, №6, стр. 23.
5. И.В. Тарасова, В.И. Утенко, С.М. Чуваева. Как принимать лекарства. «Сестринское дело». 2004, №6, стр. 38-39.
6. Т. Кантемир, Е. Миллуева, И.В. Тарасова. Зачем нужна памятка для пациентов. «Сестринское дело». 2006, №8, С. -46-48.
7. Г. М. Подопригора. Роль медицинской сестры в оказании гериатрической помощи. «Сестринское дело». 2007, №2, стр. 22-23.
8. Г.М. Подопригода. Особенности сестринского ухода в гериатрии. «Сестринское дело». 2007, №5, стр. 40-41.
9. И. Баландина. Организация сестринского ухода по профилактике пролежней. «Сестринское дело». 2010, №6, стр. 44-48.
10. И. Баландина. Организация сестринского ухода по профилактике пролежней. «Сестринское дело». 2010, №8, стр. 38-41.
11. А.К. Лепляева. Проблемы пациента с хронической сердечной недостаточностью. «Сестринское дело». 2004, №4-5, стр. 19-20.

12. Учебно-методический центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. Уход-это искусство. Потребность в личной гигиене. «Сестринское дело». 2011, №1, с. III-VIII.
13. Учебно-методический центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. Потребность в личной гигиене. «Сестринское дело». 2011, №3 с. I-IV.
14. Учебно-методический центр «Современные технологии в сестринском деле». Школа инновационных технологий за тяжелобольным пациентом. Личная гигиена тяжелобольных. «Сестринское дело». 2011, №2, с. I-IV.
15. Е. Ю. Булгак. Работа медсестры стресс-эхокардиографического кабинета. «Сестринское дело». 2005, №2, с. 15-17.
16. <http://ziyonet.zn.uz>
17. <http://www.medline.uz>
18. <http://www.mednavigator.com.ua>
19. <http://www.karelia.ru>
20. <http://www.simhos.ru>

**Мавзу-9. Кекса ва кари ёшдаги беморлар ошқозон–ичак касалликларида
хамширалар вазифалари
(Асс.Нурматова Л.А.)**

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Кекса ва кария ёшдаги беморлар билан ишлашда узига хос томонларини инобатга олиш, кариялар билан мулоқот урнатиш, уларни парваришlash жараёни, гигиеник чора-тадбирлари гериатрик беморлар эҳтиёжини кондиритиш учун тугри парваришlash йулини танлашни, шунингдек кекса ва кари ёшда ошқозон–ичак системасида кариш жараени билан боғлиқ касалликлар кечишини, узига хос томонларини асоратлари ва профилактикасини, олдини олиш чора тадбирларини ишлаб чиқиш.

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш;
- гериатрик беморларда ошқозон ичак тизими касалликлари узига хос томонлари ва уларнинг асоратлари тугрисида назарий ва амалий куникмаларни ривожлантириш;
- кариялар билан мулоқот урнатиш, уларни парваришlash жарёни;
- гигиеник чора-тадбирлари;
- гериатрик беморлар эҳтиёжини конлириш учун тугри парваришlash йулини танлаш;
- соғлом турмуш тарзи тугрисида тушунча бериш;

Талаба билиши лозим:

- гериатрик беморлар да ошқозон ичак тизими касалликларини узига хос клиник кечишини;
- беморларни сураб суриштиришни
- гериатрик беморларда ошқозон ичак тизими касалликларида текшириш усулларини утказа билиш;
- соғлом турмуш тарзи ва унинг асосий мохиятини;

Талаба бажара олиши лозим:

- бемор ахволи тугрисида йигилган маълумотни тугри баҳолаш;
- муаммодан келиб чиқиб хамшира жараени режасини тузиш;
- кари беморларни инструментал лаборатор текширишга тайёрлаш;
- оғир ётган беморларни парваришlash, беморнинг ахволини физикал баҳолаш;
- инъекциянинг барча турларини куллашни, инструмент ва шприцларга ишлатилгандан сунг ишлов беришни;
- кайт килганда ёрдам курсатишни;
- рентгенологик текширишларга ошқозонни зондлашга беморларни тайёрлаш;
- беморларни гигиеник парваришlashни, кийимларни алмаштиришни;
- овкатлантириш усулларини тугри куллаш;
- дори-дармонларни уз вақтида берилишини назорат килиш, дориларни қабул килишда йул куйилган хатоларни уз вақтида тугри йулга куйиш;
- оилада соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш йўлларини ишлаб чиқишни;
- оилада зарарли одатлари мавжуд шахслар аниқланганда индивидуал ва малакали ёрдам кўрсатишни;
- зарарли одатлари мавжуд ва асоратлар кузатилган беморларни парвариш килишни;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу бўйича валеология, наркологи, психология ва психиатрия, лаборатория иши, гигиена, хамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Кекса ва кари кишилар организмида ошкозон ичак тизимида бир талай узгаришлар кузатилади. Яккол узгаришлардан огиз бушлигида сакланиб колган тишларнинг саргайиши, огиз бушлиги ва сулак безлар хажмининг кичрайиши, мимик ва чайнов мушаклар атрофияси, тил юзаси сургичларини камайиши, шунингдек юз суяклари хажмини кичрайиши билан намоён булади. Бунда юкори жаг суягининг атрофияси жадаллашиб, пастки жаг суяги улчамининг камайишидан устун туради ва шу сабабли карама-карши тишлар бир-бирига тегмаслиги, тишлаб олиш ва чайнов актининг бузилиши кузатилади. Киши ёши ошган сари сулак безлар секретини камайиши, огиз куриши, тишлар ва лаблар ёрилиши кузатилади.

Кекса ва кари ёшда кизилунгач бирмунча узайиши, умуртка кукрак кисми кифози натижасида кизилунгач кийшайиши, аорта равогини кенгайиши булади. Кизилунгач барча каватларида атрофик узгаришлар уз навбатида секретор хужайралар камайишига, мушак тола урнига эса бириктирувчи тукима билан алмашилишига олиб келади. Кизилунгач сфинктери тонусини камайиши гастрал рефлюкслар булишига, ютинганда огриклар булиши эса бу кишиларда чукуррок текширувни талаб этади.

Кариш жараени ошкозон барча деворида структуравий элементларини узгаришига олиб келади. Ошкозон шиллик кавати калинлигини камайиши, чукурликларини калинлашуви, фундал ва пилорик кисмда секрет ажратувчи безлар микдорининг камайиши кузатилади. Ошкозон деворида микроциркулятор кон айланиши бузилиши, уз навбатида дегенератив-дистрофик узгаришлар ва гипоксияга сезгирликни юкорилигига олиб келади.

Ёшга боглик равишда ичак узунлигининг ортиши, купрок йугон ичак маълум сохаларининг кенгайиши кузатилади. Ичак деворидаги узгаришлар уз навбатида овкат хазм булиши бузилишига, углевод, оксил, ёглар сурилиши бузилишига олиб келади.

Ичак микрофлорасини узгариши: чиритувчи бактериялар микдорини ортиши, ичак функционал холатини бузилиши патологик жараён ривожланишига олиб келади. Гепатоцитлар функционал холатини пасайиши жигар массасини камайишига, дезинтоксикацион фаолиятини камайиши, шунингдек оксил, ёг, углевод алмашинуви бузилишига олиб келади. Ут копи хажмини ошиши, харакатини сусайиши ут димланишига, холестерин микдорини ортиши эса ут тош касаллиги ривожланишига сабаб булади.

40 ёшдан утгандан сунг ошкозон ости беида атрофик узгаришлар, ацинус хужайралар улими ва улар урнига ёг тукималар хажмини ортиши кузатилади. Сакланиб колган ацинус хужайраларда секретор гранулалар микдори ва панкреатик сок ажралишини камайиши, шунингдек бикарбонат, трипсин, амилаза, липаза активлигини камайиши кузатилади. Бирок овкатланиш режимига риоя килган кариаларда ошкозон ости беи ферментлари активлиги сакланган булади. Лангерганс оролчаларда В-хужайралар микдорини камайишига, аксинча сакланиб колган хужайраларда инсулин микдорини ошиши конда глюкоза микдорини ортишига сабаб булади.

Диафрагмал чурралар

Кекса ва кари ёшдаги кишиларда корин ичи босимини ортиши, куплаб зурикишлар, мушак-бойлам аппаратида склеротик узгаришлар диафрагмал чурралар булишига олиб келади.

Купинча бу касаллик тусатдан текширувлар вакида аникланади.

Клиникаси. Беморлар купинча зарда кайнаши, хаво ва овкат билан кекиришга, эпигастрал сохада огрик булиши ва овкат егандан сунг горизонтал холатда огрикни кучайишига шикоят килади. Диагноз рентгенологик ва эндоскопик текширувлар асосида куйилади. Купинча кизилунгач раки билан дифференциал диагноз килишга тугри келади.

Даволаш. Диафрагмал чурра размери ва асоратларига боглик. Чурра катта булиб, куплаб кон кетишлар, биоптатда атипик хужайралар топилиши хирургик давони талаб этади.

Сурункали гастрит

Кекса ва кари ёшдаги кишиларда атрофик гастрит куп учрайди. Бу касаллик мустакил холда ривожланиб, келиб чикишига кура эндоген ва экзоген сабабларга булинади. Экзоген сабабларга овкат режимини бузилиши, куп микдорда овкатланиш, иссик ва совук овкатларни

систематик истеъмор килиш киради. Эндоген сабабларга гастродуоденал рефлюкс, ошкозон нейрогуморал регуляциясини бузилиши шунингдек бошқа органлардаги сурункали патологик узгаришлар киради. Атрофик гастрит ахлоргидрия ва ахилия билан кечади.

Клиникаси. Сурункали гастрит кузиш даврида диспептик симптомлар кунгил айнаши, қусиш, хаво билан кекириш, тез туйиш хисси, эпигастрал сохада огирлик хисси билан намоен булиб, купинча бемор умумий ахволини емонлашувига олиб келади. Бундай шикоятлар билан мурожаат қилган беморлада эса албатта ЭКГ утказилиши зарур.

Диагноз. Специфик симптомларнинг булмаслиги ва касалликни латент кечуви куп холларда диагнозни вақтида қуйилмаслигига олиб келади. Сурункали гастрит деярли доимо диспептик узгаришлар билан кечади ва касаллик даврига қараб бу узгариш яққол ифодаланади.

Даволаш. Пархезга риоя қилиш. Бунда кунига 4-5 марта кам-кам порциядан овқатланиш тавсия этилади. Ошкозон секретини етишмовчилиги сабабли қуйидаги препаратлар: ацидин-пепсин 1 таб 3 маҳал сувга аралаштириб овқатдан олдин, плантаглоцид 10ш қошиқда 3 маҳал овқатдан олдин, креон 10000 1 капсуладан 3 маҳал овқат вақтида (капсула очилган ҳолда) тавсия этилади.

Ошкозон ва ун икки бармок ичак яра касаллиги

Яра касаллиги сурункали рецидивланувчи касаллик булиб, гастродуоденал системаси ва умумий, маҳаллий нейрогуморал механизм бузилиши, шиллик қават трофикаси бузилиши туфайли ошкозон ва ун икки бармок ичак шиллик қаватида ярали дефектни ҳосил булиши билан кечади.

Кекса ва қари ёшдаги кишилар ошкозон ва ун икки бармок ичак яраси 3 булинади.

- 1) Эски яра-ёшлигида, урта ёшларда пайдо булиб, сакланиб қолган яра
- 2) Кечки яра-кексалик даврида ҳосил бўлган яра
- 3) Пептик яра-сурункали қон айланиш ва нафас олиш тизими касалликлари туфайли, узок вақт дори препаратлари ичиб юрган кекса кишиларда симптоматик яра.

Кекса ва қари кишиларда яра қелиб чиқиши асосий сабаби ошкозон шиллик қавати химоя факторларини сусайиши туфайлидир. Ёш утган сари ошкозон эпителий хужайралар регенерация қилиш қобилияти сусайиши, шунингдек сурункали гастрит билан огриб юрган кексаларни деярли 100% да яра касаллиги ривожланади. Алкогол ичиш, чекиш, медикаментоз препаратларни узок вақт истеъмор қилиш олиб қелувчи факторларга киради. Купрок бу ёшда ошкозон яра учраши 3 баробар ошиши қузатилади.

Клиникаси. Кекса ва қари кишиларда касаллик клиникаси перигастрит, перидуоденит, касаллик узок кечиши, қандикли деформациялар булишига олиб келади. Огрик характери яра жойлашган жойига, бунда даврийлик хусусияти узгарувчан булиб, касаллик доимий авж олиб қетиши билан кечади.

Эски ярани клиник кечишида ҳамроҳ касаллик (ошкозон ости беzi, ут пуфаги) белгилари билан кечиши купинча ошкозон секрецияси пасайиши билан бирга кечади. Яна шунини таъкидлаб қўйиш керакки, бу ёшда яра дефектини қандикланиши узок вақтни талаб этади.

Кечки яраларда огрик қам ифодаланиб, туш ортида эпигастрал сохада огрикни белга, чап қулга, юрак соҳасига ва қамрок, унги ва чап қовурга остига узатилади. Баъзида огрик умуман қузатилмасдан қон қетиш белгилари билан намоен бўлади. Кекса ва қари кишиларда касаллик купрок диспептик белгиларни устунлиги билан кечади. Деярли 50% кишиларда яра касаллиги яширин қон қетиш билан қечиб, ошкозон девори томирлари атеросклеротик узгаришлар билан қечган холларда профуз қон қетиш, перфорация билан асоратланади.

Кечки яраларга анамнез ва физикал узгаришлар асосида тулик диагноз қуйиб бўлмайди. Албатта рентген ва эндоскопик текширишлар утказилиши зарур. Кечки яралар купрок ошкозон юқори қисмида булиб ва улчами бир неча сантиметр гача етиши аниқланади.

Пептик яралар куп майдонни эгалласада чукур булмайди, контури аник, тубида бироз инфильтрат ва некротик узгаришлар топилади. Дифференциал диагностика максатида ошкозон шиллик каватидан биоптат олиб гистологик текшириш утказилади.

Ошкозон раки.

40-70 ёш орасида купрок эркаклар касалланади. Ошкозон раки купинча бошка касалликлар (сурункали атрофик гастрит, полипоз, ошкозон яра касаллиги) билан кушилиб келади.

Клиникаси. Усма усиш характери ва жойлашган жойига боглик. Экзофит усмалар секинрок усиб, эндофит усмалар нисбатан тезрок усади. Ошкозон рак касаллиги клиник белгилари куйидагилар: диспептик, анемик, кахектик, геморрагик. Асосий шикоятлари иштаха пасайиши ва охир окибат бутунлай йуқолиши, тез туйиш хисси, метеоризм, коринда огрик билан кечади. Купинча куп учрайдиган белги гипохром анемия, тана массасини камайиши кузатилади. Шунинг учун 60 ёшдан ошган кексаларда рак олди ҳолатларда ҳар йили диспансер назоратидан утказилади.

