

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

ГЕРОНТОЛОГИЯДА ХАМШИРАЛИК ИШИ

фани буйича укув-услубий кулланма

II қисм

Самарканд 2012 йил

Тузувчилар:

Тоиров Э.С.-1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси мудири,
тиббиёт фанлари доктори, доцент,
Абдуллаева Д.Н. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Ташинова Л.Х. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Абдушукурова К.Р. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Ахмедов И.А. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Хамроева Н.А. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Шарипова З.Ш. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти
Вафоева Н.А. - 1-УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ассистенти

Мазкур укув услубий кулланма "Олий хамширалик иши" йуналиши учун 2011
йилда тавсия этилган укув 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

**Укув-услубий курсатма Самарканд давлат тиббиёт инситути Марказий
илмий укув услубий кенгашида мухокама килинган
2012 йил 24 декабрь №4 баённома**

МИУК раиси, доцент



З.Б.Курбаниязов

**Укув-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. Кекса ва қари ёшдаги беморлар гепато-билиар тизимининг ўзига хос анатомик–физиологик хусусиятлари ва гепато-билиар тизими касалликларида ҳамширалик иши. (Асс.Абдушукурова К.Р.)	4
Мавзу-2. Кекса ва қари ёшдаги беморларда жигар паренхимасининг уткир ва сурункали яллиғланиш касалликларида ҳамширалик иши. (Асс. Шарипова З.Ш.)	22
Мавзу-3. Кекса ва қария ёшдаги беморлар сийдик ажратиш тизими касалликларида ҳамширалик иши. (Асс.Вафоева Н.А.)	32
Мавзу-4. Кекса ёшдаги беморлар эндокрин касалликларида ҳамширалик иши. (Асс. Абдуллаева Д.Н.)	42
Мавзу-5. Кекса ва қарияларда учрайдиган климактерик синдромлар. Простата беzi, сут беzi раки, бачадон раки. (Асс.Вафоева Н.А.)	58
Мавзу-6. Кекса ва қарияларда анемия синдромини учраш сабаблари. (Асс. Ахмедов И.А.)	65
Мавзу-7. Кекса ва қарияларда бўғим синдроми намоён бўлганда олий ҳамшира иши. (т.ф.д.,доц. Тоиров Э.С)	80
Мавзу-8. Герофармакотерапиянинг асосий принциплари. (Асс.Хамроева Н.А.)	93
Мавзу-9. Гериатрияда терминал ҳолат кузатилганда ҳамширалар иши. (Асс. Хамроева Н.А.)	105
Мавзу-10. Полиатив ёрдам турлари. Беморлар парваришидаги асосий принциплар. (Асс. Л.Х.Ташинова)	125

Фойдаланилган адабиётлар ҳар бир мавзунинг охирида келтирилган

Мавзу-1. Кекса ва қари ёшдаги беморлар гепато-билиар тизимининг ўзига хос анатомик–физиологик хусусиятлари ва гепато-билиар тизими касалликларида ҳамширалик иши
(Асс.Абдушукурова К.Р.)

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг мақсади: Талабаларга реал шароитда кекса ва қари кишиларда гепатобиллиар тизим касалликларида ҳамширалар ишини, беморни парвариш қилиш йулларини танлашда тиббий ёрдамни амалда куллашни ургатиши, 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 қуникмаларини ҳосил қилиш;
- гепатобилиар тизим касалликларини аниқлаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий қуникмаларини ривожлантириш;
- касаллик патофизиологияси ва клиник кўриниши урганиш;
- кексаларда жигар ва ут ҳалта касалликлари бўйича амалий қуникмалар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва қари беморларни парваришлаш бўйича олган билимларини мустаҳкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- гепатобилиар тизим касалликлари ҳақида тушунча, патофизиологияси ва клиник кўринишини;
- асцит ва шиш келиб чиқиш механизмини;
- жигар касалликларида кекса беморларни парваришлаш принципларини;
- дори моддаларини, уларни кулланиш вақти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

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

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



НАЗАРИЙ КИСМ

*"Шифокор доимо хизматга тайёр туриши,
тажрибали ва виждонан пок бўлиши зарур.
Аммо у зинҳор ялков ва очкуз бўлмасин..."*

Хўжа Копили.

Кекса ва қария ёшдаги беморлар гепато-билиар тизимининг ўзига хос анатомик–физиологик хусусиятлари ва гепато-билиар тизими касалликларида ҳамширалик иши.

Қария ва кексаларда ҳазм аъзолари фаолиятида қаришга тааллуқли бўлган ўзгаришлар кузатилади. Ўт пуфаги мускул қаватининг тонуси пасайиб унинг ҳажми катталашади, қисқариши сусаяди ва ўтнинг димланиб қолишига сабаб бўлади. Бу ҳолат кексаларда ўт-тош касаллигини ривожлантиради.

Меъда ости безининг атрофияси оқибатида ациноз ҳужайралар камайиб, улар ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди, ациноз ҳужайрадаги секретор гранулаларнинг панкреатин ширасини ишлаб чиқариши камаяди. Меъда ости безининг оролчаларидаги В-ҳужайраларнинг камайиб кетиши кексалар қонида глюкоза микдорининг ортиқроқ бўлишига сабаб бўлади. Меъда ости безининг экскретор функцияси пасаяди. Жигар массаси камаяди, дезинтоксикацион функцияси пасаяди.

Жигар-инсон организмнинг ҳаётий зарур органларидан биридир. Инсон организми аъзолари ҳақида суҳбатимизни жигар ҳақида ҳикоя қилишимиз бежизга эмас. Чунки бу орган инсон организмда жуда куп муҳим вазифаларни бажаради. Айрим одамлар жигарнинг организмнинг нормал фаолиятидаги урни нақадар катта эканлигини ҳатто тасаввур ҳам қила олмайдилар.

Жигар бу қорин бушлигида диафрагманинг тагида унғ қовурга ёйи ва қисман чап қовурга ёйи пастида жойлашган

капсулага уралган, ҳажми, массаси энг катта органлардан бири унғ массаси одамнинг массасининг 3%ни ташкил қилиб ёйи катта одамларда 1700 граммгача боради. Жигар узининг бажарадиган вазифалари сони ва турли туманлиги билан ҳар қандай органни орқада қолдиради. Бу вазифалар: зарарсизлантириш, ут суюқлиги ишлаб чиқариш, оксиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, микроэлементлар алмашинувида, қон таркибий қисмлари, биоген аминлар, гормонлар синтезида қатнашиш қаби яна қуплаб жараёнлар. Жигар организмнинг "биокимёвий лаборатория"си деб қаралади. Бундан ташқари жигар узида катта микдорда қон захирасини ушлаб туради ва организм қутилмаганда қуп қон йукотганда қушимча қон манбаи бўлиб хизмат қилади.

Жигарнинг қон билан таъминланиш тизимида бошқа органлардан катта фарқ қиладиган жуда муҳим жиҳати бор, у ҳам бўлса жигарнинг икки йуналишда қон билан таъминланишидир. Яъни жигар уз артерияси орқали қон олишидан ташқари дарвоза венаси орқали ҳам қон қабул қилади. Бу вена орқали жигарга қорин бушлигининг ток органлари яъни ошқозон ости бези, ошқозон, ичаклар, талокдан қон келади. Бу жиҳатнинг муҳимлиги шундаки одам уз умри давомида қачон ва қандай вақтда огиз орқали қабул қилинган маҳсулотлар масалан овқат, дори, ичимликлар ва бошқа моддалар ошқозон, ичакларда сурилиб ҳаммаси 100% биринчи бўлиб жигар орқали утади. Демакки агар истеъмол қилинган озик моддалар сифатсиз бўлса албатта бу жигар учун ортикча зуриқишга олиб келади. Энди спиртли ичимликлар, дори препаратлари ҳақида ҳаммаси тушунарли бўлса керак, бу моддалар ҳам жигарга жуда катта ҳажмдаги иш юклайди чунки улар жигарда парчаланади ва организмдан чиқариб юборилади, ҳатто врач қурсатмасига биноан қабул қилинган аниқ мақсад билан қулланган дорилар ҳам. Шунинг учун жигарида қандайдир касаллиги бўлганлар ҳар қандай дорини қабул қилишдан олдин унғ жигарга қанчалик таъсир

килишини аниқлаб олиш зарур. Билмасдан ёки касддан захарли моддалар қабул қилиш натижасида эса биринчи ва энг оғир зарбани узига жигар қабул қилади.

Жигарнинг касалликларидан купинча жигар циррозлари, гепатитлар, жигар эхинококкози, раки учраб туради.

Жигар касалликларида бемор узини касаллигини узок вақтгача сезмасдан юриши мумкин, чунки бу касалликлар купинча фақат ҳолсизлик, тери қичишиши, иштаҳанинг пасайиши, озиш, бурун қонаши каби белгилар билан бошланиши мумкин. Фақат кейинги даврларда тери ва қуз саргайиши, қоринда суюқлик тупланиши ва бошқа яққол белгилар қушилиши мумкин.

Утнинг ҳосил бўлиши—бу секретор ва шу билан биргаликда экскретор жараён бўлиб ҳисобланади. У тухтовсиз чиқиб туради. Катталарда суткалик миқдори 10-15 мл/кг оғирликка тугри келади.

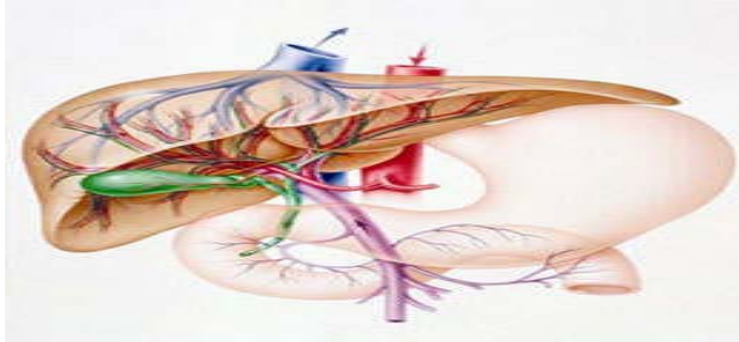
Ут чиқиш механизми 3 фазага бўлинади.

1. Жигар ҳужайралари томонидан утнинг баъзи бир айрим ингредиентлари чиқиши (ут кислотаси, холестерин)
2. Қонда капелляр мембраналар орқали баъзи моддалар филтрланиб утга утиши
3. Ут капиллярлари бошқа моддаларнинг қайта сурилиши.

Ут жигар йулларида қисман 12 бармоқ ичакка, қисман ут пуфагига тушади. Ут пуфаги—умумий ут миқдорини бошқариб турувчи депо бўлиб ҳисобланади. унда сув тез сурилиши муносабати билан утнинг концентрацияси—10 марта ортади. Ут пуфагини концентратив функциясидан ташқари, ут чиқариш функциясига эга, шунинг учун ҳар ир овқатланиш жараёнида ичакка ут чиқиб беради. Овқатланиш жараёнида утнинг ажралиши туфайли ут пуфагининг девори интенсив қисқариб туради.

Бу эса Гейстер ҳалқаси ва Одди сфинктери қаршилигини йукотиб туришига имкон беради. /пуфак бўйин қисми, 12 б. Ичакнинг умумий ут йулига қушиладиган жойи/. Ут кислотаси таркибида амила-протеолитик ферментлар, В,А,С витаминлар, шиллик қуп миқдорда бўлади. Утнинг ранги билирубин ва биливердинга боглик. Овқатланиш жараёнида сайёра нерви. Ут чиқаришни тезлаштиради. Меъда механик рецепторини қузғайди. Сфинктер бушашиб, ут пуфаги қисқарганда ут ичакка тушади. /Бу жараёни сайёра нерви бошқаради/. Н.ВАГУСнинг бушроқ қузғалиш ут пуфагини қисқартиради ва Одди сфинтер очилади, н.Вагус.бушашганда ёки симпатик иннервацияси тонуси ортса пуфак бушашади.

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



Клиник кўриниши:

Ўнг қовурға остида, баъзан эпигастрал соҳада бир неча соатлар давом этадиган оғриқлар. Оғриқлар ёғли ва қовурилган овқатлар, тухум, совуқ газли сувлар, пиво, ўткир маҳсулотлар истеъмол қилинганда бошланади ва қучаяди. Айрим ҳолларда оғриқлар қўнғил айланиши, кекириш, қорин дам бўлиши, тана ҳароратининг қўтарилиши, қорин юқори қисмларида доимий бўлиб

турувчи оғирлик ҳисси билан кечади. Объектив кўрувда: ўт пуфаги проекциясида оғрик, айникса, нафас олганда Мерфи симптоми.

Лаборатор ва инструментал текширувлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қондаги холестерин, амилаза, қанд, қон гурухи ва Rh-фактор, копрограмма дуоденал сокни бактериологик, цитологик ва биохимик текшириш, қондаги билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГТП, қон умумий оксигени ва оксид фракциялари, қон зардобдаги С-реактив протеин. УТТ- жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, дуоденал зондлаш, эзофагогастродуоденоскопия, кўкрак қафасининг рентген текшируви.

Даволаш:

Антибактериал даво: ципрофлоксацин 500-750 мг дан қунига 2 маҳал 10 кун мобайнида ёки доксициклин ичишга ёки венага томчилатиб қуйилади қунига 200 мг гача, кейин касалликнинг оғирлигига боғлиқ ҳолда қунига 100-200 мг дан 10-15 кун берилади. Эритромицин ичишга овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2-3 соатдан кейин, қабул қилиш дозаси 400-600 мг дан, кейин 200-400 мг дан ҳар 6 соатда 7-14 кун давомида инфекциянинг оғирлигига боғлиқ.

Хуруж даврида симптоматик даво: Спазмолитик препаратлар (керак бўлганда анальгетиклар билан бирга) оғрик синдроми йўқолгунча тавсия қилинади: бускопан 2% ли эритма-1,0 мл м/о суткасига 3-4 марта, ёки но-шпа 2% ли эритма-2,0 мл м/о суткасига 3-4 маҳал, ёки метацин 1% ли эритма-2,0 мл м/о суткасига 3-4 маҳал, ёки папаверин 2% ли эритма-2,0 мл м/о суткасига 3-4 марта. Дезинтоксикацион даво: полидез 200-400 мл в/и томчилаб 3-4 кун.

Ошқозон ва 12 бармок ичак фаолиятини меъёрлаштиришга йўналтирилган даво: маалокс, ёки фосфалюгель, ёки гастерин гель, ёки бошқа антацид препаратлар 1 дозадан овқатдан 1,5-2 соат ўтгандан сўнг қабул қилинади. Дигестал, ёки фестал, ёки креон, ёки мезим форте, ёки бошқа полифермент препаратлар овқат вақтида 1-2 дозадан қабул қилинади.

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

Овқатланиш тартибини ўзгартириш бўйича тавсиялар: ёғли ва қовурилган таомлар, алкоголь ичимликлари, шунингдек, пиво, газлаштирилган ва совутилган ичимликлар, ўткир тамаддиларни ман этиш; оз-оздан, тез-тез овқатланиш (суткасига 4-5 марта), овқат маҳсулотларини қайнатиш ёки буғда тайёрлаш ва илиқ ҳолда истеъмол қилиш; шунингдек сабзавот ва ёрмали маҳсулотларни газ печида тайёрлаб истеъмол қилиш мумкин.

Ўт-тош касаллиги – гепато-билиар тизим касаллиги ҳисобланиб, билирубин ва холестерин алмашувининг бузилиши натижаси бўлиб, ўт пуфагида ва ўт йўлларида тош ҳосил бўлиши билан характерланади. Семириб кетиш жигар фаолиятига салбий таъсир курсатади. Семиз ва кекса ёшдаги одамларда ўт суюклиги ишлаб чиқарилиши бузилади. Ўт таркибида холестерин купаяди, ўт кислоталари эса пасаяди. Бунинг натижасида ўт йўлларида тош ҳосил булади. Тош ҳосил булишининг яна бир сабаби семиз одамда қоринда ёғ қопи булиши натижасида ўт қопи юқорига қисилиб узининг ўт суюқлигини ҳайдаш учун қисқаришини амалга ошириши қийин булади, ўт суюқлиги ўт қопида туриб қолиб қуюқлашади ва тошга айланади. Ўнг қовурга ёйи соҳасида оғирлик, оғрик сезиш, қунгил айнаш, оғизда аччиқ таъм булиши, кекириш каби белгилар бу жараён бошланганини билдириши мумкин. Статистика бўйича семиз одамларда озгинларга қараганда 2-3 марта ўт тош касаллиги қоп учрайди.

Клиник кўриниши:

Беморларда ўнг қовурга остида, эпигастрал соҳада ва қўпинча ўнг қуракка иррадиацияланувчи, рецидивланувчи оғриклар. Оғрик пайдо бўлиши қўпинча ёғли овқат егандан кейин бошланади. Калькулёз холециститда оғриклар ҳаракатдан кейин қучаяди. Қорин дам бўлиши, газларнинг қўплаб чиқиши, ўт пуфаги проекциясида таранглик ва пальпацияда оғрик қузатилади. Пальпатор жигар қатталашини қўпинча қолангитда учрайди.

Лаборатор ва инструментал текширувлар:

Қон ва сийдик таҳлили, қондаги холестерин, амилаза, қанд миқдори, копрограмма, қон гурухи ва резус фактори, дуоденал сокни бактериологик текширув, умумий билирубин ва унинг

фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, умумий оксил ва оксил фракциялари, С-реактив оксил. Инструментал: корин бўшлиғи рентгенографияси, УТТ- жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши ва талоқ; эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (кўрсатмалар бўйича), электрокардиография.

Даволаш: Касаллик диагнозига боғлиқ ҳолда белгиланади, яъни консерватив ёки оператив даво тавсия этилади.

Ут йуллари дискнезияси—ут йуллари ва ут пуфаги моторикасининг функционал бузилиши бўлиб, Сфинктернинг кискариши билан бушашиши тугри келмаса ёки уларнинг тез кискариши натижасида келиб чиқади.

Этиологияси ва патогенези.

Ут чиқариш системаси касалликлари бирламчи ва иккиламчи бўлади. Ут йулларининг бирламчи дискнезияси асосида нейрогуморал бошқариш механизмлари бузилиши натижасида ут чиқариш системасининг функционал издан чиқиши ётади. Уларга купича вирус гепатити, ҳар хил интоксикациялар, умумий аллергозлар, эндокрин— гуморал бузилишлар сабаб бўлади.

Иккиламчи дискнезия—Висцеро-висцерал рефлекслар тури бўйича рефлексор /б-ди, муъда—ичак касалликлари/ вирусли гепатит, дизентерия, тиф, сальмонеллез ва бошқалар / натижасида вужудга келади.

Клиникада дискнезиялар 2 хил формада бўлади:

1. Гипертоник дискнезия—Одди сфинктери спазми ва ут пуфагшининг тонуси кутарилганда вужудга келади.

2. Гипотоник дискнезияси—ут йуллари тонуси сусайганда вужудга келади. Бу формада /шаклдаги/ дискнезия купрок учрайди.

Гипертоник дискнезияси фазасининг асосий симптомлари корин соҳасида огрик хуружсимон характерга эга бўлади. /тулгосимон, санчиб/. Огрик киска муддат бўлиб, салбий эмоция, жисмоний кучанишга боғлиқ бўлади. Хуружлар пайтида кунгил айнаш, кайт килиш, унг ковурагалар тагида огирлик хис килинади. Хуружлар тухтаганда бола шикоят килмайди.

Гипотоник дискнезияси—да огрик доимий суст бўлиб, баъзан огрик кучайиши мумкин. Огрик иммилаган, эзилган бўлади. Жигар ва ут пуфаги соҳасини пайпаслаб курилганда огрик кучаяди. Кунгил айнайди, огиздан аччик сув келади, иштаха сусаяди, баъзан кайт килинади. Агар ут пуфаги кучли атонияга учраган бўлса, уни пайпаслаганда ушлаш мумкин.

Диагнози да 12 бармок ичакни зондлаш усули билан текшириш катта аҳамиятга эга. Зондлаш олинган ширани физик ва бактериологик текширилади. Дуоденал зондлаш пайтида утни ут чиқаришни стимуллаш учун 25-30% магний сульфатдан, 40% ксилит, 40% глюкозадан фойдаланиш мумкин.ин, атропин, гистаминларни юборилади.

Дуоденал зондлашда 3 порция шира олинади, А,В,С

А. Порция 12 бармок ичак шираси, ут, меъда ва меъда ости безининг шираси бўлади. Соғлом болаларда бу порциядаги шира оч сарик рангда тиник бўлади.

В. порциясида тиник куюк, тук жигарранг шира ажралади. Унинг ҳажми 15-40 мл, солиштирма огирлиги 1.026-1.048 бу тиник ут.

С.порцияси жигар ути бўлиб, оч сарик тилла рангда бўлади, солиштирма огирлиги — 1.010.

Гипертоник формадаги дискнезияда А порцияда ут чиқмайди /Люткен Мортин сфинктери спазмида бўлади, чунки ут пуфагининг ут пуфагининг ут йуллигаутиш жойида шиш бўлади.

В порцияда оз ҳажмда секин томчилаб чиқади. Баъзан спазмолитиклар куллашга тугри келади. Агар сфинктер Одди тонуси паст бўлса /гипетоник дискнезияда/12 бармок ичакка зонд утиши билан дархол ут чиқади, уни А,В,С порцияларга ажратиш кийин.

Дискнезия формаларини аниқлашда рентгенологик текшириш ҳам аҳамиятга эга.

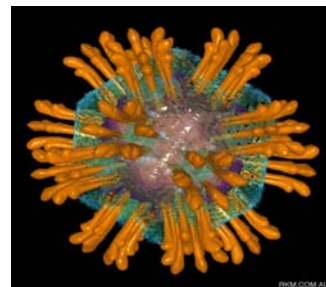
Сурункали панкреатит—ошқозон ости безининг прогрессивланувчи касаллиги бўлиб, хуруж даврида ўткир яллиғланиш жараёни белгиларининг пайдо бўлиши ва аъзо паренхимасининг бириктирувчи тўқима билан аста-секин алмашилиб бориши ҳамда безнинг экзо ва эндокрин функцияси етишмовчилиги ривожланиши билан характерланади.

Клиник кўриниши:

Клиникада обструктив, кальцификацияланувчи, паренхиматоз сурункали панкреатитлар ажратилади.

Беморларда эпигастрал соҳада ва чап қовурға остида оғриқлар, баъзи беморларда қорин дам бўлиши ва ич келишининг бузилиши кузатилади. Оғриқ кўпинча белга берилади, овқат еганда кучайиб кислоталарга қарши препаратлар (антацидлар, гистамин, H₂-рецепторлари блокаторлари ва протон помпа ингибиторлари), ферментлар қабул қилганда камаяди.

Беморлар текширилганда озиш билан бирга кўкрак, қорин соҳасидаги терида думалоқ “қизил томчилар” кўринади, тери қуруқлиги, глоссит, стоматит кузатилади. Қоринни пальпация қилганда эпигастрал соҳада ва чап қовурға остида оғриқ ва ичакларда дам. Мейо-Робсон симптоми аниқланади (чап қовурға- умуртқа бурчагида оғриқ. Баъзан қаттиқлашган ва шишган ошқозон ости безини пальпация қилиш мумкин.



Лаборатор ва инструментал текширувлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, копрограмма, умумий билирубин ва фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қондаги амилаза ва липаза, қондаги қанд, қондаги кальций, умумий оксил ва уни фракциялари, қондаги қанд эгрилиги.

Инструментал: қорин бўшлиғининг умумий рентген тасвири, УТТ қорин бўшлиғи органлари (комплекс), эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, ошқозон ости бези УТТ (даволашдан олдин ва кейин).

Хуружнинг биринчи уч кунда очлик, кўрсатмалар бўйича парентерал овқатлантириш. Дуоденостазда- ингичка зонд ёрдамида нордон ошқозон таркибини узлуксиз аспирациялаш (тозалаш), ҳар 8 соатда ранитидин (200мг) ёки (20га) вена ичига; ичишга-гель кўринишда буферли антацидлар (маалокс, ремегель, фосфалюгель, гастерин гель) ҳар 2-3 соатда; в/и полиглюкин 400мл кунига, гемодез 400мл, альбумин 10%-100мл, 5-10% ли-500мл глюкоза эритмаси кунига. Оғриқ синдроми йўқолмаса-2мл 50% анальгин эритмаси, 2мл 2% папаверин эритмаси ёки 5мл баралгин парентерал ёки соматостатиннинг синтетик аналогиси-сандостатин (50-100мкг 2 маҳал кунига тери остига), ёки лидокаин вена ичига томчилатиб (400мг препарат 100мл натрий хлорид изотоник эритмасида) буюрилади.

Кучли оғриқ синдроми йўқолгандан кейин даволашнинг 4-кунидан:

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

Сурункали гепатит—жигар хужайраларидаги яллиғланиш-дистрофик ўзгаришлар билан характерланади. Кексалардаги сурункали гепатит ёшликда орттирган касаллиги оқибатида келиб чиққан бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши:

Кексаларда сурункали актив гепатит оғирроқ кечади. Уларда дармонсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниши, мудроқ босиши, бадан сарғайиши, асцит

пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Бунда жигар катталашиши, баъзан, талоқ катталашиши кузатилади.

Сурункали гепатит билан оғриган беморларда, касалликни фаол даврида умумий оқсил миқдори камаяди, сулема ва тимол синамалари мусбат бўлади, умумий билирубин, липидлар ва ферментлар АлАТ ва АсАТ миқдори ошган бўлади.

Даволаш:

Сурункали гепатитни даволашда парҳезга катта эътибор бериш керак. Ёғлар чекланиб, оқсилга бой, калорияли, осон ҳазм бўладиган овқатлар тайинланади. Даволашда липотроп воситалар, витаминотерапия, ўт ҳайдовчи қайнатмалар, спазмолитиклар, минерал сувлар буюрилади.

Сурункали актив гепатитда агарда кўрсатма бўлса, кортикостероидларни қўллаш мумкин. Беморларга санаторий ва курортларда даволаниш, ҳамда дам олиш тавсия этилади.

Жигар циррози—(ЖЦ) фиброз ривожланиши ва паренхиматоз тугунлар пайдо бўлиши ҳисобига аъзо структурасининг бузилиши билан характерланади. Гериатрик беморларда жигар циррози кўп учрайди. Жигар циррози кўпинча сурункали гепатитнинг оқибатидир. Жигар циррози алкоголизм, захарланиш, инфекцион касалликлар, қандли диабет, оқибатида ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши:

Беморларда кучли ҳолсизлик, тез чарчаш, иш кобилиятининг пасайиши (астеник синдром), бурундан қон келиши, милклардан қон келиши (геморрагик синдром), иштаҳанинг пасайиши, қорин шишиши ва катталашиши, ич келишининг бузилиши (диспептик синдром), қорин ўнг қисмида ўткир бўлмаган оғриқ, терида қичишиш, тана хароратини ошиши, озиб кетиши кузатилади.

Жигар циррози учун «жигар стигматлари» (белгилари) хос:

- томир юлдузчалари (ургимчаклари)—уларнинг улчами тугногич бошчасидан то 0,5-1 см гача булади, аксарияти гавданинг юкори қисмида—буйин, юз, елка, панжа, орқада, камрок — бурун, огиз, халкум шиллик пардаларида, гавданинг куйи ярмида пайдо булади;
- «кип-кизил» лаблар ва ёнок соҳасида эритема—одатда лаблар кизил, ялтирок, огиз шиллик пардаси кизил, тил «жигарнамо», ялтирок ва малина рангида;
- Палмар эритема («жигар кафтлари»)-(оёк панжасида камрок)-кафтлар эритемаси— кафтлар тиник кизил буялган бўлиб, одатда илик;
- гормонал бузилишлар: эркаларда-гинекомастия, жинсий ожизлик, мояклар атрофияси, аёлларда-аменорея, тугмаслик сингари эндокрин бузилишлар белгилари? инфантилизм;
- ксантоматоз (саргиш—жигарранг) пилакчалар—ковоклар, кафтлар, купрок орқада, ксантелазмалар, тиззада ксантомалар;

Объектив кўрганда шиллиқ қаватлар, склералар ва тери сариклиги, қорин олд девори веналарини кенгайиши, кафт эритемаси, Дюпюитрен контрактураси, юзда майда ипсимон қон томирларини пайдо бўлиши, «томирли юлдузчалар» симптоми, эркаларда гинекомастия, жигар ҳажмини, шаклини ва консистенциясини ўзгариши, спленомегалия, қорин катталашиши

Медуза боши



Тери ва куз склераси саргайиши



«Томир юлдузчалари»



« малина»симон тил



Асцит сабаблари

1. Корин парда яллигланиши:
 - а) туберкулёзли
 - б) бошка перитонитлар
 - в) мезителиома
2. Рак механизми
 - а) Рак механизми
 - б) пседомиксома
3. Портал гипертония
 - жигар сеналари тромбози
 - пастки кавак вена стенози
 - жигар веналари тушиб колиши
 - жигар веналари облитерацияси
 - жигар циррози
 - жигар усмаси
 - бошка касалликлар
4. Буйрак касалликлари:
 - а) нефротик синдром
 - б) хроник нефрит
5. Юрак ва перикард касалликлари:
 - а) конструктив перикардит

- б) унғ коринча етишмовчилиги
- в) юрак кахепсияси
- 6. Ошқозон ичак касалликлари:
 - а) ичак лимфангоэктазияси
 - б) ювинил касалликлари
- 7. Бошка касалликлар:
 - а) микесдема, панкреатит

Шиш–асцит синдромининг асосий сабаблари.

I. Махаллий сабаблар:

- Лимфатик шишлар
- Квинке шиш
- Симпатик нерв системаси фаолияти трофик бузилиши.
- Веноз капиллярларда босимнинг кутарилиши туфайли
- Салбий рухий зарбалар туфайли

II. Менструация олди синдроми

III. Физиологик ва патологик тус билан утувчи хомиладорлик

IV. Нефротик синдром

- Гломерулонефрит
- Амилоидоз
- Диабетик нефропатия
- Макла-Уэлса синдроми
- Бошка сабаблар (25 дан ортик)

V. Энтеропатиялар:

- Ичак лимфангиэктазияси
- СПРУ синдроми
- Ингичка ичак усмалари
- Уипла касаллиги

VI. Юрак етишмовчилиги.

Асоратлар

1. Асцит
2. Жигар энцефалопатияси.
3. Меъда ва кизилунгач веналаридан кон кетиши.
4. Карцинома ривожланиши.

Окибати

Куп факторларга боглик (этиологиясига, асоратлар булишига). Асоратларнинг ривожланиши ёмон окибатларга олиб келади.

Лаборатор ва инструментал текширувлар:

Қон ва сийдикнинг умумий тахлили, тромбоцитлар ва ретикулоцитлар, копрограмма, умумий оксил ва оксил фракциялари, умумий билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қондаги холестерин, мочевино, фибриноген, калий, натрий ва темир микдори, қон гурухи ва резус-фактор, зардобдаги темир микдори, ахлатни яширин қонга текшириш, вируслар маркерлари (HBsAg, C, D гепатит вирусига антитаналар).

Инструментал текширувлардан: УТТ- жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, талоқ ва портал система томирлари, эзофагогастроуденофиброскопия.

Даволаш:



Панкреатин (креон, панцитрат, мезим ва бошқа ўхшашлар) 1 дозадан билан кунига 3-4 маҳал, курс давомийлиги-2-3 ҳафта. Спиринолактон (верошпирон) кунига 100 мг доимо; Фуросемид ҳафтасига 40-80 мг дан доимо ва кўрсатмалар бўйича: Лактулоза (дюфалак) кунига 30-60 мл кўрсатмага кўра; Ампициллин ёки неомисин сульфат кунига 0,5 г дан 4 маҳал. Ҳар икки ойда 5 кунлик курс; В-блокаторлар(анаприлин, индерал) 10-20 мг дан 4 маҳал доимо.

Парҳез, оксил чегараланган (0,5г/кг тана оғирлигига) ва ош тузи (суткасига 2,0г гача);

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

Жигар ва ўт йўллари касалликларида гўштли, балиқли сабзавотлардан салатлар, макаронли, сутли, угра ош, мастава, чучвара, парда пиширилган балиқ, қайнатилган гўшздан котлетлар, палов, манти, қийма кабоб бўтқалар, кўкатлар, сабзавотлар, компот, кисель, шарбатлар мумкин. Янги ёпилган нон, ёғли ширин булочка, гўшт консервалари, кучли шўрвалар. Шовул кислотаси ва эфир мойига бой сабзавотлар, ловиялар, қаҳва, какао, газли ичимликлармумкин эмас.

Кекса ва кари ёшдаги беморларни парваришлаш:

Парвариш кекса ва кари ёшдаги беморларни даволашда асосий урин тутади ва даволашнинг самарадорлигини кутаради. Беморларни умумий парваришида овкат режимини сақлаш асосий урин тутади. Ичак фаолияти назорати, сийдик пуфагини уз вақтида бушатишга эътибор қаратиш лозим. Кари ва кексалар физик активлиги кескин чекламаслик лозим. Сув-электролит балансига эътибор қаратилади (кабул килинган ва чиқарилган суюқлик). Кабул қилаётган препаратлардан интоксикация ривожланишини олдини олиш керак.

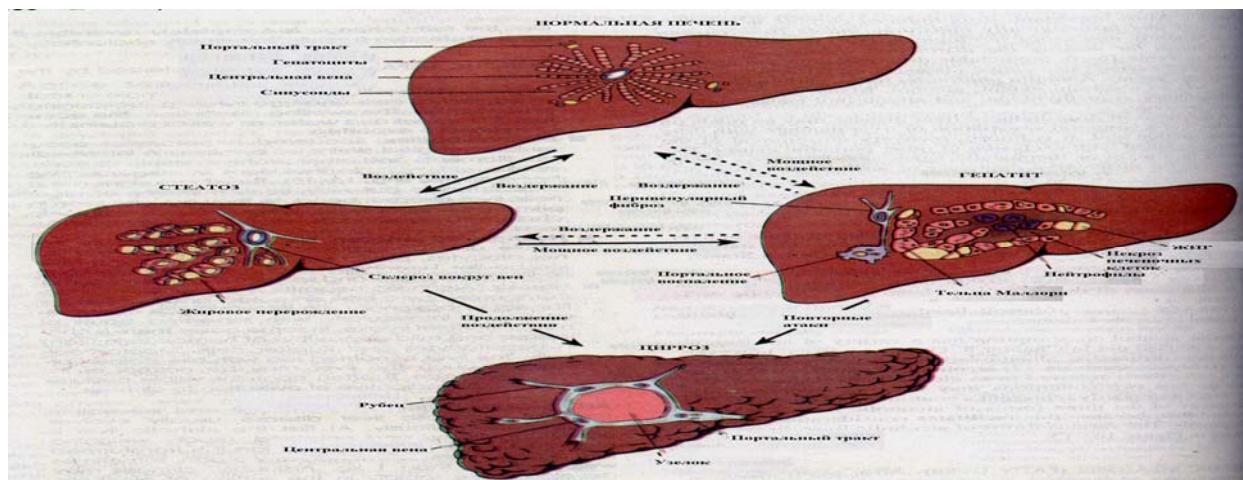
Кекса ёшдаги беморларни парваришлашда қуйидагиларни билиш лозим:

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



Мавзу бўйича саволлар

1. Қария ва кексаларда гепато-билиар тизимида ёшга боғлиқ қандай ўзгаришлар кузатилади?
2. Кексаларда холецистит ва панкреатитларни ўзига хос клиник кўриниши айтинг.
4. Кексаларда сурункали гепатит сабаблари ва клиник кўринишининг ўзига хос хусусиятларини санаб беринг.
5. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари билан оғриган беморлар учун овқатланиш рацион.
6. Жигар касалликларида пархез столининг урни.



АНАЛИТИК КИСМИ

Тест

1. Жигар циррозининг белгилари:

- @ Жигар стигматларини булиши, жига рва талокнинг катталаниши ва каттикланиши, портал гипертензия
- @ Хлороз, коэлонихия, синдроменик, дисфагия, жигарнинг катталаниши
- @ Талок ва лимфатик тугунларининг катталаниши
- @ Барча белгилари

2. Жигар касалликларида прекома ҳолати белгиларини курсатинг:

- @ Апатия, карахтлик, мушаклар, титраши, оғиздан жигар хиди келиши
- @ Апатия, иштаха пасайиши, кайд қилиш
- @ Апатия, уйқучанлик, бош оғриги, оғиздан оцетон хиди келиши
- @ Калтираш, терлаш, бош айланиши, хушдан кетиш

3. Гепатитлар ташхисида хал қилувчи текшириш:

- @ Жигарнинг пункцион биопсияси
- @ Трансфераза активлигини аниклаш
- @ Чиқувчи пробаларни аниклаш
- @ Диспротеинемия

4. Жигар стегматларига қайси бири хос:

- @ Томир «юлдузчалари» кафтнинг кизариши, тилнинг малина рангида булиши, гинекомастия, ксантематоз бляшкалари
- @ Шишлар, А/Б кутарилиши, слигурия, гематурия
- @ Кул бармоқларининг куқариши, оқариши ва консизланиши, бармоқларда «каламуш тишлаши» симптоми

@ Терининг алебастрсимон оқариши, буйин веналарида «бурича шовкини» эшитилиши, тирнокларнинг қошиқсимон формада бўлиши

5. Жигар ракиннинг дифференциал таъхисини енгиллаштиради:

@ Сканирлаш, эхогепатография, ангиогепатография

@ Корин бушлигини обзор рентгенографияси, вено-портография

@ Функцияли биопсия, лапароскопия, спленопортография

@ Пигментлар алмашинувининг текшириш

6. Гиперспленизм синдромига хос бўлмаган симптом:

@ Гипергликемия

@ Анемиялар

@ Тромбоцитопения

@ Спленомегалия

7. Механик сарикликка хос бўлмаган белги:

@ Гиперпротеинемия

@ Буриккан билурибин микдорининг купаиши

@ Ишкорий фосфатазининг купаиши

@ Бета липопроteidларнинг купаиши

8. Портал гипертанзияга хос бўлмаган белгилар:

@ Сариклик

@ Асцит

@ Спленомегалия

@ Веноз коллатераллар

9. Жигар циррози таъхиси учун кайси текшириш усули кулланилмайди:

@ Парорал холеграфия

@ Жигарни сканирлаш

@ Жигарни ультратовушли текшириш

@ Жигар биопсиясини текшириш

10. Сурункали гипотитнинг этиологик факториини учун кайси бири хос эмас:

@ Сурункали танзиллит

@ Жигарнинг дорилардан касалланиши

@ Алкоголли ичимликларни куп истеъмол килиш

@ Гепатит «В» билан касалланганлик

Механик сарикликка хос бўлмаган белги:

@ Сийдикнинг биллурибин билан саргайиб кетиши

@ Бириккан биллурибинли сариклик

@ Ахлатнинг оқариши

@ Терининг кичиши

11. Холангитга олиб келувчи белгиларга хос бўлмаган сабаб:

@ Ичак таёкчалари

@ Утнинг димланиши

@ Жигар эхинококкози

@ Лямблиоз

12. Холангитнинг клиникасига хос бўлмаган белги:

@ ишкорий фосфатаза микдорининг нормада бўлиши

@ калтираш билан иситма чиқариш

@ жигар сохасида оғрик бўлиши

@ ут йуларининг тутилиб қолиши ва сариклик

Гемоллиз синдромига хос бўлмаган белги:

@ Трасфераза микдорининг ошиши

@ Сийдикда уробилин микдорининг ошиши

@ Спленомегалия

@ Конда бирикмаган билурибин микдорининг ошиши

13. Жигар санчиги хуружида кайси симптом булмайди:

- @ Артериал босимини тезда тушиб кетиши
- @ Хуруж даврида ут билан кайт килиш
- @ Огизда аччик булиши
- @ Сариклик

14. Ут йулларини текширишда кайси усул кулланилмайди:

- @ Меъда ширасини текшириш
- @ Жигар в аут йулларини ультратовуш текшириш
- @ Холецистография
- @ Дуоденал зондлаш

15. Механик сариклик учун кайси симптом хос эмас:

- @ Ахлатда стеркобилин булиши
- @ Брадикардия
- @ Терини кичиши
- @ Бириккан билурибиннинг ошиши

16. Гемолитик сариклик учун хос булмаган симптом:

- @ Терининг кичиши
- @ Терининг лимон рангли тусда булиши
- @ Эркин билурибиннинг ошиши
- @ Ахлатнинг кора рангда булиши

17. Паренхиматоз сарикликка кайси бири олиб келмайди:

- @ Тугри келмаган конни куйиш
- @ Фосфороорганик бирикмалар билан захарланиш
- @ Вирусли гепатит
- @ Жигар циррози

18. Паренхиматоз сариклик учун хос эмас:

- @ Тахикардия
- @ Сийдикда билурибин булиши
- @ Боадикардия
- @ Дисептик холатлар

19. Жигар ва ут йуллари касаллигида тери копламалари кайси рангда булади

- @.кукимтир
- @.сарик
- @.рангпар
- @.бузарган
- @.кизил

20. Томир юлдузчалари, кизил жигар кафтлари, кизил-малини рангидагидан тил купинча

кайси касалликда учрайди

- @.сурункали упка касалликларида
- @.сурункали меъда ичак касалликларида
- @.сурункали жигар касалликларида
- @.сурункали жигар касалликларида
- @.сурункали ут пуфаги касалликларида

21. Корин девори тери ости веналарининг кенгайиши, кориннинг катталашиши, киндик-

нинг буртиб чикиши, куйидаги касалликларга хос

- @.холецистит
- @.гепатит
- @.жигар циррози
- @.@ бармокли ичак яра касаллиги
- @.Колит

22. Катталашган, пайпаслаганда огрийдиган жигар куйидаги касалликларда аникланади

- @.холецистит
- @.актив гепатит
- @.жигар циррози
- @.@.@ бармокли ичак яра касаллиги
- @.колит

23. Жигар улчамларининг перкуссия килганда кичиклашиши кайси касалликка хос

- @.холецистит
- @.гепатит
- @.жигар циррози
- @.@.@ бармокли ичак яраси
- @.колит

24. Егли таом истемол килаганда пайдо буладиган огрик, иштаха пастлиги,кекириш ич бузилиши кайси касалликка хос

- @.колит
- @.гастрит
- @.ошкозон раки
- @.холецистит
- @.гепатит

25.Тери копламларининг сариклиги купинча кайси касалликда кузатилади

- @.юррак кон томирлари касалликларида
- @.упка касалликларида
- @.жигар ва ут йуллари касалликларида
- @.меъда ичак касалликларида
- @.буйрак касалликларида

26. Унг ковурга ейи остидаги огрик хуружлари, унинг унг елкага берилиши кайси касалликда кузатилади

- @.юррак касалликларида
- @.упка касалликларида
- @.жигар ва ут йуллари касаликларида
- @.жигар касалликларида
- @.меъда касалликларида

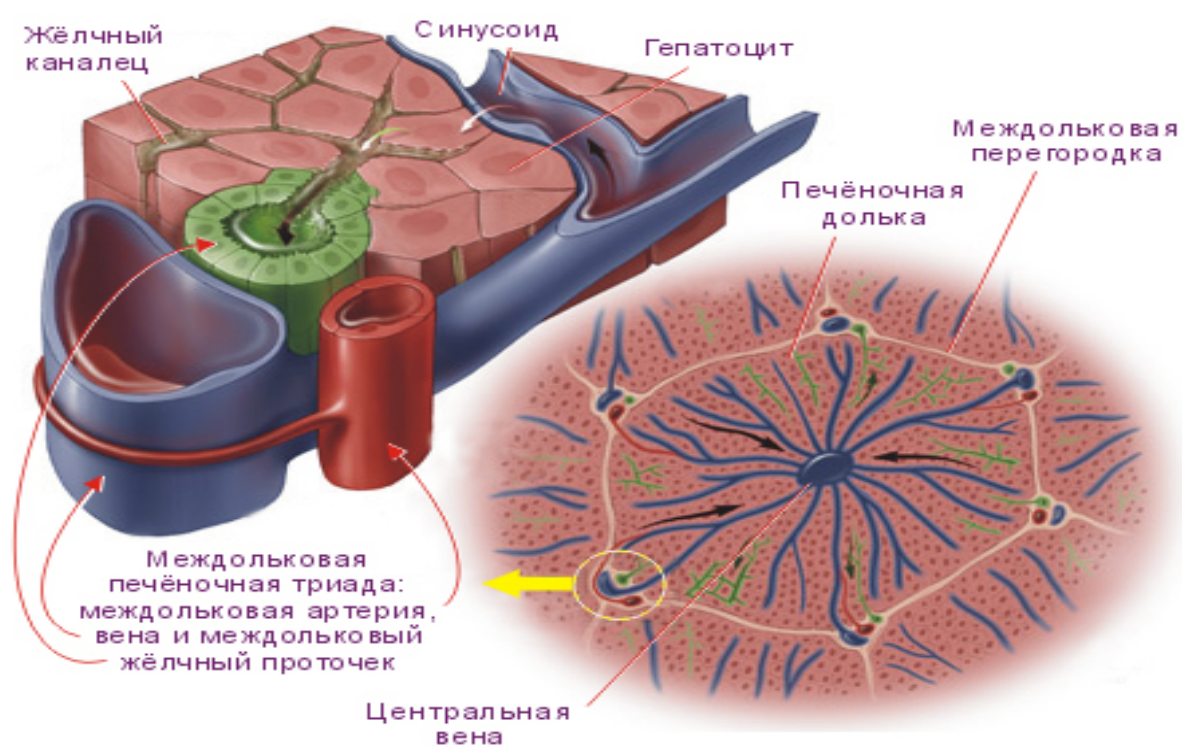
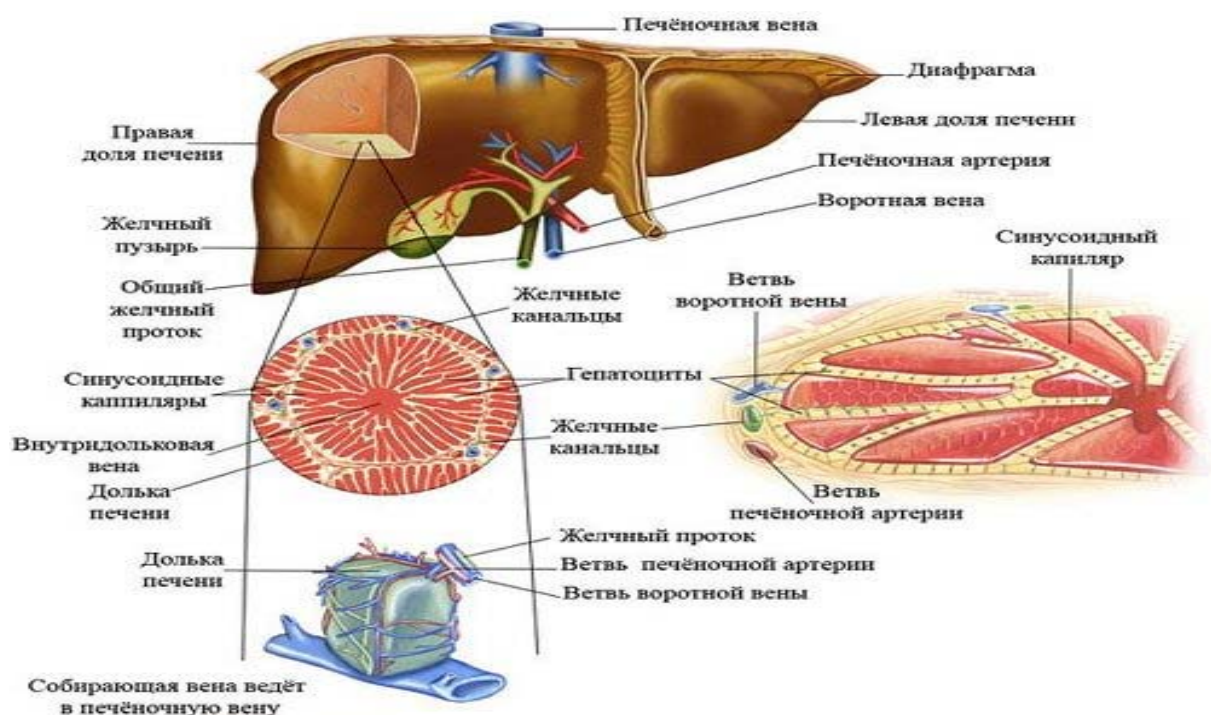
27. 12 бармокли ичак ширасининг "В" порпоциясида лейкоцитлар куплиги ширанинг куюклиги, лойка булиши кайси касалликка хос

- @.гастрит
- @.колит
- @.панкреатит
- @.холецистит
- @.ошкозон раки

28. Ошкозон усти сохасида пайдо буладиган камарсимон огрик кайси касалликка хос

- @.гастрит
- @.колит
- @.панкреатит
- @.холецистит
- @.ошкозон раки

Жигарни анатомо-морфологик тузилиши



Олинган билимларни баҳолаш ва мустахкамлаш

1.. Бемор аёл 45 ёш, малла сочли, тана вазни индекси 32, шикояти унг ковурга остида даврий хосил булувчи огрикка, тухум, чучка гушти ва балик истеъмол килганда огрикнинг кузгалиши. Бемор бир неча йилдан буён хаста, хуружларини вақт утиши билан тезлашиши, огрик спазмолитиклар қабул килгандан сунг қолиши кузатилмоқда. Пайпаслаганда – унг ковурга остида кучли ифодаланган огрик. АЛТ-0,8; Билирубин – 32 мкмоль/л. Боғланган.бил. 20 мкмоль/л. Сийдикда ут пигментлари аниқланмоқда, ахлатда стеркобилиноген миқдори пасайган, ишкорий фосфотази – 18 ед. Сизнинг таъхисингиз?

Билет 1.

Жигар ва ут халта анатомо-физиологияси.

Жигар циррозини кексаларда кечиш хусусиятлари.

Билет 2.

Панкреатит касаллигини этиопатогенези.

Жигар касалликларида беморлар шикоятлари

Билет 3.

Гепатобилиар тизим касалликларида хамшира парвариши

Жигар стигматлари нималардан иборат.

Билет 4.

Ут тош касаллигини қарияларда кечиш хусусиятлари.

Гепатопротектор дори воситалари ҳақида тушунча беринг.

Билет 5.

Портал гипертензия нима?

Портал гипертензия клиник белгиларини санаб беринг?

Билет 6.

Жигар касалликларида пархез столи ҳақида тушунча беринг.

Асцит нима?

Билет 7.

Асцит билан кечувчи касалликларни санаб беринг?

Биллиар жигар циррози нима?клиникаси.

Билет 8.

Бевосита ва билвосита билирубин ҳақида тушунча беринг.

Жигарни организмдаги функцияси ҳақида нима биласиз?

Билет 9.

Жигар циррози қандай асоратлар беради.