Диагностика. Ошкозон раки диагностикасида рентгенологик, эндоскопик ва биопсия материаллари олиб текшириш муҳим.

Давоси. Хирургик йул билан амалга оширилади. Бу ёшда рак касаллиги билан бирга юрак қон томир касаллиги, нафас олиш тизимида касалликлар булганлиги сабабли операция утказиш бирмунча қийинчилик тугдиради.

Кабзият.

Кекса ва қари ёшдаги кишиларда ошкозон ичак тизими бузилишнинг энг куп учрайдиган тури. Сурункали кабзият 20% қари кишиларда учрайди. Этиопатогенезида купрок ошкозон мотор эвакуатор функциясини бузилиши, шунингдек қуйидаги:

-нотугри овқатланиш; (суюқлик қам истеъмол қилиш, овқат таркибида клетчатка қам бўлиши)

-қам физик ҳаракат қилиш;

-эндокрин бузилишлар;

-гипотония ёки ичак атонияси;

-ичакда чиритувчи бактериялар микдорини ошиши;

-атрофик жараёнини ошиши;

-механик ичак босилиши-усма касалликлар, қандикли жараёндан ичак торайиши ва механик запорлар;

Касаллик асосий клиник белгиси—ич бушамаслиги. Беморда қоринда дискомфорт, қорин қам бўлиши, қулдираши, қунгил айниши, ҳаво билан кекириш, оғизда ечимсиз таъм бўлиши, шунингдек қоринда дефекация акти билан боглик спастик огриклар ҳолсизлик, дармонсизлик, уйқусизлик, депрессия белгилар билан кечади. Обьектив қурганда тери ранги оқарган, турғори пасайган бўлади. Оғиздан ечимсиз хид келиши, тил оқариши, қорин қам бўлиши кузатилади. Ичаклар пальпация қилинганда йуго ичак маълум соҳаларини спастик қискаришлар, купинча қаттиқ аҳлат массалар (каловые қамни) билан тикилиши, сигмасимон ичакда огрик бўлиши моторикани гиперкинетик типда бузилишидан далолат беради.

Диагностика. Касаллик диагностикасида бемор анамнези, аҳлат копрологик текшируви, рентгенологик текширув, ректороманоскопия утказилади. Бемор сураб қуриштиришда дефекация интервали, дефекация акти давомийлиги, аҳлат массаси формаси ва консистенцияси, аҳлат массасида қон ва шиллик аралаш қилиши кузатилади.

Даволаш. Пархезга риоя қилиш тавсия этилади. Бунда ичак бушаштирувчи маҳсулотлар (сут, мева соқлари, қора нон, қислий мевалар), минерал сув, клетчатка тутувчи усимлик маҳсулотлари(сабзавот, мевалар, отруби) тавсия этилади. Ичакда газ ҳосил бўлишини қупайтирувчи маҳсулотлар (нуҳат, ловия, мош, олма ва узум соқи) чекланади. Рационда купрок сабзи ва лавлагини ҳомлигича истеъмол қилиш тавсия этилади.

Медикаментоз даво. Ичак нормал микрофлорасини тиклаш учун бифидумбактерин, бификол, лактобактерин, бактисубтил тавсия этилади. Ич сурғи дори препаратларидан: гутталакс, бисақодил, пиколакс буюрилади.

АНАЛИТИК КИСМ

Тестлар

1. Ошқозон ярасининг асосий рентгенологик курсаткичи

- А. "токча" симптоми
- Б. шиллик каватини конвергенцияси
- С. гиперсекреция
- Д. спазм холати

2. 12 бармок ичак яра касаллигида меъда ширасини хусусияти

- А. юкори булади
- Б. паст булади
- С. жуда паст
- Д. узгармаган булади

3. Меъда ярасида огрикни хусусияти

- А.овкатдан кейин 1 соат утгач
- Б.кечки огриклар
- С.тунги огриклар
- Д.овкат егач тез бошланади

4.Камарсимон огрик яра касаллигини кайси асоратида учрайди

- А.ярани меъда ости безига утишда
- Б.яраинг йугон ичакка утишда
- С.перигастритда
- Д.перфорацияда

5. Жигар тумток товушини йуколиши яра касаллигини кайси асоратига хос

- А.яра перфорацияси
- Б.привратник стенози
- В.малигнизация
- С.ярани пенетрацияси

6. Яра касаллигини асосий диагностик усули

- А.гастрофиброскопия
- Б.меъда ширасини тахлили
- В.дуоденал сок тахлили /зардоб тахлили/
- С.нажасда конни аниклаш

7. Ярадан кон кетганда тавсия қилинади

- А.айтилганларининг барчаси
- Б.викасол
- С.дицинон
- Д.аминокапрон кислотаси

8. Яра касаллигини асоратлари

- А.айтилганларини барчаси
- Б.яра перфорацияси
- В.малигнизация
- С.ярани пенетрацияси, ярадан кон кетиш

9. Сурункали гастритни махсус шакллари

- А.айтилганларининг барчаси
- Б.полипоз гастрит
- С.регид гастрит
- Д.гипертрофик гастрит

10. Сурункали гастритни экзоген омиллари

- А.айтилганларини барчаси
- Б.алиментар омиллар
- С.тамаки чекиш
- Д.спиртли ичимликлар

11.Сурункали атрофик гастритга хос секреция

- А.секреция етишмаслиги
- Б.секреция юкори булиши
- В.секреция жуда юкори
- С.нормал секреция

12. Сурункали В гастритга хос булган секреция

- А.секреция юкори
- Б.етишмаслиги
- В.нормал секреция
- С.ахилия
- Д.хаммаси нотугри

13. Сурункали А гастритни ривожланиш омили

- А.аутоиммун жараен
- Б.инфекцион
- В.алиментар
- С.тамаки чекиш

14. Сурункали В гастритни ривожланиши омили

- А.хеликобактер
- Б.аутоиммун жараен
- В.алиментар
- С.тамаки чекиш

15. Секреция етишмовчилиги гастритга хос белги

- А.овкат истемол килгач кучли огрик
- Б.доимий хуружсимон огрик
- В.доимий санчувчи огрик
- С.доимий сикувчи огрик

20.Секреция юкори булган гастритга хос белги

- А.оч коринга огрик
- Б.кунгил айнаш
- В.санчувчи огрик
- С.овкат истеъмол килгач эпигастрал сохасида огрик иштаха пасайиши
- Д.кисувчи огрик

21. Меъда секрециясини оширувчи препарат

- А.плантаглюцид
- Б.платифиллин
- В.гастроцепин
- С.альмагель

Жавоблар:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А

ХОЛАТИЙ МАСАЛАЛАР

1-МАСАЛА: Бемор 70 ешда шикоятлари даврий равишда кукрак кафасида кисувчи характердаги огрик булишига, баъзида овкат егандан сунг, нитроглицерин ичганда корин сохасида дискомфорт булишга. Огри кфизик зурикишдан сунг пайдо булади, биринчи марта 2 hafta илгари пайдо булган.

- 1.Кайси касаллик хакида гапирилмокда?
- 2.Даволаш принциплари
- 3.Хамшира жараенида тактика.

2-МАСАЛА: Бемор 70 ешда егли овкатдан сунг тусатдан уткир эпигастрал сохада огрик, купрок огрик чап томонда булиши, неукротимая кушиш пайдо булишига шикоят килади.. Анамнезида 10 йилдан буен ут тош касаллиги билан огрийди. Объектив курганда терилари окарган, пульс ипсимон, АКБ 90/70 мм.см.уст. Пальпацияда корин (локал) бироз таранглашуви, эпигастрал сохада огрик купрок чап ковурга остида сезади.

1. Кайси касаллик хакида уйлаш мумкин
2. Врачгача биринчи ердам курсатиш
3. Хамшира жараенида тактика

3-МАСАЛА. Бемор аел. 50 ешда, 6 йил давомида егли ва ковурилган овкатларни егандан сунг унг ковурга остида огрик хуружидан азоб чекади. Охирги хафтада огриклар шиддат билан безовта килган. 3 кундан сунг кузининг склераси ва териси саргайган.

1. Кайси касаллик хакида уйлаш мумкин
2. Врачгача биринчи ердам курсатиш
3. Хамшира жараенида тактика

АМАЛИЙ КУНИКМА

Овкат хазм килиш аъзолари касалликларини функционал текшириш усуллари

Ошкозонни ингичка зонд билан текшириш Н.И.Лепорский томонидан кайта ишланган усул буйича кенг таркалган. Бунинг устунлиги шундаки, маълум вақт давомида тоза ошкозон ширасининг хажми ва секреция ҳолати аникланади. Эрталаб нахорда беморга тишлардан киндикгача булган масофада ингичка зонд юборилади. Бу узунлик зонд дистал қисмининг ошкозоннинг пастки учинчи қисмига тугри келганини билдиради. Биринчи ун беш дақиқада нахорги фракция олинади. Кейинги туртта ҳар 15 дақиқада олинadиган порция базал секреция ҳисобланади (базал фракция). Сунгра секрецияни кузгатувчилар (гушт қайнатмаси, қарам дамламаси ва бошқ.) юборилади. 25 дақиқадан сунг синон нонуштасининг қолдиги олинади. Сунгра турт марта ҳар 15 дақиқада ошкозон шираси олинади (кузгатилган фракция). Шу билан бирга, парентерал юборилadиган гистаминли субмаксимал ва максимал секреция кузгатувчи тестлар мавжуд. Субмаксимал гистамин тести: 0,01мг/кг ҳисобида 0,1% ли гистамин эритмаси. Базал фракция олингандан сунг тери остига гистамин юборилади. Кузгатилган фракцияни дарҳол гистамин юборилгандан сунг олинади. Максимал гистамин тести: 0,04 мг/кг ҳисобидан булиб, париетал хужайраларнинг ишлаб чиқариш имкониятини тулик аниқлайди. Пентагастрин (бмкг/кг) ҳам гистамин каби қучли секреция кузгатувчилар қаторига қиради.

Ошкозоннинг шира ажралиш функцияси эркин, боғланган ва умумий кислота қурсаткичлари билан баҳоланади. Ошкозон ширасини текшириш химиявий титрлаш асосида олиб борилади. Умумий кислота(эркин ва боғланган НСІ, органик кислоталар, фосфор нордон тузлари) фенолфталеин индикатори орқали текширилади.

Ошкозон касалликларини аниқлашда ошкозон ширасининг ферментатив активлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Пепсин концентрацияси базал ва кузгатилган шираларда текширилади.

1 соат давомида (мг/соат) ажралган пепсиннинг абсолют миқдорини аниқлаш қуйидаги формула асосида ҳисобланади:

$$D_n =$$

D_n - пепсиннинг дебит соати;

C - пепсин концентрацияси базал ва кузгатилган фракцияларда, мг % ҳисобида;

V' — базал ёки кузгатилган ширанинг соатлик ҳажми.

Ошкозоннинг муътадил кислота ҳосил қилиш фаолияти НСІ ва водород иони дебитининг мутлоқ қурсаткичлари билан баҳоланади. Бунда нисбий қурсаткичлар нормал,

баланд ёки паст булиши мумкин. Мутлок курсаткичлар базал секреция фракциясида паст, кузгатилган фракцияда нормал булса, кислота хосил килиш функцияси муътадил хисобланади. Водород ионлари ва HCl дебити курсаткичлари иккала фракцияда ҳам паст булса, кислота хосил килиш функциясининг пасайганлигини билдиради. Иккала фракцияда ёки бирида юкоридаги курсаткичларнинг дебити баланд булса, ошкозонни кислота хосил килиш функцияси юкори хисобланади.

Ошкозон яра касаллигида ёки гастродуоденитда ошкозон туби безлари гиперплазияси кузатилса, HCl курсаткичи факат максималда эмас, балки базал фракцияда ҳам кескин кутарилади. Бу ҳолат безлар гиперплазияси билан бир каторда, улар функциясининг кучайишидан дарак беради.

Ошкозон функционал касалликларида ошкозон безларининг гиперреактивлиги базал кислотанинг баландлиги, максимал кузгатилган фракциялар нормаллиги билан кечиши мумкин. HCl дебитининг паст курсаткичлари париетал хужайраларнинг нобуд булгани ёки функциясининг кескин пасайганидан дарак беради.

Маълумки, соглом кишиларда базал секрецияларида факат 15% га якин париетал хужайралар иштирок этади. Атрофия жараёни ривожланганда бу хужайраларнинг аксарияти ошкозон ширасининг нордон реакциясини тутиб туришда хизмат килади. Париетал хужайраларнинг нобуд булиши кучайган сайин базал ва максимал кислота ишлаб чиқаришнинг кескин пасайиши париетал ва асосий хужайраларнинг бутунлай нобуд булиши дегани эмас. Ноатрофик гастритларда кислоталар курсаткичининг пасайиши транзитор хисобланади ва даволаш натижасида тикланади.

Ошкозон ширасининг курсаткичлари ҳар бир субъектда индивидуал ва реактивлиги билан фаркланади. Ошкозон шираси ажралишининг турларга фаркланиши конституционал ва ошкозон безларининг нейрогуморал бошқарув хусусиятларига асосланган. Муътадил, кузгалувчан, кескин пасаяувчан, астеник, инерт турлари мавжуд. Муътадил тури, кузгалувчилар юборгунча шира ажралишининг паст курсаткичи, кузгатилган секрециянинг биринчи соат охирида максимал кутарилиши, иккинчи соатда секин пасайиши билан характерланади.

Кузгалувчи турида ошкозон безларининг иккала базал ва кузгалувчи фазаларида кескин фаоллиги кузатилади. Шу билан бирга, биригнчи ва иккинчи ҳолларда секреция нормадан ошмаган булади. Тормозли ёки кескин пасаяувчи тури ошкозон ширасининг фаоллиги булган ҳолда кислота курсаткичларининг анацид ҳолатига тушиши билан фаркланади.

Астеник турида бошлангич даврда, яъни синама нонушта юборилгандан 30 дақиқадан сунг шира ажралиши юкори даражада булиб, сунгра кескин пасаяди.

Инерт тури астеник турининг акси булиб, шира ажралиши секинлик билан кутарилиб, синама нонушта юборилгандан 1-1.5 соатдан сунг энг юкори чуққига этади.

Ошкозон шираси ажралишининг юкори курсаткич-лари 40-60% соғломларда учрайди ёки бошқача айтганда, секрециянинг ҳар қандай юкори курсаткичи муътадил ҳолат булиб, конституционал хусусиятлар ёки бошқа омилларга боглиқ булиши мумкин.

Ошкозон ширасининг курсаткичларини урганишда ошкозон безлари фаолиятининг ёш ва жинсга боглиқлигини эътиборга олиб, пепсин ва нордон кислота курсаткичларини тана вазнига нисбатан хисоблаш лозим. Масалан, ошкозон ширасининг юкори курсаткичи 8-11 ёшда унинг болалигига нисбатан икки баробар ошади. Ёш каттарилиши билан шира ҳажмининг ошиши туфайли пепсиннинг мутлок курсаткичи ҳам ошади. HCl курсаткичи ва бола тана вазни орасида чизикли боглиқлик мавжуд.

Дуоденал зондлаш

Текшириш асосан икки камерали зонд билан утказилади. Ут пуфаги рефлекси сульфат магнезиянинг 25%ли 50 мл эритмаси, 30 мл усимлик мойи, глюкозанинг 10-20%ли 40 мл эритмаси интрадуоденал ёки 3 мг холецистокинин вена ичига юбориш билан чакирилади. Дуоденал зондлашнинг икки варианты кулланилади.

1. Мельтцер-Лайоннинг классик усули: ут ажралашининг уч фазаси - А, В ва С улушлари аникланади. 0,15 гр метилен кукуни кабул килганда утнинг В порцияси кукиш-яшил булади. Бу уни С порциясидан ишончли фарклайди.

2. Беш фракцияли дуоденал зондлаш (хар кайси порциясининг ажралиш ваки ва унинг микдори хисобга олинади):

I фаза (холедохус) - зондни жойлаштирган вақтдан пуфак рефлекси кузгатувчиси юборгунча. Нормада унинг давомийлиги 10-20 мин., ут микдори 6-16 мл.

II фаза (Оддининг ёпик сфинктери) - кузгатувчи юборилгандан зонддан ут келгунча булган давр. Фазанинг давомийлиги 3-6 дакика.

III фаза (А порция) - Одди сфинктери очилгандан ва оч олтин рангдаги ут ажралишидан тук малла ут хосил булгунча (пуфак кискариши) даври. Давомийлиги 3-4 дакика. Ут микдори 3-5 мл.

IV фаза (пуфак ута - В порция) - ут суюклиги ажралишидан токи кахрабо-саргиш рангдаги жигар ути ажрала бошлагунча. Давомийлиги 20-50 дакика. Микдори 20-50мл.

V фаза (С порция) -10-15 мин. давомда 15-30 мл жигар ути ажралади. Фракцияли зондлаш оркали ут пуфаги ва йуллари, Одди сфинктерининг кискарувчанлиги ва тонусининг бузилишларини аниклаш мумкин.

Ун икки бармокли ичак ширасини текшириш куйидагиларни уз ичига олади - ширани куздан кечириш, микроскопик текшириш, баъзи биохимик курсаткичларини аниклаш ва бактериологик текширишлар:

а) дуоденал ширанинг ташки куриниши: ранги, тиниклиги, шиллик аралашмалари;

б) микроскопик текширишлар: гижжа уруглари, хужайра элементлари, холестерин кристаллари ва кальций биллирубинати.

Ут ширасини микроскопик текширишнинг асосий максоди утдаги содда жониворлари (лямблиялар), гижжа уруглари аниклашдир. Лейкоцитлар ут кислоталари таъсири остида (бир неча дакикада) парчаланганлиги учун утда кам холларда (факат ут кислоталарининг концентрацияси паст булганда) аникланади. Одатда лейкоцитлар урнида ун икки бармокли ичак элителийсининг шакли узгарган хужайралари (лейкоцитоидлар) кабул килинади. Буларда, лейкоцитдан фаркли равишда, пероксидаза ферменти булмайди. В ва С порцияларда лейкоцитоидларнинг кушилиши яллигланиш жараёнининг ун икки бармокли ичакдан ут йулларига таркалишини билдиради.

Билиар тизимнинг дистрофик ва яллигланиш жараёнида утнинг В, С порцияларида ут йулларининг цилиндрик хужайралари ва ут пуфаги эпителиал хужайраларининг купайиши кузатилади. Утда холестерин кристаллари ва кальций билирубинат микдорининг купайиши ут йулларининг димланишидан дарак беради. Ут тош касаллиги учун ут кислоталари ва холестерин микдорини аниклаш ахамиятли. Ут кислоталарининг микдори пасайганда (холато/холестерин коэффицентининг пасайиши), холестерин кристаллари чукиб, тош хосил килади.

Утни бактериологик текшириш ут йуллари микрофлорасини ва уларнинг антибактериал препаратларга сезгирлигини аниклаш учун керак.

Ошкозон ости бэзи касалликларида дуоденал зондлаш

Дуоденал ширани олиш ошкозон шираси аралашмаслиги учун икки каналли зонд билан утказилади. Бунда ошкозон ости беэи ферментлари (амилаза, липаза, трипсин) ва гидрокарбонатлар концентрацияси аникланади. Секретин (гидрокарбонатлар секрециясини кучайтирувчи) ва панкреозимин (ферментлар секрециясини кучайтирувчи)ни томир ичига юборишдан олдин ва юборилгандан сунг шира хажми улчанади. Ошкозон ости беэи экзокрин функциясини текшириш максодида озикли синамалар масалан, Лунда тести кулланилади. Бунинг учун дуоденумга глюкоза, усимлик мойи, курук сутдан тайёрланган эритма юборилади, сунгра бир неча марта дуоденум ширасининг хажми ва ферментлар фаоллиги улчанади.

Ошкозон ости беи касалликларида секретиянинг бир неча тури фаркланади:

1. Гиперсекретор тури. Ферментлар фаоллигининг кучайиши, шира хажмининг нормал ёки ошганлиги ва гидрокарбонатлар концентрациясининг узгармаганлиги ёки ошиши сурункали панкреатитнинг бошлангич боскичига хос.

2. Гипосекретор тури. Ферментлар фаоллиги ва гидрокарбонатлар концентрациясининг пасайиши. Шира хажми нормал. Ошкозон ости безининг дистрофик, фиброз ва деструктив узгаришларини (сурункали панкреатит, усма ва кисталар) билдиради.

3. Обструктив тури. Ферментлар фаоллиги ва гидрокарбонатлар концентрацияси нормал булган холда шира хажми камайган булади. Панкреас ширасининг окими бузилганда (асосий панкреас йули усма ёки тош билан тусилиши, Одди сфинктерининг кисилиши ёки Фатеров сургичи структурасининг бузилиши) обструктив тури кузатилади.

Эндоскопик текшириш усуллари Эзофагогастродуоденоскопия

Диагностик курсатма:

Кизилунгач, ошкозон ва ун икки бармокли ичак касалликлари

Диспепсия, асосан кирк; ёшдан катталарда Кон аралаш кайт килиш Тана вазнининг етишмаслиги Анемия

Эндоскопия оркали даволашга курсатма: Кизилунгач стриктурасини кенгайтириш Ошкозон шиллик каватидан ва яралардан кон кетганда диатермия, лазер ва фотокоагуляция утказиш. Кизилунгач варикоз кенгайган веналарининг склеротерапияси.

Беморларни тайёрлаш. Текшириш нахорда ёки охирги овкат кабул килинган турт соатдан-сунг утказилиши мумкин. Эндоскопик текшириш рентген текширишдан 2 соатдан сунг утказилиши мумкин, чунки эндоскоп каналига барий кириб колиш эхтимоли бор.

Колоноскопия

Колоноскопия-эндоскоп оркали йугон ичакнинг барча кисмини куриш билан бирга аник жойдан биопсия олиниб гистологик текшириш имконини беради. Текшириш одатда, анал сохасидан бошланади. Катта геморроидал тугунлар, окмалар, чандиклар борлигини эътиборга олиш лозим. Даставвал тугри ичак бармок билан текширилади. Колоноскоп юборилиб аввал тугри ичак курилади. Тугри ичакдан сигмасимон ичакка утиш бирмунча мураккаброк, чунки буртиб турган бурма (Хаустон бурмаси) мавжуд. Бурмадан сунг сигмасимон ичакни урта кисми курилади. Кейинги харакатлари усталик ва юкори билимни талаб этади. Колоноскоп билан утишнинг кийин кисмлари физиологик бурилишлар (айникса талок бурилиши) хисобланади. Ёнбош ичак ва кур ичакнинг Бауген тусигигача куриш имконияти булса, тула текшириш утказилди дейиш мумкин.

Беморни текширишга тугри тайёрлашнинг ахамияти катта. Текширишдан олдин кечкурун беморга 30-40г. кастор мойи берилиб, кейин ётиш олдидан ва эрталаб тозаловчи хукна утказилади.

Эндоскопик ретроград холангиоанкреатография (ЭРХПГ)

Бу усул панкреатобилиар сохасидаги аъзолар касаллигини аниклашда катта ахамиятга эга булиб, кизилунгач, ошкозон, ун икки бармокли ичак, дуоденал сургич, панкреас йулларини текшириш имконини беради. Ут ва ошкозон ости беи йуллари контраст моддалар билан тулдирилади (экран оркали кузатиладти). Текшириш пайтида биопсия олиш, сфинктер стенозини кенгайтириш, ут ва панкреас йулларида тошларни олиш имкони бор. Курсатмалар:

1. Ошкозон ости беи касалликлари бошка усуллар билан аниклай олмаганда.

2. Кориннинг юкори кисмидаги сабаби аникланмаган огрикларда, айникса ут йулларн операциясидан кейин.

3. Сабаби номаълум булган кайталанувчи ёки билирубин ва ишкорий фосфатаза микдорининг юкори курсаткичи билан кечувчи сарикликлар.

4. Ут ва панкреас йуллари стенозига ва холедохолитиазга шубха булганда.

Ретроград холангиография турли сарикликлар келиб чикишини аниклашда ишончли текшириш усули хисобланади. Куп холларда жигар ичи ва жигардан ташкари патологияни,

ун икки бармокли ичакда ут чиқарувчи анастомозлар ҳолатини текшириш имконини беради. Қарши курсатмалар:

1. Контраст моддалар қулланилишига қарши курсатмалар.
2. Уткир панкреатит ва панкреатик ёлгон кисталар.
3. Эндоскопия усули қулланилишига қарши курсатмалар.

Ушбу усулни қуллаганда юз бериши мумкин бўлган асоратлар: уткир панкреатит, сепсис, контраст моддаси қулланилганда келиб чиқадиган анафилактик шок.

Профилактика мақсадида текширишдан 2 сутка кейин, ҳар 6 соатда 1 гр дан ампициллин ёки ҳар 8 соатда 80 мг дан гентамицин мушак орасига юборилади.

Жигар биопсияси.

Ушбу усул морфологик, баъзи ҳолларда этиологик таъхис, ҳамда яллигланишнинг фаол ҳолатини аниқлаш имконини беради ва қуйидаги ҳолларда қулланилади:

1. Уткир ва сурункали гепатитлар ва гепатозлар.
2. Жигар циррози.
3. Бирламчи ёки метастатик усмалар.

Қарши курсатмалар:

1. Тромбоцитопения курсаткичини $80000/\text{мм}^3$ дан паст бўлиши
2. Геморрагик синдром.
3. Ривожланган асцит.
4. Унг томонлама плеврит, пневмония.

Биопсия натижасида вужудга келиши мумкин бўлган асоратлар:

1. Маҳаллий анестезияга жавобан реакция
2. Биопсия урнида огрик.
3. Қон кетиш.
4. Қорин бушлигидаги ичи буш аъзолар перфорацияси.
5. Утли перитонит.
6. Пневмоторакс.

Лапароскопия

Таъхисни тула аниқлашда бошқа инструментал усуллар етарли бўлмаса лапароскопия қулланилади. Курсатма ва қарши курсатмалар худди жигар биопсиясидек. Лапароскопияда жигар, баъзан ошқозон ости беъи, ут ҳалтаси, талок, ичак туткичлари, томирлар ҳолати урганилади. Лапароскопия орқали жигарнинг маълум жойидан биопсия олиш, баъзи жаррохлик ёндошишлар, холецистоектомия, аппендэктомия утқизиш имқони бор.

Рентгенологик текшириш усуллари

Қорин бушлигини обзор рентгенограмма утқизилишига курсатмалар: беморда уткир қорин симптомлари мавжуд бўлса рентгенни вертикал ва горизонтал ҳолда утқизиш мумкин. Вертикал ҳолатда суюкликнинг сатҳини диафрагма гумбази остида тупланганлиги, жигар ва бўйрак контурларини, аъзолар перфорациясини, ичаклар диаметрини (уткир кенгайиши) аниқлаш мумкин. Шунингдек, ичакларда шиллик қаватнинг қалинлашуви (ярали қолит, Қрон қасаллиги), ингичка ичак ҳалтасининг жойидан силжиши ёки газлар тупланиши, уткир панкреатитда "навбатчи ҳалқа" симптоми қабии узғаришлар қузатилади.

Горизонтал ҳолда рентгенограммада аниқланади:

1. Билиар трактида ут тупланганлиги (қолангит ёки тош тушгандан кейинги ҳолат).
2. Бутун йугон ичак бўйича аҳлатнинг тақсимланиш (қабзият).
3. Сигмасимон ичакда аҳлатнинг тупланиши (ярали қолит).
4. Умуртқаларнинг қундаланг усимталари қатори бўйлаб жойлашган тошлар (бўйрак ва сийдик йулида).
5. Мезентериал лимфа тугунлари қальцификацияси (сил мезаденитидан кейинги ҳолат)
6. Ошқозон ости беъи қонкрементлари (сурункали панкреатит)

Контраст рентгенологик текшириш усуллари.

Бу усул билан барий шиллик қаватни қоплайди, газ эса контрастлаш учун шароит яратади. Бунинг учун тарқибда маҳсус газ аралашмаси бор таблетқалар ёки *барий*

аралашмаси билан бирга хаво юборилади. Аъзолар перфорациясига шубха тугилганда барий юборилмайди.

Ингичка ичакни текшириш. Ингичка ичакни текширишда эркин барийнинг утиши куздан кечирилади. Бунинг учун бемор куйидагича тайёрланади: ичакларда газ хосил килмайдиган пархез, барий силжишини тезлаштириш учун ич сурувчи дорилар қабул қилиш. Хар 30 дақиқада ичаклар буйлаб барий силжишини кур ичаккача кузатилади. Бунда маълум жойларни рентген суратга тушириш мумкин.

Йугон ичакни текшириш. Ирригоскопиядан олдин орка тешикни бармок билан текшириш лозим. Ректоромоноскопия ва биопсия текширишларидан сунг (72 соат утгач) ирригоскопия утказилгани маъкул. Ушбу муолажага тайёргарлик худди колоноскопияга тайёргарлик каби. Текширишдан 15-20 дақиқа олдин ичак сфинктери спазмини камайтириш учун мушак орасига 1-2 мл 2% ли папаверин гидрохлорид эритмаси юборилади. Барий кур ичакка етгунча хар 10-15 дақиқада рентген суратлар туширилади. Сунгра йугон ичак деворларини орка томондан текшириш максадида ён проекциядан рентген суратга туширилади. Муолажа давомийлиги 20-30 дақиқа.