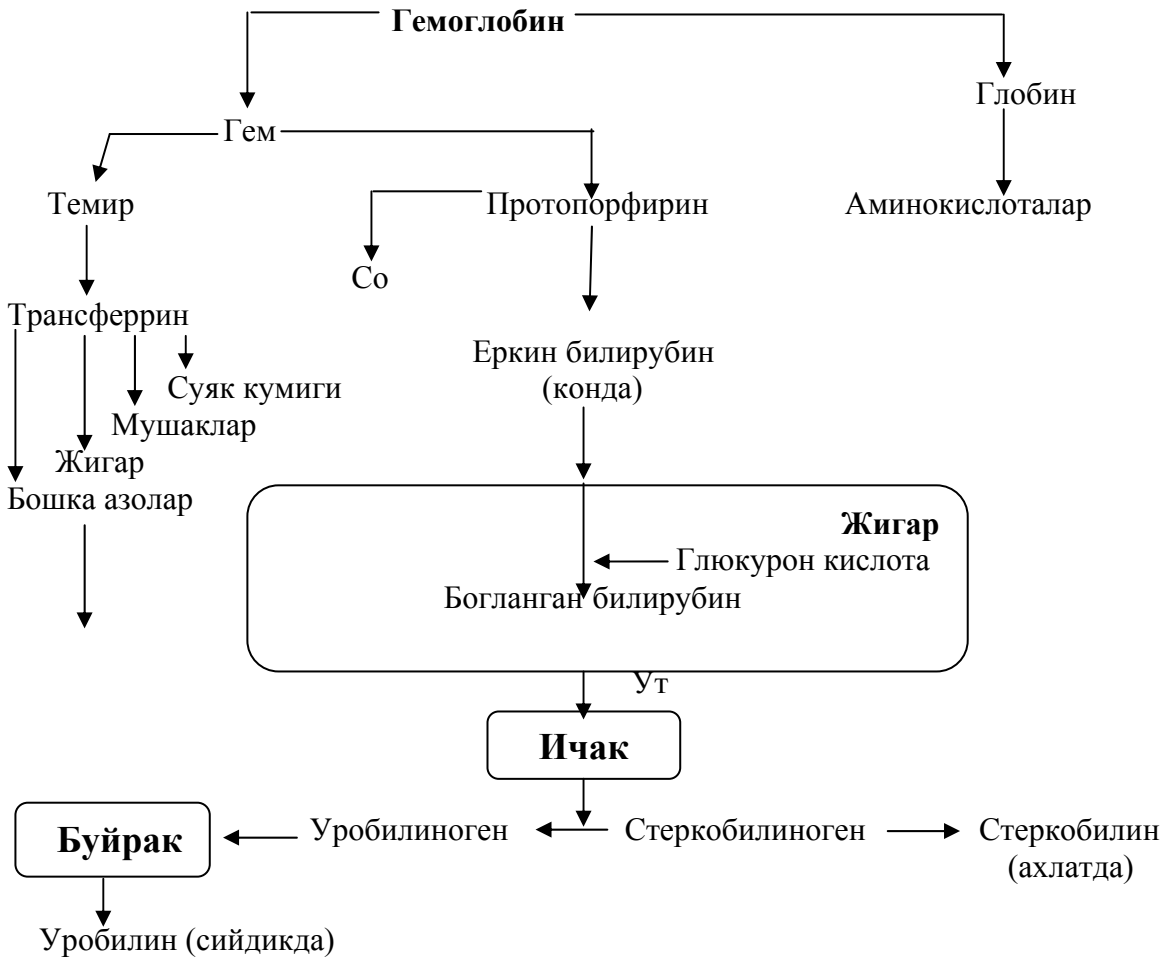
Жигар рақини кексаларда кечиши.

Билет 10.

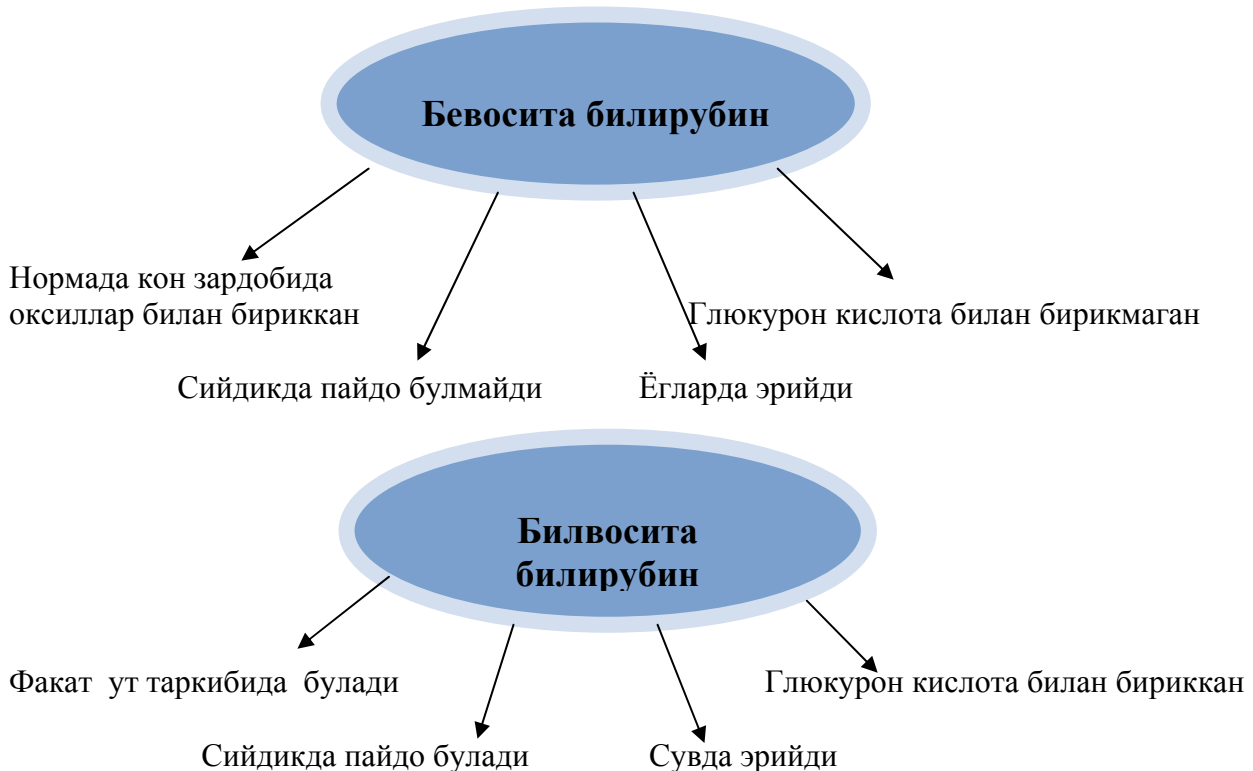
Организмда билирубин алмашинуви ҳақида нима биласиз.

Жигар касалликларида лаборатор ва инструментал текширувлар.

Билирубин алмашинуви



Билвосита ва бевосита билирубин хусусиятлари



1. Қария ва кекса ёшдаги беморларда ОИТ аъзолари текшириш усуллари.
2. Беморларни Дуоденал зондлашга тайёрлаш методикаси.
3. Жигарни Курлов буйича перкуссияси
4. Клизма турлари, утказиш техникаси
5. Герофитотерапия турлари.
6. Ошқозонни ювиш техникаси
7. 1,2 ва 5 пархез столлари.

АДАБИЁТЛАР

1. М.Т. Рустамова «Гериатрияда хамширалик иши» Тошкент–2011й. Ўқув қўлланма
2. Косимов Э. Й. «Шифокорнинг нутқ маданияти ва бемор билан мулоқот санъати» Тошкент–2002й. Ўқув қўлланма
3. Краснов А.Ф. «Сестринское дело» Москва–2000 г. (I–II том) (Электронный учебник)
4. Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих медицинских сестер. Проект «Здоровье» Минздрава РУзб. 2003. 287 С.
5. Хамширалик иши протоколлари (баённомалари). 2-қисм. Патронаж/оилавий хамширалар учун услубий қўлланма. Тошкент 2011
6. Чубаков Т.Ч., Фрике Э.Б. Халики В. «Основы сестринского дела в семейной медицине» (1 – 2 том). Бишкек–2003 г. (Электронный учебник)
7. Шомансурова Э.А., Бутаев Ч.Ж. Оила тиббиётида хамширалик иши. Дарслик. Тошкент 2008

**Мавзу-2. Кекса ва кари ёшдаги беморларда жигар паренхимасининг уткир ва сурункали яллиғланиш касалликларида хамширалик иши
(Асс. Шарипова З.Ш.)**

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 жигарнинг яллиғланиш табиатли касалликларига сабаб булувчи ҳолатларни 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, мустахкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш қуникмаларини ҳосил қилиш;
- гепатитларни аниклаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий қуникмаларини ривожлантириш;
- кексаларда гепатитларни олдини олиш бўйича амалий қуникмалар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва кари беморларни парваришлаш бўйича олган билимларини мустахкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- гепатитлар хақида тушунча, касалликларни этиологик факторларини;
- гепатит турларини ва асосий клиник белгиларини;
- гепатитлар диагностика мезонларини;
- гепатитларни олдини олиш бўйича чора-тадбирларни қуламини;
- гепатитларда беморларни парваришлаш принципларини;
- дори моддаларини, уларни қулланиш вақти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва кари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- гепатитларни олдини олиш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- гепатитларни олдини олиш бўйича 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 аниқлаш, 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, ҳарорат варақасини тўлдириш, хамширалик касаллик тарихига баён этиш.

- касалларни парваришлаш бўйича амалий тадбирларни;

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

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 усулларини ўргатишни, қари ёшдаги беморларга паллиатив ёрдам кўрсатишни, коммуникация асосларини ўрганадилар.

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

Кекса ва қарияларда жигарнинг анатомио-физиологик ўзгаришлари

Ёш ошган сари барча тизим ва аъзоларда турли ўзгаришлар кузатилганлиги каби жигар паренхимасида ҳам бир қатор морфологик ва функционал ўзгаришлар кузатилади:

- Жигар паренхимасининг атрофияси туфайли жигар массаси 10-15 % га камаяди.
- Жигарнинг синтетик функцияси пасаяди, яъни оксил, ёғ ва углеводлар синтези пасаяди.
- Пигмент алмашинуви бузилади.
- Жигарнинг антитоксик функцияси пасаяди. Жигар дори моддалар метаболизмга учрайдиган аъзодир. Кекса ёш ва қарияларда унинг оксил синтез қилиш ва антиоксидант функцияси паасйганлиги учун дори моддалар эҳтиёткорлик билан тавсия этилиши керак. Уларда терапевтик дозада берилган дори препарат ҳам интоксикация чақириши мумкин.

Кекса ва қари кишиларда гепатитларнинг кечуви ва даволаш хусусиятлари

Қариялар орасида ўткир вирусли гепатит бошқа жигар касалликларига нисбатан кам учрайди. Уларда кўпинча парентерал гепатитлар аниқланади. Қарияларда ўткир гепатитнинг барча клиник давлари чузилади жигарнинг функционал ҳолати кўрсаткичлари ортади, талоқ катталашади, умумий аҳволи оғирлашади. Шунинг учун диагностикасида бир қатор қийинчиликлар туғдириб бу касалликни жигар циррози ва ўсмаси билан қиёсий таххис ўтказишни талаб этади.

Сурункали гепатит қариялар орасида кўп учрайди, фаол шакли ҳам персистик шакли ҳам учраши мумкин. Фаол гепатит қарияларда ёшларга нисбатан оғирроқ кечиб жигар функцияси чуқур бузилади. 10% ҳолларда жигар циррозига ўтади. Сурункали персистик гепатит эса уларда енгилроқ кечиб, узун ремиссия давлари кузатилади. Касаллик кўпинча овқатланиш режими бузилганда, кўп овқат истеъмол қилганда, спиртли ичимлик ичганда кузийди.

Сурункали гепатит узлуксиз 6 ойдан кўп давом этувчи касаллик бўлиб, асосий чақирувчи сабаблари вируслар, алкоголь, гепатотоксик дори воситалари ҳисобланади. Тубазид, парацетамол, сульфаниламидлар, аспирин, альдомет, тетрациклин, метотрексат, фторотан каби дори воситаларини узок вақт қабул қилганда сурункали фаол гепатит ривожланиши эҳтимоли бор.

Гепатитлар этиологиясида вируслар алоҳида ўрин тутати. Ҳозирги даврда қуйидаги вируслар аниқланган: а (HAV), в (HBV), с (HCV), д (HDV), е (HEV), f (HFV), g (HGV). Жараён ривожланишида асосан В, С ва Д гепатит чақирувчи вируслари алоҳида урин тутати. Вирус В 5-20%, С 50-80% ва Д 90% ҳолларда гепатитларни сурункали кечишига олиб келади.

ЖССТ (ВОЗ) маълумотларига кўра, жаҳонда HBV билан 2 млрд аҳоли зарарланган, шулардан 300 миллиони инфекцияни сурункали ташувчилардир. HCV ҳам

кенг тарқалган булиб 500 млн га якин ташувчилар аниқланган. Ушбу инфекциянинг сурункалашуви ва кенг миқёсда тарқалиши соғлиқни сақлаш учун жиддий муаммо ҳисобланмокда. HBV сабаб булган жигар касалликларидан жаҳонда ҳар йили 1 млн дан 2 млн гача киши вафот этмокда.

Сурункали гепатит В (ГВ)

HBV нинг таркибида гепатит кузғатувчи бошқа вируслардан фарқли, рибонуклеаза - РНК эмас, балки дезоксирибонуклеаза - ДНК мавжуд. HBV нинг гепатоцитларга репликацияси ДНК орқали амалга оширилади. Вирусларнинг репликация даври касалликнинг ута юқумлилигидан дарак беради.

С. Д. Подимова (1984) сурункали гепатитнинг қўйидаги таснифсини таклиф қилади:

Этиологик тасниф:

- 1) вирусли А; В; А ҳам эмас В ҳам эмас),
- 2) токсик,
- 3) токсик-аллергик (дорилардан),
- 4) алкогольли,
- 5) носпецифик реактив гепатит,
- 6) иккиламчи билиар гепатит жигардан ташқари холестазда.

Морфологик тасниф:

- 1) агрессив,
- 2) персистик,
- 3) холестатик.

Клиник:

- 1) сурункали фаол гепатит,
- 2) люпоид (аутоиммун),
- 3) сурункали персистик(хавфсиз),
- 4) холестатик.

Жигарнинг функционал ҳолатига кўра:

- 1) компенсацияланган,
- 2) декомпенсацияланган.

Сурункали гепатитларнинг таснифи (Ш.Шерлок, Дж.Дули 1999)

Этиологияси	Кўпинча кандай жинсга тааллуқли	Ёши	Тарқалиши
Гепатит В ва Д	Эркак	Барча ёшда	Шарқдан, Африкадан, эмигрантлар, медицина ходимлари, Гомо сексуалистлар, наркоманлар Иммуниети паст одамлар
Гепатит С	Эркак ва аёл	Барча ёшда	Қон ва унинг компонентларини қуйиш, наркотиклар инъекцияси
Аутоиммун Гепатит	Аёл	14-25 ёш ва менопауза даври	Тизимли зарарланиш (қандли диабет, артралгия, гемолитик анемия, нефрит)
Дори воситаларидан келиб чиққан гепатит	Аёл	Урта ва кекса ёш	Метилдофа, фурантоин, дюпролен, антитиреоид препаратлар ва бошқ.
Вилсон Касаллиги	Эркак ва аёл	10-30 ёш	Ирсий мойиллик, гемолиз, неврологик белгилар

Клиника. Сурункали гепатит В кўпинча латент ёки белгилари яққол ифодааланмаган ҳолда кечади. Беморлар кеч, саргайиш, баъзан асцит пайдо бўлганда врачга мурожаат қилишади. Кўпинча утказилган ўткир гепатит инкор этилади, ҳолбуки аксарият беморлар унинг сариксиз турини ўзлари билмаган ҳолда ўтказган бўладилар. Ўткир вирус гепатитдан кейин ҳам латент, субклиник фазаси бир неча йилларга давом этиши мумкин (Banchi F1980).

Гепатит В нинг клиникаси вирус репликацияси даврида яққол ифодааланган булади. Беморларнинг дастлабки шикоятлари тез толиқишга, дармонсизликка, айниқса эрталаблар,

бош оғриғига, терлашга, уйқунинг бузилишига, паришонхотирликка. Ушбу белгиларнинг авж олиб бориши жигар етишмовчилигининг бошланишидан дарак беради.

Диспептик ўзгаришлар бирмунча кечроқ пайдо бўлади: иштаҳасизлик, ёғли овқатларни кўтара олмаслик, кўнгил айнаши, қорин дамлаши, ўнг қовурга остида оғриқ.

Тана ҳарорати баъзан субфебрил даражада кутарилиши, миалгия, артралгия, терининг қичиши каби белгилар безовта қилади.

Қоринни пайпаслаганда жигар катталашган, зичлиги қаттиқроқ юзаси силлик. Баъзан талоқ ҳам пайпасланади. Бундай беморларда сурункали гепатитнинг жигар циррозига утиш хавфи бор. Гиперспленизм белгилари жараённинг оғир кечишидан далолат беради.

Сариқлик- одатда сурункали ГВ яққол сарғайиш билан кечмайди. Ривожланган сариқлик унинг қайталаниб туриши касаллиқнинг оғир кечишини билдиради, ёки сурункали ГВ нинг холестатик вариантыда учрайди. Бундай беморларда сарғайиш тери қичиши билан кечади. Ксантелазмалар, айниқса юзда, қовоқларда пайдо булиши метаболик ўзгаришлардан, яъни терида холестерин ва триглицеридларнинг утириб қолишидан дарак беради. Ўткир гепатитларда бундай ўзгаришлар кузатилмайди.

Тери симптомлари: томир «юлдузчалари», палмар эритема, гипер ва депигментация кўринишида намоён бўлади. Қарияларда телеангиэктазиялар ёшларга нисбатан кўпроқ учрайди. Жараён фаоллиги кучли бўлган беморларда артритлар, васкулитлар, нефрит ва бошқа аутоиммун ўзгаришлар кузатилади. Лимфоаденопатия ретикулоплазмоцитар тизимида кечадиган ўзгаришлардан дарак беради.

Биохимик текширишлар орқали гепатоцитларнинг зарарланиш даражаси аниқланади. Цитолитик, холестатик, мезенхимал каби асосий синдромлар яллиғланиш жараёнини ифодалайди. Аминотрансферазалар кўрсаткичларининг нормага нисбатан 2-5 ва ўндан ортиқ кўпайиши, жараённинг фаоллик даражасини белгилайди. Юқори гипербилирубинемия, гипоалбуминемия, гипопротомбинемия, гипохолестеринемия, ишқорий фосфатаза ва гамма - глобулинларнинг ошиши касаллиқнинг ута фаоллигидан далолат беради. Қон зардобидида вируснинг репликация даври маркерлари (HbeAg, анти- HbcAg, ДНК HBV) аниқланади. Кўпинча СОЭ нинг ошиши ва лимфопения кузатилади.

Вируснинг интеграция даврида сурункали В гепатитининг клиник кўриниши.

Асосан симптомсиз кечиб, баъзан астеник диспептик белгилар ва жигар соҳасида оғриқ кўринишида намоён бўлади. Гепатомегалия, баъзи ҳолларда спленомегалия хос. Одатда лаборатор кўрсаткичлар узгармаган ёки кам ўзгарган. Қонда вируснинг интеграция давридаги маркерлари (HbsAg, анти-Hbe, IgG, ДНК HBV манфий) аниқланади.

Сурункали гепатит С (ГС).

Статистикага кўра жаҳон миқёсида 500 млн аҳоли ГС билан зарарланган. (Sherlock sh, 1995). Келгусида бу кўрсаткичнинг 10 марталаб кутарилиш хавфи бор. Айнан жигар касаллиқларининг сурункалашиб, цирроз ва гепатокарциномага утишида ГС нинг ўрни катта. Ўткир ГС билан оғриган беморларнинг 50-80% сурункали ГС га ўтиш хавфи бор..

Сурункали гепатит Д.

Касаллик трансфузион йул билан юқади. Сурункали гепатит Д ўткир вирусли гепатит Д оқибатида келиб чиқади. Гепатит Д келиб чиқишининг асосий хусусияти шундаки, иккита гепатотроп вируслар HDV ва HBV организмда мавжуд бўлгандагина жигарни зарарлайди. HDV нинг фаол репликацияси HBV фаоллигини сусайтиради, натижада қонда HbeAg йўқолади. Патологик жараённинг ривожланишида HDV нинг урни асосий бўлиб қолади. Кўпчилик беморларда ГД клиникаси оғир кечиб, жигар хужайра функцияси етишмовчилиги тез ривожланади. Ифодаланган дармонсизлик кундузги уйқучанлик варикоэ веналардан қон кетиши, ориқлаш, ривожланган сариқлик терининг қичиши кузатилади. Бошқа аутоиммун тизими узгаришига хос белгилар ушбу гепатитда яққол намоён бўлади.

Аутоиммун гепатит

Экакларга нисбатан аёллар кўпроқ касалланади (1:12). Касаллик 30-50 ёшларда ривожланади. Этиологияси номаълум. Асосий сабаби иммун тизими бошқарувининг етишмовчилиги деб тушунилади. Беморларда Т-супрессор лимфоцитларнинг паст курсаткичи ва қонда аутоантителаларнинг топилиши ушбу тушунчанинг исботи ҳисобланади. Клиник кечиши. Қарийб 1/3 беморларда АГ нинг бошланиши ўткир гепатитга хос бўлиб, ойлар давомида фаоллиги пасаймасдан, аксинча кучайиб боради. Баъзан АГ аутоиммун касалликлар (аутоиммун тиреоидит, қандли диабет, гломерулонефрит, ярали колит, гемолитик анемия) симптомлари билан бошланади. АГ нинг асосий симптоми-сариклик (75-85%). Асосий куз.рсаткичлардан бири гипергаммаглобулинемия IgG кўтарилиши ҳисобига ошади.

АГ нинг диагностик мезонлари:

1. В ва с гепатит вируслар маркерларининг йўқлиги,
2. Аутоиммун гепатитга хос клиник ва биохимик узгаришлар.
3. Қонда мусбат LE феномен ва аутоантителаларнинг топилиши.
4. АГ га хос гистологик узгаришлар.
- 5; Глюкокортикостероид терапиянинг эффективлиги

Даволаш

- 1.Овқатланиш ва дам олиш режимини тўғри ташкил этиш.
- 2.Гепатопротектор препаратлар тавсия этиш.
3. Дезинтоксикацион терапия.
4. Умумий қувваловчи терапия.
5. Симптоматик даво чоралари.

АНАЛИТИК КИСМ

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

Билет 1.

- 1.Гепатитлар таснифи
2. Сурункали токсик гепатит патогенези
3. Гепатопротекторларга мисол келтиринг

Билет 2.

- 1.Гепатит А этиопатогенези
2. Жигарнинг функцияларини санаб беринг
- 3.Вирусга қарши препаратларга мисол келтиринг

Билет 3.

- 1.Гепатит В патогенези
2. Жигарнинг Курлов бўйича перкуссияси
- 3.Жигар касалликларида парҳез қоидалари

Билет 4.

- 1.Сурункали гепатит клиник белгилари
- 2.Жигар пальпацияси техникаси
3. Гепатитда дезинтоксикацион терапия

Билет 5.

- 1.Сурункали гепатит В диагностик мезонлари
2. Жигар стигматлари
- 3.Аутоиммун гепатитда базис даво

Билет 6.

1. Сурункали гепатит ва жигар циррози қиёсий ташхиси
2. Сурункали гепатитда биохимиявий курсаткичлар
3. Преднизолон дозаси ва қулланилиши

Билет 7.

1. Сурункали гепатит В нинг клиник синдромлари
2. Парҳез стол №5
3. Интерферон нозуя таъсирлари
- 4.

Билет 8.

1. Жигар анатомияси
2. Жигар касалликларида кулланиладиган инструментал текширув усуллари
3. Эссенциале чиқарилиш шакллари ва кулланилиши

Билет 9.

1. Гепатит Е этиопатогенези
2. Жигарнинг гистологик тузилиши
3. Гепатит А ни даволаш мезонлари

Билет 10.

1. Сурункали гепатит асоратлари
2. Билирубин алмашинуви
3. Иммунодепрессант препаратларга мисол келтиринг

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

1-гуруҳ учун топширик:

Сурункали гепатитнинг объектив клиник белгиларига кластер тузинг: 10 бугин (10 балл).

Жавоби:

1. дистрофик ўзгаришлар, қашиниш излари, 2. склералар субиктериклиги 3. «томир юлдузчалари», 4. «жигар қафтлари» 5. гепатомегалия, 6. спленомегалия, 7. геморрагик тошмалар, конталашлар бўлиши, 8. малина рангидаги тил, 9. Ксантелазма 10. Гинекомастия.

2-гуруҳ учун топширик: Гепатитларнинг асоратларига кластер тузинг: 10 бугин (10 балл)

Жавоби:

1. жигар етишмовчилиги, гепатаргия; 2. бурундан, кизилўнғач, меъда ва ичак варикоз веналаридан қон кетиши, 3. тромбоз, айниқса қопқа венасининг асосий қисмида; 4. грипп, пневмония, сил ва бошқа юқумли касалликлар қўшилиб келиши; 5. ориклаб кетиш; 6. жигар циррозига айланиши; 7. раққа айланиши 8. Сепсис, 9. Анемия, 10. эндокрин бузилишлар

3-гуруҳ учун топширик: Гепатопротекторларга кластер тузинг: 10 бугин (10 балдан).

Жавоби:

1. Гептрал, 2. Гепамерц, 3. Эссенциале, 4. Лив-52, 5. Эссел форте, 5. Апокосул. 6. Бонджигар, 7. Карсил, 8. Легален 9. Силебор, 10. Катерген

Тест саволлари

1. Жигар билиар циррозидаги асосий белги:

- А) энцефалопатия
- В) гиперсиленизм
- С) портал гипертензия
- Д) теридаги сариклик ва кичима
- Е) конталаш

2. Фаол гепатитни гистологик белгиларига хос булади:

- А) ут йули капиллярларини кенгайтиши
- В) хужайралар сонинн камайиши
- С) гепатоцитларни некроз учоклари
- Д) портал майдонларини яллигланиш инфильтрацияси
- Е) регенерация тугунлари

3. Паренхиматоз сариклик учун хос эмас:

- А) аминотрансферазаларни ошиши

- В) сийдикда стеркобилин микдорини меъерда булиши еки пасайиши
- С) кон зардорбида ишкорий фосфатазани уч маротаба ва ундан ортик купайиши
- Д) гипербилирубинемия
- Е) билирубинурия

4. Сариклик нотугри билирубининг глюкурон кислотаси билан бирикиши (конъюгацияси) бузилиши туфайли келиб чиқади:

- А) Жильбер синдромида
- В) сурункали люпоид гепатитда
- С) бирламчи билиар жигар циррозида
- Д) гемолитик сарикликда
- Е) холангитда

5. Жигар ости сариклигига олиб келувчи касалликни курсатинг

- А) Калькулез холецистит
- Б) Гемолитик анемия
- В) Вирусли гепатит
- Г) Алкоголли гепатит
- Д) Лептоспироз

6. Паренхиматоз сариклик сабаби, куйидагидан ташкари

- А) мос келмаган кон куйиш
- Б) фосфоорганик воситалардан захарланиш
- В) аминазин ишлатилиши
- Г) вирусли гепатит
- Д) жигар циррози

7. Тери гиперпигментацияси, каттиклашган ва катталашган жигар, кандли диабет куйидаги учун характерли

- А) гемохроматоз
- Б) гепатоцеллюляр дистрофия
- В) вирусли гепатит
- Г) Ротер синдроми
- Д) Жильбер синдроми

8. Санаб утилганларининг қайси бирида бевосита гипербилирубинемия учрамайди?

- А) Дабин-Жонсон синдроми.
- Б) Жилбер синдроми.
- В) Фатер сургич раки.
- Г) Меъда ости беши каллак қисми раки.
- Д) УТ-тош касаллиги.

9. Санаб утилганларнинг қай бири жигар усти сариклигига тегишли эмас?

- А) Уроксимон хужайрали камконлик.
- Б) Талассемия.
- В) Жилбер синдроми.
- Г) Пароксизмал тунги гемоглобинурия.
- Д) Аутоиммун гемолитик камконлик.

10. Спленомегалия, эритроцитлар сонини камайиши, билвосита гипербилирубинемия, нажасда уробилиноген куп микдорда булиши ва беморда сариклик мавжудлиги қайси касаллик учун хос?

- А) Меъда ости беши усмаси.
- Б) Жигарни бирламчи билиар циррози.
- В) УТ-тош касаллиги.
- Г) Гемолитик камконлик.
- Д) Жильбер синдроми.

Вазиятли масалалар

1-МАСАЛА: Бемор С, 76 ёш. 6 йилдан буён унғ ковурга остидаги огрик хуружи, тана харорати 40^0 гача кутарилиши, бадан увушиши, такрорланиб турувчи сариклик безовта килади. Охирги 2 йил ичида сариклик доимий булиб, кучли тери кичишиши билан кузатилмокда.

Куришганда тана харорати $37,6^0\text{C}$. умумий ахволи нисбатан коникарли, иштахаси пасайган (буйи 150 см, вазни 40 кг). Склера ва тери саргайган. Терида куп сонли тирналишлар мавжуд. Кукрак кафаси органлари узгаришсиз. Тил илдизи караш билан копланган. Корин юмшок, уп утфаги сохасида кучли огрик бор. Ортнер симптоми мусбат. Жиагр ковурга ёйидан 6 см чикиб турибди, зичлашган, нотекис юзаси. Талок чап ковурга ёйи бурчагидан пайпасланмокда, зичлашган.

Конда: нейтрофилин лейкоцитоз (15000), ЭЧТ-45 мм/с. билирубин богланган-45,2 ммоль/л, ишкорий фосфатаза-26 ед. сийдикда уробилин ва ут пегментлари мусбат, нажасда стекобиламинга реакция мусбат.

Сизнинг ташхисингиз?

2-МАСАЛА: Бемор Б 65 ёш. Шикояти кунгил айнаиши, кайд килиш, сариклик пайдо булиши, ривожланиб боровчи умумий холсизлик.

Анамнезидан: куп йиллар олдин жигар циррози ташхиси куйилган 18 йилдан бери алкоголь кабул килади. Хозирги шикоятлари 2 ой олдин киндик чурраги кисилиши хусусида утказилган операциядан сунг юзага келган.

Объектив: бемор ахволи огир. Тери копламлари сарик рангда. Кукрак кафаси ёнбош юзаларида ва танани пастки кисмларида конталашлар бор, тана харорати 39^0C . Нафас Чейн-Стокс типиди, 1 минутда 24 та. Упка пастки кисмларида майда пуфакчали нам хириллалар. Юрак тонлари бугиклашган. Пульс ритмик, кучсиз. 1 минутда 60 та. А/Б-75/55 мм.сим.уст. тили курук, жигар ранг караш билан копланган. Коринда ацсит мавжуд. Жигар перкутор 4 см катталашган, зичлашган, огриксиз. Бемор фикрлаш кобилияти секинлашган. Вактга ва жойга нисбатан ориентри (мулжал) йуколанган. Бемор ахволи кундан-кунга ёмонлашиб бормокда. Арефлексия ва мускул гурухларини фибриляр учиши (титраши) кузатимокда.

Кон тахлили: Нв-90г/л, эр-2700000, рк-0,9, лей-12000. тя-19, ся-61, лим-18, м-2, эчт-37 мин/с. умумий билирубин-530,8 ммоль/л, богланган-402,2, богланмаган-128,6 ммоль/л, колдик азот-52,6 ммоль/л, ПТИ-81%, кондаги канд-5,2 ммоль/л.

Сийдик тахлили: оксил-3,3%, уробилин ва ут пегментларига реакция-мусбат, эритроцилар бутун курув майдонида жигар хужайра эпителийлари.

Сизнинг ташхисингиз?

АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР

1.Вирусли гепатитнинг ташхис мезонлари.

1. Субъектив маълумотлар. Шикоятлари:

- ўнғ ковурағалар остида, тўш ости сохасида огирлик сезгиси;
- ўнғ ковурағалар остида, тўш ости сохасида огрик, баъзан кучли огрик;
- корин дам бўлиши, овқатдан кейин кўнгил айнаиши, вакти-вактида ич кетиб туриши;
- иштаха ёмонлиги, ёғлиқ овқатни кўтара олмаслик;
- баданда вакти-вактида сариклик, кичишиш пайдо бўлиши;
- озиб кетиш, баъзан тана температураси ошиши;
- гиподаинамия сезгиси, холсизлик ва тез чарчаш, айникса эрталабки соатларда;
- бурун қонаши, танага тошмалар тошиши;
- бошқа органлар ва тизимларнинг шикастланиш белгилари, интоксикациялар, асосий касаллик симптомлари.

II. Субъектив маълумотлар анализи (шикоятлар, касаллик ва бемор ҳаёти анамнези).

III. Объектив маълумотлар.

1. Умумий кўздан кечириш:

- ўриндаги вазияти актив,

- касаллик кўзиганда кучаядиган оз-моз сариқлик билан рангпарлик;
- беморнинг аҳволи — қоникарли ёки кўзиганда ўртача оғирликда;
- дистрофик ўзгаришлар, қашиниш излари, геморрагик тошмалар, қонталашлар бўлиши мумкин;
- озиб кетиш (тез-тез кўзиш билан узоқ вақт кечганда);
- склералар субиктериклиги,
- «томир юлдузчалари», «жигар кафтлари» феномени кузатилади;
- тапа температурасининг вақти-вақти билан кўтарилиб туриши актив гепатит (ёки унинг кўзиши) учун ёки қўшилиб келган холецистит кўзиши учун хос;
- юз салкиган бўлиши мумкин (ифодаланган дистрофик ўзгаришлар бўлганда);
- гепатоспленомегалияда қорин катталашуви.

2. Органлар ва тизимлар бўйича маълумотлар:

- жигар — ўнг қовурғалар остида оғрик аниқланади, жигар-юзаси одатда силлик, у катталашган, зичроқ консистенцияли, жигарнинг турли функциялари бўзилиши;
- талоқ - аксарият катталашгад (37,5—60% ҳолларда);
- юрак — миокардистрофия белгилари, унинг катталашуви, I тон сусайиши, функционал систолик шовқин, тахикардия, брадикардия, гипотензия кузатилади;
- бошқа органлар ва тизимлар томонидан ўзгаришлар гепатит этиологиясига, қўшилиб келадиган касалликлар ва уларнинг асоратларига боғлиқ.

IV. Лаборатория, биохимиявий ва бошқа қўшимча текшириш усуллари маълумотлари:

- периферик қондаги ўзгаришлар — лейкопения, лимфоцитоз, гипохром (баъзан макроцитар) анемия, СОЭ ошиши (кўзишда ёки қўшилиб келган яллиғланиш касалликлари бўлганда);
- сийдик томонидан ўзгаришлар касаллик фазасига боғлиқ (кўзиш—билирубинурия);
- биохимиявий маълумотлар: биохимиявий кўрсаткичларнинг юзага чиққанлик даражаси жараён фазасига (кўзиш ёки ремиссия) активлигига боғлиқ, умуман альдолаза, АСТ ва АЛТ активлигининг ошиши, АСТ/АЛТ коэффиценти ва холинэстераза пасайиши, аргиназа активлиги, зардоб темири миқдори ошиши, диспротеинемия — альбуминлар миқдори камайиши, α_2 - ва у-глобулинлар даражаси ошиши, чўкма реакцияларнинг мусбат натижалари, бромсульфалиеннинг 5 % дан кўп тутилиб қолиши, бевосита ва билвосита билирубин ҳисобига гипербилирубинемия, жигарнинг бошқа функциялари ҳам бўзилиши мумкин; микрокардиострофия учун электрокардиографик белгилар хос;
- лапароскопия маълумотлари — «каттакон оқ» ёки «каттакон ола-була», аксарият регенерат тугунлари бўлган жигар аниқланади;
- пункцион биопсия маълумотлари — жигарда ферментатив ва оксил силжишлари, деструктив ва яллиғланиш силжишлари;
- сканирлаш маълумотлари — жигар ўлчамлари, шикастланган тўқима қисмлари аниқланади.

2.Вирусли гепатитларни қиёсий таҳлили:

А.В.С.Д ва Е вирусларнинг қиёсий таҳлили

(Ш.Шерлок, Дж.Дули 1999).

Кўзгатувчи	HAV	HBV	HCV	HDV	HEV
Геномлар	РНК	ДНК	РНК	РНК	РНК
Вируслар тури	Пикорна-Вируслар	Гепаднавируслар	Флавива пести вируслар	Вироид	Калици-вируслар
Инкубацион давр, кунлар	15-45	30-180	15-150	30-180	15-60
Юқиш йуллари		Парентерал, Жинсий йўллар Орқали	Парентерал, Жинсий йўллар орқали	Парентерал	

Жараён фаоллигининг ўткирлиги	Бемор ёшига боғлиқ		Одатда энгил	Энгил ёки Оғир	Одатда энгил
Тошма	+	+	+	+	+
Серологик текширишлар	Анти-HAV IgM	Анти- Hbv IgM HBs-Ag HBV-ДНК	Анти-HCV IGM HCV - РНК	Анти- HДV IgM	Анти- HДV IgM
Максимал фаоллик АлАт ме/л	800-1000	1000-1500	300-800	1000-1500	800-1000
Тўлқинли клиник кечиши	-	-	+	-	-
Профилактика	Вакциналаш	Вакциналаш	-	-	-
Даволаш	Симптоматик	Симптоматик, вирусга қарши (?)	Симптоматик, вирусга қарши (?)	Симптоматик вирусга қарши (?)	Симптоматик

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

8. Қария ва кекса ёшдаги беморларда овқат ҳазм қилиш тизимини текшириш усуллари.
9. Беморларни ЭГДФСга тайёрлаш методикаси.
10. Жигарни пальпация қилиш техникаси
11. Жигарни Курлов буйича перкуссия қилиш ва натижани баҳолаш.
12. Жигар касалликларида герофитотерапия.
13. Жигар касалликларида герофармакотерапия принциплари.

Адабиётлар:

- Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 1. Минск 2001г.
- Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для ВОП. Москва 2007г.
- Дорофеева Р. М. «Семейная медицинская сестра» Москва – 2002г. (Электронный учебник)
- Краснов А.Ф. «Сестринское дело» Москва – 2000 г. (I – II том) (Электронный учебник)
- Хамширалик иши протоколлари (баённомалари). 2-кисм. Патронаж/оилавий хамширалар учун услубий кулланма. 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:

- <http://ziyonet1.zn.uz>
- <http://www.medline.uz>
- <http://www.mednavigator.com.ua>
- <http://www.karelia.ru>

**Мавзу-3. Кекса ва қария ёшдаги беморлар сийдик ажратиш тизими касалликларида
хамширалик иши
(Асс.Вафоева Н.А.)**

Мавзунинг утказилиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Талабаларга оила шароитида кекса ва қария ёшдаги беморлар билан ишлашни ургатиш, сийдик ажратиш тизими касалликларнинг клиник-диагностик мезонларини ургатиш, текшириш, даволаш, парваришlash, ҳамда касалликлар олдини олиш бўйича амалий кунималар ҳосил қилиш;

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу бўйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш;
- кекса ва қария ёшдаги беморлар билан ишлаш кунималарини ҳосил қилиш;
- сийдик ажратиш тизими касалликларини аниқлаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий кунималарини ривожлантириш;

Талаба билиши лозим:

- сийдик ажратиш тизими анатомиясини;
- сийдик ажратиш тизимида еш билан боглик анатомио-физиологик узгаришларни;
- кекса ва қария ёшдаги беморларда касаллик кечиш хусусиятларини;
- касалликларни аниқлаш ва даволаш тамойилларини;
- кекса ва қария ёшдаги беморлар парваришида узига хос томонларни;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва қария ёшдаги беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- кекса ва қария ёшдаги беморларда учрайдиган касалликлар бўйича умумий тадбирларни бажаришни;
- сийдик ажратиш тизими касалликларида таҳлил учун сийдик йиғишни;
- беморларга керакли маслаҳатлар беришни;
- оила хамширасини қонуниятлар асосида оилага ташриф буюришини;
- оила тиббиётига оид бўлган тиббий ҳужжатларини юритишни;
- патронаж ўтказиш қоидаларини;
- оилада соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш йўллари ишлаб чиқишни;

Фанлараро ва фан ичида богликлик: 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 қария ёшдаги беморларда сийдик ажратиш тизимининг ўзига хос анатомик – физиологик хусусиятлари ва сийдик ажратиш тизими касалликларида ҳамширалик иши.

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

Қарияларда буйракда қон айланишининг сусайиши натижасида буйракда филтрация ва реабсорбция жараёнлари пасаяди. Бу эса сийдик ажратиш тизими касалликлари ривожланишига шароит яратади.

Пиелонефрит белгилари ҳолсизланиш, кўнгил айнаш, дармонсизлик, субфебрил температура, қонда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиб кетишидир. Бел соҳасида симилловчи оғриқлар ва дизурик белгилар суст ифодаланади, аммо касаллик оғир кечади, буйрак етишмовчилиги тезда ривожланиши мумкин.

Ўткир пиелонефрит кексаларда кўпинча сурункали пиелонефритга ўтиб кетади.

Ўткир пиелонефрит клиникаси суст ифодаланиб, зимдан кечади, кўп ҳолларда асоратлар берган даврда ташхис қўйилади.

Ўткир пиелонефритни олдини олиш учун сийдик йўлларидаги инфекция ўчоқларини бартараф этиш, организм қаршилик қобилятини кучайтириш лозимдир.

Сурункали пиелонефритда Адис-Каковский ёки Нечепоренко усули бўйича сийдик чўкмаси миқдорини текшириб кўрилади, пиелонефритнинг энг типик белгиси лейкоцитурия аниқланади. Сийдикнинг умумий таҳлилида бактериурия бўлиши мумкин. Рентгенологик ва ультратовуш текшируви диагнозни аниқлашда катта ёрдам беради.

Даволаш: Касалликка қарши антибактериал препаратлар (пенициллин, гентамицин, левомецетин, 5-НОК), уроантисептиклар (нитрофуранлар, сульфаниламидлар) юрак гликозидлари, биостимуляторлар, фитотерапия буюрилади. Пархез буюрилганда спиртли ичимликлар ичиш, ўткир таомлар истеъмол қилиш таъқиқланади. Сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламалари, сабзавот, мевалар тайинланади. Овқат калорияли ва витаминларга бой бўлиб, ош тузи чекланади. Беморларга минерал сувлар ичиш, санатория ва профилакторияларда бальнеологик ва физотерапевтик даво тайинланади.

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

Касалликнинг асосий сабабчиси стрептококклардир, касаллик қаттиқ совқотишдан, респиратор инфекциялар, терининг йирингли касалликларидан сўнг ривожланиши мумкин.

Клиник кўриниши:

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

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

Даволаш:

Беморни ўрнидан турғизмай, ёткизиб қўйиш, пархез буюриш керак. Кексаларга пархезда оқсилларни, тузларни кескин чеклаш мақсадга мувофиқ эмас.

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

Юрак қон томирлар етишмовчилигида строфантин, гипертонияга қарши АПФ ингибиторлари, диуретиклар, тайинланади. Даво комплексига декамевит, ундевит каби поливитаминлар қўшилади.

Инфекция ўчоқлари санация қилиш керак вабеморлар доимий диспансер кузатувида бўлиши шарт.

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

Бу касалликда буйрак коптокчаларида дегенератив–дистрофик ўзгаришлар авж олади. Касалликнинг бошида буйрак функциялари узоқ вақт сақланиб туриши мумкин, касаллик сўнгида сурункали буйрак етишмовчилиги билан тугайди.

Клиник кўриниши:

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

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

Даволаш:

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

Дори-дармонлардан: касаллик кўзиган даврида кортикостероидлар, антиагрегантлар, гипотензив воситалар, юрак гликозидлари, витаминотерапия буюрилади.

Иқлими қуруқ ва иссиқ бўлган курортларда даволаниш тавсия этилади. Беморлар доимий диспансер кузатувида бўлади.

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

Касаллик белгилар қуйидагилардан иборат:

Бел соҳасида симиллаб турадиган ёки қаттиқ оғриқлар, кўнгил айланиши, қайд қилиш, метеоризм, тана ҳароратини ошиши, санчиқ пайтида микро- ва макрогематурия бўлиши, сийдик билан тузларнинг ёки тошларнинг чиқиши ва оғриқнинг тўхтаб қолиши, сийдик чиқишининг камайиши (хатто ануриягача), артериал босимнинг ошиши характерли.

Буйрак санчиғида тўсатдан белда қаттиқ оғриқлар пайдо бўлиб, чов соҳасига, қоринга, ташқи жинсий органларга узатилиб туради. Беморлар қаттиқ безовталанадилар, санчиқ бир неча минут, соат ёки кун мобайнида тутиб туриши мумкин. Кексаларда оғриқлар жуда кучли бўлмайди. Касалликни аниқлашда рентгенологик текшириш ёки УТТ кифоядир.

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

Буйрак касалликларида шифобахш овқатланиш касалликнинг турига, босқичига, буйрак етишмовчилиги ва азотемия даражасига ва бошқа метаболик ўзгаришларга қараб белгиланади. Бемор рационали тула кийматли ва патогенетик асосланган бўлиши лозим. Унда етарли миқдорда витаминлар, минерал моддалар ва суюқликлар бўлиши керак. Хамма

буйрак касалликларида ош тузи чекланади. Унинг канча микдорда булиши касалликнинг характериға боглик. Рациондаги туз микдорининг канча булиши буйраклар экскретор функциясининг бузилиши даражасига ва кон айланиши етишмовчилигининг бор йуклигига караб аникланади.

Тузсиз нон, дрожжи солиб тайёрланан блинчик, сабзавтлар, ёғсиз шўрвалар, ёғсиз қуён, мол, бузоқ, балиқ, товуқ, индюк, қўй гўшти, мевалар, соуслар, чой, суюқ кофе, шарбатлар, наъматак суви мумкин. Туз солинган нон, кучли шўрвалар, балиқ шўрва, қайнатмай қовурилган гўшт, колбаса, сосиска, дудланган пишлоқ, дуккакли донлар, редиска, хрен, шпинат, шолғом, мурч, аччиқ кофе, шоколад, минерал сувлар мумкин эмас.

АНАЛИТИК КИСМ

Тест саволлари

1. Сурункали пиелонефрит ривожланишига нима олиб келади:
 - А. буйрак ривожланиш аномалияси
 - Б. сурункали холецистит
 - С. гипертония касаллиги
 - Д. бронхиал астма
2. Сурункали гломерулонефрит лаборатор диагностикасида кулланилмайди:
 - А. Нечипоренко синамасы
 - Б. Реберга синамасы
 - С. тимоловая проба
 - Д. Зимницкий синамасы
3. Сурункали гломерулонефритда танлов даво воситаси хисобланади:
 - А пенициллин + сульфадимезин
 - Б. палин + нолицин
 - С. кларитромицин + тетрациклин
 - Д. канамицин + гентамицин
4. Уткир буйрак етишмовчилигида олигоанурия нима билан бирга кечади:
 - А. конда глюкоза микдори ошиши
 - Б. конда холестерин микдори ошиши
 - С. конда колдик азот микдори ошиши
 - Д. конда АЛаТ микдори ошиши
5. Уткир буйрак етишмовчилигида упкада кандай патологик жараён ривожланади:
 - А. шиш
 - Б. инфаркт
 - С. ателектаз
 - Д. пневмоторакс
6. Уткир буйрак етишмовчилигида юрак ритмининг бузилиши нимага боглик:
 - А. гипокальциемиа
 - Б. гипокалиемиа
 - С. гиперкальциемиа
 - Д. гиперкалиемиа
7. Уткир буйрак етишмовчилигига олиб келувчи сабаб:
 - А гипертония касаллиги
 - Б. шок
 - С. буйрак артериялари атеросклерози
 - Д. цистит
8. Уткир буйрак етишмовчилигида конда креатинин микдори ошади:
 - А. 200-300 мкмоль/л
 - Б. 60-70 мкмоль/л

С. 80-90 мкмоль/л

Д. 90-100 мкмоль/л

9. СБЕ да гипертензия нима билан боглик:

А гиперкалиемией

Б. мочевиная тулланиши ва колдик азот микдори ошиши

С. . буйрак простогландин синтез дефицити билан

Д. гипокальциемией

10. Куйидаги сийдик анализи характерли: микдори 50 мл, зичлиги 1020, оксил 0,6 г/л, эрит 2-3-4 к/м, лейкоцитлар куп микдорда, бактерия куп микдорда, эпителий 8-10 к/м, Мальбин хужайралари 2-6 к/м да.

А. сурункали пиелонефрит

Б. сурункали гломерулонефрит

С. сурункали цистит

Д. простата аденомасы

ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А	С	Б	С	А	Д	Б	А	С	А

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1-МАСАЛА: Бемор 50 ешда хомиладорлик пайтида юзида, оекларида шиш булган, АКБ кутарилган. Хозир касаллиги уткир бошланган, сабабини билмайди. Бемор шикоятлари бош огриши, юзида, бел сохасида шишга. текширишда АКБ 190/110 мм.сим.уст.га тенг. Сийдик тахлили: ранги хира, оксил 3%, зичлиги 1016, эритроцитлар 1-2 к/м; зимницкий синамасы-1010-1014, конда мочевиная- 190 ммоль/л

1. Дастлабки таххис

2. Текшириш ва даволаш режаси

2-МАСАЛА: Бемор 50 ешда. Шикоятлари: тана хароратининг 38 С га кутарилишига, тез-тез огрикли сийишга, бош огришига. Пульс 88 марта, АКБ 160/110 мм.сим.уст.га тенг, юрак тонлари бугик, пастернацкий синамасы чап томондан мусбат. Сийдик анализи: оксил- 0,66%, буйрак УТТ текшируви чап буйрак косача ва жомчаларининг кенгайиши, деформацияси.

1. дастлабки таххис

2. текшириш ва даволаш режаси

АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР

СИЙДИКНИНГ КИМЕВИЙ ХОССАЛАРИНИ ТЕКШИРИШ СИЙДИКДАГИ ОКСИЛ МИКДОРИНИ АНИКЛАШ

Оксилни сифат жихатдан аниклаш

- уккус кислотаси кушиб кайнатиш усули: найсимон шиша идишнинг 3/4кисмига филтрланган сийдик солинади. Олдин сийдик мухити текширилади, агар у ишкорий еки нейтрал булса, бир неча томчи уккус кислотаси томизилади. Идишдаги сийдикнинг юкори кисми 30сек давомида кайнатилса, сийдик лойкаланади, бу оксил борлигидан далолат беради.

- Геллер тажрибаси-конус шаклидаги шиша идишга концентрацияланган азот кислотаси ва туйинган магнезий сульфат эритмасы 1:4 нисбатда 1-2мл куйилади, идишни

кийшайтириб туриб устига шунча микдорда сийдик эхтиеткорлик билан солинади. Сийдикда оксил булса, икала суюклик орасида ок рангли халка хосил булади.

Оксил микдорини аниклаш

Роберт-Стольников (Брандберг) усули, худди Геллер усулига ухшаб кетади. Синовингш бориши бир хил булади, леки нок халка хосил булиш вакти аникланади. Сийдикда 0,033г/л оксил булганда ок халка 2-3 минут орасида пайдо булишини хисобга олган холда, сийдик 2, 4, 8, 10, 20, 100 марта сув билан суюлтирилиб, 2-3 минут орасида халка хосил буладиган суюлтириш даражаси топилади ва 0,033га купайтирилади.

СИЙДИКДА БИЛИРУБИННИ АНИКЛАШ

Сийдикда билирубинни аниклаш оксидловчилар таъсирида яшил рангли биливердин хосил булишига асосланган.

Розин синов 4-5 мл сийдик устига Люголь еки 1%ли йод эритмаси солинади. Сийдикда билирубин булса, суюкликлар орасида яшил рангли халка хосил булади.

Фуше синов 10мл сийдикка 5-6мл 15%ли барий хлорид кушиб филтрланади. Фильтр устига 2-3 томчи Фуше реактиви томизилганда сийдикда билирубин булса, кукумтир-яшил еки зангори доғлар хосил булади.

БУЙРАКНИ ФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРИШ

РЕБЕРГ СИНОВИ

КОПТОКЧА ФИЛЬТРАЦИЯСИ ТЕЗЛИГИНИ АНИКЛАШ

Бемор эрталаб коугини бушатгандан кейин 1 соатдан сунг венадан кон олинади, 2 соатдан кейин сийдик йигилади, шундан сунг конда ва сийдикда креатинин микдори аникланади. Фильтрация тезлиги куйидаги формула оркали аникланади:

$$\Phi = \text{Скр} * \text{Д} / \text{Пкр}$$

Бу ерда: Φ - фильтрация тезлиги

Скр-сийдикдаги креатинин

Д- диурез

Пкр-плазмадаги креатинин

Соглом одамда фильтрация 100-150 млн ташкил этади.

ЗИМНИЦКИЙ СИНАМАСИ

Бу усул ердамида бир вақтда буйракнинг сув ажратиш хамда концентрацион фаолияти аникланади. Бемор эрталабки соат бдан келаси эрталаб соат бгача хар 3 соатда сийдигини алохида-алохида идишларга йигади. Тахлилни тутри утказиш учун сутка давомида ортикча суюклик микдорини чеклаш лозим. Сутка давомида хар уч соатда вакти курсатилган алохида идишларда 8 порцтяда сийдик йигилади. Хар порциядаги сийдикнинг микдори ва нисбий зичлиги аникланади. Суткалик диурез, кундузги ва тунги диурез микдори аникланади, турли порциялардаги нисбий зичлик таккосланади.

Агар зимницкий синамадаги порцияда сийдикнинг нисбий зичлиги 1010-1026 гача булса, бу буйракларнинг концентрацион фаолиятининг коникарлилигидан далолат беради.

МУСТАКИЛ УКИШ УЧУН МАВЗУЛАР

Лейкоцитурия

Лейкоцитурия деганда меъеридан ортик (умумий сийдик тахлилида кўриш майдонида 5-6 тадан кўпрок; Нечипоренко синамаси бўйича текширганда $2,5 \cdot 10^6$ /л дан ортик; Аддис-Каковский услубида эса кунига $4,0 \cdot 10^6$ дан зиёд) лейкоцитларни сийдик оркали чикиб кетиши назарда тутилади.

Ушбу белгининг мавжудлиги барча холларда буйрак ёки сийдик чикариш йўлларида яллигланиш жараёни борлигидан далолат беради. Уларга тубулоинтерстициал нефрит, пиелонефрит, кўчириб ўтказилган буйракни ажралиш реакцияси, сийдик йўллари инфекцияси, цистит, сийдик копи учбурчаги яллигланиши ва бошқалар киради. Бундан ташқари простатит, буйрак туберкулёзи, гидронефроз, буйрак тош ва бошка буйрак хамда сийдик йўллариининг урологик касалликларида хам лейкоцитурия кузатилади.

Куйида сийдик йўлларида инфекция таъсири натижасида пайдо бўладиган кенг тарқалган касалликларнинг асосий клиник манзараси келтирилган.

Лейкоцитурия енги (кўриш майдонида 8-10 дан 20-40 тагача) *ўртача* (50-100 та) ва *огир* (пиурия, яъни кўриш майдонини лейкоцитлар тўлик қоплаган ёки тўп-тўп бўлиб йирилган) бўлиши мумкин.

“Бевосита буйрак” ёки “буйракдан ташқари” касалликлар билан боғлиқ бўлган лейкоцитуриянинг фарқини улар шикастланганда учрайдиган бошқа белгиларни ўзаро таққослаб аниқлаш мумкин. Аммо сийдикда лейкоцитлар цилиндрларнинг аниқланиши доимо лейкоцитурия манбаи буйрак эканлигидан далолат беради. Аксарият ҳолларда лейкоцитурия бактериурия билан бирга кузатилади. “Стерил” лейкоцитурия кўпинча антибиотиклар, глюкокортикостероидлар, циклофосфамидлар билан даволаш бошлангандан кейин, ҳомиладорликда, трансплантат қўчишида, простатитда кузатилиши мумкин. Аёлларда сийдик киндан ажралаётган шира билан ифлосланганда сийдикда лейкоцитлар аниқланиши мумкин. Тургун “стерил” пиурия туберкулёзда, микозда, атипик микобактериал инфекцияларда, “*Haemophilus influenzae*”да, анаэроб бактериялар, тўйинган (бойитилган) муҳитда қўпаядиган “фарқловчи” ва L-шаклли бактериялар билан инфекцияланиш натижасида юзага келади. Тургун пиуриянинг буйрак ва сийдик йўллари тош касаллиги, буйрак сўргичлари некрози каби сабабларини аниқлаш учун вена урографиясини ўтказиш лозим.

Айрим ҳолларда буйрак тўқимасини миелом хужайралари ва лимфома билан инфильтрациясида ҳам лейкоцитурия учраши мумкин. Бунда лейкоцитурия билан бирга лимфома ёки миелом касаллигига хос бўлган бошқа белгилар ҳам кузатилади.

Цилиндрурия

Цилиндрурия - сийдик орқали цилиндрларни, яъни буйрак каналчаларида оксил ёки хужайра элементларидан ҳосил бўлган “қолип”ларни ажралиб чиқишидир. Соғлом одамларда цилиндрурия кузатилмайди. Шунинг учун сийдик чўқмасида уларнинг аниқланиши патологик ҳол ҳисобланади. У фақат буйрак каналчаларида ҳосил бўлиб, уни шикастланишидан далолат беради.

Цилиндр оксил қолипни қандай зарралардан тузилганлиги (хужайра элементлари) ва қанча микдордалигига қараб гиалинли, донадор, мумсимон, эритроцитар ва лейкоцитар цилиндруриялар тавофут этилади. Улардан биринчи ўқтаси бошқаларидан қўпроқ ўқраб, юқориқок диагностик аҳамиятга эгадир.

Гиалинли цилиндрурия буйракнинг деярли барча касалликларида аниқланади. Улар буйрак қоптоқчаларида филтрланиб, каналчалар проксимал қисмида қайта сўрилмай (реабсорбцияланмаган) унинг дистал бўлимида, аниқроғи цилиндрик қисмида ивиб қолган плазма оксидидир. Оксилни ивишига каналчаларда улар микдорининг юқорилиги, ҳамда улардаги суюқлик ва сийдикни қислотали реакцияси сабаб бўлади. Ишқорли сийдикда гиалинли цилиндрлар бўлмайди. Буйрак қоптоқчалари филтридан қанча қўп микдорда оксил ўтиб кетса ва каналчалар проксимал қисмида қанча қам қайта сўрилмаса, ҳамда у ердаги суюқлик қанчалик юқори қислотали реакцияга эга бўлса, шунча қўп гиалинли цилиндрлар ҳосил бўлади. Шу сабабли юқори протеинурия билан қечувчи нефротик синдром қузатилган беморларда гиалинли цилиндрли юқори цилиндрурия қузатилади. Яққа таркибдаги гиалинли цилиндрлар баъзан соғлом одам пешобидида ҳам айниқса жисмоний зўриқишдан кейин аниқланиши мумкин. Чунки юқорида таъкидлаганимиздек соғлом одам сўтқасига сийдик орқали 10-100 мг гача оксил йўқотиши мумкин.

Донадор цилиндрлар буйрак каналчалари проксимал қисмидаги эпителиал хужайраларни дистрофик ўзгариши натижасида пайдо бўлади. Оксил қолипи бўлган ҳамда парчаланган эпителиал хужайралар қолдиқлари билан қопланади ва натижада цилиндрлар юзаси донадор тус олиб, ранги гиалинли цилиндрларга нисбатан тўқроқ бўлади.

Мумсимон цилиндрлар гиалинли ва донадор цилиндрлардан фарқли ўлароқ қалта ва кенг, сарғиш рангдаги, гомоген моддадан ташқил тоқган бўлиб, мумни эслатади. Улар

каналчалар дистал кисмидаги эпителиал хужайраларни халок бўлиши (дистрофияси ва атрофияси) натижасида хосил бўлади. Бу ерда каналчалар тешиги эпителий атрофияси туфайли проксимал кисмга нисбатан кенг. Шу сабабли мумсимон цилиндрлар донаторларига нисбатан хажм жихатдан катта. Каналчалар дистал кисми эпителийсининг дистрофик ва атрофик ўзгаришлари буйракни огир шикастланиши (масалан: ёмон сифатли гломерулонефритда) ёки сурункали буйрак касалликларининг огир кечишларида юзага келади. Шунинг учун сийдик чўкмасида мумсимон цилиндрларнинг аникланиши пировард оқибати жихатдан нохуш белгидир.

Эритроцитар цилиндрлар турли сабаблар (гломерулонефрит, буйрак раки ва бошқалар) натижасида пайдо бўлган юкори гематурияда, лейкоцитар цилиндрлар эса пиурияда (ўткир, айниқса йирингли пиелонефрит ва сурункали пиелонефритни кўзгалган даври, гидронефроз ва бошқалар) беморларнинг сийдик чўкмасида аникланади. Айрим паталогик ҳолатлар (номунофик кон кўйганда, токсик моддалар таъсирида ва бошқа) натижасида юзага келган гемоглобинурия сийдик чўкмасида кон пигментларидан ташкил топган кўнгир рангдаги цилиндрлар аникланиши, яъни пигментар цилиндрурия билан бирга кечади.

Хамма турдаги цилиндрлар кислотали реакцияга эга бўлган сийдикда яхши аникланади ва узок сакланади. Ишқорли реакцияга эга бўлган сийдикда эса улар умуман хосил бўлмайди ёки тезда парчаланиб кетади. Шунинг учун бу ҳолларда цилиндрурия умуман кузатилмайди ёки жуда оз микдорда аникланиши мумкин.

Баъзан сийдик таркибида гиалин цилиндрларга ўхшаш шилликдан ёки сийдик кислотаси тузлари чўкмасидан хосил бўлган кизил рангдаги псевдоцилиндрлар ҳам пайдо бўлиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик керак. Бундай псевдоцилиндрлар кон пигмент цилиндрларини эслатади.

Ушбу маърузада кайд этилган барча маълумотлар сийдик синдроми, яъни протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурияларга олиб келган асосий касаллик ташхисини ўз вақтида аниқлаб, мақсадли тўлиқ даволаш чораларини кўллашга ёрдам беради.

Хулоса қилиб айтганда сийдик синдроми анча мураккаб ва ҳар хил белгилар йиғиндисидан иборат бўлиб, нефроннинг турли қисмлари ва пастки сийдик йўллариининг функционал ҳолатини баҳолашга имкон беради. У касалликни кечиши ва турига қараб моносимптом кўринишида ёки турли белгиларнинг йиғилиши ҳолида кузатилиши мумкин. Шунинг учун ҳар бир ҳолатда тўғри таҳлил қилиш катта амалий аҳамиятга эга. Сийдик чўкмасидаги минимал ўзгаришлар ҳам умумий амалиёт шифокоридан беморга, нисбатан катта эътиборда бўлиб, бу ўзгаришларни асосий сабабини аниқлашни талаб этади. Бундай беморлар ўз вақтида диспансер кузатувиға олиниб, вақти-вақти билан уларнинг сийдиги таҳлилдан ўтказилиши, ҳамда касалликни сурункали турларини кўзғалишини олдини олиш мақсадида иккиламчи профилактик муолажалар олиб борилиши лозим. Бу чора тадбирлар буйрак ва сийдик ажралиш тизими касалликларини тузалмас даврга ўтишини, жумладан сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланишини олдини олишга имкон яратади.

Уткир буйрак етишмовчилиги

Келтириб чиқарувчи сабабларига кура УБЕ қуйидаги турларга бўлинади:

1. *Преренал шакли* – буйрак кон билан таъминланиши бузилиши натижасида келиб чиқадиган функционал бузилишлар (шок, массив кон йукотиш, уткир юрак-кон томир етишмовчилиги, дегидратация – қусиш, диарея, массив қуйишлар, ичак ва ошқозон окмалари). Агар буйрак перфузияси тезда тикланса, буйрак функцияси тикланади, аксинча булса, буйракда қайтмас жараёнлар юзага келади. Преренал УБЕ да буйраклар На реабсорбция қилиш қобиляти сакланади ва у 1% дан ошмайди.

Преренал УБЕ асосий сабаблари:

1. Турли генезли АКБ пастлиги
2. Септик шок
3. Қуйиш ва дегидратация

4. Буйрак артерияси уткир оклюзияси ва стенози
5. Идеопатик тромбоцитопеник пурпура
6. Кон куйилгандан сунг кузатиладиган реакция
7. Хавфли гипертензия
8. Тугрик ва хомиладорлик патологияси
9. Склеродермия

2. *Паренхиматоз УБЕ* – бу буйрак томирлари, каналчалари ва интерстициянинг турли сабаблар натижасида зарарланиши оқибатида келиб чиқади. Булар иммун, токсик ёки идиопатик булиши мумкин.

Паренхиматоз УБЕ сабаблари.

1. Уткир тубуляр некроз;
2. Буйрак токсик зарарланиши (металлар, химикатлар, рентген-контрастлар, антибиотиклар).
3. миоглобинурия (рабдомиолиз, мушак травмаси, алкоголизм, талваса)
4. Уткир нефротик синдром
5. Уткир пиелонефрит ва септицэмия
6. Аутоиммун касалликлари

1. *Обструктив(Постренал) УБЕ* бу сийдик йули юкори ёки пастки қисмлари обструкцияси оқибатида келиб чиқади.

Сабаблари:

1. Усмалар
2. Сийдик йули ва пуфаги жарохати
3. Простата бези аденомаси
4. Буйрак - тош касаллиги
5. Нефрокальциноз

УБЕ босқичлари: 4та

I. Бошланғич босқичи – 10 суткагача давом этиб, бу сабабчи омилларни таъсири даври ҳисобланади. Клиникасида асосий келтириб чиқарувчи касаллик белгилари устун туради. Буйрак функцияси бузилганлигидан олигоурия, сийдикда оксил, эпителиал хужайралар, гиал цилиндрлар топилиши далолат беради. Айрим вақтда солиштира оғирлиги 1010 дан паст булган сийдик ва полиурия ҳос.

II. Босқич – олигоанурия стадияси – диурез 500 мл охирида 50 млгача қамаяди. Бу ҳолатда солиштира оғирлиги баланд ва инфузион терапия утқазилса диурез қупаяди. Конда азот қолдиғи, электролит(K, Na) ва сув миқдори ошади. Асосий диагностик белги бу мочевиная концентрацияси индекси (сийдикдаги мочевинаянинг қондаги мочевинаяга нисбати) ҳисобланади. Бу қурсатқичнинг диурез қам булганда қам 30 ва ундан юкори бугиши буйрак генезли олигоурияни истесно қилишга имқон беради. Бу қурсатқичнинг 10 гача пасайиши буйрак функцияси бузилишидан далолат беради. Бу қурсатқичнинг пасайиш қаражаси буйрак паренхимасининг зарарланиш қаражасига тугри пропорционал.

Натрий ва калий нисбати 0,2 дан паст булиши буйракдан ташқари олигоурияда булса, 30 дан ошиши буйраклар оғир органик зарарланишидан қарак беради.

Бемор аҳволи оғирлашади. Улар безовта, сунг беҳуш, қунғил айниши, қушиш, гипертермия ва талвасалар қузатилади. Тили ва шиллик пардалари қурук, нафаси ва юрак уриши тез ва ритми бузилган, тонлари бугик (K қамайиши ҳисобига юрак қисқарувчанлик ҳусусияти пасаяди). Уткир қон айланиши етишмовчилиғи, оғир гепотония, гиповолемиия, дегидратация, ренин-ангиотензин тизимини активласа, бу альдостерон секрециясини қучайтиради. Бу эса уз навбатида қатто шундай оғир шароитда қам АКБ ни нормал ушлаб туриши мумкин. Ич қетиш, қушиш, қучли терлаш ҳисобига йукотилган электролитлар ҳисобига гипотоник гидратация ривожланади ва миия, упқа шиш, юрак етишмовчилик белгилари юзага қелади. Бу қавр 6-8 сутка давом этади.

III боскич – Адекват даво чораларини олиб борилса бу стадия юзага келади ва у диурезнинг кайта тикланиши ҳамда полиурия билан характерланади. 2 фазаси булади: а) диурезнинг бошлангич фазаси - сийдик 500 мл/сутка.

б) полиурия фазаси - диурез 1800 мл/сутка. Бошида коптокчалар фильтрацияси тикланса, сунг буйрак азот ажратиш ва концентрацион вазифалари тикланади. Биринчи кунларда сийдик солиштира оғирлиги паст булиб колса, 3-5 кунда диурез 3-5 литргача ошади ва электролитлар (айникса К), куп микдорда йукотилади. Бу стадия 4-5 кун давом этади. Агар яхши кечса диурез 2-3 л/с гача камаяди, буйракнинг барча функциялари тикланади.

IV-боскич (тикланиш) – 2 йилгача давом этади. Бу даврда кондаги мочевиная микдори нормага тушади. Аммо узок вақтгача функционал узгаришлар сакланиши мумкин ва айрим вақтларда пиелонефрит ривожланиши ва сурункали БЕ га утиши эҳтимолдан холи эмас. Ёмон кечганида уремик кома ривожланади.

Патофизиологияси: преренал шаклида буйракда кон оқими камайиши кузатилса, паренхиматоз шаклида тубуляр некроз, постренал шаклида сийдик йулларидаги обструкция УБЕ га олиб келади. Лекин, уччаласида ҳам конда колдик азот, мочевиная ва креатинин микдори ошиши патофизиологик звено хисобланади.

Альдостерон секрециясининг кучайиши Na ва сув реабсорбциясини кучайтиради ва хужайралардан ташкари суюклик микдорини оширади. Бу эса АДГ купайишига олиб келади. Гипергидротацияга яна эндоген сувнинг йигилиши ҳам сабаб булади. Метаболик ацидоз, сийдикда электролитлар ва азот махсулотлари камаяди.

Полиурия – бу кучсиз ифодаланган УБЕ нинг белгиси булиб, буйраклар конда ошган азот махсулотларини сийдикни купайтириш билан компенсация килади. Бу даврда электролитлар (айникса К) йукотилиш кучли юз беради ва бую рақ томонидан пароксизмал тахикардия, АКБ пасайиши ва конда гипокалиемия алкологга олиб келиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР:

1. Журавлева Т.П., Пронина Н.А. «Сестринское дело в гериатрии». Учебное пособие. М., 2005.
2. Котельников Г.П., Яковлев О.Г. «Геронтология и гериатрия», Учебное пособие.-М., 2007.
3. Краснов А.Ф. «Сестринское дело», Москва, 2000 г, (I – II том), (Электронный учебник).
4. Мавлянов И.Р., Кац П.С. «Общие аспекты побочного действия лекарств у лиц пожилого и старческого возраста». Здравоохранение Узбекистана, №15, 2002 г.
5. Турчина Ж.Е., Мякова Е.Г. «Сестринское дело в гериатрии». Учебное пособие. М., 2006 г.

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

<http://www.mednavigator.com.ua>
<http://www.karelia.ru>
<http://www.simhos.ru>
<http://ru.wikipedia.org>

Мавзу-4. Кекса ёшдаги беморлар эндокрин касалликларида хамширалик иши (Асс. Абдуллаева Д.Н.)

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 эндокрин касалликларига 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;
- гепатитларни аниқлаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий кунималарини ривожлантириш;
- кексаларда гепатитларни олдини олиш бўйича амалий кунималар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва кари беморларни парваришлаш бўйича олган билимларини мустаҳкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- кандли диабет ҳақида тушунча, касалликларни этиологик факторларини;
- кандли диабет турларини ва асосий клиник белгиларини;
- кандли диабет касаллиги диагностик мезонларини;
- кандли диабетни олдини олиш бўйича чора-тадбирларни куламини;
- кандли диабетларда беморларни парваришлаш принципларини;
- дори моддаларини, уларни қулланиш вақти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва кари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- кандли диабетларни олдини олиш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- кандли диабетларни олдини олиш бўйича умумий тадбирларни бажаришни;
- кари ёшдаги беморларнинг аҳолини физикал баҳолашни;
- кари беморларни сўраб суриштириш натижасида касалликнинг келиб чиқиши тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиш, касалликнинг объектив белгиларини аниқлаш, хамширалик ташхисини қўйиш;
- кари 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, ҳарорат варақасини тўлдириш, хамширалик касаллик тарихига баён этиш.
- касалларни парваришлаш бўйича амалий тадбирларни;

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

НАЗАРИЙ КИСМ

Қандли диабет

Қандли диабет касаллиги – (diabetes mellitus) бу инсулиннинг нисбий ёки мутлоқ етишмовчилиги оқибатида келиб чиқадиган ва ўз навбатида, организмда кучли метаболик ўзгаришлар билан кечадиган касаллик бўлиб ҳисобланади.

Бугун аҳоли орасида бу касалликнинг таркалиши 2% ни, буларнинг 5-8% ини эса 15 ёшгача бўлган болалар ташкил қилади.

Ҳозирги олинаётган далилларга кўра, қандли диабетга чалинаётган беморлар сони жаҳон бўйича кўпаяётганлиги қайд қилинмоқда.

Қандли диабет касаллик сифатида жуда қадим замонларданок маълум бўлган. Касалликнинг клиник белгилари дастлаб эрамиздан олдинги 30-50 йилларда Цельс томонидан кўрсатилган. Эрамининг 1000 йилларига келиб Абу Али Ибн Сино, кейинчалик эса Гален томонидан касалликнинг клиник белгилари тўлароқ ўрганилган.

«Диабет» деган атама грек сўзидан олинган бўлиб «окиб ўтиш» деган маънони англатади. қадимги замон табиблари организмга ташқаридан қандайдир ёт нарса кириб қоладию ўзгармаган ҳолда сийдик билан чиқиб кетади деб тахмин қилишган.

Этиологияси. Ҳозирги вақтда қандли диабет касаллигининг келиб чиқишида генетик, яъни ирсий омиллар аҳамияти илмий асослаб берилган. Айрим олимларнинг фикрича агар ота-онасида қандли диабет бўлса, боланинг касалликка чалиниш эҳтимоли 100%гача, агар ота-онасининг биронтаси қандли диабет касаллиги бўлса 50%гача, агар оилада акиси ёки опа-сингилларидан биронтасида касаллик бўлса унда боланинг касалликка чалиниш эҳтимоли эса 25% гача бўлади.

Касаллик авлоддан-авлодга доминант ёки рецессив йўл билан ўтиши мумкин. Агар касаллик доминант типда ўтса «ҳавфли гуруҳ», яъни ноқулай, салбий омиллар хусусиятлари устун бўлади. в хужайраларни зарарлаш хусусиятига эга бўлган вирусли инфекциялар, овқатланишнинг узок муддатда бузилиши (углевод ва ёғнинг кўп миқдорда истеъмол қилиниши), ҳар хил руҳий ва жисмоний жароҳатлар, семизлик, асоратланган ҳомиладорлик, эндокрин касалликлар (диффузли токсик буқоқ, Иценко-Кушинг касаллиги, акромегалия), айрим соматик касалликлар – панкреатит, гипертония касаллиги каби омиллар оқибатида келиб чиқади.

Қандли диабет касаллигининг генетик боғлиқ бўлмаган тури – панкреатоектомиядан кейин, ошқозон ости бези ўсма касалликлари билан боғлиқ ҳолда келиб чиқиши мумкин.

Касалликнинг генетик келиб чиқиши HLA антиген билан боғлиқ бўлиб, IV аутосом хромосомада жойлашган бўлади. Бу хромосомада 5 та локус бўлиб, бундай локуслар бир қанча антигенлар билан назорат қилиниб турилади.

Патогенези. Қандли диабет касаллигининг келиб чиқиши механизмида асосан инсулин етишмовчилиги ётади. Дастлаб гормон миқдори қонда мўътадил ёки биров ошган, кейинчалик эса касаллик ривожланиши билан бетта-хужайраларда инсулин секрецияси сусайиши кузатилади. Инсулин етишмовчилиги нисбий (ошқозон ости безига боғлиқ бўлмаган) ёки мутлоқ (ошқозон ости безига боғлиқ) бўлиши мумкин.

Нисбий инсулин етишмовчилиги – тўқималарнинг инсулинга нисбатан резистентлигининг пасайиши, тўқималарда инсулинга қарши антигенлар пайдо бўлиши, ҳамда инсулиннинг гормонал ва ногормонал антогонистик реакциясининг бузилиши оқибатида келиб чиқади.

Инсулиннинг гормонал антогонистларига ўсиш гормони, АКТГ, гипофиз, буйрак усти бези гормонлари, қалқонсимон без гормонлари (тироксин, трийодтиронин) киради. Бу гормонлар организмда гипергликемияни чақиради ва тўқималарда глюкоза парчаланишини тормозлаб, инсулин сарф бўлишини кучайтиради. Инсулиннинг ногормонал антогонистларига синальбумин, қондаги тўйинган ёғ кислоталари, инсулинга қарши антителолар, липопротеин ингибиторлари киради.

Мутлоқ инсулин етишмовчилиги ошқозон ости безининг ўзида бўладиган патологик жараёнлар билан бевосита боғлиқ бўлади.

Бундай инсулин етишмовчилигининг ҳар бирида ҳам организмда чуқур метоболик ўзгаришлар, яъни углевод, ёғ, оксил, витамин, сув-туз алмашинуви бузилиши намоён бўлади. Инсулин етишмовчилиги дастлаб глюкоза алмашинувининг ҳамма этапларини бузади: ёғ ва мушак тўқималарига киришини сусайтириб, гликолизни тўхтатиб қўяди. АТФ синтези сусайиб, Кребс циклида ферментлар фаолияти бузилади. Бир вақтда аминокислоталар транспорти издан чиқиб, компенсатор механизми, яъни углеводсиз бирикмалардан глюкоза ҳосил бўлиш жараёни кучаяди. Бу жараёнлар оқибатида гипергликемия кучайиб, бемор вазн йўқотади, мушаклар тонуси пасаяди, иммунитет сусаяди, терида трофик ўзгаришлар пайдо бўлади.

Қондаги гиперосмоляр ҳолат полиурия ва полидипсияга олиб келади. Қондаги аминокислоталар миқдорининг ортиши оксил синтезининг бузилишига ва натижада марказий нерв системаси, буйрак, кўз, қон айланиш органларининг бузилишлари каби турли хил микроангиопатияларга олиб келади. Тўқималар гипоксияси ва дегидратацияси, электролитлар (калий, натрий) миқдорининг камайиши диабетик кома ривожланишига сабаб бўлади.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) қандли диабет касаллигини 4 та даражада бўлиб ўрганишни тавсия қилади. 1.потенциал диабет, 2. латент диабет, 3. асимптоматик ёки субклиник диабет, 4.ошқора ёки клиник диабет.

Охирги йилларда қандли диабет касаллигининг этиопатогенези, диагностикаси даво принциплари бўйича янги-янги далиллар кўпайиб бормоқда. 1985 йили Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти конгрессида янги таснифи таклиф қилинган

А. Клиник синфлар бўйича

1. инсулинга боғлиқ диабет – 1 тип
2. инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабет–II тип:
 - а) семизлиги бўлган беморларда
 - б) семизлиги бўлмаган беморларда
3. Бошқа типдаги қандли диабет касаллиги:
 - а) ошқозон ости беши касалликл
 - б) эндокрин касалликларида
 - в) инсулин рецепторларининг ўзг
 - г) генетик синдромлар
 - д) аралаш ҳолатлар билан боғлиқ бўлган

Латент диабетда ҳам глюкозурия ва гипергликемия кузатилмайди, глюкозага толерантлик тести эса диабетик типда ўзгарган бўлади.

-Ошқора диабет қондаги глюкоза ва сийдикдаги глюкоза миқдори такрор-такрор кўтарилиб туриши билан характерланади.

1.Инсулинга боғлиқ бўлмаган диабет (II тип), модда алмашинувининг минимал даражада бузилиши билан характерланади. Бу типга мансуб беморларда экзоген инсулинсиз, диетотерапия ва перорал препаратлар билан углевод алмашинувини компенсация қилса бўлади.

2.Диабетнинг бошқа типларига бошқа клиник патологияларда учрайдиган диабетлар киради: а) ошқозон ости беши касалликлари (чақалоқларда ошқозон ости бешида Лангерганс оролчаларнинг туғма бўлмаслиги, туғруқ жароҳатлари ёки токсик таъсир туфайли ошқозон ости безининг зарарланиши). б)гормонал муҳит касалликлари (Иценко-Кушинг касаллиги, акромегалия, дифузли токсик буқоқ ва ҳок.), в)дори-дармонлар ва химик моддалар таъсири оқибатида келиб чиқадиган қандли диабет (АКТГ, глюкокортикоидлар, соматотропин, диуретик препаратлар, аминазин, адреналин ва бошқ.). г)инсулин рецепторларининг бузилиши (туғма липодистрофия – инсулин рецепторларидаги нуқсонлар, инсулин

рецепторларига қарши антителолар). д)генетик синдромлар (1 типли гликогеноз, Даун синдроми, Шерешевский –Тернер синдроми ва ҳок.).

Гериатрик ёшдаги беморларда қандли диабет касаллигида компенсация ҳолатини аниқлашда организмда бутун моддалар алмашинувининг нормаллашуви ёки максимал даражада нормага яқинлашиши, биринчи навбатда углевод алмашинувининг нормаллашиши эътиборга олинади. Компенсация ҳолатида қон таркибидаги глюкоза миқдори 6-7 ммоль/л дан ошмаслиги ва сийдикда аглюкозурия бўлиши характерли. Субкомпенсация даври деб, қачон сутка давомида биров гипергликемия 13,9 ммоль/л гача ва глюкозурия 50 гр. гача сақланиб турса айтилади.

Декомпенсация даври деб, қачонки сутка давомида гипергликемия 13,9 ммоль/л дан ва глюкозурия эса 50 гр. дан ошган вақтда қўйилади.

Қандли диабетнинг 3 та оғирлик даражаси тафовут қилинади: енгил, ўртча оғир ва оғир даражалари.

1-даражада фақат диетотерапия билан компенсация ҳолатига, 2- даражада инсулинтерапия ёки қанд туширучи препаратлар билан компенсация ҳолатига эришиш мумкин бўлади, суткалик инсулинтерапияга эҳтиёжи 60 ТБ дан ошмаслиги керак. 3 - даражаси эса –қачонки беморларда қандли диабетнинг кечки асоратлари: микроангиопатия, нейропатияларнинг оғир босқичлари намоён бўлган пайтда қўйилади.

Клиникаси. Гериатрик ёшдаги беморларда қандли диабет касаллигининг ошқора ёки манифест формасини диагностика қилишда қийинчилик бўлмайди. Беморлар оғиз қуришига, чанқоклик (полидипсия), кўп сийишга (полиурия), иштаҳанинг ошганлигига (полифагия), камдармонлик, вазн йўқотиш, уйку бузилишига, иш қобилиятининг сусайишига шикоят қиладилар. Одатда қандли диабет касаллигидаги бундай асосий белгилар декомпенсация даврида, қачонки қонда анчагина гипергликемия ва глюкозурия вақтида намоён бўла бошлайди.

Инсулин секрециясининг сусайиши оқибатида глюкоза парчаланиши ҳам пасаяди. Натижада гипергликемия ва глюкозурия пайдо бўлади. Буйрак каналчаларида глюкозанинг тўлиқ реабсорбцияси қондаги глюкоза миқдори 9 ммоль/л гача бўлган кўрсаткичда юз беради. Бундан кўп глюкоза миқдори ошса сийдик билан глюкоза ажралишига олиб келади.

Полиурия баъзан суткасига 8-9 литргача ошиши мумкин. Бу ҳам сийдикда глюкоза концентрациясининг ошиши билан, яъни осмотик диурезнинг бузилиши билан характерланади.

Оғизнинг қуриши, бир томондан организмда кўп сув йўқотиш билан боғлиқ бўлса, иккинчидан қон таркибида глюкоза, мочевино, натрий миқдорининг ошиши билан боғлиқ бўлади.

Ошқозон ости беи нормада суткасига 30-45 бирликда инсулин ишлаб чиқаради. Панкреатэктомиядан кейин углевод алмашинувини компенсация қилиш учун мана шунча инсулин керак бўлади. Лекин айрим беморларда инсулиннинг кўпроқ дозасига эҳтиёж бўлади.

Тери ва суяк мушак системаси. Касалликнинг оғир шаклларида, кўпроқ болаларда кетозга мойиллик ошади, баъзан юз соҳаларида, пешонасида, ва юрак кўз қовоқларида тери капиллярлари кенгайиши билан боғлиқ енгил қизаришлар пайдо бўлади. Айрим ҳолларда кафт, товонда сариқлик пайдо бўлади, бу эса жигарда каротиннинг витамин А га айланиши бузилишидан далолат беради. Бу касалликда тери зарарланиши хос ўзгариш эмас. Теридаги даволаниши қийин бўлган фурункулёз, ёки йирингли процесслар айрим ҳолларда касалликнинг декомпенсациялашишигагина эмас, ҳатто комага ҳам сабаб бўлиши мумкин. Декомпенсация даврида дегидратация натижасида тери қуруқлашиб, тургори, пасайиб, яранинг битиши анча қийинлашиб қолади. Узоқ декомпенсация даврида мушаклар бўшашиб, атрофиялашиб боради. Суяклар остеопорози, артритлар кузатилади. Болалар ўсишдан орқада қоладилар.

Қандли диабет касаллигида юрак томир тизими томонидан бўладиган ўзгаришлар тез-тез кузатиладиган ва доимий бирга кечадиган кечки асоратларидан бўлиб ҳисобланади. Диабетик кардиопатиялар диабетнинг клиник кечишини анча оғирлаштирадиган ва беморларнинг эрта ногиронликка чиқишига ҳамда ўлимига кўпроқ сабаб бўладиган жиддий асоратларидан бири бўлиб ҳисобланади. Қандли диабетга чалинган беморларда юрак ишемик касаллигининг авваламбор миокард инфарктининг кечиш хусусиятлари ҳақида таъкидлаб ўтиш лозим. Миокард инфаркти қандли диабетга чалинган беморларда, диабетли бўлмаган одамларга нисбатан бир неча марта кўп учрайди, қайта инфаркт хуружи ҳам кўпроқ қайд қилинади ва кўпинча тромбоэмболиялар билан асоратланиб, инфаркт хуружи атипик кечади. Миокард инфарктининг атипик, яъни оғриқсиз кечишига асосий сабаб юрак майда қон томирларининг тарқалган зарарланиши ва нерв-рецептор аппаратининг бузилиши билан асосланган бўлади. Шу сабабдан ҳам миокард инфаркти анча кечроқ ташхис қилинади ва кўпроқ беморларнинг ўлимига олиб келади.

Диабетик ангиопатиялар - майда қон томирларининг (микроангиопатиялар), ўрта ва катта калибмли қон томирларининг (макроангиопатиялар) умумий тарқалган зарарланишидир. Микроангиопатия кўпинча ёш болаларда ва ўспирин ёшида учрайди, бунда майда капиллярлар, артериолалар зарарланиши билан намоён бўлади (нефропатия, ретинопатия, периферик ангиопатиялар кўринишида намоён бўлади).

Макроангиопатия, асосан, катта ёшдаги одамларда қайд қилинади ва тез вақт ичида атеросклеротик ўзгаришлар пайдо бўлиши билан ҳарактерланади.

Диабетик ангиопатияларнинг келиб чиқишида углевод, ёғ ва оксил алмашинуви бузилиши энг асосий аҳамият касб этади. Модда алмашинувининг бузилиши натижасида қондаги глобулинлар миқдорининг ошишига ва альбуминлар миқдорининг камайишига олиб келади.

Семизликка чалинган беморларда ангиопатия 2-3 марта кўпроқ қайд қилинади. Бундан ташқари, ангиопатия қондаги гормонлар дисбаланси билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

Қандли диабетни даволашда диетотерапия принциплари

Гериатрик беморларда пархез ҚДга чалинган беморлар учун бир умр риоя қилиши керак бўлган комплекс давонинг асосий фундаменти бўлиб ҳисобланади. ҚД 1 ва II типларида пархез принципиал фарқ қилади. ҚД II типда тана вазнини нормаллаштиришга қаратилган бўлади. Диетотераписизбошқа даво принциплари натижаси паст бўлади. ҚД II типда беморларнинг овқатланиш ва ҳаёт тарзини ҳисобга олиб инсулинотерапия дозасини ўзгартиришни ўргатиш лозим. Беморлар кучайтирилган инсулинотерапия олаётганларида ҳам соғлом одамлардек нима еса, қачон ва қанча еса ўшандай еб-ичишлари керак. Фарқи, фақат инсулин уколи дозасиникеракли вақтида ўзларига қилишлари керак. Лекин беморлар қандайдир даражада диетани чегаралашга мажбур.

Инсулинотерапия. Мамлакатимизда қандли диабет касаллигига чалинган беморлар учун инсулин ва қанд туширувчи препаратлар билан таъминот бепул хизмати йўлга қўйилган. Бу, албатта, беморларнинг бир умр тиббий ёрдамга бўлган эҳтиёжини қондириш имкони эга эканлигидан далолат беради.

Инсулин буюришга мутлоқ кўрсатма бўлиб диабетик комалар, прекома ва кетоацидоз, болалик ва ўсмирлик ёшидаги беморлар, қандли диабетнинг декомпенсация ҳолати, ўтказилган диетотерапиядан ва қанд туширувчи перорал препаратлар қўлланилишидан наф кам бўлиши хизмат қилади.

Инсулиннинг бир марталик ва суткалик дозаси қондаги гликемия ва сийдикдаги глюкозурия миқдorigа мувофиқ ҳисобланади. Баъзан буйракнинг кучли зарарланиши ҳолатлари инсулин дозасини аниқлашда жуда эҳтиёт бўлиб ёндашишни тақозо этади, чунки бундай ҳолларда сийдик таркибидаги глюкоза миқдорининг камлиги қондаги глюкоза миқдorigа тўғри келмайди.

Инсулининг суткалик дозасини ҳисоблаб чиқаришда 1 ТБдаги инсулин ўртача 4 грамм углеводни ўзлаштиришини назарда тутишимиз керак бўлади. Масалан, озуканинг қанд киймати - 350 гр.ни ташкил қилса, суткалик глюкозурия – 100 гр. бўлса, сийдик билан қанд ажратиш – 17 гр. бўлади (озуқа қанд кийматининг 5% и). Суткалик глюкозурия сонидан сийдик билан ажралган қанд сони айириб ташланади ($100 - 17 = 83$) ва 4 га бўламиз. Натижада инсулининг суткалик дозаси яъни 20 келиб чиқади. Бу суткалик дозани 2 ёки 3 мартага, 2:3:1 нисбатда тақсим қилинади. Кейинги инсулининг суткалик ва бир марталик дозаси қондаги ва сийдик таркибидаги қанд миқдорини қайта текшириш натижаларига асосан ҳисобланади.

Агар тўрт марта суинсулин суткада олиши керак бўлса, қуйидагича тақсим қилинади: нонуштадан олдин 35%, тушликдан олдин –25%, кечки овқатдан олдин – 30 %и ва уйқудан олдин эса – 10 % ини ташкил қилиши керак, яъни 3,5:2,5:3:1 нисбатда.

Инсулининг дастлабки дозасини қон таркибидаги қанд миқдorigа нисбатан тахминий аниқласа бўлади. П. Форшем гликемия 8,33 ммоль/л дан юқори бўлса кейинги ҳар 0,22 ммоль/л га 1 ТБ қисқа муддат таъсир этувчи инсулин ҳар 6 – 8 соатда юбориш тавсия қилади.

Инсулининг тўқималарда сўрилиши суст бўлганлиги учун ҳамда бир қисмининг бузилишини назарда тутиб бир жойга 30 ТБдан кўп юбориш тавсия қилинмайди. Одатда, қисқа муддат таъсир этувчи инсулин тери остига юборилади.

Беморларнинг инсулин инъекция қилинадиган жойи ҳар сафар алмаштирилиб турилади. Инсулин қилинганидан кейин камида 30 минут ўтганидан кейин овқатланиш тавсия қилинади.

Қанд туширувчи препаратлар билан даволаш. Бу препаратлар, инсулинга боғлиқ бўлмаган беморлар қонидаги қандни пасайтириш хусусиятига эга. Ҳозир қўлланилаётган препаратлар асосан икки гуруҳга бўлинади:

а) сульфонилмочевина препаратлари

б) бигуанидлар

Сульфонилмочевиналарга мансуб препаратлардан қуйидагилари кўпроқ қўлланилади: Бутамид (орабет, толбутамид), чиқарилиши 0,25 ва 0,5 гр. дан суткасига 1-2 гр. дан буюрилади; Букарбан (оранил, карбутамид), 0,5 гр. чиқарилади, 1-1,5 гр.дан суткасига; Цикламид (диаборол, арлигал) 0,25 гр., суткасига 0,5-0,75 гр, Хлорцикламид (орадиан), таблеткасида 0,25 гр, суткасига 0,5-1,0 гр, Глибенкламид (манилин, даонил, глибуридэуглюкин) таблеткасида 0,005-0,001 гр.дан суткасига 0,01- 0,015 гр, яъни, 10-15 мг: Гликлазид (предиад), 0,08 гр.дан суткасига 0,16-0,24 гр, Глипизид (минидиаб) таблеткада 0,005-0,01 гр.дан суткасида 0,005-0,04 гр.дан тавсия қилинади.

Сульфонилмочевина препаратларининг фармакодинамик фаолиятига қараб шартли равишда биринчи (толбутамид, карбутамид, цикламид, хлорпропамид) ва иккинчи (глибенклабид, гликлазид, гликвидон) авлод препаратларига ажратилади.

Сульфонилмочевина препаратларининг инсуляр аппарати хужайраларини стимуллаш хусусияти ва ошқозон ости безидан инсулин секрециясини ошириши илмий исбот қилиб берилган.

ДИФФУЗ-ТОКСИК БУКОК

(Базедов ёки Перри касаллиги)

Диффуз-токсик букок /ДТБ/ - калконсимон безнинг ортикча миқдорда гормонлар ишлаб чиқиши билан боғлиқ ва дастлаб асаб, юрак-томир системаси томонидан ўзгаришлар билан характерланади.

Купинча касаллик 20-50 ёшдаги одамларда нисбатан кўпроқ учрайди. Эракларга нисбатан аёлларда 10 марта кўпроқ кайд қилинади.

Бу касалликни 1722 йилда биринчи бўлиб Ивес белгиларини изоҳлаган. Кейинчалик 1786 йил Перри туларок изоҳлаган. 1886 йили Мебиус касалликнинг келиб чиқишида калконсимон безнинг ахамиятини биринчи бўлиб курсатган. 1840 йили Базидов касаллик учун энг характерли бўлган асосий 3 та клиник белгини курсатган: а) зоб, б) тахикардия, в)

чакчайган куз. 1884 йилда Боткин касалликнинг келиб чиқишида рухий жароҳатнинг ахамиятини илмий асослаб берган.

Этиологияси: Касалликнинг келиб чиқишида энг асосий омиллардан бири ирсий берилувчанликдир. Ирсий берилувчанлик асосан рецессив ген оркали утади. Бу аёлларда эндокрин мойиллик, яни хомиладорлик, минструаль цикл, эмизиш даври, климакс давлари купрок булганлиги учун купрок учрайди.

Рухий жароҳатлар, сурункали ёки уткир инфекциялар(грипп,ангина, тонзиллит, ревматизм), энсефалит билан асоратланган бош мия жароҳатлари, периферик нерв системаси тамонидан зарарланишлар, ортикча микдорда йод препаратини кабул қилиш, организмнинг ортикча исиб кетиши касалликнинг келиб чиқишида асосий туртки булиб ҳисобланади.

Болаларда купрок касаллик уткир инфекциялар: грипп, ангина,кизамик, кукйутал, ревматизм касалликларидан кейин келиб чиқади. Шершевский фикрича-тамоқ соҳасида зарарланиш билан кечадиган инфекциялар сабаб бўлади.

Патогенизи. Касалликнинг патогенизи тулигича урганилмаган. Охириги 20-30 йиллар давомида ДТБ касалликнинг аутоиммун механизм жаройонлар билан келиб чиқиши эксперименталь ва клиник далиллари асосида исботланган. HLA антигенларни урганиш шуни курсатдики, ДТБ касаллигида купрок HLA-8 антиген билан ирсиятдан ирсиятга утар экан ва соғ одамларга нисбатан 2.5-3 марта куп қайд қилинар экан. Касаллик иммун назоратининг тугма нуксони натижасида келиб чиқади эҳтимол бор.

Т-лимфоситларнинг популяциясидан бири Т-супрессорлар етишмовчилиги ёки ундаги генетик нуксони булганида уларнинг пролеферацияси ва жонланиши юз беради. Бундай лимфоситлар клони-«таъқиб остига олинган» лимфоситлар деб номланади. Ана шу клондаги лимфоситлар калконсимон беги антигенлари билан бирикиб биргаликда таъсир қила бошлайди. Бу жараёнга В-лимфоцитлар ҳам қатнашади ва антителалар пайдо бўлишига жавоб беради.

В-лимфоцитларнинг Т-хелпер деб номланган субпопуляцияси ва плазматик туқималар калконсимон беги стимуляция қиладиган иммуноглобулинларни синтез қиладди, яъни иммуноглобулин синфига мансуб булган иммуноглобулинлар-дир. Мана шундай тарзда калконсимон беги стимуляция қилувчи иммуноглобулинларни лимфоцитлар ишлаб чиқара бошлайди.

Касаллик патогенезида туқималар дейодизацияси ҳам муҳим аҳамият қасб этади. Дейодоза ферменти активлигининг ошиши тиреоид гормонларнинг туқималарга таъсирини қучайтиради.

ДТБ касаллигида клиник белгиларнинг намоён бўлиши тиреоид гормон ва катехоламиннинг биологик таъсир қилиш натижасига боглиқ. Агар тиреоид гормонлар секрецияси куп микдорда ишлаб чиқилса, оксил катоболизми активлигининг ошишига ва сийдикда азот, фосфор, калий, аммиак, сийдик қислаталарнинг куп микдорда ажралиб чиқишига олиб қелади. Кон таркибида азот қолдиғи қупаяди, креатинурия пайдо бўлади. Бир вақтда углевод алмашинуви ҳам издан чиқади.

Таснифи. 1961 йили социалистик мамлакатларнинг «эндемик зоб» муаммоси бўйича утқазилган Халқоро эндокрнологлар конгрессида тавсия қилинган тасниф бўйича ДТБ огирлиқ даражасига нисбатан: енгил, уртача огир ва огир; калконсимон бегининг қатталашишига қараб эса 5 та даражаси тафовут қилинади.

Енгил формасида-асаб системаси томонидан таъсирчанлиқ ошади, иш қобилияти сусаяди, тана вази 10-15% қамаяди, доимий тахикардия (минутига 100 тагача). Асосий алмашинув 30% дан ошмайди.

Уртача огир формасида асаб системаси томонидан таъсирчанлиқ анчагина ошган, вази 20% гача қамайган, тахикардия 100-120 та 1¹ дақиқада, асосий алмашинув 30-60% гача ошган бўлади.

Огир формада асаб системаси томонидан таъсирчанлик жуда ошган, иш кобилияти эса тулик йуколган, вазн йукотиши 50%дан куп, тахикардия эса 120тадан куп, асосий алмашинув 60%дан ошган булади.

Калконсимон безнинг катталашиш даражаси буйича бир канча классификация мавжуд. Хозир бизнинг мамлакатда О.В.Николаев такдим килган куйидаги классификация амалиётда купрок кулланилади.

1-даражаси-калконсимон безнинг буйин кисми пайпасланганда бироз катталашган.

2-даражаси-кулга без энгил пайпасланади, ютунганда эса кузга яккол ташланади.

3-даражаси-без анчагина катталашган, буйин бироз йугонлашган.

4-даражаси-без катталашган, буйин конфигурацияси узгарган.

5-даражаси-без ката хажмда катталашган, буйин кофигурацияси жуда узгарган.

0-даражаси-калконсимон без катталашмаган, кулга пайпасланмайди.

Лекин хозирги вақтда бутун жахон согликни саклаш ташкилоти 1994 йилда кайта ишлаб чиқарилган классификацияда кулланилиб келинади. Бу классификацияга асосан калконсимон безни пайпаслаганда унинг улчами бош бармок дистал фалангаси улчамидан кичик булса, бу нормал ҳолат деб ҳисобланади. Агар пайпасланганда калконсимон без катталашганлиги қуринса ёки пайпасланса унда буқок деб диагностика килинади.

Буқок классификацияси (БЖССТ,1994)

0-даража-буқок йуқ.

1-даража-калконсимон без улчами бош бармок дистал фалангасидан ката. Без кулга пайпасланади лекин қуринмайди.

2-даражаси-без пайпасланади ва кузга қуринади.

Клиникаси. Беморларнинг шикоятлари куйидагиларга булади: тез чарчаш, тез асабийлашиш, умумий дармонсизлик, куп терлаш, паришонхотирлик, оёқ-куллар калтиради, томогида ноқулайлик ҳис қилиши, юрак тез уриши, уйку бузилиши, тез ҳаяжонга тушиши, субфибрил ҳарорат, вазн йукотиш, иш кобилятининг сусайиши. Баъзан беморлар буйин олдинги юзасининг катталашишига, куз чакчайишига (экзофтальм) ошқозон-ичак фаолятининг тез-тез бузилиб туришига, аёллар эса менструал циклининг бузилишига шикоят қиладилар.