Компьютерли томография

Курсатмалар: семизлик, ичакларда газ тупланиши сабабли техник жихатдан ултратовуш текшириш (УТТ) ни утказиш кийинлиги, ташхис тула аник булмаган холларда. Ошкозон ости безини текширишда ва ут йуллари тошини аниклашда компьютерли томография УТТ дан устун туради. Бсморлар худди УТТ дагидек тайёрланади.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУ

Шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш саломатлик гаровидир

Гигиена ҳар бир инсоннинг жисми, устбоши, (турар жойлари, ошхоналари, сув манбалари, ҳаммомлари, хожатхоналари) ва бошқаларни тоза сақлашга қаратилган тадбирлар мажмуидир. Гигиена қоидаларига доимий риоя қилиб бориш оилангизни турли касалликлардан ҳимоя қилишнинг энг яхши воситасидир. Гўдаклар ва катта ёшдаги кишиларнинг кўплаб касалликларга ва ёмон оқибатларга тушиб қолишларига турли касаллик микроблари билан зарарланган овқатни ейиш ва ифлос сувни истеъмол қилишлари туфайли дуч келадилар.

Гигиена қоидаларига риоя қилмаслик натижасида ич терлама, гепатит, вабо, қичима, гижжа ва бошқа юкумли касалликларга дучор бўлиш мумкин.

Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш ва хонадонни доимо озода тутиш керак. Авваламбор ҳар бир инсонда шахсий гигиена кўникмалари шаклланган бўлиши лозим.

Шахсий гигиена қоидаларига нималар киради? Булар кўл тозалиги, оғиз бўшлиғи гигиенаси, соч гигиенаси, тери гигиенаси, хонадон гигиенасидир.

Кўллар қуйидаги ҳолатларда топ-тоза қилиб совунлаб ювилиши лозим: овқат пишириш олдидан, хайвонларга қаралгандан сўнг, хожатхонадан чиққандан сўнг, кўчадан уйга қайтгандан сўнг, овқатланишдан олдин, ҳар қандай юмушни бажаргандан сўнг. Ундан ташқари тирноқларни ҳар доим калта қилиб олиб юриш лозим. Юқорида келтирилган кўл гигиенасини фарзандларингизга ҳам ўргатиб бординг.

Оғиз бўшлиғи гигиенаси: тишни тоза тутиш, уни доимо турли хил паста, порошоклар билан тиш чўткаси ёрдамида 2 марта ювиб туриш, яъни эрталабки нонуштадан ва кечкурунги овқатланишдан сўнг, бу хилдаги парвариш тиш томирлари ва милкларнинг мустаҳкамлашнинг муҳим воситасидир. Ҳар бир овқатланишдан сўнг тишларингизни сув билан чайқаб тиш ораларида қолган овқат қолдиқларини, албатта йўқотинг. Агар шундай қилмасангиз, овқат қолдиқлари чириб, оғзингиздан бадбўй ҳид кела бошлайди. Агар сиз милк ва танглайингизни тозалигига жиддий эътибор бермасангиз, турли хил тиш, милк касалликларига учрайсиз!

Сочни ҳафтада бир марта ювиб туриш зарур. Сочингизни ҳолатига қараб, соч терисини куруқ, ёғли, нормал бўлишига мослаб сочга ишлатиладиган шампунлардан фойдаланиш

мақсадга мувофиқдир. Соч терисини озиқлантириш учун соч терисига кефир, қаймоқ суртиб 30 дақиқадан сўнг ювиб ташланади. Бу сочларингизга жило бериб соч терисини озиқлантиради.

Барчага маълумки, бизни вужудимиз ўпка орқали нафас олишдан ташқари, тери орқали ҳам нафас олади. Шунинг учун терини тозалиги катта аҳамиятга эга. Тери тоза бўлиши учун имконият даражасида ҳар куни душ қабул қилиш лозим. Имкони бўлса, ҳафтада бир марта ҳаммомда чўмилиш керак. Бу теридаги ҳар хил бактерия, микробларни тозалашга ёрдам беради. Гигиена қоидаларига фарзандларингизни ёшлигидан ўргатиб бординг. Одатда бу оилада болаликдан бошланади. Киши умрининг ярмисидан кўпроқ қисмини ўз уйида ўтказади.

Қуйидаги тавсиялар хонадон ахиллари учундир:

- Фарзандларингизни доимо озодаликка ўргатинг.
- Ҳар куни кечкурун уйқудан олдин, эрталаб уйқудан сўнг юзни, тишларни тозалаш.
- Овқатга ўтиришдан олдин ва ҳожатдан кейин қўлни совунлаб ювиш.
- Ҳафтада камида бир марта чўмилиш, бунда фақат шахсий мочалка ва сочиқлардан фойдаланиш одатий ҳолга айланиб бориши лозим.
- Тиш чўткаси, мочалка, сочиқ ва ич кийимлардан умумий фойдаланиш мумкин эмас.
- Алоҳида ўрин-кўрпа тугилиши.
- Ёстиқ ва адёллер жилдланган бўлиши, матрац ёки кўрпа-кўрпачалар устидан чойшаб солиниши керак.
- Чойшаб, ёстиқ ва адёл жилдларини ҳафтада бир марта алмаштириш. Уларни ювганда, агар хонадонингизда бемор бўлса, қўшимча зарарсизлантириш тавсия этилади.
- Матрац, кўрпа ва кўрпачаларни куёш тик тушадиган жойларга осиб қуритиш ва шамоллатиш мақсадга мувофиқдир.

Хоналарни доимо озода тутиш, бунинг учун:

- Ҳар куни пол, дераза тоқчалари, эшик тутқичлари, стол ва стулларни ҳўл латта билан артиб, гилам, полос ва юмшоқ мебелларни чанг сўргич ёрдамида чангдан тозалаш;
- Камида ойида бир марта дераза ромлари, ойна, эшик, панелларни ювиш, гилам ва полосларни ташқарига олиб чиқиб қоқиш;
- Дераза пардаларини ҳар 3 ойда бир марта чангдан қоқиб, тозалаш лозим бўлади.
- Ошхона, ванна ва ҳожатхонани озода сақлашга ҳаракат қилинг.
- Ҳар куни раковина, газ плита, масаллиқ тайёрлаш столи, пол ювиб тозаланиши, қолган ошхона жиҳозлари, совутгич ҳафтада бир марта ювилиши керак. Идиш-товоқларнинг тоза ювилишига аҳамият беринг. Бунинг учун мумкин қадар махсус идиш-товоқ ювишга мўлжалланган воситалардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.
- Ҳеч қачон ишлатилган идиш-товоқларни, овқат қолдиқларини очиқ-чочиқ қолдирманг дераза ойначаларини тез-тез очиб шамоллатиб туринг.
- Ванна хонаси ишлатилгандан сўнг ванна тозалаб ювилиши ва зарарсизлантирилиши керак.
- Унитаз, пол, эшик тутқичларини ҳар куни ювиб, зарарсизлантирилиб борилиши лозим, агар қазилма ҳожатхона бўлса, у ҳар куни тозаланиши, ҳар 3-5 кунда дезинфекцияловчи воситалар сепилиб борилиши лозим. Шунда пашша личинкалари нобуд бўлади, кўпаймайди.

Овқат маҳсулотларини сақлаш, тайёрлаш ва истеъмол қилиш қоидаларига риоя қилинг:

- Тез бузиладиган озиқ-овқат маҳсулотларини совутгичларда сақланг.
- Сабзавотларни яхшилаб ювинг, қайнатилган сувда чайиб истеъмол қилишга, қайнатилмаган сувни ичмасликка одатланинг.
- Сувни қайнатиб сўнг истеъмол қилиш мумкин.
- Гўшти, озиқ-овқат маҳсулотларини етарли даражада термик ишловдан ўтишга аҳамият беринг.

Озиқ-овқат маҳсулотларини ҳар хил касаллик қўзғатувчи микроблар ва гижжаларнинг тухуми билан ҳашоратлар, айниқса пашша ва сувараклар зарарлайди. Пашшалар асосан ҳожатхона, алатхона, гўнғхона, молхона ва кир ўраларида кўпаяди ва етилади, учиб келиб очиқ қолган озиқ-овқат маҳсулотларига кўниб уларни ифлослантиради. Биргина ахлат солинадиган яшик ёки контейнерда 80 мингга яқин пашшалар ривожланиш даврлари бошдан кечирилиши, бир кунда эса 6 мингга яқин пашшалар етилиши мумкин экан. Биргина пашша меъдасида 28 млн., қорни, оёқларни ва қанотларида бмлн.га яқин ҳар хил касаллик қўзғатувчи микробларни, гижжаларнинг тухумларини ташийди. Бу микроорганизмлар одам танасида бир неча кунлаб яшаш қобилятини сақлаб қолади. Пашшалар учиб юқумли касалликларни 1,5 км масофагача тарқатиш хусусиятига эга.

Ҳозирги вақтда ванна, унитаз, раковина, озиқ-овқат тайёрлайдиган столлар, газ плитаси, совутгич, дераза тоқчалари, эшик, ошхона идиш-товоқларни ювиш учун замонавий тозалаш воситаларидан фойдаланиш зарур.

Темир танқислиги анемияси ва уни олдини олиш

Темир танқислиги анемияси бу камқонликнинг кенг тарқалган тури бўлиб, у кўп ҳолларда ҳаёт учун зарур бўлган элемент - темирнинг етарли миқдорда қабул қилинмаслиги натижасида юзага келади. Истеъмол қилинаётган озиқ-овқат маҳсулотлари таркибида темир моддасининг етишмаслиги ҳамда тўғри овқатланиш асосларига риоя этмаслик организмда темир танқислигини юзага келтирувчи сабаблар ҳисобланади. Темир қизил қон таначалари-эритроцитларнинг асоси бўлган гемоглабиннинг ташкилий қисми ҳисобланади. Гемоглобин ҳаёт учун зарур бўлган кислородни ўпкадан олиб, организмнинг барча тўқима ва аъзоларга етказди, моддалар алмашувининг энг охирги маҳсулоти бўлган карбонад ангидрид газини ўзига бириктириб, ўпкага етказди ва уни ўпка орқали чиқиб кетишини таъминлайди.

Кичик ёшдаги болаларда, уларнинг жуда тез ўсиши ва ривожланиши, ҳомиладор аёлларда ҳомиланинг ривожланиши ва ўсиши, туғиш ёшидаги аёлларда ҳайз кўриш сабабли темирга бўлган эҳтиёж, бошқаларга нисбатан 3-6 марта юқори бўлади. Шунинг учун туғиш ёшидаги аёллар ва болаларда темир танқислигини ривожланиши эҳтимоли юқори бўлади.

Темир танқислиги анемиясининг асоратлари қуйидагилардан иборат:

- ҳомиладор аёлда боланинг нимжон, иммунитетни паст ва анемия ҳолатида туғилиши;
- боланинг белгиланган муддатдан олдин, шунингдек боланинг кичик вазн билан туғилиши;
- ҳомила ривожланишининг сусайиши, бола ташлаш, боланинг ўлик туғилиши;
- туғиш ва туғишдан кейинги қон кетишлар оқибатида аёлнинг шахсий саломатлигининг оғирлашиши;
- болалар ва ўсмирларда-2 ёшгача бўлган бола миясининг ривожланишига тиклаб бўлмас даражада салбий таъсир кўрсатиши;
- юқумли касалликларга берилувчанликнинг ортиши, касалликларнинг оғир кечиши ва уларни сурункали тус олиши;
- боланинг ақлий ва жисмоний ривожланишининг соғлом тенгдошларига қараганда ортда қолиши, маълумотларни қабул қилиш қобилятининг сусайиши, мактабда ўзлаштиришнинг пастлиги.

Болаларда темир танқислиги анемияси ҳолатида кислород етишмаслигидан бош мия азият чекади, бу атроф-муҳитга қизиқишнинг сусайиши билан намоён бўлади. Бундай болалар уй вазифасини бажаришда диққат-эътиборли бўлишга кучи етмайди. Англаш жараёни ҳам сустлашади.

Қуйидаги белгилар кузатилса шифокорга мурожаат этиш зарур:

- кесак, лой, бор, кўмир, қоғоз, хом ҳамир, шама, хом макарон, хом гуруч ейиш каби истакларнинг пайдо бўлиши;
- керосин, бўёқ, ацетон, лак, мазут, зах кабиларнинг ҳидларини ёқтириши;

- тирноқнинг мўрт, ғадир-будир бўлиб қолиши ва қаватларга ажралиши ва тирноқ устида бўйлама ва кўндаланг чизикларнинг пайдо бўлиши;
- қуйиқ луқмани юта олмаслик ҳолати, шунинг учун камқонликка чалинган беморлар ҳар луқмани суюқлик ёрдамида ютишлари;
- юзнинг оқариши, лаб ҳамда пастки қовоқнинг ички юзасини рангсизланиши;
- умумий беҳоллик, иш қобилиятининг пасайиши, уйқувчанлик;
- озгина жисмоний ҳаракат ҳам ҳансирашни юзага келтириши;
- хотира ва диққатнинг ёмонлашиши;
- меҳнат фаолиятининг сусайиши ва доимий қувватсизлик;
- бошнинг айланиши ва чарчаш.

Темир танқислиги анемиясини қандай олдини олиш мумкин?

Темир танқислиги анемиясини олдини олиш, уни даволашдан кўра енгилдир. Уни олдини олиш 3 йўналишда олиб борилади:

1. *Саплементация*. Профилактиканинг бу усулида шифокор назорати остида туғиш ёшидаги аёллар, ҳомиладор аёллар, 2 ёшгача бўлган болалар, ўсмир қизларга 2 йил давомида ҳафтасига 1 марта темир ва фолат кислотаси таблетка ва сироплари профилактик дозада берилади. Бу темир танқислиги анемияни олдини олишнинг тезкор усули ҳисобланади.

2. *Фортификация*. Темир танқислиги анемияси ва фолат кислотасининг етишмовчилигини кенг аҳоли қатлами орасида олдини олиш мақсадида 1 нав ун темир, цинк, фолат кислотаси ва «В» гуруҳ витаминларлар билан бойитилмоқда. Темир ва витаминлар билан бойитилган ундан тайёрланган маҳсулотлар - мунтазам истеъмол қилиш темир танқислиги анемиясининг олдини олишнинг энг арзон ва осон усулидир. Фақат бойитилган ундан тайёрланган таом ва маҳсулотларни ҳар куни истеъмол қилиш катта одамлар ва ўсмирларнинг темирга бўлган эҳтиёжини қондиришга ёрдам беради. Буғдой унини бойитиш маҳсулоти қилиб олинишига сабаб, унни аҳолининг барча қатлами истеъмол қилади ва уни барча харид қилади. Бойитиш уннинг рангини, мазасини ва ҳидини ўзгартирмайди. Уннинг сифати таом тайёрлаш давомида одатдагидай қолади.

3. *Соглом овқатланиш*-темир танқислиги анемиясини олдини олишда овқатланишни тўғри ташкил этиш муҳим аҳамиятга эга.