Беморлар одатда ҳовлиқмарок, бесаранжом, безовтарок булишадилар. Ортиқча ҳаракат қилишиб, куп гапирадиган буладилар. Қайфияти тез узгарувчан булади. Агар касаллик эпифизар тоғайланиши даврида бошланган булса буйи (буй узиши одатдагидан тезлашган булиб, тенгқурларидан буй узунлиги юқори булади) нормадан баландрок булади. Беморнинг ташки қуринишидан баджаҳл, газабли, қурқган киёфада булади (Репрев-Меликов симптоми) териси илиқрок, юпкалашган, намлиги бироз ошган.

Калконсимон без одатда катталашган, айрим ҳолларда эса бир булагги алоҳида катталашган булиши мумкин. Пайпасланганда унинг улчамлари, формаси, консистенцияси, тугунчалари бор йуқлиги, сезгирлиги, сурилиш даражасига эътибор қилиш лозим. Безни пайпаслаш беморнинг олди-унг томонидан утказилади. Пайпаслашаётган вақтда буйин мушакларининг максимал эркин буш булиши учун беморнинг боши бироз олдинга эгилади. Пайпаслаш унг кул билан утказилади, чап кул эса беморнинг буйнида булади. Калконсимон безнинг буйин кисми буйиннинг олдинги, унинг булакчалари эса буйиннинг олд-ён томони буйлаб пайпасланади. Врач бармоқлари бемор ютиниши вақтидаги хикқилдок ҳаракатига мос туриши керак. Бу безнинг пастроқда, баъзан эса туш орти соҳасида жойлашган ҳолатлари ҳам уни пайпаслаш имконини беради.

Одатда калконсимон без юмшоқ ёки бироз каттиқрок консистенциясида ҳаракатчан, атроф туқималар билан ёпишмаган булади. Ҳажми баъзан узғариб туриши, унинг ҳар қил даражада кон билан таъминланганлигига боғлиқ булади (ҳаяжонланганда, қурққан пайтларда булади).

Калконсимон без аускультация қилиб эшитиб қурганда дағал томирлар шовқинини эшитиш мумкин.

ДТБ касаллигининг огир кечиши даражасининг калконсимон без катталашиши билан боглик булмасдан териоид гормон секрециясининг ортикча микдорда ишлаб чиқарилишидан ва бу махсулотларнинг органик туқималарга курсатадиган таъсир кучи ва реакцияси билан боглик бўлади.

Касалликда юрак-томир системаси томонидан бўладиган узғаришлар энг асосий белгилардан ҳисобланади. Тахикардия (пульс уйку пайтида ҳам минутига 80дан кам бўлмайди) систолик кон босимининг кутарилиши ва диастолик кон босимининг пасайиши, хилпилловчи аритмия юрак тонлари баланд систолик шовкин эшитилади.

Теридаги томирлар бироз кенгайган. Шу сабабдан ҳам кулга одатдагидан намрок ва иликрок бўлиб пайпасланади. Юрак-томир системаси томонидан бўладиган узғаришлар териоид гормонларнинг куп микдорда ишлаб чиқарганлигидан ва уз навбатида юрак мушакларига салбий таъсири билан асосланади.

ДТБ касаллигидаги тахикардия невроген тахикардиядан доимийлиги ва тургунлиги билан фарк қилади. Юракдаги систолик шовкин кон айланиши тезлигининг кучайиши ва унғ веноз тешикчанинг нисбатан кенгайганлиги билан боглик бўлади.

Касаллик учун куз томонидан бўладиган узғаришлар купрок характерли бўлади. Куз тирқишлари анчагина кенгайган. Бу сабабдан ҳам беморларнинг киёфаси хайратланган, газабланган ва қурқган одамлар киёфасида бўлади. Кузларнинг физиологик юмилиб-очирилиши (пирпираш) одатдагидан камайган (Штельвага симптоми). Беморлар пастга қараганда юқори қовок билан кузнинг ранги пардаси оралигида ок қизик бўлади (Грефе симптоми). Бу юқори қовок мушакларининг уз вақтида пастга қуймаслиги натижасида келиб чиқади. Беморлар юқorigа қараганда эса пастки қовок билан кузнинг рангли пардаси оралигида ок қизик пайдо бўлади (Кохер симптоми). Баъзан беморлар тугрик араб турган вақтда юқори қовок билан кузнинг рангли пардаси оралигида ок қизик пайдо бўлиши мумкин (Делримпл симптоми). Куз атрофида тери пигментация пайдо бўлиши буйрак усти безининг етишмовчилиги аломатидир (Еллейник симптоми). Баъзан қовоклар ёпилганда майда учиши кузатилади (Розенбах симптоми).

ДТБ касаллигида энг куп учрайдиган белгилардан бири, экзофтальмни В.Г.Боткин урта огирлик даражада бўлиб урганилишини таклиф қилади:

1-даражали-офтольмопатияда (енгил форма) унча катта бўлмаган экзофтальм ($15,9 \pm 0,2$), конъюктив ва экстраокуляр мушаклар томонидан функционал узғариши бўлмайди.

2-даражали-офтольмопатияда (уртача огир формаси) анчагина экзофтальм кузатилади ($17,9 \pm 0,2$), конъюктив ва экстраокуляр мушаклар томонидан анчагина функционал узғаришлар пайдо бўлади. Бу форма учун кузларда қичиш, ёшланиш ва доимий бўлмаган диплофия характерларидан.

3-даражаси-офтольмопатияда (огир даражада) қучли экзофтальм кузатилади ($22,8 \pm 1,1$ мм) бўлиб, доимий диплопия экстраокуляр мушаклар томонидан жиддий узғаришлар қуриш нервининг атрофияси пайдо бўлиши мумкин.

Нафас органлари томонидан касаллик учун хос бўлган узғаришлар қузатилмайди.

Ҳазм органлари томонидан эса узғаришлар, енгил ва уртача огир формаларида иштаха ошган, огир формаларида эса камайган бўлади. Енгил формаларда беморлар диспептик узғаришларга мойиллиги ошган бўлади. Диспептик синдромнинг келиб чиқишида ошқозон-ичак тракти перисталтикасининг қучайиши ва ошқозон ости бези секрециясининг пасайиши, асосий патогенетик осил бўлиб ҳисобланади. Касалликда жигар зарарланиши қузатилиши мумкин. Бу асосан тиреоид гормонлар махсулотининг жигарда глюкорон ва олтингугурт кислотаси билан бирикиши натижасида келиб чиқади. Тиреоид гормонларнинг токсик таъсири натижасида капиллярлар утқазувчанлиги бўзилади ва оқибатда қуруқ (сез) гепатит келиб чиқади. ДТБ касаллигининг огир формаларида жигарнинг анча катталашиши, огрик пайдо бўлиши, айрим ҳолларда эса сариклик пайдо бўлиши мумкин.

Сийдик ажратиш органлари томонидан айтарли узғариш қузатилмайди. Баъзан кальций ва форфор реабсорбциясининг функционал бўзилиши қайд қилинади.

Эндокрин системаси. Касалликда калконсимон без функциясининг бузилиши билан бирга бошка ички секрецияси томонидан ҳам узгаришлар ҳам кузатилади. Уртача огир ва огир формаларда аёллар хайз куриш циклининг бузилиши (гипо ёки аминорея) пайдо булади. Касалликнинг огир ва узок муддатда кечадиган формаларида тухумдон, бачадон ва сут безлари атрофияси келиб чиқиши мумкин. Болаташлаш, пуштсизлик, култик ости сохаларидаги тук тукилиши кузатилади. Эркакларда потенция сусаяди.

Буйрак ости безининг функционал ҳолати дастлаб кучаяди, кейинчалик касаллик огирлашиб бориши билан сусая боради. Бундай узгаришлар ҳам тиреоид гормонларининг таъсирида кортизол метоболизми кучайиши натижасида келиб чиқади. Буйрак усти-бези етишмовчилиги-адиномия, меланодермия (базедов пигменти), артериал кон босимининг пасайиши, лимфоцитоз, эозинофилия каби клиник куринишда кечади. Айрисимон без ва бутун лимфа системасининг гиперплазияси (талок, лимфа тугунлар, тил илдизи сургичлари) кузатилади. Бундай узгаришларни «тимико-лимфатик статус» деган умумий клиник синдром билан номланади. Бугурухдаги беморлар ташки «рухий зарбага» нисбатан адаптацион реакция жуда сусайган булишади. Шунинг учун ҳам бундай беморлар, операция стулига алоҳида тайёргаликдан кейингина олинади, акс холда беҳосдан улиб қолиши мумкин.

Тириетоксик криз. ДТБ касаллигининг энг хавфли асоратларидан бири булиб, асосан уртача огирликдаги ва огир формаларида ривожланади. Асосий келиб чиқиш сабабларидан бири «кисман тиреоидэкомия» булиб ҳисобланади. Айрим ҳолларда тиреотоксик криз инфекция кушилганда, интоксикацияда, ДТБ касаллиги уз вақтида диагностика қилинмаса ёки даво тадбирлари утқазилмаса ҳам келиб чиқади. Тиреотоксик криз патогенезида асосан марказий нерв системасининг бузилиши натижасида калконсимон без фаоллигининг ошиши ётади. Конга тиреоид гормонларининг ортикча микдори ажралиб чиқиши уткир жигар ёғ дистрофиясига, буйрак усти бези етишмовчилиги ва натижада коматоз ҳолатига, улимга сабаб булиши мумкин.

Тиреотоксик криз-бир неча кун давомида аста-секин ёки бир неча соат давомида бирдан ривожланиши мумкин. Кунгил айланиши, тухтовсиз қайд қилиш, ич кетиш, баъзан куп терлаш кузатилади ва оқибатда организмнинг сувсизланишига олиб келади. Беморларнинг каттик асабийлашиши, кучли психоз, уйқусизлиги пайдо булиши мумкин.

Кейинчалик, одатда бирдан мушаклар кувватсизлиги ривожланади, тана харорати биров кутарилади. Тери нисбатан иссиқроқ, намроқ булиб қулга пайпасланади. Кучли тахикардия (минутига 200 ва ундан ҳам купроқ) пайдо булади. Куп ҳолларда юракда аритмия ва уткир юрак етишмовчилиги ривожланади. Шу пайтда керакли даво тадбирлари вақтида утқазилмаса 75% ҳолларда улим, кекса ёшдаги одамлар орасида эса 100% ҳолларда улим қайд қилинади.

Лаборатория далилларида, коннинг морфологик таркибий қисмининг узгариши характерли эмас. Баъзан лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, моноцитоз, айрим ҳолларда ЭЧТнинг ошиши кузатилади.

Диагностик синамалар. ДТБ касаллигини диагностика қилиш учун СБЙ (оксил билан бириккан йод), асосий алмашинувини, конда аниқлаш ва радиоизотоп тестлар қулланилади.

Гериатрик ёшдаги беморларда калконсимон безнинг функционал ҳолатини аниқлашда бевосита курсаткич булиб ҳисобланади. Бу усул асосида кон зардобидаги оксилларнинг чуқиши ётади, яъни чуқиндини юқори хароратда қуритилиб (600°C), қуйдирилади ва қулдаги йод микдори колориметрик усулда текширилади. ДТБ касаллиги кон зардобидаги СБЙ микдори анча ошган булади (нормада 40-80 мкг)л. Бу синама йод препарати билан даволанаётган беморлар учун диагностик аҳамияти йук.

Радиоизотоп тестлар калконсимон безнинг кондаги йодни ютиш қобилияти асосида утқазилади. Махсус ДСУ-60 номли аппарат ёрдамида утқазилади. ДТБ касаллигида калконсимон бездаги 1^{131} нинг сурилиши 2 соатдан кейин 90%гача ётади. Соғ одамларда эса секин-аста сурилади ва 24 соат утгандан кейингина максимум курсаткичга ётади.

Кон зардобадаги оксил билан боғланган 1^{131} ни аниклаш яъни кон таркибидаги тироксин микдорини аниклаш учун 3-100 мгКи йод ичишга буюрилади ва 48 соат утиб кон текширилади. Кондаги оксиллар трихлоруксус кислотаси таъсирида чука бошлайди.

Калконсимон безнинг функционал ҳолатини текшириш учун кон зардобадаги умумий тироксин ва трийодтиронин микдорини аниклаш энг ишончли тестлардан булиб ҳисобланади.

Калконсимон безни сканограмма килиш. Бу усул калконсимон безнинг бушликлариди 1^{131} нинг тақсимланишига асосланган булиб, безнинг топографик, морфологик ва функционал ҳолатини аниклаш имконини беради. Текшириш сканер аппарати ёрдамида олиб борилади. Калконсимон безда 1^{131} нинг тақсимланиши буйича коғозда ок-кора чизиклар билан тасвир беради. Беморга нахорда индикатор дозада реактив йод (20-100мгКи) ичирилади. Бу усул калконсимон безнинг булимларини алоҳида урганиш, безнинг туш ортида жойлашганлигини ҳамда «иссик ва совук» тугунчаларни ажратиш имконини беради. Йоднинг энг куп микдори сурилиши «иссик» тугунларда қайд қилинади.

Даволаш. Гериатрик ёшдаги беморларда ДТБ касаллигини даволашда тугри меҳнат режимини ва тухри дам олиш режимини белгилаб бериш, оксил ва витаминларга бой булган озик-овқат маҳсулотларини буюриш, рухий осойишталик ва нормал уйку режимини таъминлаб бериш жуда ката аҳамиятга эга. Уртача огир ва огир формаларига чалинган беморлар стационар шароитида ётиб даволаниш тавсия қилинади.

Калконсимон без функциясини нормоллаштириш мақсадида уч хил даво утқазилиши мумкин: медикаментоз терапия (анти tireoid препарат: мерказолил, перхлорат калий, метилтиоурацил), хирургик ва радиоктив йод билан даволаш.

Медикаментоз даволаш учун курсатма булиб касалликнинг энгил формалари, калконсимон безининг 1-2 дар. Катталашиши, уртача огир формаларида агар бемор 4-6 ой давомида касалликнинг асосий симптомлари камаймаса операция учун хирурга топширилади.

Букок туш орти соҳаларида жойлашиши, хомиладорлик, эмизиш даври, конда лейкопения ва нейтропения ҳолатларида медикаментоз терапия яъни тиреостатик препаратлар тавсия қилинмайди.

Анти tireoid препаратлар билан даволаш ҳар бир бемор учун индивидуал олиб борилиши лозим. Касалликнинг энгил ва уртача огир формаларида 20-30 мг (2 таб-10 мг дан 2-3 марта буюрилади, калий перхлорат 0,25г дан 2-3 мартагача, касалликнинг уртача огир ва огир формаларида эса мерказолил 2 таб. 10 мг дан 3-4 мартагача, баъзан суткалик дозаси 60 мггача буюриш тавсия қилинади. Бундай препаратлар ёрдамида беморларни 1-1,5 ҳафта давомида эутиreoид ҳолатига чиқариш имкони булади, яъни тиреотоксикознинг асосий аломатлари йуқола бошлайди. Шундан кейин препарат дозаси камайтирилиб турувчи дозага утқазилади (5-10 мгдан кунига 1 марта) радиодиагностика текширишдаги мусбат натижалар ва без улчамининг кичрайиши препаратларни тулик тухтатиш учун курсатма булиб ҳисобланади. Тиреостатик препаратларни узок муддатда қабул қилиш оқибатида терида тошмачалар пайдо булиш учун диспепсик ҳолатлар ёки периферик конда лейкопения аломатлари кузатилиши мумкин. Лейкопения пайдо булса, препарат вақтинчалик тухтатилади ёки дозаси камайтирилади.

Анти tireoid препаратларнинг токсик таъсир қилмаслиги учун даволаш комплексига тиреоидин ёки трийодтиронин гидрохлорид камрок доза ичиш учун тавсия қилинади. Агар беморларда юрак-томир системаси томонидан бузилиш кузатилса юрак гликозидлари, калий препаратлари буюрилади. Озикланиш бузилган булса анаболик гормонлар-5мг нейробол ёки ретобол 1 млдан кунига буюрилади.

Диффуз токсик зоб касаллигини комплекс даволашда иммуномодулятор препаратларни (таквитин, тималин) куллаш жуда яхши наф беради. Даво натижаларини назорат қилиш кондаги тиреостимулятор антителалар микдорини аниклаш муҳим курсаткич булиб ҳисобланади.



ГИПОТИРЕОЗ

Гипотиреоз касаллиги калконсимон безнинг гипофункцияси ва конда тиреотик гармонларнинг камайиши билан характерланадиган касаллик булиб хисобланади. Касаллик купрок аёлларда кайд килинади.

Этиологияси. Келиб чиқиш механизми буйича гипотериоз бирламчи ва иккиламчи булиши мумкин. Бирламчи гипотериоз келиб чиқиш сабаблари: 1) тиреоид гармонлар биосинтезидаги ирсий нуксонлар, 2) эмбрионал ривожланишдаги нуксонлар калконсимон безнинг гипо ёки аплазияси, 3) калконсимон безнинг инфекцион яллигланиши оқибатидаги дегенератив узгаришлар, 4) субтотал ёки тотал тиреоидэктомия, 5) радиоактив йод билан даволаш, 6) рак мемастазлари ёки сурункали инфекциялар (туберкулёз, сифилис) оқибатида келиб чиқиши мумкин.

Иккиламчи гипотериоз гипоталамо-гипофизар системанинг зарарланиши оқибатида келиб чиқади (Шихана синдроми, гипофизнинг тугма ривожланмаслиги ва хк.)

Патогенези. Бирламчи гипотериоз келиб чиқиш механизми калконсимон без тукумаларининг вазни камайиши ва уз навбатида антитериоид препаратлар ёки организмда йод етишмовчилиги таъсирида гормонлар синтезнинг тормозланиши билан асосланган булади. Иккиламчи гипотериозда эса тиреоид гормонлар ва тиреотропиннинг инкретияси камайиши билан бирга калконсимон безда келадиган гормонлар микдори ҳам камаяди. Натижада организм тукумаларидаги оксидланиш ва термогенез жараёнлари бузилади, бу эса уз навбатида организмда ҳамма мода алмашинуви жараёнининг издан чиқишига олиб келади. Организмда оксидланиш жараёни ва оксиллар синтезининг бирдан камайиши болаларнинг усишдан оркага қолишига сабаб булади.

Таснифи. Гипотериознинг огирлик даражасига караб энгил, уртача ва огир формалари фарк килинади.

Бирламчи гипотериоз:

1. Калконсимон безнинг аплазияси, гипоплазияси ва эктапияси.
2. Орттирилган гипотериоз
3. Тиреоид гормонлар бисинтезидаги генетик нуксонлар.
4. Эндемик кретинизм.

1. Иккиламчи гипотериоз

1. Гипоталамус ва гипофиз усмалари
2. Гипоталамус ва гипофиздаги яллигланиш жараёнлари
3. Тиреотрапин махсулотининг идеопатик етишмовчилиги.
4. Тиреотрапиннинг ирсий етишмовчилиги

Клиникаси. Касаллик одатда аста-секин бошланади. Беморлар умумий дамонсизликка, тез чарчаб қолишга, уйкусизликка, эслаб қобилятининг сусайишига, мушакларда огрик булишига, қабзиятга, иштаханнинг пасайишига шикоят қиладилар. Касалликка қалинган беморларнинг ташки қуриниши жуда характерли булиб, юзлари нисбатан шишган, териси окимтир-сарғиш рангда, ёшига нисбатан каттарок ва микаси сусайган булиб қуринади. Куз тирқишлари қисқарган, куз олмаси биров чуққан, табиий ялтироклиги одатдагидан пасайган,

лабларида, юзида, баъзан умров ости сохасида, оёк кул панжаларининг шишиши касаллик учун энг характерли симптом булиб хисобланади.

Жигарда каротиннинг Витамин А га айланиш жараёнининг секинлашиши, терининг окимтир-саргиш ранга айланиши билан намоён булади. Сочлар синувчан, куруклашган, соч тукилиши кучайган булади. Юрак томир тизими томонидан одатда брадикардия, юрак чегараларининг бир хил кенгайиши, тонларнинг бугиклашиши кайд килинади. Юрак эшитиш нукталарида функционал характердаги шовкин пайдо булади. ЭКГ да синусли брадикардия, Т, Р тишчаларининг сусайиши, S-T интервалнинг кискариши кузатилади. Нафас олиш органлари томонидан функционал узгаришлар жуда характерли булмасада, бемордан хар хил респиратор касалликларга- бронхит, учокли пневмония каби касалликларга жуда мойил булиб колади.

Гипофизар миседема – миседема белгиларнинг гипоткортицизм ва гипогонадизм аломатлари бирга кечиши билан характерланади .

Гипотериотид кома –катта ёшдаги одамларда гепотериознинг огир формаларида тиреоид препаратларни кабул килмаган одамларда келиб чикади. Команинг келиб чикишида каттик совуккотишлар, хар хил инфекцион касалликларда, соматик касалликлар (юрак томир етишмовчилиги) жисмоний жарохатлар, хиррургик тардбирлар утказилганидан кейин организмни дори-дармон ёки овкатдан захарланиши каби омиллар асосий туртки булиши мумкин. Потогенезида териоид гормонлар микдорининг бирдан камайиб кетиши ва натижада барча моддалар алмашинувининг бузилиши, биринчи навбатда бош мия тукумаларида озикланишининг кескин бузилиши беморлар хушини йукотишига сабаб булади.

Кома аста–секинлик билан ривожланиб боради, беморларнинг умумий ахволи бирдан огирлашади, олдин уйкучанлик кейин хушини йукотиши, тана хароратининг пасайиши ($35-25^{\circ}\text{C}$) синусли бродикардия кузатилади ва гипотания чукурлашади. Беморнинг купчилигида юрак-томир етишмовчилиг гепотония, олегурия ёки анурия ривожланишга сабаб булади. Т₄, Т₃ СБЙ микдори конда бирдан камайиб, холистерин микдори бирдан ошиб кетади.

Диагностика: Диагностика килишда териоид гормонлар марказий нерв системасининг ва бутун организмнинг нормал ривожланиши учун энг зарур биологик омил эканлигини назарда тутиш лозим. Постнотал даврида териоид гормонлар етишмовчилиги болаларнинг жисмоний ва жинсий ривожланишдан оркада колишига ва баъазн огир даражали кретенизм ривожланишга сабаб булиши мумкин.

Касалликнинг диагнози унинг клиник аломатларига, диагностик синамалар натижаларига хамда конда гиперхолестеринемияга асосланиб куйилади. Бу касаллик даун касаллиги, усишдан оркада колувчи касалликлар (рахид, гипофизар нанизм, хондродистрофия), сурункали нефрит каби касалликлар билан дифференциал диагностика килинади.

Даволаш: Гипотериоз касаллигини даволашда териоид препаратлар билан «урин босувчи» терапия утказиш асосий даво усули булиб хисобланади.

Териоид гормоннинг куйидаги препаратлари кулланилади: териоидин, триёдтиронин, тироксин ва бошкалар.



Даволаш хусусиятлари

Кексаларда дори моддаларнинг ҳам фармакокинетикаси, ҳам фармакодинамикаси узгаради.

Дориларнинг дозаси $2/3-1/3$ гача кам берилиши лозим.

Огиз оркали қабул қилинадиган дориларнинг сурилиши ошқозон, ичакларнинг топуси, перистальтикаси, безлар атрофияси туфайли бузилади. Парэнтериал юборилган дорилар ҳам қон айланишнинг секинлашиши қоннинг қуюқлиги туфайли абсорбцияси секинлашади.

Кексалар қонида дориларни туқималарга етказувчи альбумин концентрациясининг пасайиши, дориларнинг туқималарга етиши секинлашиб, боғланмай қолган дори ҳисобига интоксикация ошади.

Шу билан бирга, кексаларга жигар массаси 10-15% га камайган, дистрофик узғаришлар бўлганлиги туфайли дорилар метаболизми сусаяди.

Буйракда қон айланишнинг сусайиши, нефронлар сонининг камайиши сийдик ажратиш функциясининг бузилгани сабабли дори воситаларнинг экскрецияси сусаяди.

Шу жараёнлар сабабли кекса кишиларда дори воситаларнинг фармакокинетикаси ва динамикасини ҳисобга олган ҳолда бериш керак.

Аннотацияда албатта қарши курсатмаларини ўқиш зарур. Полипрагмазияга йўл қўймаслик лозим.

Юрак гликозидлари, седатив дорилар, гипотензив, нейролептик ва бир қатор бошқа дорилар дозаси икки баробар камайтириш керак.

Метаболик жараённи, интоксикацияни камайтириш мақсадида дорилар билан бир қаторда витаминотерапия ўтказиш лозим.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

**Савол: Қандли диабетни аниқлашда стандарт текширишлар бўйича
”Кластер“ тузинг**

1. Анамнез туплаш
2. Беморларни қуриш
3. Қонда глюкозани аниқлаш
4. Сийдикда глюкозани аниқлаш
5. Қуз тубини текшириш
6. УТТ текшируви

Баҳолаш меъзонлари: Хар бир тугри жавоб 16.5 балл.

Жами: 100 балл

ТЕСТ САВОЛЛАРИ:

1. Кандли диабетда купрок характерли булган буйрак шикастланишини курсатинг:

- A. гломерулосклероз
- B. гломерулонефрит
- C. пиелонефрит
- D. буйрак амилоидози

2. Кандли диабетни даволашда кандни туширувчи терапиянинг турини санаб утинг:

- A. бигуанидлар ва сульфонилмочевина препаратлари;
- B. ферментотерапия;
- C. антибиотикотерапия;
- D. витаминотерапия

3. Кандли диабет II типининг I типидан фарклайдиган белгини курсатинг:

- A. семизлик булиши характерли;
- B. болалар ва усмирларда куп учраши;
- C. кетоацидозга мойиллик;
- D. инсулин мутлок етишмовчилиги

4. Кандли диабет билан касалланган беморларнинг кайсилари стационарга ёткизилиши шарт?

- A. янги аникланган кандли диабет;
- B. компенсация холатидаги кандли диабет;
- C. енгил шаклдаги кандли диабет;
- D. барчаси

5. Кандли диабетни даволашда узок муддат таъсир этувчи инсулиннинг таъсир этиш вақтини курсатинг:

- A. 24-30 соат;
- B. 6-8 соат;
- C. 12-16 соат;
- D. 1-2 соат

6. Кандли диабетнинг I типига хос туртга симптомни аникланг:

- A. мутлок инсулин етишмовчилиги билан характерланади;
- B. стабил кечади;
- C. кексаларда куп учрайди;
- D. ёшларда куп учрайди

7. Диффуз токсик букокрнинг ривожланишида куйида келтирилган омиллардан кайси бири иштирок этмайди?

- A. совук котиш;
- B. хомиладорлик ва аутоиммун процесс;
- C. жисмоний жарохат;
- D. барчаси тугри

8. Кандли диабетни даволашда кандни туширувчи терапиянинг турини санаб утинг:

- A. бигуанидлар ва сульфонилмочевина препаратлари;
- B. ферментотерапия
- C. антибиотикотерапия
- D. витаминотерапия

9. Кандли диабет II типининг I типидан фарклайдиган белгини курсатинг:

- A. семизлик булиши характерли
- B. болалар ва усмирларда куп учраши;
- C. кетоацидозга мойиллик
- D. инсулин мутлок етишмовчилиги

10. Кандли диабет билан касалланган беморларнинг кайсилари стационарга ёткизилиши шарт?

- А. янги аникланган кандли диабет;
- В. компенсация холатидаги хандли диабет
- С. енгил шаклдаги кандли диабет;
- Д. алиментар гипергликемия

АДАБИЁТЛАР:

1. Пособие по гериатрии для среднего медработника. Чебатареv Д.Ф., Бойко В.И. Москва. 1986 г
2. Гериатрия. Чебатареv Д.Ф. Москва 1990 г. стр 7-15
3. Сестринское дело. Электронный учебник под редакцией Краснова А.Ф. Москва. 2000 г;
4. Рук. Для преподавателей сестринского дела и практикующих мед.сестер. Учебное пособие. 2003 г. стр 5-13.
5. Пособие по гериатрии для среднего медработника. Учебное пособие. Чебатареv Д.Ф., Бойко В.И. Москва. Медицина. 2005 г;
6. Ж.Е.Турчина, Е.Г.Мягков. Сестринского дела в гериатрии. Учебное пособие. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2006 г;

**Мавзу-5. Кекса ва карияларда учрайдиган климактерик синдромлар.
Простата беzi, сут беzi раки, бачадон раки
(Асс.Вафоева Н.А.)**

Мавзунинг утказилиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Талабаларга оила шароитида кекса ва кария ешидаги беморлар билан ишлашни ургатиш, простата беzi, бачадон ва сут беzi ракларида дастлабки белгилар, клиник-диагностик мезонларни ургатиш, текшириш, даволаш, парваришlash, ҳамда касалликлар олдини олиш буйича амалий кунималар ҳосил қилиш;

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу буйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш;
- кекса ва кария ешидаги беморлар билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш;
- простата беzi, бачадон ва сут беzi ракларини аниклаш, текшириш ва даволаш буйича амалий куникмаларини ривожлантириш;

Талаба билиши лозим:

- жинсий йуллар анатомиясини;
- жинсий йулларнинг еш билан боглик анатомио-физиологик узгаришларни;
- кекса ва кария ешидаги беморларда касаллик кечиш хусусиятларини;
- касалликларни аниклаш ва даволаш тамойилларини;
- кекса ва кария ешидаги беморлар парваришида узиға хос томонларни;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва кария ешидаги беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- кекса ва кария ешидаги беморларда учрайдиган касалликлар буйича умумий тадбирларни бажаришни;
- беморларга керакли маслаҳатлар беришни;
- оила ҳамширасини қонуниятлар асосида оилаға ташриф буюришини;
- оила тиббиётиға оид бўлган тиббий ҳужжатларини юритишни;
- патронаж ўтказиш қоидаларини;
- оилада соғлом турмуш тарзини тарғибот этиш йўлларини ишлаб чиқишни;

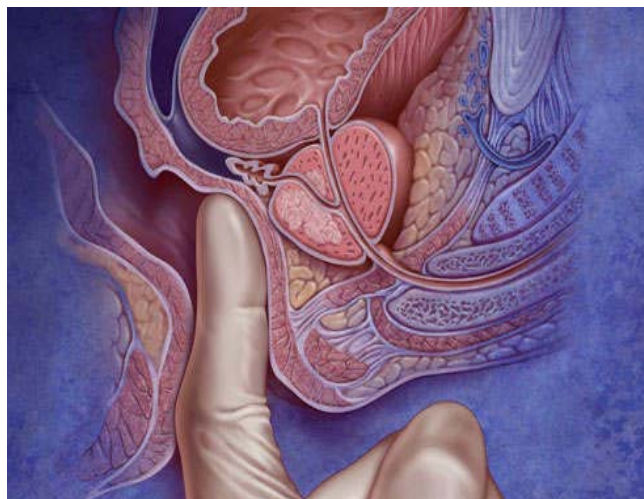
Фанлараро ва фан ичида богликлик: ушбу мавзу буйича микробиология, юкумли касалликлар, лаборатория иши, гигиена, ҳамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ ПРОСТАТА БЕЗИ РАКИ

Касаллик узок муддат симптомсиз кечади, шунинг учун проста беzi раки аниқлашда профилактик куриклар катта аҳамиятга эга. Касалликнинг кечки боскичларида сийдик ажралишининг кийинлашуви, кам кам сийдик чиқиши, сийдик пуфагининг тулик бушамаслиги характерли. Цистит кушилган вақтда дизурия белгилари кучаяди, пиурия ва гематурия кушилади. Сийдик чикариш найининг жарохланишида уретерогидронефроз кузатилади, бу бел соҳасидаги огриклар ва буйракнинг сурункали етишмовчилиги билан кечади.

Простата беzi раки чанок суякларига, думгаза, умуртка погонасининг бел кисмига, сон суягининг бошчасига метастазлар беради. Метастазлар кузатилганда бел соҳасида кучайиб боровчи огриклар характерли булиб, бунн купинча радикулит ёки спондилоартроз билан адаштиришади.

Диагностика асосан тугри ичак оркали пайпаслаш оркали амалга оширилади. Бошлангич боскичларида беzда бир ёки бир нечта тугунлар аниқланиб, бу беzни шакли ва катталигига таъсир этмайди. Кейинги боскичларида простата зичлашган, катталашган, чегаралари ноаниқ, юзаси гадир-будур булади. Конда ЭЧТ тезлашади. Цистоскопияда сийдик пуфаги буйинчасида деформация кузатилади. Сийдикнинг цитологик текширувида атипик хужайралари аниқланиши мумкин.



Простата беzi раки аниқ диагностикаси беzдан пункцион биопсия олиш хисобланади. Рентгенологик ва радиоизотоп текширув ва ЭХО сканерлаш оркали усманинг усиш даражаси аниқланади. Умуртка погонаси ва чанок суякларининг рентгенограммасида метастазларни куриш мумкин. Лимфоанедография маҳалий лимфа тугунларига метастазларни бор йуклигини аниқлайди. Карияларда бу касалликни простата аденомаси билан киёслаш керак.

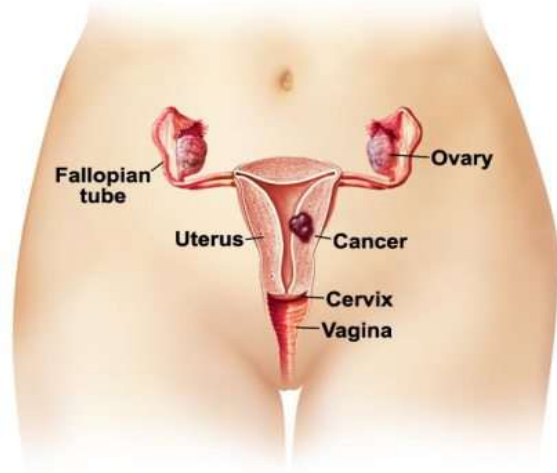
Простата беzини даволашда асосан оператив, гормонал ва нурли терапия оркали амалга оширилади. Оператив даволашга простатэктомия, купинча сийдик пуфаги резекцияси билан утказилади. Кариялар бу операцияни кутара олишмайди, шунинг учун полиатив операциялар (цистостомия, криодеструкция) амалга оширилади.

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ ЁМОН СИФАТЛИ УСМАЛАРИ

Бачадон раки бачадон буйни ва бачадон танаси ракларига булинади.

Бачадон буйни раки-симптомлари канцерогенезнинг охири боскичида намоён була бошлайди. Организмдаги турли ҳолатлар: эстерогенлар микдорининг купайиши, бачадон буйнининг тугрук ватидаги травмаси, сурункали яллигланиш жараёнлари бунга сабаб булади. Тугрук ва абортларидаги травмалар, чандиклар, деформациялар хужайра ва тукамада моддолар алмашинувини узгартиради. Бунда цилиндрик эпителий метаплазияси эпидермизацияси ва ясси эпителийга алмашинуви кузатилади. Эпителий пролиферацияси ва ёмон сифатли усмага айланишига шароит тугилади. Бачадон буйни эпидермизацияси эрозияларда, полипларда кузатилади.

Ёмон сифатли усмаларни ривожланишида бачадон буйнининг сурункали, даволашда самарасиз ва рецидивланувчи касалликлари (эктопия, сурункали цервицитлар, лейкоплакия, папилома, эндометриоз) келиб чиқишига сабаб бўлади. Ракнинг дастлабки симптомлари усманинг биринчи ва иккинчи боскичларида намоён бўлади. Бунда жинсий йулларидан ажралмалар, контакт вактидаги кон кетишлар характерли. Ажралмалар гушт ювиндиси характерида бўлиб, ёмон хидга эга. Усма иккинчи ва учинчи боскичида огриклар кузатилади. Усманинг бошка аъзоларга усиб кириши натижасида дизурик белгилар, гиронефроз белгилари, сийдик йуллари инфекциялари кушилади. Нажас чиқиши кийинлашади. Окмалар хосил бўлади. Даволанмаган беморлар микки йил давомида уремия, перитонит, сепсис.кон кетишлар ва кахексияда халок бўлишади.



Ривожланган рак диагностикаси генекологик текширувда кийинчилик тугдирмайди. Диагностни аниклаштириш мақсадида циста ва ректоскопия, лимфо ва ангиография утказилади. Замонавий тиббиётнинг вазифаси рак олди ҳолатларини уз вактида аниклаб даволаш. Шунинг учун анамнез йиғишда рак ривожланишига олиб келувчи омилларни аниклаш катта аҳамиятга эга. Шикоятлар сураб суруштирилганда уларни бошланиш вакти давомийлиги, интенсивлиги, ривожлантирувчи омилларини аниклаш зарур. Шунини ёдда тутиш керакки, киндан ажралмалар келиши, огрик, кон келишлар рақни белгилари бўлиши мумкин.

Бачадон буйни рақи диагностикасида рангли синамалар люголь эритмаси синамаси утказилади. Бунда нормал хужайралари кунгир ранга кириб,патологик узгарган эпителий бўялмайди. Цитологик усул юқори диагностик усулга эга бўлиб,аҳолини массив курик утказганда яхши самара беради. Колпоскопия оптик аппарат ёрдамида бачадон буйни, кин ва вульвининг эпителийсини, кон томир суръатини аниклаш имконини беради. Бунда кузга куринмайдиган узгаришларни аниклаш мумкин.

Бачадон танаси рақи-асосан 55-65 ёшда учрайди. Этиологиясида гормонал бузилишлар ётади. Бачадон рақи билан касалланган беморларда триада симптом характерли: семизлик, гипертония, диабет. Рак олди ҳолатларига эндометрий гиперплазияси ва полиплари киради. Асосан климактерик даврда бу ҳолатлар ёмон.

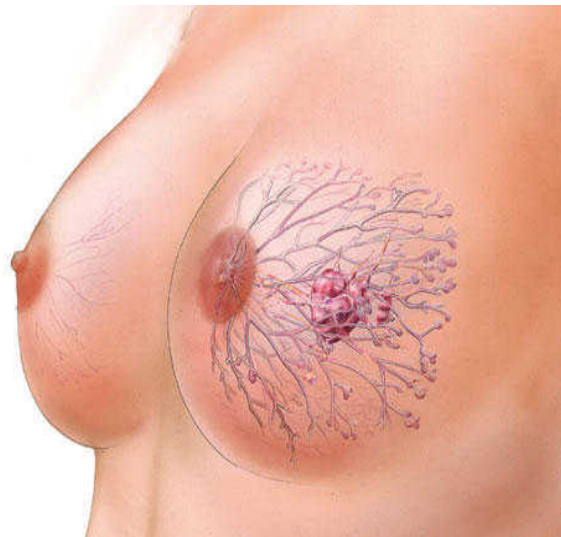
Сунгги йилларда эндометрий гиперпластик жараёнларини даволашда синтетик гестогенлар катта аҳамиятга эга. Бачадон танаси рақининг икки тури: учокли ва диффуз турлари характерланади.

Клиникасида менопауза даврида жинсий йуллардан конли ажралмалар келиши характерли. Фертил ёшдаги аёлларда хайз цикллари орасида конли ажралмалар кузатилади. Баъзан жинсий йуллардан конли булмаган ажралмалар келиши мумкин.45-50 ёшдан ошган аёлларда жинсий йуллардан суюк, йирингсимон, бадбуй хидли ажралмаларни келиши доимо тиббий ходимларни диққатига бўлиши керак. Сийдик пуфаги ва ичаклар функциясининг бузилишлари жараённинг бу аъзоларга утканлигадан далолат беради. Диагностикада цервикогистерография,цитологик усуллар аҳамиятга эга. Лимфография ҳам яхши маълумотлар бериши мумкин. Даволашда кушма усул оператив ва нурли даволаш кулланилади.

СУТ БЕЗИ РАКИ

Сут беzi раки аёлларда энг куп учрайдиган усма хисобланади. АКШда хар 4та аёлдан биттасида учрайди. 100000 ахолига 25 та га тугри келади. Рак келиб чикишида организм гормонал фонининг узгаришлари: абортлар, кукрак билан эмиздирмаслик, гормонал контрацептивларни кабул килиш ётади. Сут беzi ракининг профилактикасида жинсий коидалари: абортлар килдирмаслик, хомиладорлик ва узок муддатли лактация, сут безининг яллигланиш касалликларини олдини олиш хисобланади.

Рак олди холатлари: мастопатиялар (Шиммельбуш касаллиги, Реклю касаллиги, Минц касаллиги, масталгия, мезоплазия). Мастопатиянинг дастлабкт белгиси хайз цикли олдидан кукрак беziда кучли ва давомли огрик хисобланади. Огрик кулга, буйин, туш ортига иррадиация килади. Цикл бошланиши билан огрик йуколади. Бу огриклар асосан 30-35 ёшдаги аёлларга хос. Сут беzi пайпасланганда турли тугунларни аниклаш мумкин. Кейинчалик сургичлардан турли консистенция ва ранга эга булган ажралмалар келади.



Клиникада кукрак беzi турли кисмлари рак билан зараланиши турлича. Статистик маълумотларга юкори ва ташки квадрантида рак купрок учрайди. Бошлангич боскичларида симптомсиз кечади. Бу боскичда мастопатия туфайли очилган кукрак беziда рак тугунлари тусатдан аникланади.

Тугунли усманинг бошлангич боскичларида аёллар хеч нарсасагa шикоят килмайдилар, пайпасланганда куркак беziда тугунлар аникланади. Тугун огриксиз, четлари ноаник булади. Терига якин жойлашганда тери симптомлари умбликация симптоми-терининг пастга тортилиши; майдон симптоми-икки кул билан тугун сохаси ушланганда, бурма урнига катта майдон хосил булади. Лимон пустлоги симптоми-тугун сохасидаги тери лимон юзасидек каварик булади.

Кейинги боскичларида зарарланган сут беzi шакли узгарган, зичлашган, сургичлар калинлашган холда булади. усманинг кейинчалик усиши сут безини кукрак кафасига фиксация килади. Усманинг парчаланиши натижасида терида гиперемия ва яралар хосил булади. Култик ости, курак уст ива ости сохаларида лимфа окимининг бузилиши натажасида кулларда шиш кузатилиши мумкин. Бу холат регионар лимфа тугунларига метастазлар берганидан далолат беради. Бунда беморлар кукрак беziда, кукрак кафасида, кулларда огриклардан шикоят килади. Узок аъзоларга метастазлар булганда, шикоятлар купаяди.

Сут беzi ракининг шиш инфильтратив шакли шиш ва гиперемиядан бошланади, махаллий метастазлар тез юзага келади. Педжет касаллиги (сургич раки) сургичларга тегинганда огрик ва тери кичиши кузатилади. Кейинчалик сургичда нам яралар пайдо булади.



АНАЛИТИК КИСМ

Тест саволлари

1. Сут беи раки купинча куйидаги органларга таркалади?	А. суяк ва умуртка поганасига	*Б. упкага	С. мияга	Д. буйракка
2. Кайси хавфли усма сут беида купрок учрайди?	А. рак	*Б. Педжет усмаси	С. ангиосаркома	Д. саркома
3. Кайси хавфсиз усма сут беида купрок учрайди?	*А. фиброаденома	Б. фиброма	С. тугунли мастопатия	Д. липома
4. Кайси ёшда сут беи раки купрок учрайди?	А. 60-80- ёшда	*Б. 41-55 ёшда	С. 30-40 ёшда	Д. 25 ёшда
5. Кайси сут беи хавфсиз усмаларида сургичдан чикиндилар чиқади?	А. кистали мастопатия	*Б. диффуз мастопатия	С. гранулема	Д. фиброаденома
6. Сут беи ракининг илк клиник белгиси?	*А. сут беида огриксиз каттик тугун булиши	Б. сут беида огрик булиши	С. сут беи терисининг кизариши	Д. сут беида зичланишнинг пайдо булиши
7. Сут беи раки энг куп учрайди.	*А. АКШда	Б. Козокистонда	С. Узбекистонда	Д. Туркменистонда
8. Педжет ракининг дастлабки эрта белгилари.	А. сургич ва ареола терисининг калинлашуви, тери кичиши, кипикланишнинг пайдо булиши	*Б. сургич ва ареола терисининг кизариши	С. сургични ерилиши	Д. сургичдан ажралма чикиши
9. Сут беида Минц касаллиги бу:	А. сургичнинг ерилиши	*Б. сургичдан пастасимон ажралма чикиши	С. сургичнинг кизариши	Д. сургичдан кон чикиши
10. 40 ёшдан кейин тугунли мастопатия қандай даволанади?	*А. секторал резекция	Б. усмани ажратиб олиш (вылушивание)	С. комбинир усул билан	Д. Мадден усули билан

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

МАСАЛА-1: Бемор 36 ёшда, врачга куйидаги шикоятлар билан мурожаат килди: курак кафасининг чап томонидаги санчувчи огрика, иррадиациясиз, огрик валидол билан колмайди. 2 хафта олдин грипп билан огриган. ЭКГ-да синус аритмия PQ-0,22 ST сегменти – изолинида, Т-кучсиз манфий. Кон анализиди: лейкоцитлар – $9,6 \times 10^9$ л, СОЭ–22 мм/с.

1. Дастлабки тахминий таххис.

2. Стандарт текширишлар ва кутиладиган натижалар.

3. Даво принциплари.

МАСАЛА-2: 52 ёшли аелда юрак сохасида санчиксимон огрильлар билан врачга мурожаат килди. Огриклар жисмоний зурикишдан кейин безовта килади. Давомийлиги 10 дакигача, нитроглицерин билан бартараф килинади. Об–в: бемор гиперстеник, упкасида патология йук. Юрак чегаралари чапга силжиган, тонлар сусайган, II тон акценти аортада. Пульси 78 марта минутига АКБ 140/70 мм.сим.уст.

1. Дастлабки тахминий таххис.

2. Стандарт текширишлар ва кутиладиган натижалар.

3. Даво принциплари.

МАСАЛА-3: 65 ешар бемор йутал, хава етмаслигига, хансирашга, сийишнинг камайишига, танасидаги шишга, дармонсизликка шикоят килади. Анамнезидан 16 йилдан бери туберкулез билан диспансер назоратида туради. Умумий ахволи огир. Танасида массив, ялтирок шишлар аникланади. Упкасида иккала томондан юкори кисмида курук хириллашлар, унгдан пастки кисмида нам майда пуфакчали хириллашлар эшитилади, чап томондан пастки кисмида нафас утказилмайди. Юрак тонлари бугик. АКБ 110/70 мм.сим.уст. Пульс 80 марта 1 мин. Корни асцит хисобига катталашган. Жигар ва талок пайпасланмайди. Ахлати кабзиятга мойил. Сийдик ажралиши 1-2 марта суткасига, 600-700 мл.

1. Дастлабки тахминий таххис.

2.Стандарт текширишлар ва кутиладиган натижалар.

3. Даво принциплари.

АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР

Сут безини мустакил текшириш

Хар ойда хайз тугагагандан 7-8 кундан сунг, климаксдан кейин, хар ойнинг 1 кунда сут безини мустакил текшириш керак.

1. Ойна енига туриб сут безларини куздан кечиринг. Симметриклик бузилганлигига, сургичлар ичкарига тортилмаганлиги, терида тортишишлар еки шишлар йуклигига ишонч хосил килинг

2. Сут безини пайпаслаш учун пайпасланаётган сут беzi томонидаги кул юкорига кутарилиб бошни кучоклаган ҳолатда булади. Иккинчи кулнинг 3 бармок естикчаси билан пайпасланади. Пайпаслашнинг вертикал ва горизонтал усуллари мавжуд.

3. Вертикал усулини куллашда аёл вертикал (тик турган) ҳолатда булади. Култик ости чуқуридан бошлаб спиралсимон йуналишда сургичга келинади - енгил, урта ва чуқур пайпасланади. Тепадан пастга вертикал тартибда ҳаракат килинади. Сут безини ички томондан бошлаб то култик ости чуқурчасигача пайпасланади.

4. Эҳтиёткорлик билан хар бир сургич босиб курилади – ажралмалар бор – йуклиги текширилади. Уларнинг мавжудлигини ички кийимдаги доғлар оркали ҳам билиш мумкин.

5. Олдин бир сут беzi текширилиб, сунг кейинги сут беzi текширилади.

6. Горизонтал (етган) ҳолда юкорида кайд этилган усуллар такрорланади. Бунда кул бош тагига, кураклар тагига естик еки сочик куйган маъкул.



Зимницкий синамаси учун сийдик йиғиш

Мохияти: сутка давомида уч соатли порцияларда сийдикнинг нисбий зичлиги динамикасини аниқлаш. Таҳлилни тугри утказиш учун сутка давомида ортикча суюқлик микдорини чеклаш лозим. Сутка давомида хар уч соатда вакти курсатилган алоҳида идишларда 8 порцтяда сийдик йиғилади. Хар порциядаги сийдикнинг микдори ва нисбий зичлиги аниқланади. Суткалик диурез, кундузги ва тунги диурез микдори аниқланади, турли порциялардаги нисбий зичлик таккосланади.

Агар зимницкий синаманидаги бирор порцияда сийдикнинг нисбий зичлиги 1020дан купрок булса, бу буйракларнинг концентрацион фаолиятининг яхшилигидан далолан беради.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

1. Жинсий йуллар: простата беzi, сут беzi, бачадон анатомияси;
2. Жинсий йулларнинг еш билан боглик анатомио-физиологик узгаришларни;
3. Кекса ва кария ешидаги беморлар парваришида узига хос томонларни;
4. Кекса ва кария ешдаги беморлар жинсий йулларида учрайдиган касалликлар;

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.
- 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 ҳамширалик иши. Дарслик. Тошкент 2008

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

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

Мавзу-6. Кекса ва карияларда анемия синдромини учраш сабаблари (Асс. Ахмедов И.А.)

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг мақсади: Талабаларга реал шароитида кекса ва қари кишиларда анемияга 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, мустахкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш қуникмаларини ҳосил қилиш;
- анемияни аниқлаш, текшириш ва даволаш бўйича амалий қуникмаларини ривожлантириш;
- кексаларда анемиянинг олдини олиш бўйича амалий қуникмалар ҳосил қилиш;
- талабаларни кекса ва қари беморларни парваришлаш бўйича олган билимларини мустахкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- анемия ҳақида тушунча, касалликларни этиологик факторларини;
- анемиянинг асосий клиник белгиларини;
- анемиянинг диагностика усулларини;
- анемияни олдини олиш бўйича чора-тадбирлар қуламини;
- анемияда беморларни парваришлаш принципларини;
- дори моддаларини, уларни қулланиш вақти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва қари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- анемияни олдини олиш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- анемияни 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, юқумли касалликлар, лаборатория иши, гигиена, ҳамширалик иши, биохимия, цитология, ички касалликлар пропедевтикаси фанлари билан горизонтал ва вертикал интеграция мавжуд;

НАЗАРИЙ КИСМ

Анемия синдроми. Кекса ва қарияларда учраш сабаблари.

Анемия турлари. Гериатрик беморларда анемия келтириб чиқарувчи сабабларни аниқлаш.

Лаборатор инструментал текширишлар натижасида олинган маълумотларни интерпретация қилишда учрайдиган қийинчилик ва маълумотларни аниқлаш. Хамшира диагнози.

Беморни парвариш қилиш режалари. Парваришдан кейинги ҳолатни баҳолаш. Анемия ёки камқонлик деганда аслида организмда қизил қон таначалар ва гемоглобин миқдори камайиб кетадиган касаллик ҳолатлари тушунилади.

Камқонлик қон касалликлари орасида урта ва қари кишилар орасида тахминин 25% ни ташкил қилади. Учрашига куралейкоздан сунг иккинчи уринда туради. Купинча темир етишмовчилиги ва мегалобластик анемия куп учрайди. Кам ҳолларда гемолитик анемия кузатилади. Урта ва қарилиш ёшидаги ҳама турдаги анемия ёш кишиларга нисбатан оғирроқ кечади. Гипоксия натижасида юрак қон томи рва нафас олиш системасида узгаришларга олиб келади.

Камқонлик таснифи:

I. Қон йўқотиш оқибатида келиб чиққан постгеморрагик камқонликлар:

- уткир постгеморагик
- сурункали постгеморагик

II. Қон ҳосил булиши бузилишидан келиб чиққан камқонликлар:

- темир танқислиги камқонлиги
- темирга тўйиниш камқонлиги
- вит. В₁₂ ва фолат кислота танқислигидан буладиган камқонликлар
- гипо- ва апластик камқонликлар ва бошқалар.

III. Қоннинг жадал емирилишидан келиб чиқадиган (гемолитик) камқонликлар:

- эритроцитопатиялар
- ферментопатиялар
- гемоглобинопатиялар
- антителолар ва бошқа шикастланувчи омиллар билан боғлиқ камқонликлар.

Темир етишмовчилигидан пайдо буладиган камқонлик. Камқонликнинг 80% га яқини темир етишмовчилигидан келиб чиққан камқонлик ташкил қилади. Бунда қон зардоби ва суяк кумигида темир миқдори камайиб кетади, натижада гемоглобиннинг ҳосил булишибузилади, гипохром анемия ва туқималарда трофик узгаришлар пайдо булади. Нормада алиментар йул билан ошқозонга тушган темир парчаланади ва ошқозон шираси билан йирик молекулали бирикма ҳосил булади. Ичак бушлиғида йирик молекулали бирикма булиниб темирнинг ичакда сурилиши учун керак бўлган майда молекулали бирикмага айланади. Темир 12 бармоқ ичак ва ингичка ичакнинг юқори қисмида сурилади. Темирнинг сурилиши 2 босқичга кечади.

1. Ичак шиллиқ қавати хужайралари орқали темирнинг сурилиши.
2. Хужайралардан темирнинг зардобга утиши.

Темир етишмовчилигидан келиб чиққан камқонликда бемор умумий ҳолсизлик, тез чарчаш, бош айланиб кулоқларида шовқин борлиги, ҳаво етишмаслиги ва юрагининг тез уришидан шикоят қилади. Баъзан бемор юрак соҳасида оғриқ сезади. Беморни тери қопламалари оқарган булади. Юқорида айтиб утилган белгилар фақат темир етишмаслигиданг келиб чиқадиган камқонликда эмас, балки унинг ҳама турларида ҳам кузатилади. Темир етишмовчилигидан келиб чиққан камқонликнинг оғир турларида тирноқлар юпқаланиб, тез синадиган булиб қолади. Кайлонихия темир етишмовчилигидан келиб чиққан камқонликнинг белгиларидан ҳисобланади. Темир етишмаслигидан келиб чиққан камқонликда беморнинг тили қизариб оғриши мумкин. тил сургичлари атрофида учраши натижасида у ялтироқ ва силлиқ бўлиб қолади. Беморларда баъзан сидеропения

дисфагияси кузатилади. Бунда бемор овкат ютаётганида оғриқдан куруқ ва қаттиқ овкатларни қийналиб ютишидан шикоят қилади. Ёши катта беморларда онкологик касалликларни биринчи белгилари бўлади.

Лаборатория текширишлари. Касалликнинг қондаги асосий белгиларидан бири эритроцитлар гипохромиясидир. Бунда эритроцитлардаги гемоглобин миқдори камайиб кетади. Шунинг учун темир етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонликда ранг кўрсаткичи ҳар доим 1.0дан кам бўлади. Периферик қон суртмасида оқиш эритроцитлар анизоцитоз ва пойкилоцитоз кузатилади. Лейкоцитлар миқдори камайиши мумкин. Тромбоцитлар эса норма атрофида баъзан кўпайиши мумкин. қон зардобидидаги темир миқдори нормада 70-170мкг% ёки 12.5-30.4ммоль/л. Камқонликда эса қон зардобидидаги темир 10-30мкг% (1.8-5.4ммоль/л)гача пасайиб кетиши мумкин.

Даволаш. Беморга таркибидида темир моддаси кўп бўлган овкатларни кўпроқ истеъмол қилиш тавсия қилинади. Темир миқдори гўшт, жигар, тухумда кўп бўлади.

Даволашда темир препаратлари ишлатилади. Ёши катта беморларга асосан темир препаратларини парентерал йўл билан бериш лозим, ферковен, фербитол, феррумлек 2-3хфта давомидида кейинчаликда темир препаратларини ичишга буюрилади- фероплекс, феррокаль, конферон, гемостимулин 2 таблеткадан 3марта овкатдан кейин бир неча ойдан берилади.

Витамин В₁₂ (фолат кислота). Етишмаслигидан келиб чиқадиган камқонлик. Бу турдаги камқонликда Вит В₁₂ ва фолат кислота етишмаслигидан қон ишлаб чиқаришдаги ва асосан эритропоэздаги ДНК ва РНК синтези бузилиши кузатилади.

I. Витамин В₁₂ сўрилишининг бузилиши:

- 1)ошқозон фундали қисми безлари атрофияси (Аддисон-Бирмер касаллиги)
- 2)меъда-ичакнинг раки
- 3)ичак касалликлари (Спру, терминал илеит, дивертикулёз, ичакнинг сурункали яралари, ўсмалари)
- 4)ошқозон ва ичакдаги операциялар (гастрэктомиа, ингичка ичак резекцияси).

II. Витамин В₁₂ нинг юқори даражада сарфланиши ва --- да узлаишининг бузилиши:

- 1.ичакнинг гижжали касалликлари (дифиллоботриоз)
- 2.ичак дисбактериози
- 3.жигар касалликлари (сурункали гепатит, жигар циррози)
- 4.гемобластозлар (утқир лейкоз, эритромиелоз, остеомиелофиброз)

Витамин В₁₂ етишмаслиги билан боғлиқ камқонлик (Аддисон-Бирмер) касаллиги – асосан кекса ёшдаги эркакларда учрайди. Белгилари қувватсизлик, тез чарчаш, оғиз қуриши, диспепсик узғаришлардан иборат, асаб аъзолардаги узғаришлар;

Парестезия ва сезувчи нерв илдизларидаги оғриқлар билан бошланади. Миокард гипоксияси натижасида юрак соҳасидаги стенокардия хуружи сингари санчикли оғриқ пайдо бўлади. Қон босими асосан пасаяди. ЭКГ да диффуз узғаришлар кузатилади. Тил ачиши, оғришига шикоят қилади. Тил туқ қизил, силликланган, ялтирок., иштахаси йуқолиши, жигар катталашади. Неврологик симптоматикаси фуникуляр миелоз – парестезия, оёқ ва қўлнинг увишиши аломатлари кузатилади. Баъзан психик узғаришлар алаҳсираш, галлюцинация пайдо бўлади.

Гематологик курилиши–касалликнинг рецидив даврида периферик қонда эритроцитлар сони ва Нб курсаткичи камаяди. Нб курсаткичга нисбатан эритроцитлар сони кўпроқ камаяди. Рангли курсаткич ҳар доим бирдан ортиқ бўлади, гиперхром бўлади. Эритроцитлар – макроцит 12-14 ва мегалоцитлар МКМ (нормада 7-7,5 мкм) кузатилади. Макроцит ва мегалоцитлар купайиш натижасида Прайс-Жонс эгри чизиғи чуққиси уннга сурилади.

Қон суртмаларида Жолли таначалари, Кэбот халқачалари учрайди. Қонда лейкоцитопения, нейтропения, лимфоцитоз, эозинофиллар ва моноцитлар сони камаяди.

Даволаш. Перницитоз камқонликни даволанишида цианкобаланин вит В₁₂ 200-400 мкг тери остига 1 марта суткасига 4-6 hafta, кейинги даврда 200-500 1 марта 1 ойда қилинади. Фолат кислотасини 5-15 мг суткасига берилади.

ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИДАН БЎЛАДИГАН АНЕМИЯЛАР

Таърифи. Клиник-анемик синдромлари турли этиологияли, организмда темир етишмаслиги асосий патогенетик омили бўлган анемиялар темир танқислиги анемиялари дейилади.

Оғирлиги 70 кг бўлган соғлом одам организмда 4—5 г темир моддаси бўлиб, унинг асосий қисми гемоглобинда (3 г дан кўпи) бўлади. Мушакларда темирнинг жуда оз миқдори бўлади. Мушаклардаги темирнинг кўп қисмини ферритин таркибига кирадиган темир (мушаклардаги 69,1% темир), энг кам қисмини-миоглобин (21,9%) ташкил этади. Жигарда организмдаги темирнинг 7,8% (асосан ферритин ва гемосидерин) йиғилади. Организм таркибига кирадиган деярли ҳамма темир турли оксилларнинг таркибий қисми ҳисобланади. Улардан энг муҳими-гемоглобин бўлиб, унинг вазифаси кислородни ўпқадан тўқималарга ташиш ҳисобланади. Темир-нинг гемопоэзда қатнашиши, хусусан гемоглобин ва айрим бошқа нафас ферментлари синтезида қатнашиши ҳаммага маълум. Организмда темирнинг катта аҳамияти унинг кислородни қон орқали ташишига ва таркибида темир бўлган нафас ферментлари ёрдамида ҳужайраларда содир бўладиган оксидланиш жараёнларида қатнашишига боғлиқ.

Темир танқислиги анемияси камқонликнинг ҳамма формаларидан 80-95 % ни ташкил қилади жажонда энг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. ВОЗ маълумотларига кўра ер юзида тахминан 700 млн одамда темир танқислиги қайд қилинади. Касаллик кўпроқ кичик ёшдаги болаларда, ўсмир қизларда, туғадиган ёшдаги аёлларда учрайди. Иқлими мўътадил мамлакатларда темир танқислиги анемиялари учраши катта рақамларда ўзгариб туради- аёлларда 10—25% ва эркекларда 3—6%. Хиндистонда болаларнинг қарийб 50% темир танқислиги анемияси билан касалланган. АКШ да у эркекларнинг 1,2% ва аёлларнинг 8,4% ида, ГДР да қизларнинг 18,9% ида топилган. Нормага қараганда гемоглобин миқдори пасайиши Тожикистонда аёлларнинг 30,7% ва эркекларнинг 3% ида қайд қилинган. Ленинградда темир танқислиги анемияси аёлларнинг 7,3—11% ида, темирнинг латент танқислиги 20—22% ида аниқланган.

Сўнгги йилларда темир танқислиги анемияларининг патогенези туғрисидаги тушунча ўзгарди. Илгари хукм сурган фикрга қарама-қарши улароқ, меъданинг ахилия ҳолати хамиша ҳам организмда темир танқислигига сабабчи бўлмас экан. Унинг асосий сабабчиси — очикдан-очик ёки яширин, оз миқдорда, бироқ, доимий қон йўқотишдир. Аёлларда аксарият мўл ва ўзоқ муддатли ҳайз қуришлардан, кўп туғишдан, болани ўзоқ вақтгача эмизишдан, эркекларда махсус текшириш усуллари ёрдамида аниқланадиган меъда-ичаклардан қон кетиши ва бавосилдаги қон кетиши ва ҳ. қ

Клиник маълумотлар ва назарий билимлар асосида студент қўйидагиларни билиши керак

- 1) асосий касалликнинг тахминий диагнозини ва унинг сабабини аниқлаш;
- 1) беморни текширишнинг асосланган планини тузиш;
- 3) қўйидагилар асосида узил-кесил диагнозни аниқлаш:
 - асосий касалликнинг бош диагностик мезонларини ва анемик ҳолатларни билиш;
 - қўшимча текшириш (лаборатория) методлари натижаларини жамлашни билиш;
 - шунингдек темир танқислиги анемиялари комплекси билан ўтадиган бошқа касалликлардан фарқ қилишни билиш;
- 4) анемиянинг оғир-енгиллиги, умуман организмнинг аҳволи, бирга қўшилиб келадиган касалликлар ва бошқа асоратларни ҳисобга олган ҳолда асосий касалликни мақсадга мувофиқ даволаш.

Этиологияси ва патогенези. Темир танқислиги анемияларининг келиб чиқишида қўйидагилар муҳим ўрин тутди:

— ўзоқ, давом қиладиган ва мўл қон кетадиган ҳайзлар даврида қон йўқотиш, бачадондан қон кетиши, меъда-ичак йўллари, буйрак касалликлари, бурун қонаши, геморрагик диатезлар ва б.;

— организмнинг темирга эҳтиёжи ошиши — тез-тез хомиладор булиш, болани ўзоқ, вақтгача эмизиш (1,5—2 йилгача), организмда гижжа инвазиялари бўлиши, қон кетиши ва б.;

— имкон берадиган омиллар — гипо-, анацид ҳолат, ориқлаб кетиш, оксил, углеводлар, ёғлар, витаминлар, микроэлементлар етишмаслиги.

Гемопозтик (темир, С, В₁₂ витаминлари, фолат кислота) ва нормал қон яратилиши учун зарур бошқа моддалар (оксил, баъзи бир аминокислоталар)нинг айрим иқлимий-географик шароитларда танқислигининг асосий сабабларидан бири номутаносиб овқатланишга олиб келадиган экзоген ва эндоген омиллар комплексининг танқислиги ҳисобланади, яъни бир хил (оксил кам, углеводлар кўп) овқатланиш, овқатда кўкатлар, сабзавотлар ва меваларни номунтазам истеъмол қилиш, шунингдек тез-тез хомиладор булиш ва туғиш, болани ўзоқ, муддат эмизиш ва б. (полидефицит анемия, Хамзалиев Б. Х.; 1977).

Л. И. Идельсон (1979) темир танқислиги анемияларини патогенетик принцип бўйича 5 гуруҳга булишни таклиф қилади:

— Сурункали постгеморрагик;

— темирнинг дастлабки даражаси етарли бўлмаслиги билан боғлиқ гуруҳи (чақалоқларда ва кичик ёшдаги болаларда);

— организмнинг темирга эҳтиёжи ошишига боғлиқ бўлган гуруҳ (қон йўқотишисиз);

— темирнинг сурилиши бўзилиши ва унинг овқат билан етарлича тушмаслиги билан боғлиқ бўлган гуруҳ;

— темир моддаси ташилиши бўзилишига боғлиқ бўлган гуруҳ.

Касалликнинг клиник белгилари патогенезида тўқималарнинг кислород билан етарлича таъминланмаслиги ҳам, организм тўқималаридаги қатор ферментлар (таркибига темир кирадиган) активлигининг бўзилиши ҳам аҳамиятга эга.

Клиник манзараси *I. Субъектив маълумотлар*, Шикоятлари:

— умумий беҳоллик, иш қобилияти пасайиши, уйқучанлик;

— бош айланиши, қулоқда шовқин эшитилиши, бош оғриғи;

— юрак уриши, бу жисмоний ҳаракатда кучаяди;

— нафас қисиши, баъзан юрак соҳасида оғриқ;

— иштаха ёмонлиги, ич бўзилиши;

— аёлларда ҳайз цикли бўзилиши;

— таъм билиш айниши (бур, лой, тупроқ, кабиларни ейиш истаги);

— қуруқ ва қаттиқ овқат ейишнинг қийинлашуви.

II. Субъектив маълумотлар анализи, (шикоятлар ва анамнез).

III. Объектив маълумотлар:

— беморнинг умумий аҳволи асосий жараённинг оғир-енгиллиги ва анемик синдром даражасига боғлиқ;

— тери қопламларининг рангпарлиги, хлорозда эса алебастр ёки кукимтир тусга кириши;

— тери қопламларининг қуруқлиги, тирноқларнинг мўрт бўлиб қолиши, қийшайиши ва шакли ўзгариши, шунингдек койлонихиянинг бошқа белгилари;

— баъзан ориқлаш, қок суяк бўлиб қолиш кузатилади, бу этиологик омил ва анемизация даражасига, жараённинг оғир-енгиллигига боғлиқ;

— тил ўзгариши: суғонлари атрофияга учраган, тил силлиқ, ялтироқ;

— оғиз шиллиқ пардасида ўзгаришлар: стоматит, оғиз бурчакларида бичилиш ва ёриқлар;

— эпигастрал сохада оғриқ, меъда-ичак йўллари томонидан дистрофик ва атрофик ўзгаришлар;

— буйинтурук веналарида «пирилдоқ шовқини».

IV. Лаборатория ва бошқа текшириш методлари маълумотлари:

— периферик қонни текшириш: эритроцитлар, кўпроқ даражада эса гемоглобин миқдори камайиши, гипохромия, анизоцитоз (эритроцитлар улчамлари ўзгариши) ва пойкилоцитоз (эритроцитлар шакли ўзгариши), микроцитоз; ўртача ретикулоцитоз, зардоб темири даражаси, трансферриннинг туййиниш коэффициенти пасайиши кўзатилади; озод трансферрин миқдори ошиши;

— суяк кўмигини текшириш: эритроид кўртак гиперплазияси белгилари;

— меъда суюқлигини: гистаминга чидамли ахлоргидрия, гипоанацит ҳолат;

— рентгенологик текширишда — атрофик гастрит ҳодисалари;

— меъда-ичак йўлларида яширин ёки оккульт қон кетиш қон йўқотишни радиоактив хром ёрдамида миқдорий аниқлаш методи билан аниқланиши мумкин; Грегерсен реакцияси мусбат;

— гастрофиброскопия натижалари (меъда зарарланишларида патологик жараён характерини, унинг камқонлик билан боғлиқлигини аниқлаш учун).

1. Уткир постгеморрагик анемия: шикастланиш, томирлар шикастланиши, яра тешилганда, турли этиологияли ўпкадан қон кетишида, кенгайиб қолган қизилўнғач веналаридан қон кетишида уткир ва мўл қон йўқотилиши натижасида пайдо бўлади. Касаллик уткир темир етишмовчилиги (гипотензия, рангпарлик, совуқ тер чиқиши, пульснинг тез уриши, ипсимонлиги, тонларнинг буғиқлиги ва б.) симптомлари билан намоён бўлади, 1-ёки 2- кундан бошлаб периферик қонда ўзгаришлар кўзатилади (компенсация фазалари: рефлатор, гидремик, суяк кўмиги фазаларини ёдда тутиш лозим).

Эритроцитлар, гемоглобин миқдори камайиши характерли, ретикулоцитоз; ўртача тромбоцитоз, нейтрофил метамиелоцитлар ва миелоцитлар (периферик қонда) пайдо бўлиши мумкин. Узиға хос кечиши, бемор аҳволининг оғирлиги, гематологик силжиш билан фарқ қилади. Буларнинг ҳаммаси беморнинг дастлабки аҳволи йўқотилган қон миқдори, қон кетиш сабаби ва қанчалик давом қилганлигига боғлиқ.

2. Сурункали постгеморрагик анемия: бу анемиянинг ривожланиш сабаби ва патогенези номаълум. Асосий касаллик симптомлари ва ҳамма темир танқислиги анемиялари учун хос субъектив, объектив ва гематологик силжишлар билан характерланади. Сабаблари — уткир постгеморрагик анемиядаги каби.

3. Кечиккан хлороз: аёлларда климакс даври олдидан ва климакс бошланиш даврида кўзатилади. Кечиккан хлороз учун, эрта хлорознинг, умуман темир танқислиги анемияларининг клиник белгиларидан ташқари, яна климакс симптомлари (юзнинг бирданига қизиб кетиши, бошга қон оқиб келиш сезгиси, қул бармоқларининг увишиши, артериал босимнинг ошиши ва б.) ва ҳайз цикли бўзилиши, сочларнинг эрта тукилиб кетиши ва оқариши, тирноқлар, тери, меъда-ичак йўллари томонидан узиға хос ўзгаришлар хос.

4. Гастроген анемия. Меъда касалликлари (секретор етишмовчилиги бўлган гастрит — ахилия) сабабчи омил бўлиб хизмат қилади. Анацит гастрит, ахилия симптомлари ва темир танқислиги анемияси учун хос симптомлар комплекси билан юзага чиқади.

Темир танқислиги анемиясини касалликнинг етакчи белгиси анемия бўлган касалликлардан, Аддисон—Бирмер касаллиги, гемолитик, гипопластик анемиялар, геморрагик диатез кабилардан фарқ қилиш керак.

Даволаш 1. Уткир постгеморрагик анемияни даволаш:

— қон оқишини зудлик билан тухтатиш (операция, жгут солиш, қон оқиш сабабини бартараф қилиш ва б.).

— бир группали қон, эритроцитар массани томчилаб қўйиш;

— плазма, қон урнини босадиган суюқликлар (оксил препаратлари, физиологик эритма, 5% ли глюкоза эритмаси) қўйиш;

— қон тухтатувчи воситалар (кальций хлорид, желатин, аминакапронат кислота,

викасол ва б.);

— умуман мустаҳкамлайдиган, томир дорилари (кофеин, мезатон адреналин, кордиамин), зарурат бўлганда— юрак дорилари ва уткир томир етишмовчилиги билан кўраш бўйича бошқа тадбирлар;

- кейинчалик — темир препаратлари, витаминлар, кучли овқатлар

2. *Темир танқислиги анемияларини даволаш:*

— асосий касалликни ёки бошқа сабабларни даволаш;

— етарлича тула қимматли овқатланиш — темирга бой озиқ-овқат махсулотлари, чала пишган жигар (темир депоси сифатида), гўшт, тухумлар, дуккакдилар, юқори калорияли овқатланиш;

— темир танқислиги анемияси бўлган беморлар учун Ф. Қ. Меньшиков тавсия қилган парҳез: 130 г оқсил, 90 г ёғ, 350 г углевод, 40 мг темир, 5 мг мис, 8 мг марганец, 30 мг рух, 2 мкг кобальт, В, С группа витаминлари, 2 г метионин, 4 г холиндан иборат. Жами 3200 кал;

— темир препаратлари: қайтарилган темир, глицерофосфат темир, темир лактат, гемостимулин, феррокаль таблеткалари, алоэ билан темир шарбати, ферамид, фербитол, ферковен, Феррум Лек, имферон, резаферон, орферон, ферроцерон, жектофер, униферен ва б.;

— ичак бўзилишларининг олдини олиш учун панкреатин, кальций карбонатни темир препаратлари билан бирга қўлланиш тавсия этилади;

— витаминлар: В группа (В₆, В₁₂, фолат кислота), С ва б.;

— плазма, эритроцитар масса, оқсил препаратлари қўйиш;

— симптоматик даволаш;

— асал тайинланади — суткалик дозаси 10 г, қимиз — суткасига 1—1,5 л;

— диспансер кузатуви (асосий жараёнлар, периферик қон кўрсаткичлари устидан);

— санаторий-курортда даволаш.

Профилактикаси: Сурункали қон йўқотиш кўзатиладиган турли хил этиологик омилларни бир вақтда даволаш; болаларни туғри эмизиш, хомиладор аёллар устидан кузатиб бориш, профилактика мақсадида темир препаратлари қўлланиш; туғри овқатланиш, ички органлар, айниқса меъда-ичак йўллари касалликлари, турли инфекциялар ва ннтотоксикацияларни ўз вақтида даволаш.

В₁₂ (ФОЛИ)-ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯЛАРИ

Таърифи. Пернициоз анемия — витамин В₁₂ ва фоли кислотанинг эндоген етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган Сурункали касаллик бўлиб, қон яратилиш системаси, меъда-ичак йўллари ва нерв системасининг зарарланиши билан ҳарактерланади.

Касаллик биринчи марта 1855 йилда Аддисон ва 1868 йилда Бирмер томонидан тасвирланган, бу олим касалликка пернициоз (ҳавфли, ҳалокатли) анемия деб ном берган.

Ўзининг кўп сонли кузатувларига асосланиб америкалик физиолог Касл соғлом одам меъдасининг шиллиқ пардасида у ички омил деб номлаган махсус модда ишланиб чиқади, деган хулосага келди. 1952 йилда Гласс, унинг ходимлари ва бошқа олимлар Каслнинг ички омили ўз табиатига кўра безли мукопротеидларга тааллуқли эканлигини аниқладилар. Бу омил гастромукопротеин деб аталади, кейинчалик эса унинг меъда фундали қисмида ишланиб чиқиши маълум булди (Лазовский Ю. М., 1945). Соғлом одамнинг меъда суюқлигида у ўрта ҳисобда 10—40 мг% бўлади. Ички омил ташқи омил билан (хом гўшт, кепак, тухумлар, донларда бўладиган) узаро таъсирга киришганда актив антианемик модда ҳосил қилади. У ичакда сурилади, қон яратилиш органларига тушади ва нормал қон яратилишига имкон беради.

Ҳозирги вақтда Касл ташқи омилининг табиати ҳам аниқланган. Америкалик Рикс ва инглиз Смит 1948 йилда деярли бир вақтнинг ўзида қорамол жигаридан ташқи антианемик Касл омилининг ҳамма хоссаларига эга бўлган модда ажратиб олдилар. Улар бунга витамин В₁₂ — цианокобаламин деб ном бердилар. Бу кобальт атоми билан боғланган битта цианогруппа сақлаган кристаллик кизил моддадир. Витамин В₁₂, С, Н, N, Р каби

элементлар сақлайди. Соғлом одамнинг суткалик эҳтиёжи 3—5 мг, унинг катталар қонидаги миқдори 460—800 мкг/мл.

Витамин В₁₂ ва фоли кислотанинг ядро хроматини таркибий қисмлари ҳисобланган нуклеотидлар (ДНК, РНК) синтезида қатнашиши маълум. Нуклеотидлар, хусусан ДНК синтези бўзилиши ҳужайра булиниши ўзгаришига (кечкикишига) ва ҳужайра улчамлари катталашувига олиб келади. Ҳужайра булиниши — гиганто-ва мегалобластлар, гигант полисегмент ядроли нейтрофиллар ва полисегмент ядроли мегакариоцитлар пайдо бўлади. Ҳужайра бўлинишининг кечикиши шунингдек панцитопения авж олишига — эритро-лейко-тромбоцитопенияга олиб келади. Шундай қилиб, бу касалликда анемизациянинг бевосита механизми асосан витамин В₁₂ танқислиги билан боғлиқ, бу нуклеопроteidлар алмашинуви бўзилишига, сўнгги ҳол эса митотик жараёнлар бўзилишига (митозларнинг секинлашувига ва сонининг қисқариб кетишига) сабаб бўлади.

Аддисон—Бирмер касаллиги билан одатда 40 ёшдан ошган, камдан-кам 20—25 ёшдаги шахслар касалланадилар. Ҳозирги вақтда бу касаллик кам учрайди. Кўпроқ пернициозсимон анемиялар кўзатилади (Боткин формаси — кенг тасмасимон гижжа инвазиясида, хомиладорликнинг иккинчи ярмидаги анемия, жигар, меъда-ичак касалликларида).

Клиник маълумотлар ва назарий билимларга асосланиб студент кўйидагиларни билиши керак:

1) касаллик, яъни анемияни, асосий ёки иккиламчи (асосий касалликнинг асорати) касаллик эканлигини аниқлаш, асосий жараённинг жойлашувини, анемия сабабини — жигар, меъда, ичак касаллиги, инвазия, В₁₂ витаминининг экзоген ёки эндоген етишмаслиги, операция ва х. к) аниқлаш;

2) текширувнинг асосланган планини тузиш (тахминий сабабга асосланган ҳолда);

3) кўйидагилар асосида узил-кесил диагноз қўйиш:

— касаллик классик формасининг етакчи клиник ва бошқа белгиларини, уларнинг патогенезини билиш;

— пернициоз анемия классик формаси клиникасини анемиянинг пернициозсимон формаларидан фарқлашни билиш;

— бошқа этиологияли анемияни (темир танқислиги, гемолитик ва б.) истисно қилиш учун дифференциал диагностика ўтказишни билиш;

— эритропознинг нормобластик типи белгиларини мегалобластик типи белгиларидан фарқ қила олиш;

4) анемизация даражаси, жараённинг оғир-енгиллиги, беморнинг аҳволини ҳисобга олган ҳолда этиопатогенетик, симптоматик терапия ўтказиш..

Этиологияси ва патогенези: 1) В₁₂ витамини (ички омил) ва фоли кислотанинг қон яратилиш жараёнидаги аҳамияти;

2) гастромукопротеини (ички омил) нинг касаллик ривожланиши патогенезида аҳамияти, унинг В₁₂ витамин билан узаро муносабати;

3) анемия патогенезида нуклеопроteidлар (ДНК, РНК) синтези бўзилишининг аҳамияти;

4) нормал эритропознинг (нормобластик) патологик — мегалобластик (эмбрионал) эритропоз билан алмашинуви;

5) В₁₂ (ва фоли)-етишмаслигида анемия ривожланишининг (эндоген етишмовчилик) асосий этиологик омиллари;

6) пернициозсимон анемиялар ривожланишининг сабаблари: сурилиш бўзилиши ва витамин В₁₂ (фоли кислота) сарфининг ошиши; суяк кўмигида утилланиши бўзилиши (ахрезия); В₁₂ ва фоли кислотанинг алиментар етишмовчилиги (овқат билан етарлича тушмаслиги); В₁₂ витаминининг ичакда парчаланиши (гижжа инвазияси); меъда фундал қисмининг патологияси (шиллик пардаси атрофияси, ўсмалар, туғма етишмовчилик), меъда резекцияси, меъда-ингичка ичак анастомозлари, ичак Сурункали касалликлари (энтероколитлар, спру, дисбактериоз); жигар касалликлари (гепатит, циррозлар ва б.);

қоннинг систем ҳавфли касалликлари (гемобластоз-лар); дори препаратлари ва турли химиявий моддаларнинг яратилиши системасига токсинли таъсири.

Гастромукопротеиннинг V_{12} -витамини (цианокобаламин) билан ўзаро таъсири масалаларида шундай фикр борки, V_{12} витамини ингичка ичак шиллиқ пардасидаги гастромукопротеин билан боғлангандан кейин гастромукопротеин билан боғланишдан озод бўлади ва V_{12} витаминининг ичак шиллиқ пардаси эпителиал хужайраларига киришга имкон берадиган оксил табиатидаги (ичак шиллиқ пардаси безлари ишлаб чиқарадиган) модда билан бекарор бирикмага киришади. Кейин витамин V_{12} ичак капиллярлари даражасида бу оксил модда (акцептор) дан озод бўлиб, қон плазмаси оксиллари, асосан α_1 -глобулин билан бирмунча мустаҳкам бирикмага киришади. Шундай қилиб, қонда V_{12} -протеин (протеин+цианокобаламин) комплекси ҳосил бўлади, бу жигарда (депо) йиғилади, α_1 -глобулин билан боғланмаган витамин V_{12} эса организмдан сийдик билан чиқарилади. Гастромукопротеиннинг каталитик адсорбцион таъсирини кўрсатадиган бу концепция шу билан тасдиқланадики, пернициоз анемияли беморларга V_{12} витамини беришда гастромукопротеин витамин V_{12} қабул қилинишидан олдин ёки у билан бирга қабул қилинган тақдирдагина даво таъсирига эришилади. Бинобарин, гастромукопротеинсиз витамин V_{12} ичак орқали сурилмайди.

Юқорида баён қилинганларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, меъда суюқлигида безли мукопротеин бўлмаслиги оқибатида V_{12} витамини овқатдан чиқарилмайди ва организм томонидан фойдаланилмайди, натижада нормал қон яратилиши жараёнлари (эритропоэз) бузилади. Витамин V_{12} пернициоз анемияли беморларга парентерал юборилганда витамин V_{12} меъда-ичак йўллари орқали утмаганда, яъни гастромукопротеин билан боғланмасада, бевосита қонга юборилганда α_1 -глобулин билан боғланади ва антианемик модда — V_{12} -протеин комплекси ҳосил бўлади. Бу комплекс зарурат бўлганда (нормада) жигардан қон яратиладиган органларга тушади ва нормал қон яратилишига ёрдам беради 2-схемада Аддисон—Бирмер касаллигидаги асосий белгилар ва асоратлар патогенези тақдим қилинган.

Патологик анатомияси— тери ости клетчаткаси етарли даражада сақланиб қолгани ҳолда ҳамма органларнинг кескин камқонлиги (рангпарлиги);

— юрак, жигар, буйрак кабиларда дистрофик ўзгаришлар, ёғли айниш;

— ҳалқум, қизилўнгач, меъда, ичак шиллиқ пардасида дистрофик, атрофик ўзгаришлар;

— орқа мия орқа-ёнбош стунларидаги оқ модданинг дегенератив ўзгаришлари — фуникуляр миелоз;

— қон яратилиш системасининг зарарланиш белгилари: суяк қўмиги малинасимон қизил (ясси суякларда, найсимон суяк эпифизларида ва диафизларда);

— экстрамедулляр қон яратилиш учоқлари: жигар, талоқ, лимфатик тугунлар, ўпка, буйракларда ва бошқа органларда.

Клиник манзараси I. С у б ъ е к т и в м а ъ л у м о т л а р. Шикоятлари:

— бош оғриғи, баъзан юрак соҳасида стенокардия типи бўйича оғриқ;

— бош айланиши, қулоқда шовқин, оғир ҳоллар да галлюцинациялар ва психика бўзилишининг бошқа симптомлари;

— умумий беҳоллик, иш қобилияти пасайиши;

— нафас қисиш и, юрак уриши, бу жисмоний ҳаракатда кучаяди;

— тилда оғриқ ва ачишиш сезгиси, таъм билиш айниши, иштаха йўқолиши (анорексиягача);

— диснептик бўзилишлар (қунгил айниши, қусиш, қоринда оғриқ, ич кетар, ёқимсиз сезги);

— уйқучанлик, уйқусизлик (айниқса тунлари);

— баданда чумоли урмалаш сезгиси бўлиши;

— кул ва оёқ бармоқлари увишиб қолиши, оёқ-куллар мадорсизланиши;

— кузиш даврида температура кутарилиши.

II. Субъектив маълумотлар анализи.

III. Объектив маълумотлар:

1. Умумий куздан кечириш:

— беморнинг умумий аҳволи жараённинг оғир-енгиллигига, яъни камқонлик даражасига боғлиқ;

— беморнинг ориқ-семизлиги, гавда тузилиши бузилмаган (кечикқан босқичларида анорексия ва диарея натижасида ориқиб кетиш қайд қилинади);

— тери қопламлари лимон-сарик тусли рангпар (агар эритроцитлар гемолизи аниқ юз берган бўлса);

— юзда «капалак» кўринишидаги жигар ранг пигментация — бурун канотларида ва ёнок суяклар устида;

— юз салкиши, склера ва тери қопламлари субиктериклиги;

— туپиклар ва оёқ панжалари соҳасида пастозлик (хамирсимон шиш).

2. Органлар ва системалар бўйича маълумотлар:

— меъда-ичак йўли: тил оғриқли, сугонлари текислашган ва атрофияланган, устида ва четларида тиник-қизил яллиғланган қисмлар бор, кўзиш даврида у туқ малинасимон, ялтироқ (локлангандек) бўлиб қолади — гунтер глоссити;

— лунж, милк, ҳалқум, қизилўнғач пардалари ҳам узгарган (ачишиш сезгиси, ютишда оғриқ ва б.);

— жигар катталашган, қонсистенцияси юмшоқ, оғриқсиз, кузиш даврида талоқ ҳам катталашган;

— неврологик синдром орқа мия зарарланиши, перебрал бўзилишлар ва периферик нервларда дегенератив ўзгаришлар билан юзага чиқади: фуникуляр миелоз белгилари — парестезия, спастик спинал фалажлик, псевдотабетик симптомлар, ошган рефлекслар, клонуслар, патологик рефлекслар (Бабинский, Россолимо, Бехтерев, Оппенгейм) ошган спастик парапарез, сезувчанликнинг бўзилиши, атаксия, чаноқ органлари функцияси бўзилиши кўзатилади, калла-мия нервларининг зарарланиши симптомлари, мушакда оғриқлар, психика бўзилишлари, деменция камроқ учрайди;

— юрак-томирлар системаси: гипотензия, тахикардия, миокардиодистрофия белгилари;

— қон яратилиш системаси: периферик қон ва суяк кўмиги томонидан ўзгаришлар кўзатилади.

IV. Лаборатория ва бошқа текшириш методлари маълумотлари:

— периферик қонни — қизил қисмини; гемоглобин, эритроцитлар миқдори камайиши, ранг кўрсаткичи нормадан ошади (1,4— 1,8 гача), эритроцитлар улчами (мегалокитоз) ва шаклининг (пойкилоцитоз) катталашуви, периферик қонда мегалобластлар, эритроцитларнинг дегенератив шакллари — шизоцитлар, микроцитлар, Жолли таначалари, Кебот ҳалкалари кўринишидаги ядро қолдиқлари бўлган эритроцитлар, ретикулоцитлар миқдори камайиши; оқ қисми: лейкопения, нейтропения, моноцитопения, эозинопения ёки анэозинопения, полисегментланган нейтрофиллар, камроқ метамиелоцитлар ва миелоцитлар борлиги хос, баъзан моноцитар қаторнинг ёш элементлари — монобластлар, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения учрайди;

— ахлатни текшириш: стеркобилин кўп — 965 мг гача этади: — сийдикни текшириш: уробилинурия, сийдик ранги ўзгариши ва б.;

— суяк кўмигини: суяк кўмигининг ядро сақловчи хужайраларининг умумий миқдори одатда ошган, эритропоэтик кўртақ гиперплазияси, эритробластлар ва мегалобластлар миқдори ошиши ва шунинг учун суяк кўмиги индекси 1:2 ва ҳатто 1:3 (нормада 3:1 — 4:1) ни ташкил этади;

— биохимиявий силжишлар: қонда билирубин ва темир миқдори ошиши, диспротеинемия, билирубинемия, гемосидероз ходисалари кучайган гемолиз билан боғлиқ;

— меъда суюқлигини: гистаминга чидамли ахлоргидрия — меъда ахилияси;

— рентгеноскопик: меъда шиллиқ пардаси текислашганлиги ва эвакуация тезлашганлиги;

— гастроскопик: учокли ёки диффуз атрофия, айрим жойларида садафсимон пилакчалар.

Диагностикаси. Касаллик асосан учала система: хазм, нерв ва суяк кўмиги системаларининг зарарланиши билан характерланади. Унинг типик аломатлари (гунтер глоссити, ахилия, фуникуляр миелоз белгилари, гиперхромия, мегалобластлар, мегалоцитлар борлиги, панцитопения ва б.) бўлганда касалликни диагностика қилиш қийинчиликка сабаб бўлмайди. Периферик қондаги ўзгариш, ахилия ва пернициоз анемия учун хос бошқа симптомлар бошқа касалликларда ҳам кузатилиши мумкин. Қўйидаги касалликларни истисно қилиш лозим: меъдада операция қилингандаги анемия, спру, Сурункали энтероколитлар, кенг тасмасимон гижжа инвазиясида анемия, сидеробласт анемия (суяк кўмигидаги х.алкасимон сидеробластлар); меъда раки ва полипоз, ичак паразитлари (дифиллоботриоз), хомиладорликда (иккинчи ярмида) анемия, жигар касалликлари (гепатит, цирроз), гемобластозлар (уткир лейкоз, эритромиелоз), дорилар анемияси (токсик).

Д а в о л а ш 1. Парҳез билан даволаш. Майно ва Мерфи бўйича жигар парҳези; 120—140 г хом жигар, 120—140 г қайпатилган мол гушти, ва куй гушти, 300 г кук сабзавот, исмалоқ ва коху, 250-400 г янги мевалар, 40 г мой, 1 дона тухум ва 2 стакан сут.

2. Дори-дармонлар билан даволаш.— витамин В₁₂ касалликнинг оғир-енгиллигига кўра тайинланади 100 — 200 мкг дан мушак орасига ҳар куни 6—7 кун мобайнида ретикулоцитар криз пайдо бўлгунча, сўнгра гематологик ремиссия бошлангунча кунора (периферик қон таркиби, суяк кўмигида қон яратилиши, қон зардобиди ва сийдикда витамин В₁₂ даражаси нормага келгунча) тайинланади. Даво курсига — 3000 мкг гача (ва бундан ортик), кейинрок қувватловчи терапия утказиш — 100 мкг дан ойига 2 — 3 марта (пернициоз анемиянинг классик формасида бутун умр мобайнида);

— оғир касаллик ҳоллар ида (фуникуляр миелоз симптомлари бўлганда) витамин В₁₂ 500 — 1000 мкг дан ҳар куни (ёки кунора) 7 — 10 кун мобайнида, кейинчалик — хафтасига 1 — 2 марта барқарор ремиссия олингунча (тахминан 2 ой) қўлланилади, даволаш курсига — 10000—25 000 мкг ва бундан ортик;

— витамин билан даволаш натижа бермаганда ва аутоантителолар бўлганда иммун депрессантлар сифатида кортикостероид гормонлар тайинланади:

— хлорид кислота ёки натурал меъда шираси;

— перорал кулланиш учун препаратлар: биопар, муковит, бифактон, цитобион М ва б.;

— бошқа органлар ва системалар ҳолатига кўра симптоматик терапия.

Санаторий-курортда даволаш.

. Диспансер кузатуви (кайталанишга қарши уз вақтида даволаш, қувватлайдиган терапия).

Профилактикаси: меъда-ичак ва бошқа касалликларнинг олдини олиш, етарли тула қимматли овқатлар, санитария-гигиеник тадбирлар, касаллик кайталанишининг олдини олиш (кайталанишига қарши вақти-вақтида даволаб туриш), диспансер кузатуви.

АНАЛИТИК КИСМ

ТЕСТЛАР:

1. Гипо ва апластик анемияда қайси синдром кузатилмайди.

А)септико-некротик

В)анемик

С)геморрагик

Д)гепатоспленомегалия

2. Кабзият, тенезмлар, коринда кулдираш, вақт-вақти билан тана хароратининг кутарилиши, терида эритематоз тошмалар, кон тахлилларида анемия, ЭЧТ тезлашуви, ахлатда кон ва шилик учраша қайси касалликнинг белгилари?

- А) носпецифик ярали колит
- В) Крон касаллиги
- С) Уиппл касаллиги
- Д) ичак тутилиши

3. Тургун ошқозон анемияси кузатилади қуйидагидан ташқари.

- А) Адиссон–Бирмер анемияси
- В) спру
- С) пеллагра
- Д) ошқозон раки
- Е) қандли диабет

4. Темир танкислиги камконлигида қулланиладиган препаратни курсатинг?

- А) вит Е
- В) инфезол
- С) вит В₁₂
- Д) вит В₆
- Е) ферроплекс.

5. В₁₂-дефицит анемиясига хос бўлган белгини курсатинг?

- А) Макроцитоз
- В) нормацитоз
- С) гипохромия
- Д) нормохромия
- Е) микросфероцитоз.

6. Гемолитик анемияга хос белгини курсатинг?

- А) боғланмаган билирубинни ошиши
- В) ретикулацитоз
- С) Кон кетиш
- Д) барчаси.

7. Тугма микросфероцитозда қайси ҳолатлар стероид гормон қулланилади?

- А) гемолитик кризларда
- В) ут пуфаги билирубинли тошлар ҳосил бўлганда
- С) коринда огрик бўлганда
- Д) тана харорати кутарилганда
- Е) кон кетганда.

8. Қандай анемия ретикулацитоз билан кечади?

- А) сидероахрестик анемия
- В) темир танкислиги
- С) В₁₂ танкислиги
- Д) гемолитик

9. Темир танкислиги анемиясида сидеропеник синдромни намоён бўлиши?

- А) дисфагия
- В) аччик овкатларга эҳтиёжнинг ошиши
- С) койлонихия
- Д) таъм билишнинг бузилиши
- Е) хама жавоб тугри,

10. Аутоиммун гемолитик анемияда қуйидагилардан қайси бири ишлатилади:

- А) антибиотиклар
- В) глюкокортикоидлар
- С) цитостатиклар
- Д) анлгетиклар

Е) сулфаниламидлар

11. Куйдагилардан кайси бири гипо–апластик анемия учун хос:

А) нормохромия кам намоён булган

В) эритроцитопения билан

С) гиперхромия

Д) нормохромия яккол ривожланган эритроцитопения билан

Е) нормохромия яккол ривожланган нейтро, лейкопения ваэритроцитопения Билан

12. Гипоапластик анемияга хос булган белгини айтинг:

А) спленомегалия

В) бластли метаплазия

С) панцитопения

Д) ретикулоцитоз

Е) гипертромбоцитоз

13. Апластик анемиянинг асосий этиологик омили булиб хисобланади:

А) радиация

В) эстрогенлар

С) химик моддалар билан захарланиш

Д) мышьяк бирикмалари

Е) барчаси

**Яширин темир танкислиги холати ва темир танкислиги камконлигини аниклаш
учун савол-жавоб варакаси**

№	Саволлар	Жавоблар	
1	Кон кетиш холатлари борми ёки булганми?	Ха	Йук
2	Етарли овкатланасизми?	Ха	Йук
3	Сизда меъда-ичак касалликлари борми?	Ха	Йук
4	Темир куп сарфланишига олиб борадиган сабаблар борми (буйнинг тез усиши, хомиладорлик ва бошкалар)?	Ха	Йук
5	Хид сезишда узгаришлар борми (бензин, керосин, тамаки, резина, зах ер ва х/к)?	Ха	Йук
6	Там билишда узгаришлар борми (кесак, бур, гилвата, шагам, хом масалликларни кунгил тусаб турадимми)?	Ха	Йук
7	Бадан териси ва лаблар куриб турадимми?	Ха	Йук
8	Лаблар, огиз бурчаклари, бармок учлари ва товонлар ёрилиб турадимми?	Ха	Йук
9	Тирнокларнинг юпкаланиши, яссиланиши, синиши ва шаклининг узгариши сингари ходисалар борми?	Ха	Йук
10	Соч ингичкаланиши, синиши, тукилиши-чи?	Ха	Йук
11	Тез-тез тумов булиб турасизми?	Ха	Йук
12	Рангингиз окарганми?	Ха	Йук
13	Тез чарчайсизми?	Ха	Йук
14	Дармонсизлик борми?	Ха	Йук
15	Бошингиз айланадими?	Ха	Йук
16	Бошингиз огрийдими?	Ха	Йук
17	Кулогингиз шангиллайдими?	Ха	Йук
18	Бирдан урнингиздан турганингизда кузларингиз олди коронгилашадими?	Ха	Йук
19	Юракнинг тез уриши ва огриги борми?	Ха	Йук

Ушбу савол-жавоб варакаси ахоли ялписига ҳамда амбулатория–поликлиника шароитларида текширилганда кишиларни икки-«шартли соглом» ва «шартли бемор» гуруҳларга ажратиш имконини беради. Бу эса шифокорлар билан лаборатория ходимлари ишини енгиллаштиради ва темир танкислигидан пайдо булган камконлик касалликлари диагностикасида маълум даражада тежамкорликка эришишни таъминлайди, чунки лаборатория текширишлари юқоридаги усул кулланилганда фақат «шартли бемор» гуруҳидаги кишиларгина утказилади ва уларда камконлик бор ёки йук эканлиги, мабодо булса, унинг қай даражадалигини аниқланади.

Утказилган талайгина кузатувларнинг натижаларига асосланиб, яширин темир танкислиги ҳолати ва темир танкислиги камконликларини осонроқ аниқлаб олиб учун ёрдам берадиган алгоритм ҳам ишлаб чиқилган. Қуйида шу алгоритмни келтирамиз:



Яширин (латент) темир танкислиги ва шу ҳолатга алоқадор камконликни аниқлаш алгоритми.

ХОЛАТИЙ МАСАЛА

МАСАЛА-1. Бемор 60 ёшда. Шикоятлари: бош айланиши, куз олдининг тиниши, чап ковурга ёйи остида огирлик, иштахасининг пасайиши, куз склерасининг сал саргайиши, тилининг ачиши, тез чарчашга, гандираклаб юриш, оёқларида чумоли юргандек булишига. Обьектив текшириш натижасида: Тери копламларининг рангпарлиги, спленомегалия аниқланган Кон анализида: Гиперхром анемия огир даражада, кон суртмасида-мегалоцитлар. Жолли таначалари, Кэбот халкаси, нейтрофилларнинг ядорсининг гипрсегментацияси аниқланган. Миелограммада: мегалобластлар–78%.

1. Сизнинг ташхисингиз? 2. Касалликни даволаш учун керакли дориларни курсатинг.

Жавоб эталони	Талаба жавоби		
	Тулик	Нотулик	Тугри булмаган жавоб
I. Витамин B12 танқислиги анемияси. II. 1. Эритроцитар масса куйиш; 2. Витамин B12; 3. Симптоматик терапия;	85-100 балл	71-84 балл	55 баллдан паст

АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР

Камконлик турларининг дифференциал ташхис белгилари

Камконлик турлари	Рангли курсаткич	Ретикулоцитлар	Зардоб темири микдори	Лейкоцитлар сони	Тромбоцитлар сони	Талок	Жигар	Кумик
Теми етишмовчилиги	< 1	норма	камайган	норма	норма	катталашмаган	катталашмаган	Эритроид- -----
Гемсинтези бузилиши билан камконлик	< 1	норма	ошган	норма	норма	катталашмаган	Купинча катталашмаган	Сидеропластинлар купайиши
Гемолитик камконлик	≥ 1 талосемияда $a < 1$	ошган	Нормада ёки озгина ошган	Криз даврида ошиши мумкин	Норма ёки камайган	Купинча катталашган	Купинча катталашмаган	Эритроид усиш катори кучайган гиперплазияси
B ₁₂ ва фолат кислота етишмаслиги б/н боглик камконлик	>1	камайган	норма	Уртача камайган	Уртача камайган	Катталашиши мумкин	Купинча катталашмаган	Мегобластик кон ишлаб чиқариш
Апластик камконлик	1	камайган	норма	Куп камайган	Куп камайган	катталашмаган	катталашмаган	Кумикни хамма усиш каторлари шикастлаши

ТАВСИЯ ЭТИЛАДИГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Краснов А.Ф. Сестринское дело. 2000 й
2. Ж.Е.Турчина, Е.Г.Мягков. Сестринского дело в гериатрии. Учеб.пособ. 2006 й.
3. Сестринское образование Сборник международной конф. Ташкент 2001 й.
4. Фелипова А.И. Сестринское дело в терапии 2000й
5. Никитин Ю.П. Все по уходу за больными в больнице и дома. 1999 й
6. Денисов И.Н. Практическое руководство для врачей общей семейной практики. 2001 й
7. С.М.Бахромов, А.Л.Аляви, Х.П.Иноятлов «Мухим камконликлар: ташхиси ва даволаниши» Кулланма. Тошкент-2011

Электрон адабиётлар:

1. Сестринское дело. Краснов А.Ф. 2000 й 1-2 том.