Темирга бой озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш зарур. Буларга гўшт ва гўшт маҳсулотлари, балиқ ва парранда гўшти қимматли оқсил ва осон сўриладиган темирнинг манбаи ҳисобланади. Ловия, нўхат, мош каби дуккаклилар темир ва оқсил сақловчи ўсимлик маҳсулотлари ҳисобланади. Бу маҳсулотлар гўшт ўрнини босувчи маҳсулотлардир деса муболаға бўлмайди. Агар гўшт ва балиқ бўлмаса, ловия, мош ва нўхат каби дуккаклилардан тайёрланган таомларни истеъмол қилиш зарур. Мева шарбатлари, сабзовот ва кўкатлар ҳамда улардан тайёрланган салатлар ёки қатиқ, кефир, айрон билан бирга истеъмол қилиш улардаги темирнинг сўрилишини кучайтиради. Чой, кофе ва какаодаги танин моддаси эса, аксинча темирнинг сўрилишини 40-100%гача камайтиради. Шунинг учун овқатланиш жараёнида чой ичмаслик керак, чой ўрнига мева шарбатлари ёки қайнатилган сув истеъмол қилиш зарур бўлади. Болаларда темир танқислиги анемиясини олдини олишнинг энг самарали усули кўкрак билан эмизиш амалиётига риоя этиш, ҳамдаб ойликдан кейин болани аста-секин, кўкрак сутидан ажратмаган ҳолда қўшимча овқатлантиришга ўргатишдир. Болани 24 ойлик бўлгунга қадар кўкракдан ажратиш мумкин эмас. Бола 3 ёшга етгунга қадар, чой берманг, таомига шакар ёки туз қўшманг.

АДАБИЁТЛАР

1. Сборник международной конф. Сестринское образование. Ташкент 2001 й.
2. Менджерицкий И.М.Справочник мед.сестры. 1999 й
3. Фелипова А.И.Сестринское дело в терапии. 2000й
4. Греднев А.Н.Основы общего ухода за больными. Мед.1991 й.
5. Гнездилов А.В.Терминальные состояния и паллиативная терапия. Санк-Питербург изд. Гиппократ. 1997г.
6. Никитин Ю.П.Все по уходу за больными в больнице и дома. 1999 й.
7. Денисов И.Н.Практическое руководство для врачей общей семейной практики. 2001 г
8. Сестринское дело в гериатрии. Высшее образоавнии.Ростов на-Дону 2006.

Электрон адабиётлар:

1 Краснов А.Ф. Сестринское дело.. 2000 й 1-2 том.

- [ttp://zivonet.zn.uz](http://zivonet.zn.uz)
- <http://www.medline.uz>
- <http://www.mednavigator.com.ua>
- <http://www.karelia.ru>
- <http://www.simhos.ru>

Мавзу-10. Гериатрияда учрайдиган ошкозон яллигланиши ва деструкциясининг узига хос хусусияти
(Асс. Нурматова Л.А.)

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Кекса ва қария ёшдаги беморлар билан ишлашда узига хос томонларини инобатга олиш, қариялар билан мулоқот урнатиш, уларни парваришлаш жарёни, гигиеник чора-тадбирлари гериатрик беморлар эҳтиёжини қонлириш учун тугри парваришлаш йулини танлашни, шунингдек кекса ва қари ёшда ошқозон–ичак системасида қариш жараёни билан боғлиқ касалликлар кечишини, узига хос томонларини асоратлари ва профилактикасини, олдини олиш чора тадбирларини ишлаб чиқиш

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш;
- гериатрик беморларда ошқозон ичак тизими касалликлари узига хос томонлари ва уларнинг асоратлари тугрисида назарий ва амалий қуникмаларни ривожлантириш;
- қариялар билан мулоқот урнатиш, уларни парваришлаш жарёни;
- гигиеник чора-тадбирлари;
- гериатрик беморлар эҳтиёжини қонлириш учун тугри парваришлаш йулини танлаш;
- соғлом турмуш тарзи тугрисида тушунча бериш;

Талаба билиши лозим:

- гериатрик беморлар да ошқозон ичак тизими касалликларини узига хос клиник кечишини;
- беморларни сураб суриштиришни;
- беморлар шикоятлари ва физикал текширувлари асосида ҳамширалик ташхиси қуйишни;
- соғлом турмуш тарзи ва унинг асосий моҳиятини

Талаба бажара олиши лозим:

- бемор ахволи тугрисида йигилган маълумотни тугри баҳолаш;
- муаммодан келиб чиқиб ҳамширалик жараёни режасини тузиш;
- қари беморларни инструментал лаборатор текширишга тайёрлаш;
- артериал қон қосимини улчаш, пульсни аниқлаш;
- оғир ётган беморларни парваришлаш, беморнинг ахволини физикал баҳолаш;
- инъекциянинг барча турларини қуллашни, инструмент ва шприцларни ишлатилгандан сунг ишлов беришни;
- қайт қилганда ёрдам қурсатишни;
- рентгенологик текширишларда ошқозонни зондлашга беморларни тайёрлаш;
- тана ҳароратини улчашни ва уни қайт қилишни;
- беморларни гигиеник парваришлашни, қийимларни алмаштиришни;
- овқатлантириш усулларини тугри қуллаш;
- дори-дармонларни уз вақтида берилишини назорат қилиш, дориларни қабул қилишда йул қуйилган ҳатоларни уз вақтида тугри йулга қуйиш;

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик: ушбу мавзу бўйича валеология, нарқология, психология ва психиатрия, лаборатория иши, гигиена, ҳамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

Назарий кисм

Ошкозон касалликларида беморнинг шикоятлари:

1) Иштаханинг бузилиши-ошкозон саратони ва яраси, уткир ва сурункали гастритларда пайдо булади.

2) Таъм билишнинг бузилиши (огизда аччиклик, металл таъмининг пайдо булиши) анемия, холециститлар, тонзиллит ва гепатитларда учраши мумкин.

3) Кекириш - огиздан кучли овоз билан хаво чиқиши ошкозонда бижгиш жараёнининг пайдо булиши натижасида келиб чиқади.

4) Зарда қайнаши – туш ортида ва эпигастрал сохада огирлик хиссини пайдо булиши юкори кислотали сурункали гастритларда кузатилади.

5) Кунгил айнаши- эпигастрал сохадаги огирлик хисси билан бирга рангпарлик, бош айланиши, кул-оёқларнинг музлаши каби белгилар билан намоён булади. Бундай ҳолат уткир ва сурункали гастрит, ошкозон саратонида учрайди.

6) Кайт қилиш, узига буйсунмаган ҳолда ошкозондаги моддаларнинг кизилунгач орқали огизга чиқиши булиб, уткир гастритлар, ошкозон яраси ва саратонида кузатилиши мумкин. Кайт қилишнинг марказий, периферик ва гематоген-токсик турлари мавжуд. Агар бемор овқатдан 10-15 мин кейин қайт қилса ошкозон кардиал қисми яраси ёки саратонидан дарак беради, 2-3 соатдан кейин қайт қилса яра ёки саратон ошкозоннинг тубида жойлашган булади. Привратник ярасида қайт қилиш овқатдан 4-5 соат кейин пайдо булади.

7) Огрик – энг куп учрайдиган клиник белги булиб, албатта унинг характери (доимий ёки хуружсимон) овқатга боглиқлиги ва овқатдан қанча вақт утгандан кейин пайдо булиши, фаслга боглиқлиги каби омилларига эътибор бериш керак. Эпигастрал сохадаги огриклар нафакат ошкозон касалликларида, балки ошкозон ости беzi, қиндик чурраси, миокард инфаркти, аппендицит, плеврит ва бошқа касалликларда ҳам учрайди.

8) Ошкозондан қон кетиш - қон қусиш, қора ахлат ва қусуқ массаларида қон булиши билан кечади. Ошкозондан кетаётган қоннинг ранги «кофе қуйқаси» га ухшайди. Бу ҳолат ошкозон яраси ва саратонида, ошкозон полипи, сифилис ва силида кузатилиши мумкин.

Ичак касалликларида беморларнинг шикоятлари: қиндик атрофидаги огрик, қорин дамлаши, ич қотиши ва ич кетиши, ичаклардан қон кетиш. Қорин соҳасидаги огриклар овқат билан боглиқ булмай, ахлат ва газлар чиқишидан кейин пасаяди. Ичаклардаги огриклар ичак мускулатурасининг спазми ёки ичакларда газ йигилиши натижасида қенгайишидан кейин пайдо булади.

Метеоризм (қорин дамлаши) – ичакларда қон микдорда газ пайдо булиши булиб, қон микдорда нухат, мош, ловия, қарам истеъмол қилгандан кейин пайдо булади.

Ич кетиш – ичакларнинг уткир ёки сурункали яллиғланиши натижасида келиб чиқади. Овқат массаси сурилишининг бузилиши ва тез эвакуациясидақунига 3-4 мартадан 10-15 тагача булиши мумкин.

Ич қотиш – 48 соатдан ортиқ ичакларда ахлатнинг ушланиб қолиши булиб, органик ва функционал ич қотишлар булади. Органик ич қотиш ичаклардаги торайиш, қандиклар ва ривожланиш аномалияларида кузатилади. Функционал ич қотишлар алиментар, невроген, эндокрин, токсик турларга булинади.

Объектив қурганда беморларнинг ташки қуринишигаэътибор бериш керак. Овқат емаслиқ натижасида ориқлаш ва қахексия кузатилади.

Оғиз бушлиғи ва тилга алоҳида эътиборни қаратиш керак. Ошкозон касалликларида тил қараш билан қопланган булиб, қуруқ булади. Тил атрофияси ва сургичларининг йуқолиши ошкозон саратонидан, «малина ранги» даги тил эса жигар ҳасталигидан қалолат беради. Қорин соҳаси қуздан қечирилганда қориннинг формасига қараш керак, қорин симметрик ёки асимметриклигига, ичаклар перистальтикасига эътибор қилинади. Пайпаслаш юзақи ва чуқур методик, сирпаланувчи турларга булинади. Пайпаслаганда қориннинг огрикли соҳаларини аниқлаш, мушаклар таранглиғи, чурралар, тери ости ёғ қатлами ва шишларга эътибор берилади.

Чукур пайпаслаш корин бушлиги органлари топографияси ва шу билан бирга органлардаги узгаришларни аниклашда ёрдам беради.

Ошкозон ба ун икки бармокли ичак яра касаллиги

Ошкозон ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги- сурункали кайталанувчи, кучайиб боришга мойил, жараёнга ошкозон ва ун икки бармокли ичак билан бир каторда бошка аъзоларнинг жалб этилиши, ҳамда бемор хаётига хавф тугдирувчи асоратлар ривожланиши билан кечувчи касалликдир. Бу касаллик овкат хазм килиш тизимининг таркалган касалликларидан бири булиб, асосан фаол ижод ёшидагиларни зарарлаб, хатто вақтинчалик ногиронликка олиб келади. Сунгги йиллар тараккий этган давлатлар уртасида яра касаллиги аҳолининг 10% ини ташкил этиши аниқланган. Купрок шаҳар аҳолиси касалланади. Ун икки бармокли ичакда яранинг жойлашиши меъдага нисбатан 4:1 ни ташкил килади. С.В.Курашов (1963) маълумотларига кура, 1000 аҳолига 8,2 яра касаллиги билан огриган эркаклар ва 2 аёл тугри келади. Шу билан бирга эркаклар турли ёшда, аёллар эса купинча менопауза даврида касалланадилар.

Этиологияси. Яра касаллигининг этиологияси тўла ўрганилмаган. Уни таҳлил этишда касаллик ривожланиши ва кўзгалишига олиб келувчи катор омиллар ҳисобга олинади:

- узок вақт давом этувчи ёки тез-тез такрорланувчи психозэмоционал зуриқишлар (стресс).

- генетик мойиллик: жумладан ошкозон шираси кислоталик кўрсаткичининг конституционал характердаги тургун кўтарилганлиги; беморларнинг 0(1) кон гуруҳига тааллуқли; тизимидаги баъзи омилларнинг аниқланиши; сурункали гастрит ва дуоденитлар, ошкозон ба ун икки бармокли ичакнинг гиперацид турдаги функционал бузилишлари (яра олди ҳолати).

- алиментар ва бошка экзоген омиллар: овкатланиш тартиби ва характерининг бузилиши дағал, уткир, жуда иссиқ (ёки аксинча доимо совук) овкатларни номунтазам ейиш, шошилиб ейиш, чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол килиш.

Беморлар ёки уй ҳайвонлари орқали зарарланиш кечади.

Патогенези.

Яра касаллиги патогенези жуда мураккаб булиб, назариялар билан бирга механик кислотали-пептик яллиғланиш, томирли, кортико-висцерал замонавий патогенетик концепциялар таҳлил қилинмоқда (н+ шиллик каватга қайта диффузияси, шиллик ҳосил булишининг бузилиши, дуодеиогастрал рефлюкс, нейроэндокрин силжишлар). Бу хил кислота ҳосил булишини хужайра даражасида урганишга асосланган булиб, касаллик патогенезининг асосий қисми ҳисобланади, лекин шу билан бирга яра касаллигининг аниқ бир келиб чиқишини тушунтира олмайди.

Соглом одамларда ошкозон ширасининг «агрессив» хусусиятлари ва ошкозон шиллик каватининг «химояловчи» қобилиятлари турли динамик тизимни ташкил этади. Маълумки, яра пайдо булишининг асосий сабаби ошкозон ва ун икки бармокли ичак шиллик каватининг «агрессив» ва «химояловчи» омиллари уртасидаги мувозанатнинг бузилишидир. Асосий агрессив омилларга гипергастринемия, хлорид кислота, пепсин, панкреас ферментлари ва ут кислоталари концентрациясининг ошиши, мотор ва эвакуатор бузилишлар ва инфекция (хеликобактер пилори) киради. «химояловчи» омилларга шиллик кават, коплоччи эпителийларнинг регенератор хусусиятлари, панкреас ширасининг ишкорли компоненти, простогландинлар киради. Шиллик каватда яра, эрозия ва яллиғланишнинг пайдо булиши «агрессию» омилларнинг «химояловчи» омиллардан устунлигини тасдиқлайди.

Яра ҳосил булишида *helicobacter pylori* (hp) алоҳида урин тутади. Маълум булишича, hp ошкозон шиллик каватида куп йиллар давомида, хатто бир умрга жойлашиб, патоген тусни олмаслиги мумкин. Hp нинг агрессивлиги бир неча омилларга боглиқ, маълум генетик мойиллик яъни меъда эпителийсининг тузилиш хусусиятлари, меъда ширасининг юкори курсаткичлари сабаб була олади. Hp меъданинг антрал қисмида жойлашиб, ишлаб чиқарган аммиак ва цитотоксини орқали шиллик каватнинг сурункали яллиғланишини чақиради. Бу

эса уз навбатида гипергастринемияга ва меъда моторикасининг бузилишига олиб келади. Натижада аччик лукманинг ичакка ва утли ташланиши ва одатда ишкорий мухитга эга булган дуоденумда меъда метаплазияси учокчаларининг пайдо булиши, яра хосил булишига кулай шароит яратади.

Клиник куриниши. Яра касаллигини аниклаш анамнез, шикоятлар ва физикал текширишлардан бошланиб, ташхис эндоскопия, цитология ва гистологик текширишлар билан тасдикланади. Ошкозон яраси купинча 40ёшдан утганларда, дуоденум яраси 40 ёшгача булганларда учрайди. Кичик эгриликдаги ва дуоденумнинг пиёзча кисмидаги яра нисбатан огир кечмайди. Ошкозоннинг катта эгрилик ва антрал кисмларининг яраси огиррок утиб, баъзи холларда ракка утиш хавфи бор.

Яра касаллигининг асосий симптоми огрик булиб огрикнинг кучи, жойлашиши, иррадиацияси ва ритми яранинг чукуррок каватларга утгани, гастрит ва дуоденит жараёнлари ривожланиш даражаси билан боглик. Ошкозон яра касаллигига хос булган эрта огриклар овкатдан 0,5-1 соатдан сунг пайдо булиб, ошкозон бушаганда (овкатдан 1,5-2 соатдан сунг) тухтайди. Кечки ва оч колгандаги огриклар овкатланишдан 1,5-2 соатдан сунг пайдо булиб, овкат ёки антацидлар таъсирида утади. Бу хил огриклар ошкозоннинг пилорик ва дуоденумнинг пиёзча кисми яраларида кузатилади. Ошкозон ва ичак шиллик каватларида сезги иннервацияси булмаганлиги сабабли, яллигланиш, эрозия, яраларнинг огрик беришида ошкозон ичи босимининг ошиши, моторикасининг бузилиши, ёки сероз каватининг таранглашиши каби омилларнинг урни бор. Бу хилдаги висцерал огриклар тортилиб, ёки эзилиб огрувчи хусусиятга эга булиб, иссиқдан ёки антиспастик дорилардан пасаяди. Юзаки жойлашган яраларда огрик булмаслиги мумкин, ёки жуда кучсиз булиб, беморларни деярли безовта килмайди. Физик текширишларда кориннинг олд деворида мушакларнинг махаллий таранглашиши, перкутор огрик (мендел симптоми) кузатилмайди, аммо чукур пайпаслаганда огрик яраларнинг анатомик жойлашувига мос тушади. Яра ёки периульцероз яллигланиш аъзо деворининг чукуррок деворига утган булса, огрик кучайиб, доимий, гохида уткир тус олади. Бу пайтда огрикнинг ритми, овкат ва антацидларга богликлиги йуколади. Огрик таркокклигича колиб, зарарланган аъзо сохасида кучлирок ифодаланган булади.

Яранинг жойлашувига нисбатан огриклар узининг локализацияси ва иррадиацияси билан фаркланади.

Ошкозоннинг кичик эгрилигида жойлашган яраларда огрик купинча эпигастрал сохада урта чизикдан унгда, ошкозон кардиал кисмининг яраларида ханжарсимон усимта сохасида, пилоробулбар яраларда олдинги урта чизикдан купрок ва киндикдан 5-7 см юкорида сезилади. Ошкозоннинг юкори кисмида жойлашган яраларда огриклар ифодаланган булиб, юкорига ва чапга берилади. Пилорик кисм ва дуоденал яраларда огрик унг ковурга остига таркалади.

Яранинг меъдани ураб турган аъзо ва тукумаларга пенетрациясида огрик висцерал-соматик тус олиб, «нуктали» локализацияси билан характерланади, суткалик ритмини йукотади. Яра кичик чарвига туташганда (купинча ошкозон кичик эгрилиги яралари) огрик унг ковурга остига, унг куракка таркалади. Дуоденал ва пилорик яралар купинча ошкозон ости безига туташади, хамда бел ва куракларга таркалувчан, тухтовсиз огрикларни чакиради. Ошкозоннинг субкардиал ва кардиал кисмларининг яралари диафрагмага туташганда огрик чап ва унг томонлама «френикус» синдроми билан кечади.

Яранинг эркин корин бушлигига перфорациясида аввал эпигастрал сохада кескин «пичоксимон» огрик пайдо булади, кейинчалик огрик бутун корин буйлаб таркалиб, олдинги девор мушакларининг кескин таранглашиши кузатилади (корин париетал каватининг таъсирланиши), шеткин-блومберг аломати мусбат булиб, жигар тумтоклиги йуколади.

Бошка симптомларнинг диагностик ахамияти камрок зарда, аччик кекириш ошкозон ичи босимининг ошганлиги ва кардиа етишмовчилиги натижасида лукманинг кизилунгачга регургитацияси билан боглик. Кунгил айниши, нохуш хид билан кекириш, кусиш асоратланмаган яра касаллигида кам учраб, узок давом этган пилороспазм, пилорик каналнинг намоён булган яллигланма шишиши натижасида ошкозон лукмасининг

эвакуацияси бузилишидан далолат беради. кушиш огрикнинг энг кучайган нуктасида пайдо бўлиб, холецистит ва панкреатитлардаги кушишлардан фаркли, беморга енгиллик келтиради. Бу ҳолда кайт килишдан олдин кунгил айланишининг булиши шарт эмас. Асоратсиз яра касаллигида иштаха пасаймайди, баъзан хатто кутарилади. кабзиятга мойиллик кузатилади. Хуруж даврида беморларнинг умумий ахволи ёмонлашиб, тез чарчаш, дармонсизлик терлаш, ишга қобилиятсизлик ҳомушлик ёки аксинча кутаринки кузгалувчанлик кузатилади.

Яра касаллигининг кечиши. Яра касаллиги сурункали циклик касаллик бўлиб, кузиш даври ремиссия билан алмашилиб туради. Яра касаллигининг сурункали рецидивлар билан кечишига ошқозонда доимо яллигланиш жараёнининг мавжудлиги асос бўлади. Шу сабабли, яранинг найдо булиши яллигланишнинг энг юқори босқичи деб қаралади.

Яра касаллигининг 3 даври фаркланади. (Григорьев, 1996)

-кузгалиш;

-тула бўлмаган ремиссия;

-ремиссия давлари.

Кузгалиш даври ошқозон шиллик қаватининг фаол яллигланиши (гастрит, дуоденит) асосида яра дефектининг мавжудлиги билан ифодаланади. Клиникаси диспептик синдромлар, эпигастрал соҳада огрик, мушакларнинг *локал* таранглиги, мусбат мендел симптоми билан намоён бўлади. Даволаниш жараёнида бу курсаткичлар морфологик гистологик қуринишларга нисбатан тез утади, клиник тузалиш кузатилади. Шу вақтнинг узида функционал текширишлар чандикланмаган яра, бирмунча чекланган гастрит ва дуоденит борлигини курсатиши мумкин. Шу сабабли субъектив ва объектив клиник қуринишнинг даволашни тухтатгандан сунг қайталаниш эҳтимоли бўлади. Бу ҳол факат клиник ремиссиядан дарак беради.

Тула бўлмаган ремиссия даври даволаниш даврининг турли муддатида тугри келиши мумкин. Бунга купгина омиллар сабаб бўлади, чунончи яранинг анатомик жойлашуви, яллигланиш жараёнининг характери, интенсивлиги, даволаш усуллари ва ҳ.к. Бу даврни касалликнинг фаол даври сифатида баҳолаш лозим, чунки клиник ремиссия вужудга келган бўлса ҳам, эндоскопик, морфологик текширишлар яра дефекти урнига кизил чандик (юлдузсимон ёки тугри чизикли қуринишида), перифокал яллигланиш ёки гастродуоденитнинг белгиларини курсатиши мумкин.

Ремиссия даври касалликнинг клиник тузилиши билан бир вақтда ошқозон ва ун икки бармокли ичак шиллик қаватларида фаол яллигланиш ва эрозив курсаткичларнинг (шиш, эритема, кон қуйилиши, қонаш, жароҳатланиш) бўлмаслиги билан баҳоланади.

Яра касаллигининг клиник қуриниши ва кечиши асоида, шартли равишда енгил, урта огирликда ва огир турларини курсатиш лозим. Енгил турида касалликнинг кузиши йилда 1 мартадан ортик бўлмай, огриклар ва диспептик белгилар ифодаланмаган, ҳамда даволаш чоралари тез таъсир қурсатади. Касалликнинг урта огирликда кечишида жараённинг кузиши йилда 2 мартадан ортик бўлмай, клиник белгилар тула даволаш курси утқазилгандан сунг сусаяди. Огир тури касаллик белгиларининг яққол намоён булиши, тез-тез қайталаниши, тургун ремиссиянинг бўлмаслиги билан перигаетрит, яра пенетрацияси, стеноз, дуоденостаз, ярадан қон кетиши каби асоратлар ривожланиши мумкин.

Касалликнинг асоратсиз кечиши учун уз вақтида ва тугри даволаш жуда муҳим. Профилактик терапия утқазилган беморларда яра касаллигининг кузиши латент ёки ифодаланмаган белгилар билан кечиб, факат эндоскопик текшириш яра борлигини курсатиши мумкин. Меъда яра касаллиги 20%, ун икки бармокли ичак яра касаллиги 10% ҳолатларда симптомсиз кечишини Григорьев, Яковенко (1996) қурсатадилар. Субъектив белгиларнинг морфологик курсаткичлардан орқада қилишини организмнинг ва овқат хазм қилиш тизимининг компенсатор имкониятлари билан боғлаш мумкин. Шу билан бирга, касалликнинг кечишида яранинг топографик жойлашуви, яра дефектининг катта-кичиклиги, чандиклашув муддати каби омиллар муҳим курсаткич бўлиб қолади.

Ташхис намуналари. Клиник-эндоскопик маълумотларга асосланган яра касаллиги ташхисини қуйишда, касаллик даврини, яранинг жойлашуви ва унинг хусусиятларини,

шиллик каватда кечаётган яллигланиш жараёнини курсатиш муҳим.

Клиник-рентгенологик маълумотларга асосланганда, яранинг жойлашуви, "токча" симптоми, кардиа етишмовчилиги, гастроэзофагал рефлюкс, деформация, стеноз каби аниқ белгилар курсатилади.

- Ўр чакирган яра касаллигининг кузиш даври: ошқозоннинг кичик эгрилигида жойлашган катта яра (1,5-2 см).сурункали фаол пангастрит

- яра касаллигининг кузиш даври узок чандикланмаётган ун икки бармокли ичак яраси, (1981 йилда топилган ун икки бармокли ичакнинг перфоратив яраси), диффуз дуоденит.

Яра касаллиги биринчи марта аниқланган ун икки бармокли ичак яраси. Асорати: ярадан кон кетиши. Уткир постгеморрагик камконлик.

Даволаш. Яра жараённинг этиопатогенези, клиник кечиши, яранинг жойлашуви, гастродуоденал тизимда кечадиган узгаришлар, касаллик асоратларини эътиборга олган ҳолда утказилиши зарур. Даволаш эзофагогастродуоденал тизимда нейрогуморал механизм бузилишларини тиклаш, нордон кислотанинг юкори курсаткичларини муътадиллаш, меъда ва ун икки бармокли ичак моторикасини сусайтириш, шиллик каватда нр-инфекциясини йукотиш, унда кечадиган яранинг чандикланиши, шиллик белгиларининг (кизариш, шиш, кон булмаслиги билан характерланади.

Яра касаллиги кузиш даврида даволаш куйидагилардан иборат:

1. Пархез овкатланиш.
2. Медикаментоз терапия.
3. Зарарли омилларни йук килиш (чекиш, ичиш ва бошқ)
4. Беморни рухий ва жисмоний зуриқишлардан чеклаш.
5. физиотерапевтик муолажалар.

Яра касаллигида пархез оксил, ёғ, углеводлар, витаминлар, микроэлементлар физиологик нормасини инобатга олган ҳолда тузилиши шарт. Касалликнинг фаол даврида шиллик каватни механик химик ва термик зарарланишдан асраш, албатта 5 марталик овкатланиш кузда тутилади. Махсулотлар кайнатилган ёки дамланган ҳолда тайёрланиши лозим. Уткир, маринадли, шур нарсалар, ёғли гушт, балик пишмаган сабзавотлар, аччиқ мевалар, кора нон, газли ичимликлар, музкаймак касалликнинг фаол даврида қабул қилинмайди. Ремиссия даврида ушбу махсулотлар бир мунча чекланади. Беморга суюқ чой, ёгсиз кайнатма шурва, ёвгон хурда, сут, ширгуруч, кисел, сарийёғ, хом тухум, сузма билан сут аралашмаси берилади. Хар бир врач беморга пархез овкатланишнинг максоди ва унинг тартибини тушунтира олиши шарт.

Медикаментоз даволашнинг асосий йуналиши:

1. Меъда ширасининг кислоталигини нейтраллаш.
2. Шиллик каватни хеликобактер пилоридан тозалаш.
3. Ошқозоннинг мотор ва эвакуатор функциясини тиклаш.

Яра касаллигини замонавий даволаш юкорида келтирилган уч ва турт компонентли нр-инфекцияга қарши бир ва икки ҳафталик терапия ва антисекретор воситалар билан даволашдан иборат. Даволашнинг уртача давомийлиги ун икки бармокли ичак ярасида 6-8 ҳафта, меъда ярасида 8-12 ҳафтани ташкил этади.

Метронидазол (тинидазол), кларитромицин, амоксициллин, тетрациклин ва висмутнинг коллоид субстрати нр-инфекцияга қарши воситалар сифатида ЖССТ (ВОЗ) экспертлари томонидан қабул қилинган.

Метронидазол ва тинидазол бактериялар днк-сини зарарлаб, репликациясини бузади, уч ва турт компонентли даволаш схемасининг асоси ҳисобланади. Метронидазол 0,25гр дан кунига 4 маҳал, ёки 0,4-0,5 гр дан 2 маҳал, тинидазол 0,5 гр дан кунига 2 маҳал, 7-14 кун давомида берилади.

Кларитромицин бактериостатик, амоксициллин, ампициллин (апциллин) тетрациклин, висмут бирикмалари бактерицид таъсирларга эга бўлиб, 7-14 кун давомида қулланилади.

Пилорид (ранитидин висмут цитрати) нр-инфекцияни йукотиш максодида ишлаб

чиқарилган. Таркибидаги ранитидин меъда кислотасини пасайтирса, висмут нр инфекцияга карши ва цитопротектив таъсирга эга. Суткасига 400 мг дан 2 маҳал кулланилади.

Антисекретор воситаларга м-холиноблокаторлар (гастроцепин), H_2 ат фазанинг ингибиторлари (омепрозол, каптопрозол, ланзопрозол) ва гистамин H_2 рецепторларини блокловчилар (циметидин, ранитидин, фамотидин ёки квамател) киради.