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

www.uzbaby.com
<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-7. Кекса ва қарияларда бўғим синдроми намоён бўлганда олий ҳамшира иши (т.ф.д.,доц. Тоиров Э.С)

НАЗАРИЙ КИСМ

Кириш. Таянч-ҳаракат тизими касалликлари катта ва кекса ёшдаги кишиларда кўп учровчи касалликлар гуруҳига киради. Бу касалликлар ушбу ёшдаги беморларнинг жисмоний дард чекишларига, уларнинг ҳаракати ва уз-узига хизмат курсатиш қобилиятларини чекланишига, «хаёт сифат курсакичлари»нинг пасайишига, кўпчилик ҳолларда ногирон бўлиб қолишларига сабаб бўлади. Таянч-ҳаракат тизими касалликларини даволаш катта иқтисодий сарф-харажатларни талаб этади. Сабабларига кура бўғимлар - яллиғланиш жараёни (ревматоид артрити, реактив артритлар ва б.), метаболитик-дистрофик узгаришлар (остеопороз, остеоартроз, подагра), иккиламчи (травмадан кейинги, ёмон сифатли ўсмаларда — рак, гемобластозлар ва б.) ва эндокрин касалликлар (кандли диабет, гипопаратиреоидизм, гипотиреоидизм, қалқонсимон без ва қалқонсимон без олди безлари касалликлари) натижасида кўп зарарланадилар.

Ушбу қўлланма гериатрик амалиётда кўп учровчи таянч-ҳаракат тизимининг метаболитик-дистрофик (дегенератив) касалликларида тиббиёт ҳамширасининг профилактик ва даволаш-диагностик фаолиятига, ҳамширалик жараёни ва ҳамширалик парвариши олиб бориш хусусиятларига бағишланган. Бу касалликларнинг келиб чиқишида таянч-ҳаракат тизимининг ёшга хос ривожланувчи узгаришлари муҳим аҳамият касб этади. Кексайиш жараёнида мушак массаси камаёди, мушаклар қисқариш қобилияти сусаяди, мушаклар атрофик узгаришларга учрайди ва «бушашиб» қолади. Суякларда минерал моддалар микдорининг камайиши уларнинг мустаҳкамлигининг камайишига, мурт ва тез синувчан бўлиб қолишига сабаб бўлади. Бўғим тоғайида дегенератив жараёнлар кучайиб: бўғим тоғайи, бойламлар ва бўғим халталарида кальций тузлари тўпланиб қолишига сабаб бўлади (кальциноз).

Остеопороз

Остеопороз («ғовак суяк») — суяк массасининг камайиши, суяк туқимаси микроархитектоникасининг бузилиши, суякларнинг муртлашиб қолиши ва суяк синиши хавфининг ошуви билан кечувчи скелетнинг тизимли касаллигидир. Касаллик кўпинча елка, сон суяги (бўйинчаси) ва умуртқа поғонасининг (умуртқа таналари) синишларига олиб келади.

Остеопороз 50 ёшдан катта ҳар икки аёлдан бирида ва ҳар уч эркакдан биттасида ривожланиб, ижтимоий жихатдан юрак-қон томир тизими касалликлари, онкологик касалликлар ва кандли диабетдан кейинги уринни эгаллайди. Касаллик эркакларга нисбатан аёлларда кўп учрайди. 61-70 ёшдаги аёллар орасида касалликнинг тарқалиш курсаткичи - 40-66%, 71-89 ёшда эса - 70-90%. Суяклар синишини олдини олиш ва даволаш жуда катта моддий муаммолар келтириб чиқаради.

Этиология ва патогенези. Суякларнинг тузилиши ва фаолияти учун организмга бир қатор моддалар: кальций, фосфор, магний, рух, мис, марганец, фтор, витамин D ва б, тушиб туриши лозим. Ҳаёт давомида суяк туқимасида тургун равишда, бир хил даражада эски суяк туқимасининг емирилиши ва янгисининг ҳосил бўлиш жараёни кечади. Бу жараён организмда кальций-фосфор алмашинуви билан боғлиқ бўлиб, қалқонсимон бези олди гормони - паратиреоид гормон (паратирин), қалқонсимон без гормони - кальцитонин ва D витамини билан бошқарилади. D витамини организмга овқат орқали тушади ва шунингдек, ультрабинафша нурлари таъсирида терида ҳам ҳосил бўлади. Инсон 35-40 ёшга етгач суяк массасининг физиологик камайиши ривожланади ва менопауза уни кучайтиради.

Остеопороз касаллигини эрта аниклаш ва даволаш учун, ҳамшира касалликка нисбатан куйидаги хавф гуруҳларини билиши лозим:

- аёллар менапаузадан кейинги даврда;
- кекса аёл ва эркеклар;
- хайз циклида бузилиш булган, аменорея ва бачадон хосилалари олиб ташланган аёллар;
- анамнезида, якин қариндошларида сон суягининг синиши кузатилган кишилар;
- характерсиз холда узоқ вақт ётган (суяк синишлари, шикастланишлар, ортопедик операциялар) беморлар;
- эндокрин ва ревматик касалликлари, ҳамда овқат хазм тракти бузилишлари, сийдик чиқариш тизими ва қон яратиш аъзоларида касалликлари булган беморлар.

Чекиш, кам жисмоний ҳаракат (ўтириб ишлаш), овқат оркали кальцийнинг кам кириши, тана вазнини кам (57 кгдан паст) булиши, алкоголь ва кофени кўп истеъмол қилиш ҳам остеопороз ривожланишига олиб келади. Дори моддалардан: глюкокортикостероидлар (преднизолон ва б.), тутканокка қарши воситалар (фенобарбитал) ва сийдик хайдовчи (фуросемид) воситалар, антикоагулянтлар (гепарин), алюминий сакловчи антацидлар (альмагель ва б.), тиреоид гормонлар (тироксин) остеопороз ривожланишига сабаб бўлади.

Қари ва кекса ёшда бирламчи остеопороз (постменопаузал ва сенил) кўп учрайди. Бу ёшдаги кишиларда эндокрин ва ревматик касалликлар, ошқозон-ичак тракти, сийдик ажратиш, эндокрин ва қон яратиш аъзолари тизими касалликлари натижасида ривожланувчи иккиламчи остеопороз эса кам учрайди. Менопаузадан кейинги (климактерик) остеопороз аёлларда 50-70 ёшда ривожланиб, унинг ривожланишида – организмда аёллар жинсий гормонлари — эстрогенларнинг кам ҳосил булиши асосий роль уйнайди. Эстрогенлар етишмаслиги кальций-фосфор алмашинуви бузилишига олиб келади. Суяк туқимасида суяк ҳосил булиш жараёни камайиб, суякларнинг емирилиши кучаяди, D витамини дефицити юзага келади ва ошқозон-ичак трактида кальцийнинг сурилиши кескин камаёди. Бу эса суяк массасининг камайиши, зичлигининг пасайиши, муртлигининг ошувига ва синишга мойил бўлиб қолишига олиб келади.

Сенил остеопороз 70 ёшдан катта кишиларда, эркекларга нисбатан аёлларда кўп аникланиб, унинг келиб чиқишида куйидаги бир қатор омиллар сабаб бўлади:

- сутли овқатларни етарли даражада истеъмол қилмаслик (кальцийнинг организмга кам тушиши);
- жисмоний фаолликнинг камайиши;
- куёшли хавода кам булиш (организмда D витаминининг камайиши);
- ичакларда кальцийнинг кам сурилиши;
- паратиреоид безлар фаоллигининг ошуви: паратиреоид гормоннинг кўп ишлаб чиқарилиши ва суяклардан кальцийнинг кўп чиқиб кетиши.

Клиникаси. Остеопороз узоқ вақт давомида яширин кечади: касалликнинг белгилари яққол ифодаланмай, суяклар синиши кузатилиши мумкин. Тик турганда ёки ҳаракат вақтида белда оғриқ булиши касалликнинг бирдан-бир симптоми ҳисобланади. Вақт утган сари белдаги оғриқ кучайиб, беморни ётган вақтида ҳам безовта қилади. Белдаги оғриққа кул ва оёқлардаги оғриқ кушилиб, бу оғриқлар характери жихатидан доимий булмаган, учувчан, хар-хил интенсивликдаги, жисмоний меҳнат ва совуқ хавода кучаювчи оғриқлардир. Касаллик ривожлангани сари белдаги оғриқлар доимий бўлиб, юришга кийинчилик тугдиради, беморларда «урдаксимон юриш», оксоқланиш, жисмоний фаолликнинг пасайиши кузатилади. Беморлар тушакда ётиб қоладилар ва доимий равишда бошқаларнинг ёрдамига мухтож бўладилар.

Постменопаузал остеопороз учун умуртқа лар танаси, қобиргалар, биллак суяги синишлари, сенил остеопороз учун эса — найсимон суяклар, сон суяги бошқаси синишлари характерли бўлади. Жисмоний зуриқиш ва травма натижасида бел ва думгаза соҳасида уткир ва узоқ давом этувчи оғриқлар (2-3 ҳафта) кузатилса, кўпчилик ҳолларда умуртқа ларнинг компрессион синишларидан дарак беради. Ушбу беморларнинг ташқи тузилишларини куздан кечирганда, умуртқа погонасининг тортилишлари, қурак кафаси деформацияси,

эгилиб юриш ҳолати, «коринннинг осилиб қолиши» аникланади. Остеопороз жараёнинг кучайиши натижасида бемор бўйиннинг пасайиши кузатилади. Одатда катта кишиларда беморнинг бўйи унинг кулочига тенг бўлиб, остеопороз касаллигида бемор кулочининг катталиги, унинг бўйидан катта бўлади.

Ҳамшира парвариши. Остеопороз гумон килинган қари кишилардан анамнез йиғишда «Остеопороз халқаро фонди» суровномасидан фойдаланиб, касалликнинг ривожланиш хавфини аниклаш мумкин.

Беморга куйидаги саволлар берилади.

1. Ота-онангизда арзимаган шикастланишдан кейин ҳам сон суяги бошчасининг синиши кузатилганми?

2. Сизда арзимаган шикастланишдан кейин суяк синишлари кузатилганми?

3. Сиз 6 ойдан кўп муддатда глюкокортикостероидлар (преднизолон ва б.) қабул қилганмисиз?

4. Бўйингизни пасайиб (3 см. кўп) кетаётганлигини кузатаяпсизми?

5. Хафтада бир ёки ундан кўп марта спиртли ичимликлар истеъмол қиласизми?

6. Сизда тез-тез ич кетиши кузатиладими?

7. Кунига бир куттидан ортиқ сигарет чекасизми?

Эркаклар учун:

8. Жинсий фаолиятингизни сусайганлигини сезаяпсизми?

Аёллар учун:

9. Менопауза бошланган вақтда 45 ёшдан ёш эдингизми?

10. Бир йилдан ортиқ вақтда хайз тухташи кузатилганми (хомиладорликдан ташқари)?

Бир ёки икки саволга ижобий жавоб олинганда, лаборатор-инструментал текширувлар утказилади. Кушимча равишда иккиламчи остеопороз ривожланишида аҳамият касб этувчи, беморнинг овқат рационини ҳақида, унинг овқатланиш тартиби, рационини сут ва сут маҳсулотларининг булиши, жисмоний фаоллиги даражаси, шахсий хавсизлиги характери, турар-жойидаги хавсизлик чоралари, сурункали касалликлари ҳақида маълумот йиғилади. Касаллик диагнози аниқланганда беморга керакли даво утказиш учун унинг пархези, кам ёки кўп суюқлик ичиши, жисмоний машқлари кулаи, тана вазнининг назорат қилиши, дори моддаларни қабул қилиши, уз-узини даволаш билан шугғуланиши каби маълумотларни ҳам билиш лозим бўлади.

Беморни куздан кечирганда - кукрак кафасининг турли даражадаги деформациясини, умуртқа погонаси кифоз ва лордоз ҳолатларини, «қарилик букрилигини», ковурга ёйи ва энгакни пастга тушганлигини, кул ва оёқлар узунлигининг узғаришлари ва деформацияларини куриш мумкин. Кекса кишиларнинг юриши узғариб, эгилиб юриш, «суровчи позаси» юзага келади. Физикал текширувларда - пайпаслаганда ва уриб курилганда, умуртқа погонаси бўйлаб, паравертебрал сохаларда, кул ва оёқларнинг синган жойларида оғриқ аникланади.

Беморни сураб-суриштириш, **объектив текшириш асосида ҳамширалик ташхиси тузилиб, касаллик ва бемор учун муҳим бўлган ҳолатлар аникланади:**

— бел ва кул-оёқ суяқларидаги оғриқ;

— жисмоний фаолликнинг чекланиши;

— суяк синиши ҳафви даражаси;

— суяк синишлари натижасида скелет деформацияси ва юришнинг бузилиши даражаси;

— касаллик натижасида беморнинг ҳаёт тарзининг узғариши, психологик ва ижтимоий-иқтисодий муммоларнинг келиб чиқиши.

Беморни парваришлаш жараёнида ҳамшира беморга лаборатор-диагностик текширувларнинг аҳамияти ва нима учун керак эканлиги ҳақида маълумот беради. Ушбу текширувлар: қоннинг умумий клиник тахлили, умумий оксил, оксил фракциялари, холестерин, кальций, фосфор, магний, канд, креатинин концентрацияси, ишкорий фосфатаза фаоллиги, кальций ва фосфорнинг суткалик экскреция даражаси ва сийдик умумий тахлили, кукрак кафаси флюорографияси ва суяқлар рентгенографиясини уз ичига олади. Рентген

суратларини визуал баҳолаш остеопороз касаллигини кечки боскичларида, суяк массаси 20-30% камайганда, суяклар деформациясида ва суяк синишларида аҳамиятли булади.

Хозирги вақтда остеопорозни аниқлашда ультратовушли ёки рентгенологик денситометрия энг муҳим диагностик текширув ҳисобланади. Бу текширув ёрдамида касалликни эрта, ҳаттоки суяк массаси 2-6% камайишида ҳам аниқлаш мумкин. Денситометрия асбоблари билан Ўзбекистоннинг марказий шаҳарларидаги барча остеопороз марказлари таъминлаган. Диагностик муаммолар келиб чикканида, қон ва сийдикда жинсий гормонларни, қалқонсимон беzi ва қалқонсимон без олди безлари гормонлари, D витамини микдорини аниқлаш, радиоизотоп (суяклар сцинтиграфияси) усуллар қўллаш ва суяк туқимаси биопсияси утказилиши ҳам лозим булади.

Ревматолог, травматолог, гериатр, эндокринолог ва бошқа врачлар қонсултациялари курсатма асосида утказилади. Беморларни текшириш ва даволаш стационар шароитида ҳам, амбулатор-поликлиникаларда ҳам утказилиши мумкин. Беморга амбулатор (беморнинг уйи) шароитида тиббий ёта ҳамшираси ва врач ёрдам курсатади.

Беморларни даволашда асосий урин парҳез ва дори терапиясига берилган. Ушбу даво усуллари суяк туқимасида моддалар алмашинуви жараёнининг яхшиланувига, суяк массасининг камайиши, йукотилишининг олдини олишга, суяклар синишларининг профилактикасига, беморларнинг жисмоний фаолликларини оширишга ва уларнинг ҳаёт сифатларини яхшилашга қаратилган бўлиши лозим.

Тугри овқатланиш кекса кишиларда остеопороз касаллигини олдини олишда ва комплекс ҳолда даво утказишда муҳим урин эгаллайди. Овқат раиони қундалиқ энергияга бўлган талабни тулик қондириши, турли-туман махсулотлардан иборат бўлиши, организмга кальций, фосфор, микроэлементлар ва D витаминининг тушувини таъминлаши лозим.

Кекса кишиларнинг кальцийга бўлган суткалик эҳтиёжи - 1500 мг. Бу эҳтиёж кальцийга бой бўлган – сут ва сут махсулотлари (пишлоқ, йогурт, творог), балиқ, жигар, сабзавотлар (карам, соя, нухат, мош, шалғом), мевалар (туршак, анжир, олма, қароли) ва ёнғок, қунжут, бодом, ер ёнғок билан тулдирилиши мумкин. 1 литр сут, 200 грамм қаттиқ пишлоқ - 400-500 г кальций саклайди. Сут ва сут махсулотларида ётарли даражада фосфор ҳам саклайди. Балиқ ва жигарда эса — витамин D қўп бўлиб, кальций ва фосфорни ичакда сурилишини таъминлайди.

Оксалат сакловчи (қуқатлар, қой, шоқолад) ва қўп микдордаги усимлик клетчаткаси (илдизли мевалар, қолиз махсулотлари) кальцийнинг сурилишини камайтиради, туз, қофе ва алқоғол эса унинг организмдан чиқиб кетишини тезлаштиради. Шунингдек, кекса кишилар овқат раионида қизил гушт (ёш қорамол гушти, бузоқ гушти) микдори ҳам чекланиши лозим.

Кекса ва асосан, қам таъминланган кишиларда витамин D етишмовчилиги юзага келади. Унинг овқат таркибида (балиқ, балиқ мойи, жигар) қам бўлиши, ичакда сурилишининг камайиши, беморларни қуёшли ҳавода ётарли даражада сайр ётмасликлари сабаб бўлиши мумкин. Бундай қайтларда врачлар томонидан 600-800 МЕ суткалик дозада витамин D тавсия этилади. Бу витамин кальцийнинг ичакларда сурилишини яхшилаб, суяк туқимаси тикланишига ёрдам беради ва аёлларда сон суяги синишларини олдини олишга хизмат қилади. Кальций препаратлари беморларни сут ва сут махсулотларини қам истеъмол қилганларида ва бу махсулотларни ҳазм қила олмаганларида ҳам тавсия этилади.

Остеопорозни медикаментоз даволаш мураккаб ва маъсулиятли масала бўлиб, врач компетенциясига қиради. Дори препаратларини тури ва бериш давомийлиги – касалликнинг тури ва ифодаланиш даражаси, кекса кишилар ёши ва жинси, улардаги мавжуд сурункали касалликлар, олдинги суяк синишларини инобатга олган ҳолатда белгиланади. Кальцийнинг организмга адекват тушиши ва ошқозон-ичак трактида яхши сурилишини таъминлаш мақсадида кальций ва витамин D комбинациясидан иборат препаратлар (кальций-D3 никомед, кальций-D3 никомед форте, витрум кальциум+D3) тавсия этилади. Кальций (витакальцин, кальций қарбонат, қитрат, трифосфат) ва витамин D (холекальциферол, эргокальциферол) препаратларини биргаликда қўллаш ҳам яхши самара

беради. Элементар кальций ва D витамин оптимал суткалик дозаси узаро 1500 мг и 800 МЕ микдорида белгиланган.

Остеопороз ривожланишини тухтатиш, йиқилиш ва суяклар синишларни олдини олишга қаратилган патогенетик терапия усуллариға қуйидагилар қиради:

- аёллар жинсий гормонлари (эстроген, эстрадиол) куллаш;
- биофосфонатлар (алендронат, ризедронат, золедронат) ишлатиш;
- кальцитонин (миакальцик) куллаш.

Кам ҳолларда даво усули сифатида эстроген рецепторларини селектив модуляторлари (ралоксифен) ҳам кулланилади. Юкоридаги барча терапевтик усуллар суяк туқимаси мустаҳкамлигини оширади. Суяк туқимаси ҳосил бўлишини таъминловчи усуллар (масалан натрий фторид) кам самара берганилиги ва токсик таъсири инобатга олиниб охириги йилларда кам кулланилмоқда.

Тиббиёт ҳамшираси беморларни парваришлаш жараёнида имқон қадар беморнинг касаллик ҳақида кам маълумотга эга эканлиги билан боғлиқ бўлган қурқув ва безовталигини олдини олиши лозим. Беморларга касаллик ҳақида, унинг даволаш ва олдини олиш борасида маълумот бериши лозим. Беморнинг касаллик ҳақида етарли маълумотга эга бўлиши уни палатада, уйда тинч ва осуда атмосфера яратилишига, овқат характери ва режимини (пархезга риоя қилиши) сақланишига имқоният яратади. Шунингдек, беморни тавсия этилган дори препаратларини уз вақтида қабул қилиши, уларнинг ножуя таъсирини эрта аниқлаб, касалликнинг кейинги ривожланишини кузатиб, бу маълумотларни уз вақтида врачга етказиш имқониятини беради.

Ҳамширанинг хизмат доирасига соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, кексаларга шахсий ва уйдаги эҳтиёт чораларини қуриш, шикастланишлар, йиқилишлар ва суяклар синишини олдини олишга қаратилган тавсиялар бериш қиради. Ҳамшира суяклар синиши белгиларини билиши, шикастланишларни аниқлай олиши ва уз вақтида биринчи ёрдам курсата олиши лозим.

Профилактикаси. Остеопороз бирламчи профилактикаси соғлом турмуш тарзини тадбиқ этишни талаб этади. Бунда беморлар кальций ва D витаминини тулик тушувини таъминловчи махсулотларга бой овқатлар билан овқатлантириш, тана мушаклари мустаҳкамлигини оширувчи, мувонанат сақланиши ва тана эгилувчанлини яхшиловчи жисмоний машқлар бажариши, салбий одатларни (чекиш, алкоголь суистеъмол қилиш, кофени хуш қуриш) чеклаш лозим бўлади.

Курсатма бўлганида узоқ вақт давомида аёллар жинсий гормонлари (эстрогенлар) билан даво утқилади ва қоидага қура бу гормонлар 45-50 ёшдан қатта аёлларга тавсия этилади.

Профилактик чора-тадбирлар утқизишда беморлар ва уларнинг оила аъзоларига остеопорозга олиб келувчи салбий омиллар ҳақида, уларни аниқлаш, остеопороз профилактикаси, иқтисодий жихатдан қулай даво усуллари тугрисида маълумотлар бериш лозим.

Остеопорознинг иккиламчи профилактикаси унинг кейинги ривожланишини бартараф этишга, шикастланишлар ва суяклар синишини олдини олишга қаратилган. Бу мақсадда кальций, D витамини сақловчи дори препаратлари, уртача ифодаланган ва оғир остеопорозда — узоқ вақт давомида аёллар жинсий гормонлари сақловчи препаратлар, биофосфонатлар, қалқонсимон без гормони — кальцитонин кулланилади. Суяк массасини қайта қўзғатишга олиб келувчи препаратларни қабул қилишни (кортикостероидлар ва б.) чеклаш тавсия этилади.

Беморларнинг йиқилишлари ва бошқа хил шикастланишларини олдини олишда қуйидагилар лозим:

- регуляри равишда кексалар қуриш қобилиятини текшириш ва қузойнақдан фойдаланиш;
- беморлар қоналари ёруғлигини таъминлаш;

— квартирада ҳаракат қилишда ёрдамчи мосламалардан (тайёк, култик тайёк, юриш мосламалари) фойдаланиш, транспортда эса бирор кишини ҳамроҳлигида юриш ва умуман транспортда ҳарактланишни камайтириш;

— юриш йулақларини ортикча предметлардан (гилам, тушаклар ва б..) озод қилиш, ҳаракатда тускинлик килувчи мебелларни (шкаф, ойна, пойафзал шкафчаси) тугри қуйиши;

— квартирада қушимча телефон аппаратларини урнатиш;

— кулай (ости текис, пошнасиз) пойафзалдан фойдаланиш;

— кескин ҳаракат килмаслик ва огир жисмлар кутармаслик;

— координация бузилиши ва бош айланишларига сабаб булувчи уйку чакирувчи ва психотроп препаратларни кулланишини чеклаш.

Кекса ёшдаги кишилар учун тоза ва қуёшли ҳавода (қуёш нурлари таъсирида терида D витамини ҳосил булади) сайр қилиш, жисмоний машқлар бажариш, спорт билан шугулланиш (югуриш, спортнинг уйин турлари, гимнастика), даволовчи жисмоний тарбия машқларига катнашиш, ракс ва уйинга тушиш жуда фойдали ҳисобланади.

Остеоартроз

Остеоартроз (ОА) — бўғимларнинг хроник прогрессияланувчи дегенератив-дистрофик касаллиги бўлиб, бўғим тоғайининг деструкцияси, суяқлар эпифизлари ва бўғим олди юмшоқ туқималарининг узғаришлари билан кечади. ОА касаллиги асосан катта ва кекса ёшда бошланади ва унинг тарқалиш курсаткичи барча ревматик касалликлар ичида 69-70% атрофида булади. Бу касаллик билан 10-12% аҳоли касалланган, 50 ёшга етган аҳолида унинг частотаси 27-30% атрофида булса, 60 ва ундан катта аҳолида бу курсаткич ушиб, 97%ни ташкил этади.

ОА касаллигининг тиббий ва ижтимоий-иқтисодий аҳамияти касалликнинг кенг тарқалганлиги, сурункали кечувга мойиллиги, беморлар ҳаёт сифати ва соғлигига салбий таъсири, даволаш ва реабилитация муолажаларининг кўплаб маблаг талаб этилиши билан изоҳланади.

Этиология ва патогенези. Замонавий карашларга кура остеоартроз кўп сабабли касаллик бўлиб, унинг ривожланишида ирсий (генетик), ёш ва жинсий омиллар, тана массасининг ошуви, бўғимларнинг яллиғланиш касалликлари (ревматоид артрити ва б.), касбга оид зарарли таъсиротлар ва меҳнат шароити муҳим аҳамият касб этади. Тоғай тузилиши ва функциясининг генетик дефектлари, таянч-ҳаракат тизимининг ривожланиш анамоллилари (бўғимларнинг меъеридан кўп даражада ҳаракатчан булиши, сколиоз, ясси товонлик ва б.) тана тиклиги статикасининг бузилишларига олиб келиб ОА ривожланишига олиб келади. Кекса кишиларда тоғай туқимасида моддалар алмашинувининг бузилиши, тоғайнинг қучайиб боровчи дегенерацияси (парчаланиши) касалликнинг келиб чиқишида энг муҳим омил ҳисобланади. Кекса кишилар орасида касаллик эркакларга караганда кўпроқ аёлларда учрайди. Бу менопауза даврида аёллар жинсий гормонлари (эстрогенлар) етишмовчилиги билан боғлиқдир.

Тана вазнининг ошуви бўғимлар зарарланишининг яна бир сабаби бўлиб, айниқса, механик таъсирот ошиши натижасида тизза бўғимлари кўпроқ зарарланади. Огир жисмоний меҳнат, касбий рмиллар натижасида бўғимларни тез-тез жароҳатланиб туриши (шахтерлар, юк машиналари ҳайдовчилари, юкчилар, тикувчилар, тўкувчилар, устала рва б.) ва штанга кутариш, югуриш, сакраш ва бошқа спорт турларини касб этиш ОА ривожланишига олиб келади. Танани бир хил ҳолатда узоқ вақт тутиб туриш, тез-тез қайталанувчи бир хил типдаги ҳарактлар ҳам касалликнинг келтириб чиқарувчи сабабларидандир. Кандли диабет, липидларни қонда кўпайиши касалликни қучаювига олиб келади.

Хулоса қилиб касаллик ривожланишида қуйидаги босқичларни курсатиш мумкин: касалликнинг сабаблари ва ҳавф омиллари → бўғим тоғайи парчаланишининг ҳосил булиши жараёнидан устун булиши → тоғай тузилиши ва функциясини бузилиши → тоғайнинг бушаши, пишиклиги ва эластиклигини йуқолиши. Тоғайнинг амортизацион қобилятининг бузилиши механик таъсиротларни тоғай юзаси бўйлаб бир хил тарзда тарқалмаслигига, тоғай

деформациясига, тоғай маркази ва енбош қисмларида суяк-тоғай усимталари (остеофитлар) ривожланишига олиб келади. Кўпчилик беморларда тоғай олди туқимасида, синовиал копламларда яллиғланиш жараени - реактив синовит ривожланади. Касалликда жисмоний жихатдан кўп зурикадиган бўғимлар — чанок-сон, тизза, товон-бармок, дистал ва проксимал кул бармок бўғимлари кўпроқ зарарланади.

Клиника ва диагностикаси. Касалликнинг клиник қуринишлари зарарланган бўғимларнинг жойлашган урнига, катта-кичиклигига, сонига боғлиқ бўлиб, оғриқ, деформация ва ҳаракатнинг кийинлашуви билан характерланади. Касаллик аста-секин ривожланиб, даставвал бўғимлардаги ҳаракат вақтида дискомфорт ҳолати, кучсиз оғриқ, оғриқни даврий равишда бир еки бир неча бўғимларда пайдо бўлиши, кучиб юриши кузатилади. Оғриқ жисмоний зуриқишлардан кейин куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлиб, кечкурунги дам олишдан кейин утиб кетади. Касаллик кучайган сари оғриқ кам жисмоний ҳаракатда ҳам пайдо бўлиб, беморни тунда ҳам безовта қилади. «Стартли» оғриқлар характерли бўлиб, бу оғриқлар қисқа вақт давомида эрталаб биринчи қадам ташлаш вақтида пайдо бўлади ва кейинги жисмоний ҳаракатлардан сунг йуқолиб кетади. Бўғимларда пайдо бўлган остеофитларнинг синиши ва остеофит парчалари бўғимлар орасида қисилиши натижасида «бўғим блокадаси» юзага келади ва оғриқ жуда кучли бўлиб, бўғимда ҳаракат жадал йуқолади. Зарарланган бўғимларда ҳаракат вақтида қисирлаш – крепитация пайдо бўлиб, крепитация товуши қорни босганда чиқадиган товушга ухшайди. Касаллик кучайиб бориши натижасида бўғимлар ҳажми катталашади, бўғимлар деформацияланади ва характер кескин чекланади. Дистал (Геберден тугунчалари шаклида) ва проксимал (Бушар тугунчалари шаклида) бармоқларда деформация ривожланади. Оғриқ доимий тус олиб, тинч вақтда ҳам йуқолмайди, бемор оғриқдан кучли азият чекади, уйку, иштаха йуқолади, озиб кетади ва ҳаттоки депрессия ҳолатига ҳам тушиб қолади. Ушбу ҳолат бўғим тоғайининг шиши, тоғай юпкалашуви ва юмшаши, тоғайда емирилиш, ёриқлар, эрозиялар ва фрагментация учоклари ҳосил бўлиши, тоғай остидаги суякнинг очилиб қолиши ва унда кистасимон бушлиқлар, остеофитлар, шпоралар ва остеоосклероз учокларининг ҳосил бўлиши билан боғлиқдир.

Ҳамшира парвариши. Беморни сураб-суриштиришда ҳамшира қуйидагиларни аниқлаши лозим: олдинги йилларда беморни бошдан кечирган касалликлари ва травмалари, беморнинг касби, спорт билан шугулланиши, семизлик, қандли диабет каби касалликларнинг мавжудлиги. Бемор шикаятлари тахлили, объектив текшириш маълумотлари, клиник маълумотлар билан тулдирилиб, ҳамшира ташхиси аниқланади, бемор муаммолари аниқланади.

Ҳамшира учун қуйидагиларни аниқлаш лозим:

- оғриқни сурункали характери ва жисмоний меҳнатда кучайишини;
- бўғимлар ҳаракати ва беморнинг жисмоний фаоллигини чекланиш даражасини;
- оғриқ туфайли уйку бузилишларини;
- бемор ва унинг оила аъзоларини касаллик, даво ва реабилитация муолажалари ҳақида маълумотга эга бўлишларини.

Ҳамшира бемор ва унинг оила аъзолари касаллик ҳақида қай даражада маълумотга эга эканликларини аниқлагандан кейин, уларга яна бир бор касаллик ҳақида информация беради, утқазилиши керак бўлган текширувларни ҳавфсизлигини тушунтиради, даво муолажалари ҳақида маълумот бериб, қўйиладиган натижаларга батафсил тўхталади.

Беморнинг асосий муаммолари комплекс равишда даволаш орқали уз ечимини топади. Даво муолажалари бўғим тоғайининг прогрессив дегенерациясини (парчаланиши) олдини олишга, бўғим фаолиятини сақлашга қаратилган. Бу даво муолажалари номедикаментоз (пархез, физио-, фито-, меҳнат терапияси, даволовчи жисмоний тарбия машқлари) ва медикаментоз терапия усулларини уз ичига олади.

Номедикаментоз усуллар иккиламчи бўлиб, улар доимо медикаментоз даво усуллари билан биргаликда олиб борилиши лозим. Даво ва реабилитация муолажалари самарадорлиги оилавий ҳамшира ва врачларнинг (оилавий врач, гериатр, ревматолог, физиотерапевт,

диетолог) ҳамкорликда олиб борадиган иш фаолияти билан узвий боғлиқ. Тананинг ортқча массасини камайтириш учун кам калорияли пархез ва кам овқат истеъмол қилиш кунлари тавсия этилади.

Бўғимлар жисмоний зурикишини чеклаш оғриқ синдромини камайтириб, касалликни кучайиб кетишини олдини олади. Оилавий ҳамшира беморга юриш техникасини, кескин ҳаракатлардан сакланиш лозим эканлигини, огир юкларни кутариш, узоқ вақт тик туриб қолиш, бир хил ҳолатда узоқ вақт қолиш мумкин эмаслигини, юриш вақтида вақти-вақти билан утириб дам олиш кераклигини тушунтиради. Ҳамшира бемор мушакларини кувватини ошириш учун мушак ва бўғимларга бир қатор пассив ҳаракатлар буюради, мушаклар изометрик қисқаришини таъминлашга хизмат қилувчи машқлар ва укалаш муолажаларини утказди. Беморнинг керакли даражада дам олиши, ухлаши, асабийлашмаслиги, атрофида осойишта муҳит булиши лозим. Беморга врач томонидан тавсия этилган тинчлантирувчи, уйку ва оғриқсизлантирувчи муолажалар уз вақтида утказилиб, уни уз-узини тинчлантиришга ургатиш лозим. Касалликни огир кечувида култик таек, таек ва бошқа юриш ва ҳаракат мосламаларидан фойдаланиш тавсия этилади.

Касалликни даволашда врач томонидан тавсия этиладиган медикаментоз терапия асосий роль уйнайди. Медикаментоз муолажалар қуйидагиларни уз ичига олади:

— бўғимлардаги оғриқ ва яллиғланиш жараенини камайтириш мақсадида ностериод яллиғланишга қарши препаратлар (НЯКП) ва опиоид оғриқсизлантирувчи воситалар (трамал) буюрилади;

— бўғим тоғайи асосий моддаси синтезини яхшилаш, бўғим тоғайи емирилишининг олдини олиш ва таянч — ҳаракат тизими функциясини тиклаш мақсадида базис даво препаратлари - хондропротекторлар (румалон, артепарон, дона, структум ва б.) тавсия этилади;

— ёрдамчи даво усуллари бўғимларнинг маҳаллий терапияси — бўғим ичига глюкокортикоид гормонлар, хондропротекторлар ва анестетик воситалар юбориш усуллари уз ичига олади.

Ностероид яллиғланишга қарши препаратлари ҳар бир бемор учун индивидуал буюрилади ва самарадорлиги 14 кун давомида баҳоланади. Врач томонидан тавсия этилган дозаларни қўпайтириш мумкин эмас. Дори дозаларини ошириш натижасида даволаш самарадорлиги ошмайди ва аксинча, дорининг токсик таъсири кучаяди. Бир вақтнинг узида иккита ва ундан қўп НЯКП куллаш мумкин эмас. Барча НЯКП ошқозон ичак, бўйрак ва юрак қон томир тизимларига нонуя таъсир қилади. Ошқозон ва ун икки бармокли ичак зарарланишлари - гастропатиялар ривожланиш хавфи бор булган беморларни даволаш ЦОГ-2 ингибиторларидан (мелоксикам, целекоксиб, нимесулид, ксефокам, аулин) бошланиши мақсадга мувофиқдир. НЯКП кулланилганда акасарият беморларда гастропатиялар ривожланиши мумкин. Гастропатиялар ривожланиши «хавф омиллари ва гуруҳларига» 65 ёшидан катта кишилар, анамнезида ошқозон ичак тракти (яра, қон кетиш, перфорация) ва йулдош касалликлари (юрак қон томир касалликлари) булган беморлар, ҳамда препаратларни юкори дозаларда, икки ва ундан қўп препаратлар, гормонлар ва антикогулянтларни биргаликда қабул қиладиган беморлар қиради. Ҳамшира врач тавсияларини олиб боради, назорат қилади ва тугилаётган муаммолар ҳақида уз вақтида ахборот беради. Ҳамширалик жараенига бўғимларга оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши мазларни суртиш, физиотерапевтик муолажалар (ультра бинафша нурлари, магнитотерапия, УВЧ, новокаин, аналгин билан электрофорез), даволовчи жисмоний терапия ва укалаш муолажаларини олиб бориш қиради.

Медикаментоз даво наф бермаганда жаррохлик усули тизза еки чанок-сон бўғимини тотал эндопротезлаш (зарарланган бўғимни суний бўғим билан алмаштириш) операцияси утказилади. Оператив даво утказилган беморларда қушимча муаммолар пайдо булиши мумкин. Бу муаммоларни бартараф этишда оилавий ҳамширанинг ҳам муҳим урни бор. Ҳамшира операция натижасида кучайган оғриқлар вақтида оғриқсизлантирувчи муолажалар олиб боради, беморни уз-узига хизмат қилишга ургатади, инфекция, томбоэмболик

асоратлар келиб чиқиши ва еток яралари ҳосил бўлишини олдини олади. Беморга жисмоний ҳаракатларни олиб бориш ҳақида тавсиялар беради.

Профилактикаси. Касалликни олдини олиш оғир муаммо. Бу таянч-характ тизими ривожланиши ирсий аномалияларини эрта аниклаш ва даволаш, бемор касб фаолиятини модификация қилиш, узоқ вақт тик туриб ишлаш, бўғимларга бир хил жисмоний зуриқишлар тушишини олдини олиш, тана массасини камайтириш каби бир қатор вазифаларни уз ичига олади. Касалликнинг кучайишини олдини олиш мақсадида бўғимларни механик зуриқишини камайтиришга, беморлар хавсизлигини таъминлашга, беморлар шикастланишларининг олдини олишга, дори воситалари ноҳуя таъсирларидан химояланишга қаратилган бир қатор чора-тадбирлар олиб бориш лозим. Беморларнинг узоқ вақт давомида хондропротекторлар қабул қилишлари касаллик белгиларининг сусайишига, бўғим тоғайи парчаланишининг камайишига ва бўғим фаолиятининг яхшиланувига олиб келади.

ТАЛАБАЛАР БИЛИМИНИ НАЗОРАТ КИЛИШ

I. Бир компонентли тестлар. Тугри топилган жавоб 10 балл. Дастлабки билимни синашда ишлатилади.

-Остеопороз билан касалланиши юкори булган хавфли гуруҳини курсатинг:

- @куп болали оналар
- @усмир ёшдаги кизлар
- @12-16 ёшдаги болалар
- @2-10 ёшдаги болалар
- @30 ёшгача булган эркаклар

-Остеопороз билан купрок кайси холат боглик:

- @умуртка танаси ва сон суягининг синиши
- @висцеритлар ривожланиши
- @васкулитлар ривожланиши
- @амилоиднинг тупланиши
- @буйракларда тош йигилиши

-Кальцийнинг энг куп сакловчи манбаи хисобланади:

- @сут ва сут махсулотлари
- @сабзавотлар
- @кукатлар
- @кахва
- @мевалар

-Остеомаляция кимларда куп учрайди:

- @ёш аёлларда
- @кари кишиларда
- @20-40 ёшли эркакларда
- @постклимактерик давридаги аёлларда
- @болаларда

-Остеомаляцияда кайси витамин билан синама утказиш муҳим:

- @Д витамини билан
- @С витамини билан
- @РР витамини билан
- @К витамини билан
- @В12 витамини билан

-Остеомаляцияда Д витаминининг кулланилиши:

- @ичишга 20 томчи спиртли эритмада
- @терига спиртли эритма холида
- @ёгли хукна холида
- @таблеткалар шаклида

@венага сувли эритма холида

-Иккиламчи остеопороз сабаби:

@хаммаси тугри

@ичак касалликлари

@паратиреоид безлар касаллиги

@суяк тизими касалликлари

@буйрак касалликлари

-Кайси гормоннинг куп ишлаб чиқарилиши остеопорозга олиб келади:

@паратиреоид

@андрогенлар

@тиреотроп

@АКТГ

@Кальцитонин

-Кайси гормон суяк туқимасини паратиреоид гормон таъсиридан химоялайди:

@кальцитонин

@трийодтиронин

@кортизол

@эстерогенлар

@тироксин

-Остеопорозни даволашда қўлланилади:

@курсатилганларнинг барчаси

@В, РР, С, Д гуруҳидаги витаминлар

@физиотерапия муолажалари

@даволовчи физкультура

@кальций препаратлари

II.Кластер тузиш. Талабалар кичик гуруҳларга бўлинадилар.

Хар бир гуруҳ алоҳида кластер тузади. Тузилган кластер эталонларга қараб баҳоланади. Хар бир тугри топилган кластер бугини 10 балл баҳоланади;

1-гуруҳ топшириғи. Остеопороз хавф омиларини аниқлаш

Жавоб эталони

- Менапаузадан кейинги давр;
- Кексалар аёл ва эркаклар;
- Хайз циклида бузилиш бўлган, аменорея ва бачадон ҳосилалари олиб ташланган аёллар
- Анамнезида, яқин қариндошларида сон суягининг синиши қўзғатилган кишилар;
- Характсиз ҳолда узок вақт ётган беморлар: суяк синишлари, шикастланишлар, ортопедик операциялар;
- Эндокрин касалликлари бўлган беморлар;
- Ревматик касалликлари бўлган беморлар
- Овқат ҳазм тракти бузилишлари бўлган беморлар;
- Сийдик чиқариш тизими касалликлари бўлган беморлар;
- Қон яратиш аъзоларида касалликлари бўлган беморлар

2-гуруҳ топшириғи. Остеопорозни кенг тарқалган сабабларини курсатинг.

Жавоб эталони.

- чекиш;
- кам жисмоний ҳаракат;
- овқат орқали кальцийни кам тушиши;
- тана вазнини паст бўлиши;
- алкоголь ва кофеини куп истеъмол қилиш;

- Глюкостероид гормонларни куп кабул килиш;
- Тутканокка карши воситалар кабул килиш;
- Диуретиклар кабул килиш;
- Антикогулянтлар кабул килиш;
- Алюмин сакловчи антацидлар кабул килиш (альмагел).

3-гурух топшириги. Сенил остеопорозни характерланг.

Жавоб эталони.

- 70 ёшдан катталарда куп учрайди;
- Аёллар куп касалланади;
- Сутли овкатларни кам истеъмол килиш сабаб булади;
- Организмга кальций кам тушади;
- Жисмоний фаолликни пасайиши сабаб булади;
- Куёшли хавода кам булиши оқибатида ривожланиши мумкин;
- Организмда Д витамини камаяди;
- Ичакларда кальций кам сурилади;
- Суяклардан кальций куп чикиб кетади;
- Паратиреоид безлар фаоллиги ошади.

III. «Балик склети» усули: «Балик скелети» схемаси - муаммонинг бутун доирасини ифода этиш ва унинг ечимини топишга имконият беради. Тизимли, ижодий, таҳлилий мушоҳада килиш куникмаларини ривожлантиради. **Схемани тузиш қоидалари.** «Суяк» нинг юкори қисмига муаммо ёзилади, пастки қисмига эса — ушбу муаммоларни ечими борасида фактлар ёзилади.



«Балик склети» усули. Остеопороз касаллигини даволаш ва профилактика принциплари. Талабалар олдида муаммолар куйилади. Хар бир талаба алоҳида доскага чикиб уз жавоб ечимини ифодалайди.

Талабалар олдида куйиладиган муаммолар:

1. Даволаш максади?
2. Тугри овкатланиш ролини ифодаланг?
3. Кальцийнинг ролини курсатинг?
4. Рациондан нималар чекланиши лозим?
5. Витамин Д роли нимадан иборат?
6. Остеопорозни медикаментоз даволаш принциплари нимадан иборат?
7. Хамшира ва бемор муносибатлари кандай булиши лозим?
8. Беморларнинг йикилишлари ва бошка хил шикастланишларини олдини олишда нималар лозим?

Жавоб ечимлари:

1-жавоб: 1. суяк муртлашуви жараенини тухтатиш; 2.Огрикни камайтириш. 3. Жисмоний фаолликни кенгайтириш. 4. Суяк синишини олдини олиш. 5. беморлар хаёт сифатини яхшилаш;

.2-жавоб: Тугри овкатланиш остеопороз касаллигини олдини олишда ва комплекс ҳолда даво утказишда муҳим урин эгаллайди. Овкат рациони кундалик энергияга булган талабни тулик кондириши, турли-туман махсулотлардан иборат булиши, организмга кальций, фосфор, микроэлементлар ва D витаминининг тушувини таъминлаши лозим.

3-жавоб: Катта кишиларнинг кальцийга булган суткалик эҳтиёжи - 1500 мг. Бу эҳтиёж кальцийга бой булган – сут ва сут махсулотлари (пишлок, йогурт, творог), балик, жигар, сабзавотлар (карам, соя, нухат, мош, шалгом), мевалар (туршак, анжир, олма, кароли) ва ёнгок, кунжут, бодом, ер ёнгок билан тулдирилиши мумкин. 1 литр сут, 200 грамм каттик пишлок - 400-500 г кальций саклайди. Сут ва сут махсулотларида етарли даражада фосфор ҳам саклайди. Балик ва жигарда эса — витамин D кўп бўлиб, кальций ва фосфорни ичакда сурилишини таъминлайди.

4-жавоб: Оксалат сакловчи (кукатлар, чой, шоколад) ва кўп микдордаги усимлик клетчаткаси (илдизли мевалар, полиз махсулотлари) кальцийнинг сурилишини камайтиради, туз, кофе ва алкоголь эса унинг организмдан чикиб кетишини тезлаштиради. Шунингдек, кекса кишилар овкат рационидан кизил гушт (ёш қорамол гушти, бузук гушти) микдори ҳам чекланиши лозим.

5-жавоб: Витамин D етишмовчилигига овкат таркибида (балик, балик мойи, жигар) кам булиши, ичакда сурилишининг камайиши, беморларни куёшли ҳавода етарли даражада сайр этмасликлари сабаб булиши мумкин. Бундай пайтларда врачлар томонидан 600-800 МЕ суткалик дозада витамин D тавсия этилади. Бу витамин кальцийнинг ичакларда сурилишини яхшилаб, суяк туқимаси тикланишига ердам беради ва аёлларда сон суяги синишларини олдини олишга хизмат қилади. Кальций препаратлари беморларни сут ва сут махсулотларини кам истеъмол қилганларида.

6-жавоб: Остеопорозни медикаментоз даволаш мураккаб ва маъсулиятли масала бўлиб, врач компетенциясига қиради. Дори препаратларини тури ва бериш давомийлиги – касалликнинг тури ва ифодаланиш даражаси, кекса кишилар ёши ва жинси, улардаги мавжуд сурункали касалликлар, олдинги суяк синишларини инобатга олган ҳолатда белгиланади. Кальцийнинг организмга адекват тушиши ва ошқозон-ичак трактида яхши сурилишини таъминлаш мақсадида кальций ва витамин D комбинациясидан иборат препаратлар (кальций-D3 никомед, кальций-D3 никомед форте, витрум кальциум+D3) тавсия этилади. Кальций (витакальцин, кальций карбонат, цитрат, трифосфат) ва витамин D (холекальциферол, эргокальциферол) препаратларини биргаликда қўллаш ҳам яхши самара беради. Элементар кальций ва D витамин оптимал суткалик дозаси узаро 1500 мг и 800 МЕ микдорида белгиланган.

7-жавоб: Беморларга касаллик ҳақида, унинг даволаш ва олдини олиш борасида маълумот бериши лозим. Беморнинг касаллик ҳақида етарли маълумотга эга булиши уни палатада, уйда тинч ва осуда атмосфера яратилишига, овкат характери ва режимини (парҳезга риоя қилиши) сакланишига имконият яратади. Шунингдек, беморни тавсия этилган дори препаратларини уз вақтида қабул қилиши, уларнинг нозуя таъсирини эрта аниқлаб, касалликнинг кейинги ривожланишини кузатиб, бу маълумотларни уз вақтида врачга етказиш имкониятини беради. Ҳамширанинг хизмат доирасига соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, кексаларга шахсий ва уйдаги эҳтиёт чораларини қўриш, шикастланишлар, йиқилишлар ва суяклар синишини олдини олишга қаратилган тавсиялар бериш қиради.

8-жавоб: -регуляр равишда кексалар қўриш қобилиятини текшириш ва қўзойнақдан фойдаланиш; - беморлар қоналари ёруғлигини таъминлаш; - квартирада ҳаракат қилишда ёрдамчи мосламалардан (тайёк, қўлтик тайёк, қўриш мосламалари) фойдаланиш, транспортда эса бирор қишини ҳамроҳлигида қўриш ва умуман транспортда ҳаракатланишни камайтириш; - қўриш йўлақларини ортиқча предметлардан (гилам, тушаклар ва б..) озод қилиш, ҳаракатда тўқинлик қилувчи мебелларни (шкаф, ойна, пойафзал шкафчаси) тугри қўйиши; - квартирада қўшимча телефон аппаратларини урнатиш; -қўлай (ости текис, пошнаси) пойафзалдан фойдаланиш; - кескин ҳаракат қилмаслик ва оғир жисмлар қўтармаслик; -

координация бузилиши ва бош айланишларига сабаб булувчи уйку чакирувчи ва психотроп препаратларни кулланишини чеклаш.

Адабиетлар (Литература)

1. Остеоартроз в общемедицинской практике. Методические рекомендации. Правительство Москвы. Департамент Здравоохранения. Москва, 2007 год.
2. А. Гадаев. Умумий амлиет врачлари учун маърузалар туплами. Тошкент «Мухаррир нашриети» 2010.
3. Клиническая ревматология. Руководство. В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. Москва «Медицина» 1998 г.
4. Ревматология. Национальное руководство. Под редакцией академика РАМН Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2008
5. Ramon A. Arroyo, M.D., FACP. Секреты ревматологии. Электронный учебник. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2005

Мавзу-8. Герофармакотерапиянинг асосий принциплари (Асс.Хамроева Н.А.)

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 герофармакотерапиянинг асосий принципларини урганиш, дори-дармон терапиясининг кекса ва кариаларда куллашда келиб чикадиган муаммоларни билиш, кекса ва кари ёшидаги беморларга кулланиладиган дори-дармонларни бериш усулларини ургатиш. Талабаларни кекса ва кари беморларни парваришlash буйича олган билимларини мустахкамлаш; гериатриянинг ривожланиш тарихини, гериатрик беморларни даволаш ва парваришlashда ҳамшираларнинг тутган ўрнини ва вазифаларини ўргатишдир.

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу буйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш;
- хар хил касалликларни аниқлаш, текшириш ва даволаш буйича амалий куникмаларини ривожлантириш;
- кексаларда дори-дармон терапиясининг куллашда келиб чикадиган муаммоларни олдини олиш буйича амалий куникмалар ҳосил қилиш;

Талаба билиши лозим:

- кекса ва кари ёшидаги беморлар билан ишлашда ўзига хос томонларини инобатга олишни;
- кариалар билан мулоқот ўрнатишни;
- кариаларни парваришlash жараёнини, гигиеник чора – тадбирларини, тиббий тикланиш физиотерапевтик йўналишларини.
- куп учрайдиган касалликларда беморларни парваришlash принципларини;
- дори моддаларини, уларни кулланиш вақти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва кари беморлар билан суҳбат уюштиришни;
- кариаларни парваришlash жараёнини, гигиеник чора – тадбирларини, тиббий тикланиш физиотерапевтик йўналишлари буйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- кари ёшидаги беморларнинг ахволини физикал баҳолашни;
- кари беморларни сўраб суриштириш натижасида касалликнинг келиб чиқиши тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиш, касалликнинг объектив белгиларини аниқлаш, ҳамширалик ташхисини қўйиш;
- кари ёшидаги 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, харорат варақасини тўлдириш, ҳамширалик касаллик тарихига баён этиш.
- касалларни парваришlash буйича амалий тадбирларни.

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

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

НАЗАРИЙ КИСМ

Замонавий гериатрик клиник фармакология биологик, клиник ва тиббий-ижтимоий коидаларнинг якин таъсири билан характерланади.

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

Кари одамлар организмда фармакодинамиканинг ўзига хослигини аниқловчи шароитлар қариганда фармакологик рецепторларнинг боғловчи қобилияти ва сонининг ўзгаришидан келиб чиқади.

Баъзи дориларни тавсия қилганда парадоксал реакциялар пайдо бўлиши мумкин.

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

1. Даволаш эффектини кучайиши
2. Унинг йуклиги
3. Эффектни камайиши
4. Салбий реакциялар: бунга дори аллергияси ва унинг оғир тури—дори касаллиги қиради.

Дориларнинг ўзаро таъсирида организмда қуйидаги асосий механизмлар қатнашади:

1. Препарат молекулаларининг юборилган жойида яъни, қонда, лимфада, тўқималараро суюқликда, ҳужайраларда бир-бири билан ўзаро тўғри таъсири;
2. Фармакокинетикани ўзгариши (сўрилишни, таркалишни, чиқаришни);
3. Метаболизмни ўзгариши;

Препаратларнинг қўшилишидаги комбинациясини тўғри танланганда даволаш эффекти ошади, лекин асосланган қўшилган даво бўлмаса даволаш эффекти пасаяди ва салбий таъсирлар қўпаяди.

Парентерал юборилган дориларнинг биргаликда қўлланилиши организмда чўкмалар ва преципитатлар пайдо бўлишига олиб келади. Беморга қўйилаётган плазма ва қонга дорилар қўшилганда шунга ўхшаш реакциялар қўзғатилиши мумкин.

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

Инъекция учун сув ҳам хажми препаратларни эритиш учун (5-15 ml) ишлатилади, агар унинг хажми кўп бўлса, қоннинг осмотик босими ўзгариши мумкин. Глюкоза эритмасида кўпчилик антибиотиклар парчаланади (бензилпенициллин, эритромицин, олеандомицин, линкомицин, канамицин) ёки чўкмага тушади. Новокаинли эритмалар гериатрияда қўлланилади. Антибиотикларни эритиш учун 0,5-0,1 % новокаин эритмаси ишлатилади.

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

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

Антибиотикларнинг инактивацияси (бензилпенициллин тузлари, гентамицин, стрептомицин) эуфиллин битта шприцда килинса (ишкорий мухит) пайдо бўлади. Уларни биргаликда қўллаш бронхиал астма, бронхитда бўлиши мумкин. Битта шприцда яна антибиотик ва гепарин аралаштирмаслик керак.

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

Хаммага маълумки, антибиотиклар ва витамин препаратларининг (аскорбин кислота, В гуруҳи витаминлари) ни мақсадга мувофиқ қўллаш, ўтказилаётган давонинг терапевтик эффектини оширади. Масалан, аскорбин кислотаси пенициллинни тўқималарга қўпроқ ўтишига, организмда унинг сакланиш давомийлигини оширади.

Шундай қилиб мураккаб эритмаларни парентерал юборишга тайёрлашда препаратнинг ва эритувчининг ҳоссаларини ҳисобга олиш керак. Инфузион терапияни ўтказиш туриб, шифокор қуйидаги қоидаларни билиши керак:

- хамма аралашмаларни юборишдан олдин тайёрлаш керак;
- эритмада қанча қўп дорилар аралаштирилса, уларнинг ўзаро таъсири бўлиш эҳтимоллиги юқори бўлади;
- қонга, аминокислота эритмаларига, мойли эмульсияларга, сода эритмасига дорилар қўшмаслик керак.

ГЕРИАТРИЯДА ДОРИ МОДДАЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

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

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

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

Гериатрик беморлар тана оғирлигига нисбатан дори тайинлаб бўлмайди, чунки тана оғирлиги 25 ёшдан 60 ёшгача 20% га қамаяди, организмдаги ёғ миқдори 10-20% га, сув миқдори 15-20% га қамаяди, барча паренхиматоз органларнинг массаси ҳам қичраяди. Жигарнинг оғирлиги 10-15% га қичраяди, гепатоцитлар қони қамайиб, атрофияга учрайди. Дорилар парчаланишида асосий ўрин эгаллаган жигарнинг функцияси ўзгарганлиги сабабли дори интоксикацияси тез ривожланади. Дори моддаларининг парчаланиш маҳсулотлари бўйрақлар орқали организмдан чиқарилади. Қарилқда бўйрақларнинг қон айланиши ва функциялари 2-3 мартага қамайган бўлади, шунинг учун дори моддаларини жуда қам дозировкада бошлаш керак. Бўйрақ қасталиги бор беморларга қлорпропамид, сульфаниламидлар, тетрациқлинлар, фурадонин қабидориларни буюриб бўлмайди. Ёш ўтиши билан бир нечта дори моддаларини бирданига қўллаш салбий натижаларга олиб келади. Гериатрик беморларнинг ижтимоий ақволи, руқий қайфиятини эътиборга олган қолда дори моддалари зарур бўлгандагина узок муддатларга қичик дозаларда тайинлаш керак ва беморлар дори моддаларини мунтазам қабул қилишлари зарур. Беморнинг қўллари қалтираши, қотира ва қўришнинг пасайиши оқибатида дориларни тўқиб юбориши, ичишни эсидан чиқариши, томқи дориларни нотўғри ўлқаши мумкин.

Гериатрияда дори тайинлашнинг ўзига хос хусусиятлари куйидагилар:

1. Гериатрик беморлар организмдаги ёшга алоқадор ўзгаришлар. Бир катор патологик ўзгаришлар сабабли дориларнинг салбий сабаблари ёшларга нисбатан юқорилик бўлади.
2. Организмнинг дори моддалари ва уларнинг табиий метаболитларининг таъсирга чидамлилиги пасайиб, интоксикация ривожланиши ортади.
3. Полипрагмазия-яъни бир неча дори моддаларини бирданига қўллаш ноҳуш оқибатларга олиб келади. Йўлчи борица дорилар қабул қилиш оралиғига риоя қилиш керак.
4. Даволавчи доза урта ёшдагиларга нисбатан 2 марта кам миқдорда тайинланади. Ижобий ўзгаришларга эришилгач дозани яна қамайтириш керак.
5. Антибактериал кимёвий препаратлар тайинлашда бу препаратларнинг кекса ёшдаги одамларда интоксикация қучли бўлганлигини ҳисобга олиб қамрок дозаларда бўйурилади.
6. Дори тайинлашда беморларнинг сув, туз рақioni суткалик сийдик ажралиши кексаларнинг кам суюқлик истеъмол қилишларини инобатга олиш керак. Яъни организмда суюқликнинг қамайиши дори интоксикациясини қамайтиради.
7. Дори аллергияси қаби асорат бўлишини эсда тутиш керак.
8. Ёши кекса одамларда усма қасалликларининг ривожланиш ҳавфи туғилиши муносабати билан витаминлар биостимуляторларни қегаралаш лозим.

Дориларнинг ноҳўя таъсирини қамайтириш, эрта қаришни олдини олиш мақсадида даволашда албатта витаминотерапия қўшимча тайинланади.

ГЕРИАТРИК МОДДАЛАР

Эрта қаришнинг олдини олиш учун қўлланиладиган дори моддалари гериатрик моддалар деб аталиб, организмдаги моддалар алмашинувини нормаллайди, асаб тизими ва бошқа органлар ишини яхшилайдди, яъни ёшартирувчи таъсир қўрсатади.

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

Аскорбин қислотаси (С витамини) атеросклероз қасаллиғида липид алмашинувини яхшилайдди, қонда қолестерин миқдорини қамайтиради.

РР витамини аскорбин қислотаси билан бирга қўлланилганда қапиллярлар ўтказувчанлигини яхшилайдди, қиалуронидаза таъсирини тормозлайди, қистамин қосил бўлишини қамайтиради. В₁, В₆ витаминлари, фолат қислотаси ҳам липотроп таъсир қўрсатади. Стенокардияда, тромбангинитда, ишемик қолатларда никотин қислотаси қенг қўлланилади.

Д витаминини кекса ёшдаги одамларга тайинлаб бўлмайди, қунки атеросклероз қолатини тезлатади.

Декамевит, ундевит, метионин қаби витаминлар қомплекси геронтологик беморларга яхши наф беради. Гериатрик моддалардан микроэлементлар, новоқайнотерапия, гормонлар, ва биоген стимуляторлар билан даволаш организмнинг қаришлик қобилятини оширади, физиологик функциялар ишини яхшилайдди.

Гериатрик беморларга физиотерапевтик муолажаларни тайинлашда юрак ва қон-томирлар системасидаги ёшга алоқадор ўзгаришларни эътиборга олиб, текширишлар ўтказиб, кейин тайинланади. Бундай беморларга дорилар электрофорез, ультратовуш билан даволаш, маҳаллий ультра юқори қастотали даво, паст дозаларда Бернар тоқи, қальванизация яхши наф беради. Ультрабоинафша нурларига сезгирлик қариликда ошиб кетади. Сув муолажаларни тайинлашда албатта электрокардиография ўтказилгач руҳсат берилгани маъқул. Беморлар қислородли, азотли, йод бромли ванналарни яхши қўрадилар, сульфидли ва нарзан ванналари, сув ости массажи юрак ҳасталиқларида тайинланмайди. Санатория ва қурортларни 65-70 ёшлардан кейин тавсия этиш ноўриндир.

ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

1. Кексаларда дори моддаларнинг ҳам фармакокинетикаси, ҳам фармакодинамикаси узгаради.
2. Дориларнинг дозаси $2/3-1/3$ гача кам берилиши лозим.
3. Огиз оркали қабул қилинадиган дориларнинг сурилиши ошқозон, ичакларнинг топуси, перистальтикаси, безлар атрофияси туфайли бузилади. Парэнтериал юборилган дорилар ҳам кон айланишнинг секинлашиши коннинг қуюқлиги туфайли абсорбцияси секинлашади.
4. Кексалар конида дориларни туқималарга етказувчи альбумин концентрасиясининг пасайиши, дориларнинг туқималарга етиши секинлашиб, боғланмай қолган дори ҳисобига интоксикация ошади.
5. Шу билан бирга, кексаларга жигар массаси 10-15% га камайган, дистрофик узгаришлар булганлиги туфайли дорилар метаболизми сусаяди.
6. Буйракда кон айланишнинг сусайиши, нефронлар сонини камайиши сийдик ажратиш функциясининг бузилгани сабабли дори воситаларнинг экскрецияси сусаяди.
7. Шу жараёнлар сабабли кекса кишиларда дори воситаларнинг фармакокинетикаси ва динамикасининг ҳисобга олган ҳолда бериш керак.
8. Аннотацияда албатта қариш курсатмаларини ўқиш зарур. Полипрагмазия йўл қўймаслик лозим.
9. Юрак гликозидлари, седатив дорилар, гипотензив, нейролептик ва бир қатор бошқа дорилар дозаси икки баробар камайитириш керак.
10. Метаболик жараённи, интоксикацияни камайитириш мақсадида дорилар билан бир қаторда витаминотерапия ўтказиш лозим.

Инъекция нотугри қилинса, қуйидаги асоратлар рўй бериши мумкин:

1. Игна ўтмас, эски ва қиска бўлса, купинча мушаклар орасида синиб қолиши мумкин.
2. Нерв ўстунлари ва нерв тоналари зарарлантириш оқибатида оёқ-қўлнинг ҳаракати ва сезув қобилияти бузилади (фалаж ёки шол бўлиб қолади).
3. Купинча мойли аралашма инъекция қилинганда артерия ва венага тушиб қолиб, дори эмболиясига олиб келади.
4. Шприцлар, игналар яхши стериллинемас, қўлни тозалаш ва ампулаларни синдирганда асептика қоидаларига риоя қилинмаса йирингли, газли инфекция, қокшол ва зардоб гепатити касаликлар қилиб чиқади.
5. Катта игналар билан инъекция қилинганда ёки инъекция қилинган жой нотугри танланганда асептик абцесс ҳосил бўлади.

АНАЛИТИК ҚИСМ

Амалий машғулотда ечиш ўчун тестлар:

1. Гериатрия-бу?

А) тиббиёт ходимлари томонидан чақирилган касаллик

*Б) қарилар касаллиги ва уни даволаш ҳақидаги фан

В) ўтлар билан даволаш ҳақидаги фан

Г) рухий касалликлар ҳақидаги фан

2. Қариллик ёши-бу?

*А) 75-89

Б) 60-74

В) 45-60

Г) 90 дан катта

3. Қарилликдаги барча ўзгаришлар ... клиник қуранишида кечади (гапни тўлдиринг)?

А) симптомсиз

Б) аниқ юзага чиқган

В) одатдагидек

*Г) яширин

4. Кекса ва кари ёшдаги одамларда пневмония куйидаги белгилар билан кечади?

А) умумий холсизлик

Б) хансираш

*В) юкори иситма

Г) йутал

5. Кекса ёшда кон тупиришнинг асосий сабаби?

А) уткир бронхит

Б) бронхоэктатик касаллик

В) крупоз пневмония

*Г) упка раки

6. Кайси дори препаратлари бронхиал астмани даволашда кулланилмайди?

А) глюкокортикоидлар

Б) антибиотиклар

В) бронходилататорлар

*Г) бетта-адреноблокаторлар

7. Физиологик карилик учун кайси юрак ритми характерли?

А) тахикардия

*Б) брадикардия

В) нормал синусли

Г) синусли аритмия

8. Кари ва кекса ёшдаги одамларда артериал гипертензиянинг асосий сабаби?

*А) атеросклероз

Б) Иценко-кушинга касаллиги

В) сурункали пиелонефрит

Г) феохромацитома

9. Кекса ёшдаги одамларда гипертоник кризда дори препаратлари кандай юборилади?

А) вена ичига

Б) мушак ичига

В) тери остига

*Г) тил остига

10. Кари ёшдаги одамларда юрак етишмовчилиги кандай белгилар билан бошланади?

А) шишлар

Б) юрак ритмининг пароксизмал бузилиши

*В) сузлашганда йуталиш

Г) мия гипоксияси белгилари пайдо булиши

11. Кари ёшдаги кишиларда яра касаллиги ривожланишида куйидагилар ахамиятга эга?

А) ирсий мойиллик

*Б) меъда деворида микроциркуляциясини бузилиши

В) ошкозон ширасини кислоталигини ошиши

Г) рухий зурикиш

12. «Карилик» яралари учун характерли?

А) огрик синдромини кучли булиши

*Б) касалликнинг анамнези ва кам симптомли булиши

В) клиник куринишини типик булиши

Г) узок анемнезига эга булиши

13. Кариларда сурункали пиелонефритни клиник куриниши?

А) ваража булиши

Б) белда кучли огрик тусатдан пайдо булиши

*В) дармонсизлик, бош огриги, дизурия, тана харорати ошмайди

Г) белда кучли огрик

14. Кексалардаги семизликнинг хавфли белгиларидан бири?

А) умумий холсизлик, дармонсизлик

Б) иштаханинг юкори булиши, полидепсия

*В) миокардиодистрофия

Г) спондилоартроз

15. Кексалардаги кандли диабетда диетотерапияни эффектлиги кайси мезонга боглик?

А) беморни узини якши хис килиши

Б) семизлиги булган беморларни озиши

*В) гипергликемия ва глюкозурияни булмаслиги

Г) полиурияни камайиши

Амалий машгулотда ечиш учун ҳолатий масалалар

МАСАЛА 1: 68 ёшли беморнинг шикояти: нафасининг кисиши, кукрак кафасидаги нохушликка. Анамнезида: стенокардия хуружлари, охирги пайтларда хансираш билан алмашилган. Обьектив: териси рангпар. Акроцианоз. Юрак тонлари сусайган, тахикардия. Пульс 120 1'. АҚБ 180/100 мм.с.у. ЭКГ да I, aVL, V_{2,3,4} уланишларда QS комплекси, ST сегменти монофазали эгрилик кузатилади.

1. Тахминий ташхис 2 балл

2. Кушимча текшириш усуллари 1,5 балл

3. Даволаш тамойиллари 1,5 балл

№	Жавоб:	Тулик булган жавоб	Тулик булмаган жавоб	Жавоб йук
1	ЮИК. Q миокард инфаркти, олдинги девор юрак чуққисининг зарарланиши билан	2	1	0
2	Кон тахлили, конда МВ-КФК, миоглобин, АСТ, кон ивиш вақтини аниқлаш	1,5	0,7	0
3	Госпитализация. Тез ёрдам: нейрелептанальгезия антикоагулянтлар, тромболитиклар, нитратлар	1,5	0,8	0

МАСАЛА 2: Б. 68 ёшда огир ахволда олиб келинди. Анамнез: бронхит касаллиги билан узок йиллар давомида даволаниб келган. Обьектив: диффуз цианоз. Нафас олиш 27 марта 1 мин. упкада таркок хуштаксимон хириллашлар ва пастки кисмларида жарангли майда пуфакли нам хириллашлар эшитилади. корин суюклик хисобида катталашган, оёқларида шиш аникланади. ЭКГ да R_I S_{III} ва II, III, AVL, V_I V_{II} да Р тишча уткир киррали, кенгайган.

1. Дастлабки ташхис. 2 балл

2. Текшириш режаси 1,5 балл

3. Даволаш принциплари 2 балл

№	Жавоб:	Тулик булган жавоб	Тулик булмаган жавоб	Жавоб йук
1	Сурункали обструктив бронхит, кузиш даври Асорати: Сурункали упка-юрак декомпенсация даври	2	1	0

2	Кон тахлили, кон ивиши, пикфлометрия.	1	0,5	0
3	Юрак гликозидлари, бронхолитиклар, балгам кучирувчилар, антиагрегантлар	2	1,5	0

МАСАЛА 3

Бемор 62 ешда. 15 йил мобайнида сурункали гастрит билан хасталанган. Шикояти эпигастрал сохада доимий огрик, иштахаси йук, дармонсизлик, тана хароратининг кутарилишига. Тили сургичлари яссиланган, караш билан копланган. Корнининг эпигастрал сохасида диффуз огрик.

Кон анализи: Нв – 73 г/л, лейкоцитлар – 8,6, СОЭ – 56 мм/с.

1. Тахминий ташхис. 2 балл
2. Текшириш усуллари 2 балл
3. Хамширалик тактикаси. 1 балл

№	Жавоб:	Тулик булган жавоб	Тулик булмаган жавоб	Жавоб йук
1	Ошкозоннинг бирламчи раки	2	1	0
2	ЭГДС. Ошкозон рентгеноскопияси. Грегерсен синамаси	2	1	0
3	Онколог консультацияси	1	0,5	0

АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР

Муолажа 1. Тери орасига килинадиган инъекция



Жихозлар: стерилланган лоток, пахтали тампонлар, спиртни тайёрланг; шприцга керакли микдорда дорини тортиб олинг; беморга дори хакида зарур маълумотларни беринг.

Беморнинг холати: кулай холатда ётиб ёки утириб.

Бажарилиши:

1. Кулингизни ювинг.
2. Инъекция килинадиган жойни спиртда хулланган тампон билан артинг.
3. Инъекция килинадиган жойдаги терини тортинг.
4. Игнани учи билан юкорига ва уткир бурчак остида, терига деярли параллель тутиб киритинг.
5. Иккинчи кулингизни поршенга олиб боринг ва босиб, дори эритмасини юборинг.
6. Игнани чикариб олинг, инъекция жойини тампон билан охиста босинг.

Муолажа 2. Тери остига килинадиган инъекция



Тери остига инъекция килинадиган жойни танлаш тери ости ёғ хужайраси калинлигига

боглик. Сон, елканинг ташки юзаси, курак сохаси инъекция учун кулайдир.

Жихозлар: стерилланган лоток, пахта тампонлар, спиртни тайёрланг; шприцга дорининг керакли дозасини тортиб олинг; беморга дори воситаси хакидаги зарур маълумотларни беринг.

Беморнинг холати: кулай утириб ёки ётиб.

Бажарилиши (биринчи усул):

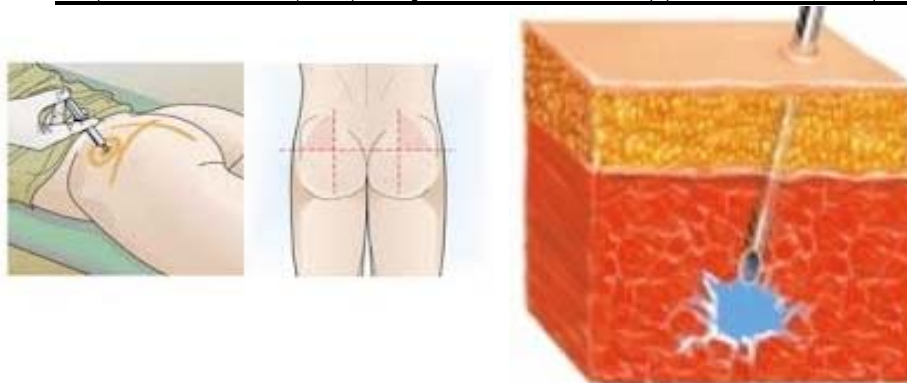
1. Кулингизни ювинг.
2. Инъекция килинадиган жойни спиртда хуланган тампон билан артинг.
3. Битта кулингиз билан терини бурма қилиб ушланг.
4. Игнани тери остига бурма асосига 45° бурчак остида узунлигининг $2/3$ қисмига киритинг; курсаткич бармоқ игнанинг муфтасини ушлаб туради.
5. Иккинчи кулингизни шприцнинг поршенига олиб, дори воситасини юборинг.
6. Спиртга хуланган пахта тампони билан инъекция жойини босиб туриб, игнани тортиб

олинг; тампонни олмасдан туриб, инъекция қилинган жойни бир оз укаланг.

Тери остига қилинадиган инъекцияларда игнанинг кесилган жойи тепага йуналтирилган бўлиши керак, игнанинг $2/3$ қисми киритилади.

Мускулларда кон томирлар ва лимфатик томирлар тармоғи бирмунча куп, шунинг учун уларда дориларнинг тез ва тулик сурилиши учун шароит яратилади. Мускул орасига қилинадиган инъекцияларни тананинг маълум жойларида, мускул туқимаси қавати анчагина калин сохада, йирик кон томирлар ва нерв пояси утадиган жойдан узокда, масалан, думба, корин ва сон мускулларига қилинади.

Муолажа 3. Мускул орасига қилинадиган инъекция



Жихозлар: стерилланган лоток, пахта тампонлар, спиртни тайёрланг; шприцга дорининг

керакли дозасини тортиб олинг; беморга дори хакидаги маълумотни беринг.

Беморнинг холати: кулай холатда утириб ёки ётиб.

Бажарилиши:

1. Кулингизни ювинг.
2. Инъекция килинадиган жойни спиртда хулланган 2 та тампон билан артинг.
3. Инъекция килинадиган жойдаги терини бир кул билан тортинг.
4. Шприцни терига перпендикуляр равишда ушлаб, мускулга игнанинг 2/3 кисмини киритинг.
5. Иккинчи кулингизни шприцнинг поршенига утказиб, дори воситасини юборинг.
6. Инъекция килинган жойни тампон билан ушлаб, игнани чикариб олинг, инъекция жойини бир оз укаланг.

Муолажа 4. Венага инъекция килиш

Жихозлар: клеёнкали ёстикча, резина жгут, салфетка, стерил лоток, пахта тампонлар, спиртни тайёрланг, шприцга дорининг зарур дозасини тулдиринг; беморга дори воситаси хакидаги маълумотни беринг.

Беморнинг холати: кулай утириб ёки ётиб.

Бажарилиши:

1. Кулингизни ювинг.
2. Беморнинг тирсаги остига клеёнкали ёстикчани куйинг. Резинали жгутни богланг.
3. Бемордан муштини бир неча марта сикиб-очишни суранг, бир вақтнинг узида тирсак букилган жойини спиртда хулланган латта билан артинг (тампон перифериядан марказга қараб ҳаракатланади), вена тулишини аниқланг.
4. Игнанинг тешигини ва шприцда ҳаво бор-йуклигини текширинг.
5. Инъекция килинадиган жойдаги терини тортинг ва венани маҳкамланг.
6. Игнанинг кесилган жойини тепага қилиб, терига параллель равишда ушлаб, уни тешинг ва венани пункцияланг.
7. Игна венада эканлигига ишонч ҳосил қилинг: поршенни узингизга тортинг-шприцда қон пайдо бўлиши керак.
8. Жгутни чап кулингиз билан ечинг, бемордан қулини бушатишини суранг.
9. Чап кул билан поршенни босинг ва шприцда 1 мл қолдириб, дори эритмасини секинлик билан юборинг.
10. Спиртда хулланган пахтани инъекция қилинган жойга босиб, игнани тортиб олинг.
11. Бемордан тирсакни букиб, шу ҳолатда 5 мин. ушлаб туришини суранг.
12. Венага инъекция қилиш учун тирсак букиладиган жойдаги веналардан бири ишлатилади.

Мӯолажа 5. Венага томчи дори юбориш



Жихозлар: венага дори куйиш учун стерил система, тампонлар, спирт, дорили флакон, пинцет, кискич.

Беморнинг ҳолати: кулай ҳолатда ётиб.

Бажарилиши:

1. Юбориш учун мулжалланган дорининг ярклилиги (номланиши, ярклик муддати, ранги, тиниклиги, микдори) ни текширинг.
2. Системанинг герметиклигини ва ярклилик муддатини текширинг.
3. Кулингизни ювинг.
4. Флакон металл копкогининг марказий кисмини ностерил пинцет билан очинг ва спиртда хулланган тампон билан флаконнинг копкогини артинг.
5. Пакетни очинг ва системани олинг.
6. Тармок, найчанинг игнасидадан пробкани ечинг ва игнани флаконга киритинг, тармок, найчанинг буш учини флаконга резинка билан маҳкамланг.
7. Винтли кискични ёпинг, системанинг киска учига копкокчани ечинг ва шу игнани флакон пробкасига киритинг.
8. Флаконнинг тубини юкорига кутаринг ва уни штати вада маҳкамланг.
9. Томизгич (капельница)ни горизонтал ҳолатда ағдаринг, кискични очинг, томизгични ярмигача тулдинг.
10. Кискични ёпинг ва томизгични аввалги ҳолатига кайтаринг.
11. Кискични очинг, ҳаво тулик чикиб кетмагунча ва инъекция учун мулжалланган игна (канюля) дан томчилар пайдо булгунча системани тулдинг.

МУСТАКИЛ ИШ ТОПШИРИКЛАРИ

1. Гериатрия ва геронтология фани ривожланиши тўғрисида интернет ва бошқа манбалардан маълумот йиғинг ва реферат ёзинг.
2. Карияларда кўп учрайдиган касалликлар хақида реферат ёзинг.
3. Карияларда кўп қўлланиладиган янги дори воситалари тўғрисида маълумот йиғинг ва реферат ёзинг.
4. Карияларни реабилитация қилиш тўғрисида таклифлар киритинг.
5. Ногиронликни олдини олиш бўйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни ва ногиронликни олдини олиш бўйича умумий тадбирларни бажаришни урганинг.
6. Герофитотерапия турларини топинг.

АДАБИЁТЛАР:

1. Журавлева Т.П., Пронина Н.А. «Сестринское дело в гериатрии». Учебное пособие. М., 2005.
2. Котельников Г.П., Яковлев О.Г. «Геронтология и гериатрия», Учебное пособие.- М., 2007.
3. Краснов А.Ф. «Сестринское дело», Москва, 2000 г, (I – II том), (Электронный учебник).
4. Мавлянов И.Р., Кац П.С. «Общие аспекты побочного действия лекарств у лиц пожилого и старческого возраста». Здоровоохранение Узбекистана, №15, 2002 г.
5. Турчина Ж.Е., Мягкова Е.Г. «Сестринское дело в гериатрии». Учебное пособие. М., 2006 г.

ИНТЕРНЕТ МАНБАЛАРИ:

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

<http://www.karelia.ru>

<http://www.simhos.ru>

<http://ru.wikipedia.org>

Мавзу-9. Гериятрияда терминал холат кузатилганда хамширалар иши (Асс. Хамроева Н.А.)

Мавзунинг утказиш жойи: кафедра укув аудиториялари, беморлар палатаси;

Машгулотнинг жихозланиши: таркатма материаллар, компьютер слайдлари, фотоальбом;

Машгулот давомийлиги: 4 соат;

Машгулотнинг максади: Талабаларга реал шароитда кекса ва кари кишиларда терминал холат кузатилганда хамширалар ишини, улим тушагида ётган беморлар талаб ва муаммоларни аниклаши, беморни парвариш килиш йулларини танлашда паллиатив тиббий ёрдамни амалда куллашни ургатиши, беморларни текшириш, даволаш, парваришлаш, ҳамда ушбу касалликларни олдини олиш буйича амалий кунималар хосил килиш.

Машгулотнинг вазифалари:

- мавзу буйича талабалар билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш;
- кекса бемор билан ишлаш куникмаларини хосил қилиш;
- терминал холатларни аниклаш, текшириш ва даволаш буйича амалий куникмаларини ривожлантириш;
- терминал холатлар патофизиологияси ва клиник кўриниши урганиш;
- кексаларда терминал холатларни олдини олиш ва биринчи ёрдам буйича амалий куникмалар хосил қилиш;
- талабаларни кекса ва кари беморларни парваришлаш буйича олган билимларини мустахкамлаш;

Талаба билиши лозим:

- терминал холатлар хақида тушунча, патофизиологияси ва клиник курунишини;
- бирламчи ва иккиламчи реанимация тадбирларини;
- нафас йўлларидаги моддаларни олиб ташлашда кулланиладиган усулларни;
- терминал холатларни олдини олиш буйича чора-тадбирларни куламини;
- терминал холатда беморларни парваришлаш принципларини;
- дори моддаларини, уларни кулланиш вакти ва курсатмаларини;

Талаба бажара олиши лозим:

- кекса ва кари беморлар билан сухбат уюштиришни;
- терминал холатда олдини олиш буйича индивидуал чора-тадбирларни бажаришни;
- постреанимацион касаллик ва реанимациядан кейинги даврда интенсив терапия хусусиятлари билишни;
- кари ёшдаги беморларнинг ахволини физикал бахолашни;
- кари беморларни сўраб суриштириш натижасида касалликнинг келиб чиқиши тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиш, касалликнинг объектив белгиларини аниклаш, хамширалик ташхисини куйишни;
- кари ёшдаги беморларнинг муаммоларини, уларни тинглай билиш, хамширалик жараёни билан ишлай олишни;
- гериятрик беморларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, умумий текшириш натижаларини касаллик тарихидан дастлабки ташхисни асослаш, харорат варакасини тўлдириш, хамширалик касаллик тарихига баён этишни;
- касалларни парваришлаш буйича амалий тадбирларни бажаришни.

Фанлараро ва фан ичида богликлик: 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 машгулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар *Терминал ҳолатнинг умумий характеристикаси.*

Терминал ҳолат бу организм ҳаётнинг охириг қўниш даври бўлиб, биологик ўлимдан олдинги ҳолатдир. Биологик ўлим ҳолатида орган ва тўқимларда, аввало марказий нерв системасида қайта тикланмайдиган ўзгаришлар вужудга келади. Шунинг учун биологик ўлим ҳолатида организмни ҳаёт фаолиятини қайта тиклаш имкони йўқ.

Ўлимнинг жараёни, ҳамма стадиялари ва бошланғич постреанимацион даври терминал ҳолат ҳисобланади. Бу маънодаги ўлим организмнинг ҳаёти учун зарур функцияларнинг давомий суслashi хамда гомеостазга жавобгар системаларнинг парчаланиши жараёнидан иборатдир. Ўлим жараёнини организм ўз қучи билан тўхтата олмайди, ташки муҳит ёрдамсиз эса албатта ўлимга олиб келади. Ўлим жараёнининг сабабларидан катъий назар, унинг ривожланишида гипоксия асосий ва умумий патофизиологик омил ҳисобланади. Кислороднинг критик миқдори 1-3 мм симоб устунига тенг. Бундан албатта митохондрияларнинг нафас олиши бузилади. Тўқималарда O_2 нинг ушбу миқдорини саклаш учун эса PO_2 нинг капилярдаги миқдори 10 мм симоб усутунидан кам бўлмаслиги керак. Умумий кислород организмнинг компенсатор имкониятларини ишга солади. Улар эса бош миё гипоксия ҳолатини тезлик билан қучайишига олиб келади. Бош миёдаги кислород танқислиги аввал тўқималардаги маҳаллий ўзгаришлар яъни, айрим компенсатор жараёнлар ривожланишига олиб келади. Бу жараёнларнинг асосида эса бош миё тўқималарида аэроб гликолизнинг зудлик билан анаэроб гликолизга ўтиши натижасида ҳўжайра ичида ва сиртида лактат ацидоз ривожланиши ётади.

Тирик ҳўжайралардаги энергия ишлаб чиқаришнинг ибтидоий ўтиши химоя мослашув аҳамият қасб ётади. Бу эса, ҳаётий зарур бўлган бош миё функцияларини маълум давр мобайнида таъминлаб, ўлимни кечиктиради. Аммо, 5%ни ташкил ётадиган метаболизмнинг бу тури 8 қарра оз энергия беради. Миё тўқималаридаги гликоген, глюкоза жамғармалари тезда тугайди. АТФ, креатинин фосфат ишлаб чиқариш сустлашади, уларнинг миқдори миё тўқималарида тезлик билан қамаяди.

Бирламчи ва иккиламчи бош миё гипоксияси ва у билан боглик бўлган энергия танқислиги натижасида ҳўжайра қобиғини қутблайдиган $K-Na$ насос фаолияти бузилади. Ҳўжайра қутбсизланиши ҳолати нейронларнинг функционал фалажланишига олиб келади.

Терминал ҳолатларнинг сабаби хилма-хил бўлиб, асқари бир сабабнинг ўзи нафас хамда юрак фаолиятининг тўхташига олиб қелиши мумкин, айрим ҳолларда эса улардан бирининг фаолияти тўхтади. Шунинг учун маълум бир вақт давомида нафас ёки қон айланшининг тўхташи терминал ҳолатдан ва аввало реанимация муолажалари ўтқазиш кераклигидан, қунки ёш болаларда нафас олиш системасининг ҳали тақомилашмаганлигидан ва химоя мослашув имкониятлари қамлигидан қалолат беради.

Шундай қилиб, қичик ёшдаги болаларда нафаснинг сусайишига ва тўхташига олиб қеладиган анатомио-физиологик хусусиятлар хамда кислородга талабнинг юқори бўлиши боланинг нафас системалари нормал шароитда хам газ алмашинувини таъминлаш учун зўриқшини белгилаш керак. Шунинг учун бола организмга бўлган ҳар қандай салбий таъсирлар терминал ҳолатга ва нафас тўхташига олиб қелиши мумкин.

1. Нафаснинг тўхташи марказий қелиб қичиши қуйидаги ҳолатларда вужудга келади:
 - бош миёдаги ҳажмли жараёнлар;
 - нафас марказининг сусайтирадиган моддалар билан организмнинг захарланишида;
 - углерод оксиди билан захарланишда;
 - токсикозларда;
 - анестетик ва наркотик аналгетикларнинг ортиқча қозалари таъсирида.
2. Нафас йўллари ва ўпка шикастланишида пайдо бўладиган нафас тўхташи қўпинча нафас йўллари эркин ўтқазувчанлиги бузилишларида қузатилади:

- чакалокларда хомила суви билан аспирация;
 - регургитация ва кусук моддалари билан аспирация;
 - яллигланиш пайтида шиллик моддалар ва йиринглар билан аспирация;
 - ларинготрахеит;
 - юкори нафас йўлларида ёт жисмлар;
 - кома, наркоз, наркоздан кейинги ҳолатларда тил билан нафас ўлларининг беркилиши;
 - юкори нафас йўллари аномалияси, ўсмаси;
- Куйидаги ҳоллар кон айланиши тўхтаб қолишини вужудга келтиради.
- асфиксия, гипоксия, гиперкалиемия;
 - кўп кон йўкотиш;
 - дори моддалари ва анестетиклар дозаси ортиб кетиши;
 - электролитлар алмашинуви бузилиши;
 - ацидоз;
 - жароҳатлар ва рефлексоген соҳаларида муолажа қилиниши;

Терминал ҳолатлар патофизиологияси ва клиник кўриниши.

Ҳаётий зарур функциялар сусайиши билан терминал ҳолатлар асосий босқичлари кучаяди, орган ва тўқималар гипоксияси кўпаяди. Гипоксияга жавобан организмда химоя мослашув реакцияси ривожланади. Натижада гипофизар кортикал ва симпатико-адренал система активлашади. Тўқима ва органларни кислород билан таъминлашга қаратилган, катехоламинлар ва гормонларни кўп ишлаб чиқариш юрак фаолияти нафас функцияси ва моддалар алмашинуви жараёнлари кучайишига олиб келади.

Маълум муддатгача бу реакция тўлдирувчанлик вазифасини ўтайди. Лекин салбий таъсирлар тўхтамаса ёки ўз вақтида даво қилинмаса, тез орада химоя сусая бошлайди. Нафас мушакларнинг актив иштироки, юракнинг қисқариш функцияси ошиши ва алмашинув жараёнининг кучайиши организмнинг кислородга бўлган талабини яна ҳам оширади.

Тўқималарга етарлича янада кислород тушмаслиги ва унинг хазм бўлиши қийинлашиши, модда алмашинуви жараёнларининг охиригача бажарилмаслиги ацидоз ривожланишини вужудга келтиради.

Бундан ташқари биоактив моддалар ҳосил бўлиши, кўпайиши, периферик кон ҳаракати бузилиши натижасида тўқималарга кислород етказиб бериш ва алмашинув моддаларни чиқариш ёмонлашувига олиб келади. Шундай қилиб, гипоксия, гиперкапния метаболик ацидоз кучаяди ва шу тариқа «нуксонли айлана» тугалланади. Бу жараёнлар нафас ва кон томирларнинг марказлари функциясининг тўхтовсиз сусайишига сабаб бўлади, юракнинг қисқариши ва ўтказиш функцияси сусаяди, пировард натижада нафас ва юрак фаолияти тўхтайд.

Юкорида тақидлаганимиздек терминал ҳолат агонал олди, агонал ва клиник ўлим каби ҳолатлардан иборат.

1. Агонал олди ҳолатининг клиник кўринишида:

- ҳуш сопороз;
- рефлекслар жуда пасайган;
- кўз қорачиги бир оз кенгайган, ёруғликка сезгирлиги секинлашган;
- тери қопламлари рангпар, кўқариш, артериал кон босим 60 мм сим. уст. паст;
- тахикардия, томир уриши тўлалиги ва таранглигини пасайиши ва тахипноэ қузатилади;

Агонал олди ҳолати бир неча дақиқадан бир неча соатгача, баъзан бир кун давом этиши мумкин. Бу организмнинг бардошлик функцияларига боғлиқ.

2. Агонал ҳолатнинг клиник кўринишида:

- бемор ҳушсиз;
- рефлекслар йўқ;
- кўз қорачиги кенгайган, ёруғликни сезмайди;

- тери копламлари кўкарган, артериал кон босим аниқланмайди;
- юрак тонлари бўғик, брадиаритмия, томир уриши аввал ипсимон сўнг аниқланмайди;
- брадипноэ, титроксимон нафас кузатилади.

Агония бир неча минутдан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Шунини белгилаш керакки, агония ҳолатида охириги адаптацион механизмлар кўшилиши натижасида кон айланиши ва нафас функцияси бир оз яхшиланиб, баъзан беморнинг хуши тикланади. Аммо, тез орада компенсатор механизмлар сусайиб, юрак фаолияти ва нафас тўхтайдиган, бу эса клиник ўлимдан дарак беради.

3. Клиник ўлим ҳолатида бемор хушсиз, тўлиқ арефлексия ва мушаклар гипотонияси, тўлиқ арефлексия, тўсатдан сийдик юбориш ва нажас ажралиши кузатилади;

Клиник ўлим ҳаётнинг биологик ўлимга ўтиш жараёни ҳисобланиб, нафас ва кон айланиш фаолияти тўхташи вақтида бош миёна пўстлоқ қабати ҳужайраларида қайта тикланмайдиган ўзгаришлар юзага келгунча даврни ўз ичига олади.

Нерв ҳужайралари тотал гипоксияни 3 дақиқа 10 сония кўтариши мумкин. Клиник ўлим 4-5 минут давом этади. Бу вақт ичида жароҳатланганни тирилтириш мумкин. Шунини белгилаш керакки, гипотермия шароитида бу вақт чўзилиши ҳам мумкин, паст ҳароратда бош миёна ҳужайраларининг кислородга эҳтиёжи камаяди. Кон айланиши ва нафас тўхтагандан кейин бош миёна тўқималарида, миокардда, жигарда, ўпка ва буйракларда оксидланиш жараёнлари бузилиб, моддалар алмашинуви кислотали қолдиқлари йиғилади ва оғир метаболик ацидоз ривожланади. Клиник ўлим бошидаёқ, маълум даражада ҳужайра тузилиши бузилади, лекин 5-6 минутдан кейин ҳам бош миёнанинг бир қанча ҳужайралари ҳали тикланиш хусусиятига эга бўлиши мумкин. Бинобарин организмни тирилтириш мумкин. Бунда МНС пластиклиги катта аҳамиятга эга, ҳалок бўлган ҳужайра функциясини бошқа соғлом ҳужайралар ўз зиммасига олади. Биринчи навбатда бош миёна пўстлоқ қабати ва миёна ҳужайралари нобуд бўлади. Шунинг учун юрак ва нафас фаолиятини клиник ўлимдан кейин 15-20 дақиқа ичида тиклаш мумкин ва қандай шароитдан қатъий назар реанимация муолажаларини бошламаган шифокорларни оқлаш қийин. Бу бизнинг соғлиқни сақлаш қонунидир. Гиппократ замонидан бизнинг давргача беморнинг ҳаёти учун охиригача яъни охириги нафас ва юрак урушигача курашиши керак деган тушунчалар бор эди. Реаниматология фани ва унинг ривожланиши нафас ва юрак фаолияти тўхтагандан кейин ҳам беморнинг ҳаёти учун курашиш кераклигини тасдиқлайди.

Бирламчи реанимация (ABC қонуни) тадбирлари

Кўпгина давлатлардаги анестезиология ва реаниматология фанининг ривожланиши, охириги ютуқ ва аччиқ камчилақ уларни ўрганиш тажрибалари систематизацияси олимлар томонидан реанимация усуллари техникаси ва технологиясига ўзгартириш киритишга имкон берди. Хусусан кенг тарқалган «юрак-ўпка реанимацияси» «юрак-ўпка миёна реанимацияси» билан ўзгартирилди. Чунки охириги натижа организмни шахс сифатида тўлиқ тикланиши кўп жихатдан бирламчи реанимация муолажаларининг зудлиги, сифати ва эффективлигига ҳамда постреанимацион даврдаги ҳаётнинг зарур функциялар биринчи навбатда бош миёна фаолиятини тиклаш ва мўтадиллаштиришга қаратилган замонавий интенсив даво муолажаларига боғлиқ. Буларни П. Сафар қуйидагича умумлаштиради. У организмни тирилтириш жараёнини уч даврга бўлади.

Бирламчи реанимация

1. Жадал оксигенация даври организм ҳаётнинг зарур фаолиятини тиклаш ва сақлашга қаратилган муолажалар.
 - А) нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаш ва назорат қилиш;
 - В) сунъий нафас олдириш ва ўпкалар оксигенацияси;
 - С) юрак массажи ёки кон айланишини сунъий таъминлаш, кон оқинини назорати, магистрал томирлар пульсациясини аниқлаш;

2. Мустакил кон айланишини тиклаш даври. Мустакил кон айланишини тиклашга қаратилган даво муолажалари юрак кон томир ва ўпкалар фаолиятини стабиллаштириш, кислороднинг артериал транспортини нормага яқин сақлаш. Бу давр уч босқичдан иборат:

- А) вена ичига фармакологик моддалар ва эритмалар киритиш;
- В) электрокардиоскопия (ёки ЭКГ);
- С) электрик дефибрилляция.

Иккиламчи реанимация

1. Постреанимацион интенсив терапия ва бош мия реанимацияси даври. Бош мия ва бошқа ҳаётий зарур органлар адекват фаолиятини тиклаш, сақлаш, мўтадиллаштиришга қаратилган муолажалар. Бу давр ҳам уч босқичдан иборат:

- А) юрак фаолиятини тўхтатиш сабабини, беморни қутқариш ва даволаш чора тадбирларни аниқлаш;
- В) янги усул ва методлардан фойдаланган ҳолда бош мия фаолияти тўлиқ тиклашга қаратилган муолажалар;

- С) Постреанимацион даврдаги ҳаётий зарур органларнинг узок вақт интенсив терапияси.

Хозирги вақтда бош мия усули нафас ва кон айланишини сунъий равишда таъминлашдан иборат. Бу эса реанимация асосидир. Минглаб ҳаётни сақлаб қолаётган кенг камровли реанимация тадбир усуллари 20-30 йил давомида ўзгармасдан қолаётган. Асбоб-ускуналар талаб қилинмайдиган, оддий бирламчи реанимация усуллари ҳар қандай шифокор, ҳамшира, кичик тиббиёт ҳамшираси ва бошқа нотиббиёт ходимлар билиши шарт. Охириги вақтларда реанимация давомида сунъий кон айланиш механизмига таалукли физиологик асосланган гуморал пайдо бўлди. Бу янги клинко-физиологик материалларни реанимацион бажарилиши, нафас тиклангандан кейинги бемор парваришини таъминлаш, нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш ва ўпкалар сунъий вентилляциясини таъминлашдан иборат.

Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклашга юқори нафас йўлларидаги қаршиликни камайтириш ва йиғилган моддаларни олиб ташлаш қиради. Юқори нафас йўллари қаршилигини камайтириш учун қуйидаги усуллар қўлланилади:

- 1. Бошни умуртка энса бўғимида орқага букиш ва (ияк) даҳанни қўтариш.
- 2. Пастки жағни олдинга ва юқorigа силжитиш.

Нафас йўлларидаги моддаларни олиб ташлашда қуйидаги усуллар қўлланилади:

- 1) Бармоқ билан эпигастрал соҳага, диафрагмага томон тезлик билан туртиш ёки қўқрак кафасини остидан сикиш (Геймлих усули). Бу усуллар овоз тиркиши соҳасидаги ёт жисмларни олиб ташлашда қўлланилади.
- 2) Оғиз ва бурун бўшлиғи ҳамда халқумдаги балғам ва суюқликлар тупфер, ноксимон балон, оёқ билан ёки электр қувватида ишлайдиган сўргичлар орқали сўриб олинади.
- 3) Ҳаво ўтказгич ишлатиш тилни орқага кетишидан сақлайди, агар тил орқага кетиб нафас йўллари тўсиб қўйса тил ушлагич билан ташқарига тортиш зарур.
- 4) Хикилдок ва кекирдак соҳаси ларингоскопия қилиниб тозаланади.
- 5) Трахеяга интубацион найча киритиш трахея ва бронхларни тозалашга имкон беради.
- 6) Трахео-бронхиал дарахтини бронхоскопия ёрдамида тозалаш.
- 7) Кекирдак ва трахеянинг юқори соҳаси тўлиқ беркилиб қолганда трахеостомия бажарилади.

Ўпкаларнинг сунъий вентилляциясини махсус асбоблар ёки асбобларсиз экспиратор усулларида бажариш мумкин.

1) Асбобларсиз ўпкаларни экспиратор вентилляция қилиш «огиздан-огизга» ва «огиздан-бурунга» каби сунъий нафас олишини ўз ичига олади. Бунинг учун беморнинг нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаган ҳолда чуқур нафас олиб, огизни-огизга ёки огизни-бурунга қуйиладида чиқаётган нафас пуркалади. Юзни ён томонга буриб беморга пассив нафас чиқаришга имкон бериш ва қўқрак кафаси ҳаракатини қозониш лозим. Ҳаво

пуркаш хажми ва минутлик нафас ёшига мос бўлиши керак. Гипоксия белгиларининг камайиши сунъий нафас олишнинг самарадор эканлигини билдиради. Бундай усуллар билан ўпкани сунъий вентиляцияси 15-20 дакикадан ошмаслиги лозим.

2) Асбоблар оркали ўпкаларни экспиратор вентиляцияси.

- огиз-бурун никоблари.
- S - симон Сафар хаво ўтказгичи;
- кайтмас клапанли Брук хаво ўтказгичи;
- интубацион най ва огиз бурун никобли Гордон-Майкл овкат обтуратори каби асбоблардан фойдаланиб амалга оширилади.

Ўпканинг респираторлар оркали сунъий вентиляция килишда атмосфера хавоси, тоза кислород ва уларнинг аралашмасидан фойдаланилади. Респираторлар кўл билан ёки автоматик бошқариладиган бўлиши мумкин.