Гастроцепиннинг суткалик дозаси 75-100 мг (25-50мг эрталаб ва 50 мг уйкудан олдин). Шира ажралишини пасайтиради, меъда ва ун икки бармоқли ичакда эвакуацияни тиклайди,огрикларни пасайтиради.

Изланишларнинг охириги ютуқларидан бири H_2 а тф-аза ингибиторлар омепрозол хисобланади. Ушбу препарат нордон кислота синтезида ва ажралишида катнашувчи хужайралар таркибидаги ферментни блоклайди.

Меъда париетал хужайраларида гистамин H_2 рецепторларини блокловчи препаратлар циметидин, ранитидин ва фамотидиндир. Циметидинга нисбатан ранитидиннинг таъсири юкори ва асоратлар бермайди. Ранитидин 150 мг дан эрталабки нонуштадан кейин ва соат 20.00 да ёки бир марта 300 мг соат 20.00 да берилади. Фамотидин антисекретор хусусияти буйича циметидинга нисбатан 32 баробар ортик. Суткасига 20 мг дан 2 маҳал ёки 40 мг соат 20.00 да берилади.

Антропилородуоденал яраларда меъда шираси, асосан кечкурун ошади, кундузи нс 1 концентрацияси овкат ва антацидлар билан пасайган булади. Шу сабабли, кечкурун соат 20.00 да ранитидин, ёки фамотидин, омепазолни соат 8.00 да бериш мақсадга мувофиқ.

Комплекс даволашнинг бошида 5-7 кун давомида антацид препаратлардан бирини бериш қулай: актал (2 табл), гастал (2 табл), маалокс (15 мл), гастерин-гель (16 мл). Препаратлар 1.5 соат овкатдан кейин ва уйку олдида (3-4 мартадан кунига) белгиланади. Шунинг таъкидлаш лозимки, антацидлар меъда ширасини 10-15 минутга пасайтиради, монотерапия сифатида фойдаси кам. Меъда ва ун икки бармоқли ичак шиллик каватида химоя вазифасини бажарувчи (цитопротектор) воситаларга сукралфат, де-нол киради. Сукралфат-алюминийнинг органик тузи билан сульфатланган дисахарид бирикмаси. Препарат яранинг юзасида нордон кислота ва пепсин таъсирига резистент бўлган химоя кавати ҳосил қилади. Сукралфат 1 таблеткадан 3 маҳал овкатдан 30-40 минут олдин, туртинчи таблетка уйкудан олдин берилади.

Де-нол - лимон кислотасининг висмут тузи. Унинг меъда шиллик каватига таъсир механизми сукралфатга ухшашдир. Шу билан бирга сукралфатдан фарқли де-нол нр-инфекцияга бактерицид таъсир курсатади, асосий антибактериал қисми висмут иони хисобланади. Де-нол 1 таблеткадан (120 мг) кунига 3 маҳал 30 минут овкатдан олдин ва туртинчи таблетка уйкудан олдин берилади. Даволаш курси-4-8 ҳафта. Препарат сут ёки газли ичимликлар билан қабул қилинмаслиги керак. Де-нол баъзи дори воситалари, чунончи антацидлар ва оксил моддалар билан боғланиш хусусиятига эга. Шу сабабли дори қабул қилиш вақтидан 2 соат олдин ва 30 минут кейин овкатланмаслик маъқул. Метаклопрамид, мотилиум, препулсид (цизаприд) каби препаратлар таъсирида меъда перистальтикаси кучайиб, эвакуация тезлашиши натижасида дуоденогастрал рефлюкс ва гастро-дуоденостазнинг олди олинади.

Шулар билан бирга, яра касаллигини даволашда марказий асаб тизими фаолиятини тиклаш асосий уринда туради. Тинчлантирувчи дори воситалар (бромид натрий, валериана илдизи дамламаси ва бошқ), транквилизаторлар (диазепам 0,005-0,01 гр дан, триоксазин 0,3 гр дан, мепротан 0,2 гр дан) кулланилади.

Ошқозон шиллик каватида метаболик жараёнини яхшилаш мақсадида витаминлар гуруҳи, жумладан (апнеурин), В6 (апвит-6), в12 (апламин) витаминлари, салкосерил (40 мг дан, 3 маҳал кунига), ретаболил (0,025 -0,05 г дан м/о ҳафтага 1 марта) тайинланади. Даволаниш жараёнида дуоденал яра 8 ҳафта, меъда яраси 12 ҳафта давомида битмаса, бундай яра даволанишга резистент хисобланади. Бундай ҳолларда аденокарциномани, яраланган лимфомани, яра пенетрациясини истисно этиш лозим.

АНАЛИТИК КИСМ

Тест саволлари

1. Хеликобактер пилорига таъсир килувчи препарат

- А.трихопол, амоксициллин
- Б.гастроцепин
- В.гастрофарм
- С.альмагель
- Д.ранитидин

2. H₂ гистамин рецепторларни блокаторлари

- А.ранитидин
- Б.платифилин
- В.альмагель
- С.винилин
- Д.денол

3. Антацид препаратлар

- А.альмагель
- Б.циметидин
- В.плантаглоцид
- С.фестал
- Д.мезим-форте

4. М-холинорецепторларни блокаторлари

- А.атропин сульфат
- Б.фестал
- В.панзинорм
- С.циметидин
- Д.фамотидин

5. Спазмолитик препаратни курсатинг

- А.но-шпа
- Б.панкурмен
- В.крион
- С.винилин
- Д.ранитидин

6. Фермент препаратни курсатинг

- А.мезим-форте
- Б.циметидин
- В.раниберл
- С.гастрофарм
- Д.алюмаг

7. 75 ёшли бемор бутун танасидаги, айниқса кулларидаги оғрикка шикоят қилади. Лимфаденопатия, гепатоспленомегалия аниқланади. Қон таҳлилида гиперлейкоцитоз нисбий лимфоцитоз билан. Қон суртмаларида Боткин-Гумбрехт хужайралари топилади. Дастлабки таъхис:

- А.сурункали лимфолейкоз
- Б.уткир лейкоз
- В.миелом касаллиги
- С.лимфогранулематоз

8. Лимфогранулематоз учун энг характерли ва қўп учрайдиган симптомлар триадасини курсатинг:

- А.лимфа тугунларининг катталашуви, иситма, тери кичишиши
- Б.анемия, ички аъзолар зарарланиши, спленомегалия
- В.компрессион синдром, озиб кетиш, йутал

С.иситма, гепатоспленомегалия, геморрагик синдром

9. Физиологик ҳомиладорликда жигарнинг морфофункционал узгаришлари бўлиб ҳисобланади

А.ҳаммаси

Б.ишкорий фосфатазани ошиши

В.конда холестерин микдорини ошиши

С.ҳомиладорлик охирида умумий оксил ва альбуминларнинг камайиши

10. Ҳомиладорларда жигарнинг морфофункционал узгаришларига олиб келади

А.ҳаммаси

Б.ишлаб чиқаришни /продукцияни/ ошиши

В.эстроген ва пргестерон ишлаб чиқаришни ошиши

С.плацента ферментлари ҳисобига

11. Жигар касалликларида ҳомиладорликка нисбий қарши курсатма

А.бефарзанд оилада аел

Б. сурункали персистик гепатит билан оғриган булса

В.утқир вирусли гепатит

С.сур. агрессив гепатит

12. Сурункали персистик гепатит В ва жигар касалликларида ҳомиладорликка абсолют қарши курсатма

А.ҳаммаси

Б.жигар циррози

В.сур. агрессив гепатит

С.утқир вирусли гепатит

13. Холестаз ҳомиладорларда қайси белги билан кечади

А.гиперхолестеринемия ва триглицеридларнинг ошиши

Б.АЛТ нормада

В.тимол санамаси норма

С.ишкорий фосфатаза активлигининг ошиши

14. Эритропоэтин ҳаракатини қайси гормон оширади

А.плацента гормони

Б.эстроген

В.ГКС

С.андроген

15. Ҳақиқий темир етишмовчилик анемияси ҳомиладорликнинг қайси ҳафтасида ривожланади

А.20 ҳафтасида

Б.36 ҳафтасида

В.12 ҳафтасида

С.28 ҳафтасида

16. Онадан гемоглобин микдори ва темир микдори ҳомила гемоглобин микдорига таъсир курсатиши мумкинлиги

А.йук

Б.ха

В.бола тугилганидан сунг

С.нотугри

17. Физиологик ҳомиладорликда коагуляцион омиллар томонидан узгаришга олиб келувчи омил

А.ҳаммаси

Б.кон ивувчанлиги ошиши

В.фибриноген ошиши

С.тромбоцитлар адгезиясини ошиши

18. Ҳомиладорларда темир етишмаслиги анемиясида гемотрансфузия билан

даволаш нимага олиб келади

- А.хаммаси
- Б.хомиладорларнинг иммунизацияси
- В.бола ташлаш
- С.хомиланинг улими

19.Гипо ва апластик анемияда қайси синдром кузатилмайди

- А.септико-некротик
- Б.анемик
- В.геморрагик
- С.гепатоспленомегалия

20.Хомиладорликнинг III уч ойлигида аутоиммун гемолитик анемияни даволашда қулланилади

- А.преднизолон
- Б.феррамид
- В.В12
- С.циклофосфан

21.Болаликдан кабзият, икки актли дефекация характерли:

- А.мегаколон учун
- Б.сурункали колит учун
- В.Уиплл касаллиги учун
- С.Крон касаллиги учун

22.Нон ва нон махсулотлари истеъмол қилгандан кейин қорин дам бўлиши, болаликдан кабзият ва диареянинг алмашилиб туриши, ахлатда қуп микдорда парчаланмаган клетчатка ва ёғнинг бўлиши қайси касаллик учун характерли?

- А.целиакия
- Б.сурункали анацид гастрит
- В.12 бармок ичак яра касаллиги
- С.Крон касаллиги

23.Сурункали энтероколитда оғиз бушлиги шиллик қаватида яралар пайдо бўлиши, буйин, қул ва оёқ териларида эритематоз-яралар тошмаларнинг бўлиши сабаби:

- А.пеллагра
- Б.полигландуляретишмовчилик
- В.иккиламчи инфекция
- С.аллергик компонент

24.Ошқозон шиллик қавати париетал ҳужайраларига қарши антителилар олиб келиши мумкин:

- А.аутоиммун гастритга
- Б.хлорид кислота гиперсекрециясига
- В.ошқозон қон томирлари микротромбозига
- С.хеликобактер пилорининг ошқозон деворига утишига

25.Яра касаллиги билан оғрийдиган беморда белбоғсимон оғрик пайдо бўлиши, қонда ва сийдикда амилаза микдорининг ошиши қайси асорат келиб чиққанлигидан қалолат беради?

- А.ошқозон ости безига пенетрация
- Б.қон қетиш
- В.перфорация
- С.малигнизация

26.Иситма, қориннинг қастки қисмида оғрик, ахлатнинг қорайиши, периферик Лимфа тугунларининг қатталашиши, терида оқ пигментация учоклари, диарея, гипохром анемия, ЭҚТ нинг ошиши, оғиз бушлиги ва йугон ичак шиллик қаватларида специфик макрофаглар (Слераки таначалари) топилиши қайси

касаллик учун характерли?

А. Уиплл касаллиги

Б. Крон касаллиги

В. носпецифик яралли колит

С. сурункали энтероколит

27. Кабзият, тенезмлар, коринда кулдираш, вақт-вақти билан тана хароратининг кутарилиши, терида эритематоз тошмалар, кон тахлилларида анемия, ЭЧТ тезлашуви, ахлатда кон ва шилик учраша кайси касалликнинг белгилари?

А. носпецифик яралли колит

Б. Крон касаллиги

В. Уиплл касаллиги

С. ичак тутилиши

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А

Холатий масала

МАСАЛА-1. Бемор Ахмедова К, 57 ешда УАШ куригига куйидаги шикоятлар: кунгил айниши, кушиш, эпигастрал сохадаги санчувчи огрикка, 2 кун илгари ахлатини корайишига, кусук массасида яхши хазм булмаган овкат массаси мавжуд булиши билан мурожаат килмокда.

1. Кайси касаллик хакида гапирилмокда?

2. Даволаш принциплари

3. Хамшира жараенида тактика.

МАСАЛА-2. Каримов У, 63 ешда. Шикояти кунгил айниши, огизда аччик таъм булиши, унг ковурга ейи остида огрик, корин дам булиши, корин кукрак ва орка сохаларда кичишиш булиши. Анамнезидан 6 ойдан куп узини касал хисоблайди.

1. Кайси касаллик хакида гапирилмокда?

2. Даволаш принциплари

3. Хамшира жараенида тактика.

АМАЛИЙ КУНИКМА

Текшириш усуллари: Лаборатор текширишлар утказилганда Грегерсен синамасининг ахамияти катта. Ахлатда яширин коннинг аникланиши, периферик конда ретикулоцитоз ва гемоглобиннинг пасайиши каби курсаткичлар бу хулосани тасдиклайди.

Рентгенологик текшириш. Бу усул хозирги давргача кенг таркалган булиб, гастродуоденал яраларини рентгенда аниклаш 75-85%ни ташкил этади. (Комаров Ф.И, Сальман М.М ва бошка) «токча» аломати асосий рентгенологик белги хисобланиб, бу тугри формали, аник контурли барий массасининг структурасиз депосидир. Унинг атрофида шилик кават бурмалари такаладиган яллигланиш доираси куринади (периульцероз яллигланиш доираси).

Аммо юзаки, чукур булмаган, кон кетаётган яраларни рентгенда аниклаш бирмунча кийин. Меъданинг кучайган моторикаси, бурмалар конвергенцияси, гиперсекреция, махаллий спазм, аъзо деворининг деформацияси, ошкозондан барийли аралашманинг тезлашган эвакуацияси, яра касаллигини аниклашда мухим кушимча белгилар хисобланади.

Эндоскопик ва гистологик текширишлар.

Эгилувчан эндофиброскоп билан утказиладиган эзофагогастродуоденоскопия яра касаллиги ташхисини тасдикловчи ёки инкор этувчи, баъзи холлардан ташкари, энг ишончли

усул булиб колмокда. Бу усул ёрдамида нафакат ярани, балки унинг чандиклашув жараёнини ҳам кузатиш имкони бор. Нишонли биопсия билан шиллик каватли гистологик ва цитологик урганишлар эса тасдиқ аниқлигига кафолат беради. Ярали жараён кузгалишининг эндоскопик куринишлари учун ярали дефект ва шиллик каватнинг яллигланиши характерли хисобланади. Кузиш даврида яра купинча доирасимон, кирралари баланд, тугри аник чизикли куринишида булади. Яра олди шиллик кавати шишган, кизарган, чегараси атрофдаги шиллик каватдаи ажралиб, бирмунча кутарилган булиб, баъзан конаб туради.

Яраларнинг чуқурлиги хар хил, тублари купинча окимтир ёки кулранг саргиш фасад билан копланган.

Яранинг жойлашуви буйича ошкозон яраси (кичик ва катта эгриликда, олдинги ва орка деворида, пилорик субкардиал, фундал кисмларда) ва ун икки бармокли ичак яраси ажратилади. Касалликнинг кузиш даврида янги пайдо булганда, сурункали узок чандикланмаётган яра (30 кун давомида13а ундзн ортик), яранинг чандиклашув даври (яра катталигининг ва чуқурлигининг кичрайиши), гигант яра (диаметри меъдада 30 мм дан, ун икки бармокли ичакда 20 мм дан катта), ичи ва туби калин яра (каллёз яра), ҳамда асоратланган яралар фаркланади.

Ошкозон ширасини текшириш. Ошкозон шира ажратишини урганиш ва шиллик кават безларида структур узгаришлар окибатида кечадиган функционал узгаришларни аниклаш зарур. Бу беморларнинг рационал даволаш тактикасини белгилайди.

Ошкозон ширасининг асосий курсаткичларига ширанинг хажми, кислотаси таркиби, нордон кислота ва пепсин дебити киради. Ошкозон шира ажралишини баҳолашда хазм килишнинг базал фазасида умумий **нс** дебитига эътибор берилади. Бу адашган нервнинг ошкозон шираси ажралишига таъсирини ифодалайди. Гистамин билан максимал кузгатилган **нс** Дебити париетал хужайралар микдорини курсатади.

Яра касаллигида ошкозон шираси ажралишининг курсаткичи яранинг жойлашувига нисбатан фарк килади. Булбар ва пилорик яраларда нордон кислота ишлаб чиқариш базал фазада ҳам, кузгатилган фазада ҳам катта микдорда ошади. Асосан адашган нерв томонидан бошқариладиган базал кислота меъёридан 2-3 марта, кечкурунги кислота ажралиши эса 3-4 марта ошиши кайд килинган. Булбар ва пилорик яраларда ошкозон безлари фаоллигининг ошишида шиллик каватнинг структур узгаришлари билан бирга гиперваготония, гипергастринемиянинг ҳам урни бор.

Ошкозон ярасида кислота ажратиш функцияси турлича булади. Ушбу беморларнинг купчилигида секрециянинг базал ва кузгатилган фазаларида **нс** дебити нормада қолади, айримларда гистамин билан максимал кузгатилганда ошади, баъзиларда эса секрециянинг иккала фазасида ҳам пасайган булади. Гистаминрефрактор ахлоргидриянинг булиши яра касаллиги учун хос эмас

МУСТАКИЛ ИШ МАВЗУСИ

Ахлатни таркибий кисмини макроскопик текшириш.

Нормал ахлатни оддий куз билан текширганда ҳамма вақт овкат колдиклари, айникса хал булмаган усимлик овкат колдиклари куринади. Ахлатни Петри чашкасига кора коғоз устидан куйиб куйидагиларни аникласа булади:

1) Овкат колдиклари гушт булакчаси, бириктирувчи тукима колдиклари, картошка булакчаси, лавлаги, сабзи.

2) ичак деворининг патологик продуктлари: А) шиллик купинча пуфак ноаник шаклида хар хил кататекда лунда-лунда куринишда булади. Ахлат чузилувчан, ёпишкок, айрим холатларда шиллик лентасимон шаклда булади. Б) мукоид тудалар-булакчалар кунгир рангда. Макроскоп остида шиллик асосида куп микдорда бактериялар кузатилади. В) кон. Ахлатда кон аралашмасини ҳамма вақт ҳам аниклаб булмайди, чунки гемоглобинни ичакда куп ушлаб қилиниши гемотинга айланади, шунинг учун ахлат кунгир ёки корамтир рангда булади. Г) йиринг айрим холатларда суюк ёки буткасимон булакчалардан иборат булиб кулранг окимтир рангда булади. (микроскоп остида яхши кузатилади). Д) Тукима

узилмалари дезинтерия язваги процессларда ҳамда ёмон сифатли усмаларда кузатилади. (цитологияга олиниб текширилади).

3) паразитар куртлар. Острица, аскаридалар, лентали куртлар оддий куз билан куриш мумкин.

4) ут ва ичак тошлари (конкрементлар). Ахлатда ут тошлари, ошкозон ости без тошлари ва ичак тошлари топилиб турилади. Буларни оддий куз билан курса булади.

Ахлат массасини химик усули билан текшириш.

Айрим касалликларда (язваги процесслар, ёмон сифатли усмалар) ахлатда булган кон яширин купинча макро ва микроскопик текширишларда аниклаб булмаганда уни химик реакция оркали аникласа булади.

1. Ахлатни текширишдан олдин, бемор бир неча кун тегишли пархезда (диета) булади. Бемор гушт, балик, тухум, дори махсулотларини истеъмол қилмаслиги маслаҳат берилади. Бензитин реакцияси Грегерсен бўйича купрок қулланиладиган метод ҳисобланади. Оксидловчи бария оксидланувчи-бензидин ҳисобланади. Ундан кейин ҳар қайсиси 0,1 г перекис барий билан аралаштирилади.

Қушилган парошокни синамадан олдин 5 мл 50% уксус кислотаси билан аралаштирилади. Эритма сакланиб турилганда тез фурсатда қораяди.

Синамани утказилиши. Ахлатни қалин Катлам билан предмет стеклосига суркалади, ок фондга қушиб 2-4 реактив томчи томизиб, агар яширин кон булганда 1-2 минутдан кейин Қук ёки яшил ранг ҳосил булади.

Пирамидон билан реакция. Ахлатни 10 марта сувда эритадилар; кейин пробиркага бир хил миқдорда аралаштирилган ахлат ва 5% пирамидон 90⁰С алкоғолда устига 10-12 томчи 30% уксус кислота ва бир неча томчи яъни тайёрланган 3% перекис водород томизилади. Ахлатда қуп кон булса уша вақтда ахлатда кон қам булса, рангланиш бир неча вақтдан кейин содир булади.

Экссудатлар ва трансудатлар. Бушликларда тупланган суюқликлар 3 гуруҳга бўлинади. А) суюқлик яллиғланиш туфайли пайдо булган – экссудатлар;

Б) суюқлик механик таъсирида ва кон айланиш бузилишидан қелиб қиккан-трансудатлар;

В) кистолар туфайли ҳосил булган суюқлик (ретенцион, паразита рва бошқалар). Материални олиниши. Текшириш учун материал, синама пункцияси ёки қесиш оркали бажарилади. Олинган суюқлик дарҳол олингандан кейин текширишга юборилади.

Суюқликни физико-химиявий текшириш.

1. Ранги ва тиниклиги. Трансудатлар ва серозли экссудатлар қариб тиник лимон-сарик рангда. Қолган экссудат хиллари лойқа, ранги ҳар хил.

2. Нисбий зичлиги-ҳажми қичик урометр билан аникланади. Трансудат нисбий зичлиги 1,002 дан то 1,015 гача узғарувчан. Эксудатнинг нисбий зичлиги 1,018 дан қаланд. Ҳар хил бушликлардаги трансудатнинг нисбий зичлиги бир хил эмас. Плевра бушлигидаги трансудатнинг нисбий зичлиги 1,008 дан то 1,015 гача, асцитик суюқликда – 1,012 ёки 1,012 олдида, қалла бушлигида – 1,008 га яқин.

3. Оксил – трансудатдаги оксил 0,05 дан 2,5 гача. Эксудатларда оксил 3% уртача 3 марта трансудатдан қаланд. Глобулинни альбуминга нисбати, трансудатда-1:2,5-1:4, эксудатларда 1:0,5-1:2.

4. Ривольт синамаси. Бу синама трансудат ва эксудатларни қиёслаш учун тадбиқ этилган. Цилиндрга қучсиз тайёрланган икки томчи музлатилган уксус кислотаси 200 мл сувда ва шунга текшириладиган томчи суюқлиги қуйилади. Тушаётган экссудат томқиси (пробиркада) идишда лойқаланиш ёки папирос тутуни шаклидаги узғариш булади. Агар суюқлик трансудат булса, лойқа-хираланиш булмайди ёки ниҳоят қам ифодаланган узғариш

булиши мумкин. синаманинг сабаби муцинга ухшаш восита борлиги–серозомуцин борлиги сабабли.

	Транссудат	Эксудат
Нисбий зичлиги	1,002-1005 (уртача 1,013).транссудат усмаларда 1018-1,0ц	1,018 уртача 1,022 атрофида кузатилади
Оксил	Ривольт синамаси манфий	Ривольт синамаси ижобий. Оксил 3% дан юкори
Цитология	Лизотелиал хужайралар, эритроцитлар, айрим холатда лимфоцитлар, эозинофилл кайта проколдан кейин.	Уткир инфекцияда полинукляр нейтрофиллар. Сурункали инфекцияда кичик лимфоцитлар, эозинофиллар кайт проколдан кейин
Бактериология	Одатда стерил. Тоза	Суртмаларда ва экишдан кейин-пневмококк, стрептококк, туберкулезда микобактериялар
Комплементнинг узвий реакцияси	Сифилисда ижобий	Ижобий сифилисда, эхинококкозда, ганорейда

Хужайра элементлари

1. Лейкоцитлар эксудатда асосий хужайра элементларини ташкил килади. Бу ерда биз конда булган хар хил лейкоцитларни курамиз.

А) нейтрофиллар яхши сакланиб дегенерация белгилари билан сегмент билан ядро уртасидаги богланиш бузилишини курамиз. (псевдолимфоцитлар ёки пикнотик тельца кузатилади. Яхши сакланган нейтрофиллар проплазмада фагоцитозланган микроорганизмлар кузатилади.

Б) лимфоцитлар-купинча касалликни 1,5 ёки 2 хафтадан кейин пайдо булади. Туберкулез касаллигида касалликни авжида лимфоцитлар бошка элементлардан купрок баланд булади. Кичик лимфоцитлар билан биргаликда эксудатда йирик лимфоцит хужайралар кузатилади.

В) Эозинофиллар айрим вақтда нихоят куп микдорда кузатилади.

Г) Моноцитлар ҳамма вақт типик шаклга эга эмас. Транссудат ва эксудатларда хар хил этиологияли холатларда учрайди.

Д) плазматик хужайралар чузилувчан туберкулез плевритларда ҳамда жарохатланган геморрагик эксудатларда резорбция даврида кузатилади.

Е) Макрофаглар вакуолашган катта хужайралар узунчок ядро билан, хроматинга бой. Катта узуксимон хужайралар рак касаллигига хос, айрим авторлар таъкидлаши буйича (Е.М.Кендзова ва М.Г.Абрамова) айрим плевра яллигланиш касалликларида хос узуксимон хужайралар учрайди. Макрофаглар плевра бушлигига кон куйилишда йирингли туберкулез эксудатларда ва усма эксудатларида ҳам учрайди.

3. Лизотелия – нихоят йирик хужайралар (25-30м диаметра). Протоплазмали базофилли ядроси доирасимон, кам холатда овел шаклида. Ахолатларда куп ядроли шакли кузатилади. Транссудатларда – юрак порокларида ва буйрак касалликларида, лизотемия хужайралари бошқаларига нисбатан куп борлиги аникланади. Лизотемия хужайраларининг кузатилиши усимли (рак) эксудатидан дарак беради. Туберкулез касаллигида лизотемия хужайралари куп учрамайди.

4. Усмасимон хужайралар – йирик, айрим холатда гигант хужайрали Березовск-Штеренберг (размер 32, максимал-70080 м), 1-2 та ядролари мавжуд. Ядро шакли овел ёки

нотугри ядросидир. 1-2 йирик ядрочалар, бундай хужайраларнинг кузатилиши лимфагранулематоз касаллигига хос.

5. Нохужайра элиментар-эксудатларда кузатилади, шиллик ва холестерин кристаллари кузатилади.

Бактериологик текширишлар

Одатда курук фиксация килинган рангланган препаратларни грам, Циль-Нилсон методи билан текширилади. Туберкулез таёкчаларини серозли эксудатда аниклаш учун узок (центригуг) центрифуглаш кулланилади, ёки флотация йули билан аникланади.

Флотация йули. 1. 250 мл хажмдаги идишга тенг микдорда 05% Na ишкори ёки K ишкори кушилади, 5-10 мин гомоген массага айланганигача аралаштирилади. 2. Гомоген балгамга-100 мл дистилланган сув кушилади ва 0,5-1,0 мл бензин ёки ксилол 10-15 мин аралаштирилади, кейин 100 мл дистиллашган сув кушилади идишни саклайдилар то идиш огзида каймоксимон суюклик пайдо булганча-флотацион, кальцо (одатда 30-35 минутда пайдо булади).

3. Ундан кейин Пастер пипетки билан пайдо булган кальцони 2 та предмет стеклога утказадилар, олдинган тайёрланган катта стеклога сув хамом харорати 60-65⁰ С. ишлатилган стекло (шиша) янги булиб хром аралашмаси билан ишлов берилган булиши керак, ёки серная кислота билан ёки курук иссиклик билан 200⁰С. 4. мазок (суртма)ни фуксинцил билан сув хамимеда ранглайдилар. 10 минут давомиди, кейин водопровод сувига ювадилар стеклони 3% соленый кислота эритмаси рангсизлантирилади спиртда 2-4 минут Яна сувда ювилади, кушимча ранглаш 025% пикрин кислота эритмасида давом эттирилади-хавода вертикал холатда курилади ва микроскоп остида курилади. Агар бир-икки бактериялар топилса, ундан кейин колган материал флотациядан утказилади.

АДАБИЁТЛАР

9. Сборник международной конф. Сестринское образование. Ташкент 2001 й.
10. Менджерицкий И.М.Справочник мед.сестры. 1999 й
11. Фелипова А.И.Сестринское дело в терапии. 2000й
12. Греднев А.Н.Основы общего ухода за больными. Мед.1991 й.
13. Гнездилов А.В.Терминальные состояния и паллиативная терапия. Санк-Питербург изд. Гиппократ. 1997г.
14. Никитин Ю.П.Все по уходу за больными в больнице и дома. 1999 й.
15. Денисов И.Н.Практическое руководство для врачей общей семейной практики. 2001г
16. Сестринское дело в гериатрии. Высшее образоавнии. Ростов на-Дону 2006.

Электрон адабиётлар:

1 Краснов А.Ф. Сестринское дело.. 2000 й 1-2 том.

- <http://zivonet.zn.uz>
- <http://www.medline.uz>
- <http://www.mednavigator.com.ua>
- <http://www.karelia.ru>
- <http://www.simhos.ru>

2013 йил 7 мартда босишга рухсат этилди.

Қоғоз бичими А4. Офсет қоғози.

Адади 100 нусха. Буюртма № 32

СамДЧТИ нашр-матбаа марказида чоп этилди.

Манзил: Самарқанд шаҳар, Бўстонсарой кўчаси, 93 уй.