Кўл билан фойдаланиладиган респираторларга Амбу копчаси, ўзи таркатадиган халта АДР - 1-2, АТВИ (Дания) ва наркоз аппаратларида Эйра усулида кўлланиладиган Т - шаклидаги най.

Автоматик респираторларга:

- ✚ босимга караб кўйиладиган асбоблар ДП-1, 2, 5, РД1;
- ✚ частотасига караб кўйиладиган асбоблар АИД-2, Лада, пневмат;
- ✚ хажмига караб кўйиладиган РО-5, 6;
- ✚ чакалокларда ва кичик ёшдаги болаларда, болалар респираторлари ДП-5, Млада, Беби-Пулмоторлар киради.

КОН АЙЛАНИШИНИ СУНЪИЙ РАВИШДА ТАЪМИНЛАШ

Кон айланиши етарли ва самарали бўлиши учун юрак фаолиятини сунъий таъминлаш уни бевосита ёки билвосита укалаш керак. Юракни бевосита укалаш жуда кам ҳолларда кўлланилади. Нафакат касалхонадан ташқари шароитда жаррохлик бўлими бор касалхоналарда ҳам юрак тўхтаса юракни билвосита укалаш зарур.

Юракни билвосита массажи.

Катта ёшдаги болаларда укалаш бир кўл кафтини ўрта чизик бўйлаб кўкрак пастки қисмига кўйиб, устидан иккинчи кўл билан босилади, бу куч умуртка погонасига 4-5 см яқинлаштириши керак. Чакалокларда юрак соҳасига бош бармоқ билан босиб укалаш ўтказилади. Бунда тўшни сикилиши 1-2 см атрофида бўлиши керак. Тўш шундай сикилиши керакки, чакирилган сунъий тебраниш тўлкини ўмров ва уйку артериясини сунъий тебраниш тўлкини ўмров ва уйку артериясини тебрантирсин. Кўкрак кафасини сикиш сони ритмик ва шу ёшдаги боланинг юрак қисқариши сонига тенг бўлсин. Юракнинг билвосита укалаш механизмини 1977 йилгача юрак тўш билан умуртка погонаси орасида сикилганда деб тушунилар эди. Коннинг маълум бир қисми юракдан аортага ва ўпка артериясига хайдалади. Унда юракнинг сикиш 20% гача сунъий кон айланишини таъминлаши кўрсатилган. Агар компрессия муддати 50-60% га оширилса бу кўрсаткич ҳам кўтарилади. Бундан ташқари 1980 йилда чоп этилган текширишларга караганда, юракни билвосита укалашда сунъий кон айланиши нафакат юракнинг сикилишига, ҳамма ички муҳит тузилишига боғлиқлиги кўрсатилган. Кўкрак ичидаги ҳамма кон томирлар юрак бўлмаларининг каторида бир-бирига туташган эластик идишлар деб караш мумкин, булардаги клапанлар системаси ташқаридан сикилганда конни факат бир йўналишда юрак веналари аортага ўтказди.

Эхокардиографиянинг кўрсатишича сунъий «систола» да икки табакали ва аорта клапанлари очик қолиб, уч табакали клапан эса ёпик бўлади. Сунъий «диастола» да уч табакали ўпка артерияси клапанлари очилади, янги тушунчалар таърифидан юракнинг чап бўлаги сикилиш камераси ҳисобланмай балки ўпка ва бошқа кўкрак тизимларидан аортага факат кон ўтказгич бўлиб қолади.

Юракнинг 4-5 марта сиқиб ўпкага хаво пуркаш, ички босимни янада ошириб, ўпкадан кон айланишни кўпайтиради. Ҳақиқатдан ҳам бир вақтни ўзида юракни укалаш ва ўпка вентилияцияси яхши натижа бериши яъни миёда кон айланиши стандарт усулдагига нисбатан 113% дан 643% гача кўпайиши тасдиқланган.

Билвостита юракни укалашда коннинг регионал тарқалиши табиий кон айланишига нисбатан органларда кон юриши миё учун 90%, юрак учун 35%, буйрак усти беги 17%, буйрак 15%, ошқозон ости беги 14%, талок 3% ни ташкил қилади. Бошқача қилиб айтганда юракни сиртдан укалашда юракнинг кон ҳайдаши 64 мартада қамайса ҳам миё табиий кон айланишдек кон билан таъминланади. Бошқа органларда эса кон айланиши қескин қамаяди. Бу натижа бўйинтирик венасининг клапан механизмига боғлиқ. Маълумки кўкрак қафаси сиқилганда венанинг кўкрак соҳасига қириш соҳаси ҳам сиқилади. Аорта ва қовак вена босими фарқи эса (градиент) унча катта эмас, улар иққаласи ҳам сиқилади. Кўкрак қафаси сиқилгандаги юқори босим бўйинтирик венасидан ташқари ҳамма веналарга узатилади ва шунга кўра артериал-буйинтирик босимидаги фарқ бошқа органлар артериал ва веноз босим фарқига нисбатан катта.

Шундай қилиб:

1. Кўкрак қафасини сиқиб жадаллик билан қилиниши қерак, қомпрессия фазаси эса узокрок (50-60%) давом этиши зарур.
2. Сунъий нафас олиш ва юракни укалаш орасидага пауза бўлиши шарт эмас.
3. Сунъий вентилияция тез-тез ва 50-60 см сув уст га тенг босимли пуркаш билан бўлиши зарур.
4. Умумий айланаётган конни тезда кўпайтириш ва вазопрессорларни қўллаш реанимация самарадорлигини оширади.

Юракни бевосита укалаш ҳеч қачон сиртдан укалашдек қенг қўлланилмаслигини аниқ. Юракни тўғридан тўғри ўкалашда сиртдан укалашга нисбатан юракнинг кон ҳайдаши иққи марта кўп. Умумий кон айланиш вақти шунча қам бўлади. Чунки сиртдан укалашда бўйинтирик венасининг клапан тизими айтарли тузук таъсир этмасдан туриб қолади.

Юракни воситасиз укалашда афзал саналган ҳолатлар.

1. Кўкрак қафаси ичида жаррохлик муолажалари ва кўкрак ичига кон қетишига шубҳа бор пайтда юрак уриши тўхтаганда юракни сиртдан укалаш 2-3 дақиқа давомида қойда бермаса.
2. Кўкрак қафасида сиртдан укалашга ҳалақит берадиган ўзгаришлар (деформация) бўлган ҳолларда.
3. Юрак тампонадаси, таранг пневмоторакс, ўпка артерияси эмболияларига шубҳа бўлганда.
4. Юрак дефибриляцияси натижасиз бўлиб, албатта юракни иситиш лозим бўлган гипотермия ҳолатларида.

Электрокардиография ёки электрокардиоскопия ёрдамида юрак асистолияси, қоринчалари фибриляциясини электр дефибриляторлар ёрдамида қартараф этилади. Бунинг учун бемор қап қурак соҳасига бир электрод, иққинчи химояланган электродни юрак соҳасига қўйиб қиска вақтга боланинг ёшига мос қуйидагича қувватли ток берилади (500-1500, 1-3 ёш; 1500-2500, 4-10 ёш; 2500-3000, 11-15 ёш). Ўзгарувчан ва ўзгармас электр тоқи билан ишлайдиган дефибриляторлардан қойдаланаётган вақтда электрон асқоблар ўқирилиб, атрофдагилар беморга теғмаслиғи шарт. Импульсли токда ишлайдиган дефибриляторлар ишлатилса кўпроқ ижобий токда ишлайдиган дефибриляторлар ишлатилса кўпроқ ижобий натижа беради ва ҳавфсизрок ҳисобланади. Агар яна қоринчалар фибриляцияси ёки қоринчалар тахикардияси юзага қелса, вена ичига 10-50 мг лидоқайн эритмаси юбориб, сўнг 20-30 мг/кг/минут микдорида томқилаб қуйилади. Ҳар беш минутда 0,5-1 мг/кг микдорида юрак фаолияти мўтадил бўлгунга қадр вена ичига юбориш мумкин.

Юрак ичига дори юбориш усули

Тўш суягининг чап томонидаги 4-5 ковургалар орасида пастда ётувчи ковурганинг устки киррасидан тик холда 6-8 см узунликдаги игна санчилади. Юрак чап коринчаси мушаклари тешилаётганда озгина каршилиқ сезилади. Шприцда кон пайдо бўлиши ёки дастаси тортиб кўрилганда кон чиқиши, игнанинг коринча бўшлиғида эканлигидан далолат беради. Юрак ичига битта шприцда адреналин (0,1%, 0,1-0,3 мл), атропин (0,1%, 0,1-0,3 мл) ва калий хлорид 10 % эритмалари хар ёшга 1,0 мл дан юборилади. Вена ичига 20-40% глюкоза эритмаси, 5% аскорбин кислотаси, кортикостероидлар: преднизолон 5-8 мг/кг ёки дексаметазон 1 мг/кг юборилади. Ацидозга карши албатта 1-2 ммоль/кг 4% натрий гидрокарбонат эритмасидан юбориладиган эритмалар микдори ва сифати ўзгача ахамиятга эга ва албатта тезлик билан айналаётган кон хажмини тиклаш, плазмадаги электролит, сув, кислота ва асос мувозанатини сақлаш, гемоглобин ва оксил микдорини кўтариш, сийдик ажралишини микроциркуляцияни яхшилаш каби максадларни назарда тутиш керак. Кальций ионлари мушак тонуслари ошиши пайтида ёки хар хил дорилар, некротоксиллари ва бошка патоген мухитлар таъсирида вужудга келган А-V камални бартараф этади ва А-V ўтказувчанликни тезлаштиради.

Юракнинг ўтказувчан аъзолари андринергикдир, яъни синоптик узатиш медиаторлари вазифасини адреналин ва норадреналин бажаради. Перисиноптик толалари адренорецепторларига таъсир киладиган медиаторлар кейинчалик синоптик тиркишларидан чикиб кетади. Асосий механизми катехоламинларни перисонаптик учларига қайтиб келиши билан таърифланади ва у махсус ферментлар ёрдамида амалга оширилади. Мана шу жараёнда бажарилишида ферментлар хатога йўл кўйиши мумкин, яъни нафакат эркин медиаторларни балки тузилиши катехоламинларга ўхшаш моддалар ва шуларга ўхшаб таъсир килувчи дориларни ташиши мумкин. Асистолия пайтида адреналин кўлланиши худди мана шунга асосланган. Шу максадда юрак ичига венага 0,1 % адреналин гидрохлорид эритмасидан хар бир ёш хисобига 0,05 мл килинади. М–холинолитик–атропин. У катехоламинларнинг юракка таъсирини камайтиради ва тўхтатади. Бу хусусиятдан асистолия брадикардия ва А-V камал бузилишларида фойдаланилади. Атропин сульфат венага 0,1 % эритмаси хар бир ёшга 0,1 мл дан килинади. Миокард кискаришини кучайтириш учун кальций эритмалари юрак кон томир аъзоларини яхшилаш учун аскорбин кислотаси, гидрокортизон, преднизолон ишлатилади.

Мияни ишемиядан химоя қилиш.

Бирламчи реанимация муаммоларни хал қилишда реаниматологларнинг эришган катта ютуқларига карамасдан бутун дунё бўйлаб реанимациядан кейин тирик қолганларнинг 20 % га яқини невролог заиф бўлиб қолаётдилар. Гипоксиядан сўнг юзага келадиган бош мия хужайраларнинг шишиши эс-хуш, идрок, эшитиш, айрим ҳолларда кўриш қобилятини сусайишига олиб келади. Маълумки гипоксия ҳолатида 4-5 дақиқа, тўлиқ аноксия ҳолатида 3 дақиқа 10 сониядан сўнг бош мия пўстлоқ қавати хужайраларда қайта тикланмайдиган ўзгаришлар юзага келади. Шунинг учун бош мия хужайраларининг гипоксиядан сақлаш, уларнинг гипоксия шароитига чидамлилигини ошириш алоҳида ахамият касб этади. Энцефалопатия болаларда анча огир кечади. Аммо, айрим функция ўзгаришлар катталарга нисбатан осонроқ тикланади. Кўриниб турибдики, кон айланиш тўхтаганида бош мия шикастланишини камайтирувчи муолажалар зарур экан. Буларга қуйидагиларни киритиш мумкин:

1. Биохимик тузатиш, метаболик ацидозни бартараф этиш, гидроион мувозанатни меъёрга келтириш.
2. Бош мияни кон билан таъминлашни яхшилаш учун кун мобайнида артериал кон босимини бир оз баландроқ қилиб ушлаб туриш керак.
3. Қалла ичи босимини пасайтириш зарур, бунинг учун диурезни кўпайтириш, сунъий нафасни гипервентиляция тартибида фойдаланилади.

4. Барбитуратлар 2% 30-20 мг/кг тиопентал натрий катта микдорда берилади. Бунда химоя реакцияси механизми эркин радикалларни чиқариб ташлашга асосланган. Шу мақсадда бош миёга муз қўйилади, фенобарбитал ГОМК ишлатилади (50-100 мг/кг).

Постреанимацион касаллик ва реанимациядан кейинги даврда интенсив терапия хусусиятлари.

Реанимациядан кейинги эрта давр 20-24 соатгача давом этади. Бу реанимациядан кейинги биринчи давр. Организм асосий функцияларининг тикланиши ва бемор умумий ахволини яхшиланиши жараёни бир неча соатдан 2-3 кунгача бўлади, бу иккинчи давр. Реанимациядан кейинги даврни ёмон ўтишида нафас етишмовчилиги ва тикланмайдиган ўзгаришлар вужудга келиш босқичи ажратилади. Организмнинг тирилиш жараёнида функциялар тикланиши кандай тартибда бузилган бўлса, белгилар аксинча бўлиб тикланади ва маълум даврлардан иборат.

1. Юрак кон томирлар системасининг гипердинамик ҳолати.
2. Функциянинг ўз меъёрига келиш даври.
3. Юрак кон томирлари тизимининг гиподинамик ҳолати.
4. «Юракдан кам кон ҳайдалиш аломати».

Кон айланиши тикланиши ёки қайтмас ўзгаришларни вужудга келиши, албатта реанимация муолажаларини самарадорлигига боғлиқ. Биринчи фаза мослашиш ва чидамлилиқ характерига эга бўлиб, 10-40 дақиқа давом этади, кислород танқислиги бартараф этилган иккинчи фазада 30-60 дақиқадан кейин гемодинамика кўрсаткичлари ўз меъёрига келади. 3 фаза (1,5-2 соатдан кейин) юрак кон томирлар фаолияти ёмонлашиши билан таърифланади: умумий периферик қаршилик кўпайганда артериал кон босим кўтарилади. Юрак кам кон ҳайдашининг асосий сабаби энергетик манъбалар камайишининг миокардга таъсири натижасидир. Реанимациядан кейинги давр яхши кечаётган бўлса, 9 соатдан кейин гемодинамик кўрсаткичлар яхшилана бошлайди. Биринчи куннинг охирида ва иккинчи куннинг бошланишида вентилиацион-перфузион нисбатнинг бузилиши артериал кон кислородга тўйинишининг камайиши қайд этилади. Бу ҳолат ўпканинг микроциркуляция, коннинг кислород ташиш функцияси, оксигемоглобиннинг диссоциацияси бузилиши билан боғлиқ. Реанимациядан сўнг мустақил нафаснинг тикланмаслиги бош миё гипоксияси ва нафас маркази хужайраларидаги қайта тикланмайдиган ўзгаришларга боғлиқ. Реанимациядан кейинги даврда бош миё функцияси тикланишининг бир неча турлари ажратилади.

1. Тўлик тез тирилгандан кейин бир кун мобайнида неврологик ва рухий бузилишнинг тикланиши.
2. Охиста 3-4 кун, бир неча ҳафта ёки ойлар мобайнида беморнинг ўз ҳушига келиб, марказий нерв системаси функцияси тикланиши.
3. Функцияларнинг тезда тўхтамли тикланиб, кейин секин ёмонлашиши ва бир умр ногирон бўлиб қолиши ёки ўлимга олиб келиши.
4. Тиббий парваришга мухтож бўлмаган нуксонлар билан тикланиш.
5. Узок вақт парвариш талаб қилувчи нуксонлар билан қисман тикланиш.
6. Узок вақт парваришга мухтож бўлмаган қисман вақтинчалик тикланиш.

Агар тирилтириш кечиши қўнғилдагидек бўлса биринчи навбатда миё сопида жойлашган тизимлар функциялари, кейинчалик эса пўстлок ости ва пўстлок қисми рухият, фикрлаш, ҳис-ҳаяжон ва гапиришни идора қилиш тикланади. Бош миёнинг «хаётий» ўлим диагностикаси бош миё фаолиятининг йўқлигини аниқлагандан сўнг реакция қилишни тўхтатиш илмий асосланган ва маънавий тасдиқланган. Ҳозирги пайтда бош миё ўлганлигини аниқ ишончли кўрсаткичлари йўқ. Лекин қуйидаги учта белгиларга асосланса бўлади (Шваб училиги).

1. Уч кундан ошдиқ чуқур кома ҳолати. Клиник белгилари: беморнинг мутлоқ ҳаракатсизлиги, ташки муҳитга сезгининг бўлмаслиги, тўлик рефлексия, мушак тонуслари йўқолиши. Кўз соккаси бир жойда тўхтаб қолиши ва гипотонияси, қорачиқлар ўта

кенгайиши, мустикал нафаснинг йўклиги, брадикардиянинг кучайиб юракка атропин таъсир этмай қолиши тана хароратининг кескин пасайиши, бемеGRID, музга «салбий жавоб».

2. Бош мия ўлимининг биохимик белгилари: миёга чиқадиган ва тушадиган конда кислород нисбати-артериовеноз фарк бўлмаса ёки 2 % гача бўлса, бош мия хужайралари кислородни ўзлаштирмай қолган бўлади.

3. ЭЭГ да бош мия фаолиятининг бутунлай йўқолиши реанимациядан кейинги давр асоратлари 3 гуруҳга бўлинади ва уларни даволаш давомида назарда тутиш керак:

1. Бош мия ва ўпка шиши 1-2 кунларида ДВС синдроми;

2. 3-5 кундан сўнг паренхиматоз аъзолар функциясининг бузилиши;

3. Яллигланган ва йирингли касалликлар (зотилжам, перитонит, менингоэнцефалит ва бошқалар).

Реанимациядан кейинги даврда бош миёнинг пўстлоқ қаватидаги аввал функциял кейинроқ эса анатомик ўзгаришлар оғир тиббий ва социал муаммолар бўлиб келмоқда. Антогенетик нуқтаи назардан бош мия пўстлоқ қабати хужайралари гипоксия натижасида тезда ўлади ёки функционал қобилятни йўқотади. Шунинг учун кеч бошланган (кардиоаплигиядан 5 дақиқа ва кўп вақт ўтган бўлса) ва узок вақт «натижаси» реанимация муолажаридан сўнг, витал функциялар қайта тикланиши мумкин, аммо эс-хуш йўқолган, яъни бош мия пўстлоқ қабати фаолияти тикланмайди. Мана шундай реанимациянинг трагик формаларидан тирик организм қайта тугилгандек бўлсада, декортикация юзага келади. Эс-хуш, ақл, идрок йўқ, кўпол американча талкинга кўра, бундай одам (юрак, ўпка препаратидан фарқланмайди). Постреанимацион давридаги бош миёнинг гипоксик кома ҳолати интенсив терапияда П.Сафар қуйидаги стандарт муолажаларни тавсия этади.

I.Экстракраниал гомеостаз учун.

1.Ўрта артериал босим назорати: АКХни нормаллаштириш, плазма ҳажмини ошириш (10 мл/кг), вазопрессор + вазодилататор.

А. Кон айланиш тиклангандан сўнг 45 минут давомида қиска вақтли гипертензияни (ЎАБ-120-140 мм сим уст) саклаш.

В.Нормотензияни (ЎАБ 90 мм сим уст) ёки озгина гипертензияни (100-120 мм. сим.уст)

бош мия жароҳатида нормотензия ёки озгина гипотензияни (ЎАБ 60-90 мм сим уст) саклаш.

С. Артерияга ёки марказий венага катетер қирғизиш (яхшиси ўпка артериясига баллонли катетер қирғизиш).

2. Агар сунъий нафас ўтказилса кичик дозада релаксантлар юбориш.

3. Анальгезия-анестезия ва талваса ни олдини олиш учун вена ичига тиопентал ёки пентобарбитал 5 мг/кг+2 мг/кг/соат (30 мг/кг гача) ёки диазепам (седуксен) ёки этомидат ёки дилантин.

4. Сунъий нафас ўтказилаётганда артериал PCO_2 25-30 мм. сим уст

5. Артериал pH 7,3-7,6.

6. Артериал PO_2 100 мм. сим. уст нафас аралашмасидаги O_2 (FiO_2) 50 %. Нафас охиридаги мусбат босим РЕЕР минимал.

7. Кортикостероидлар 2-3 кун давомида вена ичига метилпреднизалон 5 мг/кг+1 соатдан сўнг, 1 мг/кг ёки дексаметазон 1 мг/кг+ 6 соатдан сўнг, 0,2 мг/кг.

8. Гематокрит 30-35%. Электролитлар мўтадиллиги: плазмадаги коллоид-осмотик босим 15 мм. сим. уст дан ошиқ (албумин 30 гр/л). Зардоб осмолярлиги 280-330 мосмоль/л

9. Гипотермиядан қочиш, нормотермияни саклаш.

10. Эритмалар қиритилиши: декстрозани сувли эритмасидан фойдаланмаслик: 5-10 % декстрозани 0,25-0,5 натрий хлор эритмасида 30-50 мл/кг бир кунга (болаларда 100 мл/кг бир кунда) керак бўлса калий хлор қўшиб ишлатилади.

II. Интракраниал гомеостаз учун.

1. Кўпламчи жароҳатлардан саклаш (анамнез, клиник кўриниш-церебрал ангиография ёки сканерлаш).

2. Бехатар техник усулда мия ичи босимини ўлчаш мониторинг, бош мия жароҳати ва энцефалитларда тавсия этилади. Мия ичи босимини 15 мм сим уст ёки пастрок ушлаб туриш учун:

- А) Гипервентиляция (PaCO_2 -20 мм сим уст).
- Б) Мия коринчалари дренажналиб мия суюклиги чиказилади.
- В) Маннитол 0,5 г/кг соатига =0,3 г/кг вена ичига.
- Г) Лазикс 0,5-1 мг/кг вена ичига.
- Д) Тиопентал ёки фентобарбитал 2-5 мг/кг вена ичига.

ГАЛЕРЕЯ БУЙЛАБ САЁХАТ

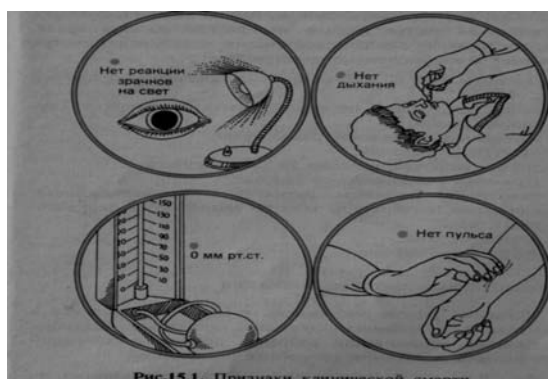
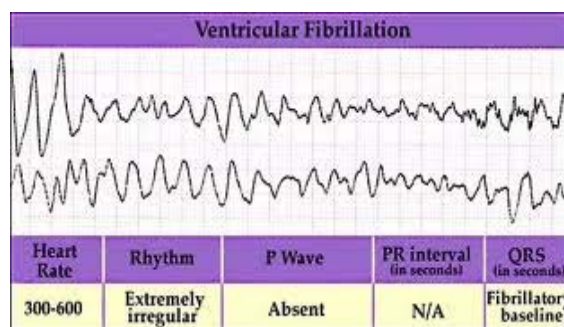
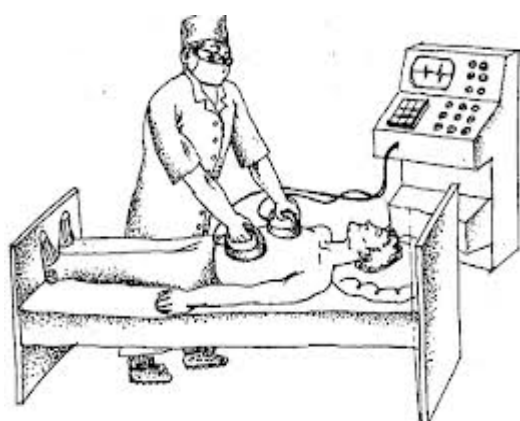
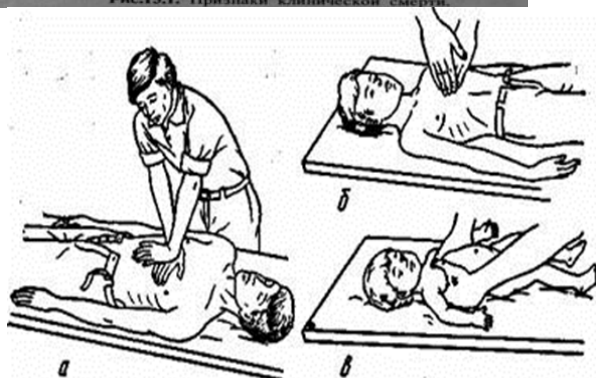
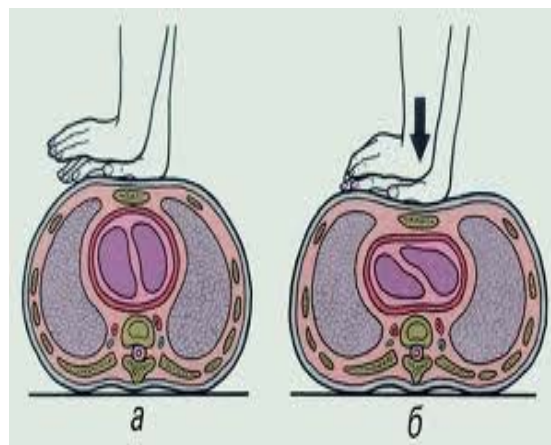
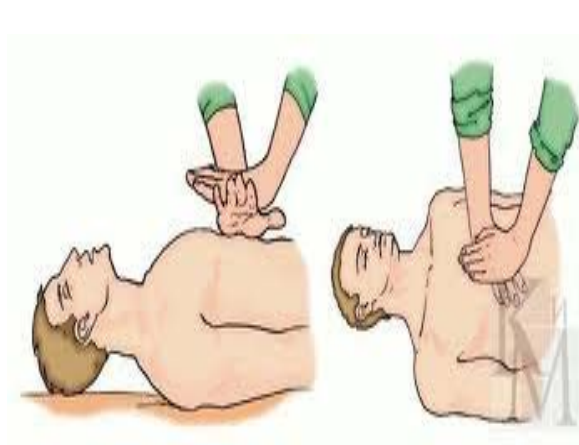


Рис.15.1. Признаки клинической смерти.





АНАЛИТИК КИСМ

Амалий машгулотда ечиш учун тестлар:

1. Кайси дори воситалари гипотония чакирмайди:

- *А) мезатон
- В) альдомет
- С) пресинол
- Д) допегит

2. Миокард инфаркти каерда жойлашганда баъзида ЭКГ манзараси нормал ҳолатда бўлиши мумкин?

- *А) олдинги миокард инфаркти
- В) олдинги тусик миокард инфаркти
- С) юрак чуққиси инфаркти
- Д) олдинги таркок миокард инфаркти

3. Юрак нуксонлари бор ҳомиладорлар қайси муддатга шифохонага ётқизилади:

- *А) 10 ҳафта, 26-28 ҳафта, 37-38 ҳафта
- В) 5-6 ҳафта, 20-21 ҳафта, 30-32 ҳафта
- С) 15-16 ҳафта, 26-27 ҳафта
- Д) 20-22 ҳафта, 39-40 ҳафта

4. Хавфли гипертензиянинг диагностик мезонлари:

- *А) барчаси
- В) буйрак артеолаларининг некрози
- С) гипотензив дори-дармонларга резистентлик
- Д) куз тур пардасида дегенератив узгаришларнинг тез ривожланиши

5. Ёмон сифатли гипертония касаллиги булган беморларнинг ишга булган лайёкатлигини аниқланг:

- *А) ногиронлик гуруҳини аниқлаш учун ТМЭК га юбориш
- В) меҳнатга булган лайёкатлиги бузилмайди
- С) вақтинчалик касаллик варакасини очиш
- Д) санатор курорт даволашга юбориш

6. Асцитга олиб келувчи сабабни аниқланг:

- *А) силли мезоаденит
- В) буйрак поликистози
- С) сурункали панкреатит
- Д) сурункали персистик гепатит

7. Нефротик синдром учун хос булган, асцитга хос булмаган белгини курсатинг:

- *А) гиперлипидемия
- В) гипопропротеинемия
- С) протенурия
- Д) гиперхолестеринемия

8. Асцитга олиб келувчи сабабни аниқланг:

- *А) жигар циррози
- В) пневмония
- С) сурункали гепатит
- Д) пиелонефрит

9. Кизилунгач, геморроидал веналарининг варикоз кенгайиши, «медуза боши», асцит, жигар кирраларининг уткирлашуви ва каттиклашуви қайси касаллик учун характерли:

- *А) жигар циррозининг декомпенсация босқичи
- В) сурункали фаол гепатит
- С) жигар раки
- Д) сурункали персистирловчи гепатит

10. 65 ёшли беморда вақти-вақти билан хушдан кетиш хуружлари кузатилади. Бу хуружлар мушаклар тортишуви, тери рангининг оқариши, брадикардия (30 марта 1 мин) билан кечади. Беморда қандай синдром кузатилаяпти?

- *А) Морганьи – Адамс-Стокс синдроми
- В) Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми
- С) Коринчалар фибриляцияси
- Д) титрок аритмия

11. Беморда бирданига қусиш кузатилди, қусик массалари суюқ, қунгир тусда, кофе қуйкасига ухшайди. Қон кетиш локализациясини аниқланг:

- *А) ошқозондан
- В) кизилунгачдан
- С) тугри ичакдан
- Д) тугри жавоб йук

Амалий машғулотда етиш учун вазиятли масалалар

МАСАЛА 1: 66 ёшли бемор чап тизза бугимидаги шишга, огрикка, ҳаракат чекланишига шикоят қилади. Чап тизза бугими шишган (флюктация мусбат), актив ва пасив ҳаракатлар огрик ва қисирлаш билан. «Бугим блокадаси» ва «стартли огрик» синамаси мусбат. Вазни 96 кг, бўйи – 168 см. ЭЧТ-20 мм\с. Бугим рентгенограммасида – марказий ва четки остеофитлар аниқланади.

1. Диагноз - 2 балл
2. Ёулдош касаллиги ҳам курсатилсин - 1 балл
3. Даволаш (ҳар гуруҳдан 1 та препарат курсатилсин) – 2 балл

№	Жавоб:	Тулик булган жавоб	Тулик булмаган жавоб	Жавоб йук
1	Чап тизза бугими остеоартрози реактив синовит билан. II рентгенологик боскич. Бугим функцияси бузилиши II даражаси.	2	1	0
2	Семизлик II даража	1	0,5	0
3	1.НЯКП. 2.Махаллий даво: бугим пункцияси ва ГКС юбориш. 3. Физиотерапия.	2	1	0

МАСАЛА 2: Бемор 60 ёш. Шикоятлари юрак уриши, хансирашга. Юрак тонлари бугиклашган, юрак чуққисида систолик шовкин, пульс ритмик 1 мин. 92 марта, АКБ 140/95 ЭКГда R-R оралиғи ҳар хил, Р тишча йук, майда f тулқинлар аниқланади. QRS комплекси узгармаган.

1. Беморда аритмияни қандай тури бор: 2 балл
2. Аритмиянинг сабаблари қандай 3 та касаллик курсатинг 1,5 балл
3. Даволаш учун қайси гуруҳ ДВ ишлатиш мумкин. 1,5 балл

№	Жавоб	Тулик жавоб	Нотулик жавоб (балл)	Жавоб йук (балл)
1	Титрок аритмия нормасистолик тури	2	1	0
2	Митрал стеноз, тиреотоксикоз, миокард инфаркти, кардиомиопатия	1,5	0,7	0
3	Юрак гликозидлари, В-блокаторлар, хинидин унутлари	1,5	0,8	0

1. Шифохонада, 60 ёшли бемор кизил – югурдак ташхиси билан ётқизилган. Ушбу ҳолатда қайси аъзолар шикастланиши мумкин:

2. Узок йиллар давомида гипертония касаллиғи билан огриган 68 ёшли беморда А/Б – 240/140 мм сим.уст., бош айланиш, кулоқлардаги шовкин, қусиш, кўнгил айнаш, юрак соҳасида огрик кузатилган. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

3. Кабул бўлимида, 65 ёшли беморни кўздан кечирганда симптоматик артериал гипертензия аниқланган. Қандай касалликлари бор бўлган беморларда кўпроқ А/Б нинг ошиши кузатилади:

4. Кабул бўлимига 70 ёшли бемор уйқусизлик, кулоқларда шовкин, бош огриғи, бошайланиш, юрак соҳасида ноҳушлик асабийликдан шикоят қилиб келган. А/Б – 130 – 180 мм сим уст – га тенг. Ушбу ҳолатга сабаб:

5. 72 ёшли эракак беморда ЭКГ – да қоринчалар экстрасистолияси аниқланган. Қоринчалар экстрасистолиясининг ЭКГ – мезонларини кўрсатинг:

6. Кабул бўлимига 70 – ёшли бемор ошқазон соҳасидаги, чап курак, қўлга тарқалувчи қуйдирувчи огрик, нафас қисиш, ҳолсизлик, совуқ ёпишқок тер, кўнгил айнаш, қусиш шикоятлари билан тушган. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

7. Кабул бўлимига 60 ёшли бемор тил ва юзни шишиши, ҳаво етишмаслик, аккиловчи йўталдан шикоят қилиб тушган. Кўрсатилган белгилар, тиш олиш мақсадида лидокаин билан анестезия қилгандан сўнг вужудга келган. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

8. 67 ёшли бемор охириги йилларда енгил жисмоний ҳаракатдан сўнг хансираб қолиш шикояти билан мурожаат қилди. Объектив: юракни чап чегараси олди қўлтиқ ости қизиги сатҳида юрак тонлари бўгиклашган юрак чуққисида систолик шовкин бор ва “от

дупури”эшитилади. Ro – юрак чап тарафга кенгайган, ўпкаларнинг пастги соҳасида димланиш белгилари. Сизнинг ташхисингиз:

9. Узок вақт алкохол истемол қилган 61 ёшли беморда озиб кетиш, кип-кизил ялтирок тил, киргоклари ўткирлашган, катталашган, каттик жигар, талокнинг катталашиши, асцит, ич кетиши кузатилади. Дастлабки ташхис:

10. Бемор 70 ёш, корнида огрикка, кориннинг дам бўлишига, кувватсизликка, уйкусизликка шикоят қилиб келди. Беморни кўрилганда териси курук, гиповитаминозга хос ўзгаришлар, корни катталашган, пальпацияда чап чов соҳасида огрик, кўричак соҳасида огрик. Сизнинг ташхисингиз:

АМАЛИЙ КИСМ

ЁТОК РЕЖИМИДАГИ ОГИР БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Пневмония, грипп, кон айланишининг бузилиши, уремия, кахексия, анемия, миокард инфаркти ва бошқа бир қатор огир касалликларда гериатрик беморлар узок вақт ҳолатини ўзгартирмай бир жойда ётиб қоладилар. Бу эса иштаханинг пасайишига, гипостатик пневмонияга, ёток яраларининг пайдо бўлишига, тромбоэмболияларга, сийишнинг кийинлашувига ва сийдик йўллариининг инфекциясига олиб келади.

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

Ковугини тута олмаслик – сийдик пуфагида яллигланиш, ёки тошнинг бўлиши, простата безининг касалликлари, аёлларда уретранинг касалликлари, мияда кон айланишининг бузилиши, деменция, миелит туфайли пайдо бўлади. Парвариш даврида сийдикни йиғиш учун резинали сийдикдонлардан фойдаланилади ва бадан терисини тоза саклаб турилади. Аёлларнинг ташки жинсий органлари ҳар куни ювиб турилади ва чайилади. Тағни ювиш учун калий перманганатнинг қучсиз эритмаси ишлатилади.

Гериатрик беморларда учрайдиган қабзиятлар муҳим аҳамиятга эгадир. Бу овқатланишдаги нуксонларга боғлиқ. Масалан, мева-сабзавотлар ва уларни соқларининг рационда бўлмаслиги ва нотўғри овқатланишдир. Баъзи дори-дармонлар ва қам ҳаракатлик ҳам қабзиятга олиб келади. Аммо кекса кишиларда қабзиятда ҳўқна тайинлаш ичакларни зарарлайди, бунинг ўрнига эса сутли ва ўсимликлардан тайёрланган, мева-сабзавотларга бой парҳез тайёрланади, сурғилар буюрилади.

Қариликда аҳлатни тута олмаслик бўлса, тўғри ичак сфинктери соҳасидаги маҳаллий яллигланиш, ўсмалар, нерв касалликларида, мияга кон қуйилганда кузатилади. Бундай беморлар алоҳида ҳоналарга жойлаштирилади, ости ювиб турилади, ҳона ҳавоси шамоллатиб турилади.

Қари одамларнинг овқатланиш режимини ташкил этишда уларда учрайдиган атеросклероз, гипертония, диабет, остеопороз, онкологик касалликлар, семириш қабди касалликларни олдини олиш мақсадида аскорбин қислотаси ва «Е» витамини, «А» витамини, остеопорозни олдини олиш мақсадида «Д» витамини ва қальций бериш керак.

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

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

КЕКСА ЁШДАГИ ОДАМЛАР ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯСИ

Хаётни узайтириш, қарилик билан курашиш тиббиёт фанининг олдида қўйилган муҳим масалалардан бири ҳисобланади. Кўп умр кўришда жисмоний тарбиянинг аҳамияти каттадир.

Қариш – бу фақат сўлиш эмас, балки бутун организмнинг мураккаб қайта қурилишидир. Биологик қонун бўйича ёш катта бўлган сари организмнинг мослашув имкониятлари қисқаради. Маълумки қариш процессида орган ва системалар ўзгариши билан бир қаторда организмнинг ўзига хос компенсатор – мослашув реакциялари ҳосил бўлади. Айнан шу реакциялар қариш процесси ривожланишининг секинлашувига актив таъсир кўрсатади.

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

Физик ҳаракат турли орган ва системаларни ҳаётий активлигини нормаллаштириб стимуллади: миокардни қисқарувчанлигига оширади, коронар қон айланишини яхшиланиши капилляр қон томирларнинг қенгайиши билан боради, ўпка вентеляцияси ошади, қичик қон айланиши тизими ишини яхшилади, қурак қафаси ҳаракатларини нормаллаштиради. Меъда ичак йўллари қиллиқ мушак моторикасини яхшилади. Мушак системасини, унинг боғловчи апаратини, бўғимлардаги ҳаракатларини нормаллаштириб иш ҳаракатини узок муддатгача сақлаб туради.

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

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

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

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

III гуруҳ. Қаст физик тайёргарликка эга ва жисмоний ҳаракатлари қечланган, соғлигида бирон бир ўзгариши бор беморлар қиради.

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

Саломатлиги бўйича 1-3 гуруҳга қиртилган беморлар юқламали даволовчи бадан тарбия билан шугуллансалар бўлади, бироқ 3 гуруҳга эҳтиёткорлик билан ёндошиш керак. Даволовчи бадан тарбияси билан шугулланиш ўртача тартибда олиб борилиши керак. Юқламаларни босқичма-босқич ошириб борилади. Юқламалар шугулланувчиларни функционал имкониятига тўғри қилиши керак.

Қари организмнинг ҳолатидан қилиб қилиб тез ҳаракатлар, қескин тана ва бош қуқиш мумкин эмас. Тана ҳолатини тез ўзгартирганда қон томирларда склеротик ўзгаришлар бўлганлиги сабабли бош айланиши, қулоқда шовқинлар, мувозанат бузилиши, йикилиб жароҳат олиши мумкин. Қекса ёшдагиларга машқларни шундай танлаш қеракки, бунда ҳамма бўғим ва мушқулар иштирок этиши қерак. Бу машқларни ҳаммаси ритмик, бир маромда, қурак қон томир системасини зўриқтирмасдан бажарилиши қерак.

Узок масофага югуриш орқикча юқлама бўлади. Бу оёқ бўғимларда ва умурткада орқик бўлишига олиб қилиши мумкин. Шу сабабли қекса ёшдагиларга спорт қуриши тавсия қилинади, бунда тананинг ҳамма қисмлари – мушқулар, оёқ - қўл бўғимлари тос ва елка қамари, қорпус қатнашади ва бўғимлар жароҳатланиши қамаяди. Жисмоний машқ билан шугулланувчи шахслар ўзининг пульсини назорат қилиб қуриши қерак. Пульси тезлашиб қетишига йўл қўймаслиги қерак. Пульсни қегаравий миқдорини аниқлаш функционал диагностика қоналарида бир неча марта велоэргометрия усулини қўллаб ЭҚГ ёрдамида

ўтказилади. Агарда бундай текширишнинг иложи бўлмаса биринчи ва иккинчи функционал гуруҳларга кирувчи беморлар учун формула ёрдамида аниклаш мумкин.

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

ГЕРИАТРИК ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Аҳоли сонининг қариялар ҳисобига ортиб бориши гериатрик ёрдамни тўғри ташкиллаш, унинг тиббий ва ижтимоий асосларини билишни тақозо этади. Қари одамларга ёрдам кўрсатиш, соғлиқларини тиклашда факат тиббий чоралар билан чекланиб қолмай, балки ижтимоий нуқтаи назардан ҳам ёндошиш керак.

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

КАРИ ВА КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОЛЛАРНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

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

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

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

Қайта тиклаш терапияси – атеросклероз асорати, миё инсульт, миокард инфарктини ўтказган, таянч ҳаракат апаратининг ёшга ҳос ўзгаришлари туфайли тезда пайдо бўладиган травматик шикастланиши бор қатта ёшдаги гуруҳларда ўзига ҳос ўринга эга. Ўз вақтида ва тизимли ўтказиладиган реабилитацион ташкилий ишлар қари одамни ўзига - ўзи хизмат қила оладиган ёки минимал бошқалар ёрдамидан фойдалана оладиган даражада функционал тикланишига олиб қелади. Қари ёшдагиларнинг қайта тиклаш даволанишлари атрофдагилар ва беморлар учун ижтимоий нуқтаи назардан баҳоланиши керак.

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

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

функцияларини кайта тиклаш учун аник резерв имкониятини билиб, факат уни тўғри чиниктиришни олиб бериш керак.

Кайта тиклаш терапиясида рухий аспектларга алохида эътибор қаратиш керак, қари ёшдаги беморларга етарли даражада эътибор бериш, уларнинг индивидуаллигини баҳолаш, кечинмаларини тушиниш, атрофдагилар билан мулоқотга киришиши кийинлигини ҳисобга олиш керак.

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

Бош миё кон айланиши бузилишини ўтказган, парез ва параличли травма бўлган беморлардаги кайта тиклаш терапияси гериатрик реабилитацияда алохида ўрин эгаллайди, алохида эътибор ва тиббий персонални махсус ўқитиш кераклигини талаб қилади. Чиниктириш машғулотларининг муҳим қоидаларидан бири, бемор ўзи қила оладиган нарсани унинг ўрнига қилмаслик. Қари одамга доим ёрдам бермаслик керак, чунки у бунга ўрганиб олади ва ўз-ўзига хизмат қилишни хохламай қолади. Бошқаларга боғлиқ бўлиб қолишлик салбий таъсирини кўрсатиши ва ҳамма реабилитация программасини бузиши мумкин. Реабилитацион машғулотларни ҳар кун ўтказилиши муҳим. Бу катта ёшдаги одамлар гуруҳлари учун муҳим, чунки эришилган яхши натижалар нерегуляр машғулотлар туфайли осон йўқолиб боради ва манфий томонга ўзгариб қолади. Даволаш ва профилактика мақсадларида шифобахш жисмоний тарбияни қўллаш соғайишни қучайтиради, меҳнат қobiliятини кайта тикланишига олиб қелади. Машғулотларни тўғри олиб бориш катта аҳамиятга эга. Бошланишида улар секин темпда олиб борилади, бу айниқса гемиплегиали психик реакциялари қамалган беморлар учун муҳим. Агар ҳаракат методист билан биргаликда яхши бажарилса, унда машқлар темпини тезлаштириш мумкин. Реабилитация бўлимларида махсус мосламалар, ҳаракатланувчи стуллар, қреслолар, юришни осонлаштирувчилар бўлиши керак. Беморни олдин қисман, кейинчалик тўлиқ ўз-ўзига хизмат қилишга ўргатиш муҳим ва ўзаро ёрдам мақсадга мувофиқ. Овқатланиш палатада эмас, қасалхона умумий ошхонасида бўлиши керак. Қайта тиклаш терапиясининг асосий омилларидан бири ташкиллаштирилган меҳнат терапиясидир. Тиббий кўрсатмалар ҳисобга олинганидан кейин ва зарарланган тана қисмининг функцияларини, қасбий қўникмаларни тиклашнинг кераклигига қараб, беморнинг рухий ҳолатини ҳам ҳисобга олиб, меҳнат терапияси ташкиллаштирилади. Меҳнат терапияси қари одамнинг ёрдамга муҳтожлигини йўқотишда катта аҳамиятга эга. Қари одам ўзининг одатий машғулотлари доирасида ишласа яхшироқдир. Бу қўнгил тўқлигига, хурсандликка олиб қелади ва ички мувозанатни тиклашга ёрдам беради. Қари одамларнинг қомплекс реабилитацион терапиясида аппаратли физиотерапия, массаж, маҳаллий гидротерапевтик ва иссиқлик муолажалари, айниқса ҳаракат-таянч аппарати қасалликларида ҳаракатланиш функциясини тиклашда катта аҳамиятга эга. Бу муолажалар қари одамларда эҳтиёткорлик билан ўтказилиши керак, чунки улар организмнинг мослашиш қobiliятининг бузилиши температура ва бошқа таъсирларга парадоксал реакция бериши мумкин. Ёшдан қатъи назар қари одамларнинг адаптацион имкониятларига реабилитациянинг охириги босқичларидаги чиниктирувчи режим яхши таъсир қилади. Актив ҳаракат режими кон айланиш ва нафас олиш системасининг функционал имкониятларини қенгайтиради; у организмни қислород билан таъминлайди, кон ивиш ва ивишга қарши тизимга яхши таъсир қилади.

Кайта тиклаш терапиясининг яхши натижалари бўлиши қасалхонадан оилага, одатий шароитга қайтиб қелаётган қари одамнинг ижтимоий, жамоатдаги реабилитацияси қандай

амалга оширилишига боғлиқ. Бу парез ва параличларнинг қолдиқ асоратлари бўлган беморлар учун айниқса муҳимдир, улар одатда ўзининг жисмоний қамчиликларидан уялишади. Хаётнинг одатий шароитларини бузилиши, ички дунёнинг ностабиллиги безовталанишга, кўркишга, ёлғизлик истагига олиб келади. Беморга даволаш пайтида тушқунликка ва депрессияга тушмаслиги учун ёрдам бериш, унда ишончни шакллантириш, яхши рухий қулайлик яратиш керак. Бунинг учун тиббий персонал бемор билан рухий контактда, унинг оиласи билан ўзаро ҳамкорликда бўлиши лозим. Беморнинг яқинларига ундаги касалликни, асоратларини, зарарланган функцияларини тиклашнинг аҳамиятини, беморни парвариш қилиш қоидалари ва беморни руҳиятига таъсир қилишни тушунтириш керак. Уйига қайтган қари одамни ҳолатини яхшиланишига бўлган оптимизм ва ишончни сақлай биладиган обрўли шифокор ва ҳамшира даврий текшириб туришлари керак. Тиббий ва ижтимоий реабилитацияни эффективлигини ошириш учун қундузги ва уй шароитидаги стационарларни ташкил этилиши муҳимдир. Чунки қариндошлари эрталаб олиб келиб кечкурун олиб кетадиган беморлар керак бўлган физиотерапевтик муолажаларни олишлари, меҳнат терапияси билан шугулланишлари, овқатланиш ва дам олиш режимида амал қилишлари, уларни даврий врач кўриб туриши керак.

Ижтимоий тикланишни муҳим бўлими бўлиб меҳнат ва касбий реабилитация ҳисобланади. Тиббий функционал ва оила реабилитацияси билан биргаликда у тўлиқ ижтимоий тузалиш учун керак. Меҳнат фаолияти соғлиқнинг тез тикланишига олиб келади. Лекин тўлиқ реабилитацияни имконият бўйича амалга ошириш учун касалликни тури ва оғирлигини ҳисобга олган ҳолда этапли, яхшилаб уйланган программа керак. Стационар шароитида беморнинг олдинги касби шароитларини, янги қўникмаларини машғулоти турига боғлаб, юкламаларини меъёрига келтириш керак. Электр даволаш, ультратовуштерапия, ёруғликтерапия, сув ва иссиқлик билан даво, массаж каби даволарни қўллаш қариётган организм учун яхши эффект беради.

Дори терапияси. Дорининг таъсири унинг организмда сўрилиши ва чиқарилиши қандай амалга ошишига жуда ҳам боғлиқ. Меъда ичак трактининг структур ва функционал ўзгаришлари натижасида ёш ошиши билан секин сўрилади. Тери остига ва мушак орасига юбориладиган дорилар кеч ва паст интенсивликда таъсир қилади, чунки секин сўрилади. Қариликда организмдан дори моддаларининг чиқиб кетиши бузилади. Жигарнинг зарарсизлантириш функциясининг пасайиши туфайли организмда дори моддалари ва уларнинг парчаланиш маҳсулотлари тўпланади. Бу эса қари ёшдаги одамларда дори интоксикациясининг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Қариликда қузатиладиган атрофия жараёнлари дори воситаларининг фармакодинамикасини ўзгартирувчи муҳим фактор ҳисобланади. Шуни ҳисобга олиш керакки, ёш ошиши билан бошқа тўқималарга қараганда паренхиматоз тўқималарнинг эволюцияси интенсив кечади, шу туфайли дориларни дозалашда тана оғирлиги критерий бўла олмайди.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН МАВЗУЛАР

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

1. Кекса ва қария ёшидаги беморларда нафас органларининг анатомия физиологик ўзгаришлари.
2. Кекса ва қари ёшдаги беморлар юрак–қон томир системаси касалликларидаги анатомия физиологик ўзгаришлар.
3. Беморларни ЭКГга тайёрлаш методикаси.
4. Кекса ва қари ёшдаги беморлар ошқозон – ичак касалликларида буладиган анатомио–физиологик ўзгаришларнинг узига хос қуринишлар.
5. Ошқозонни ювиш техникаси ва ошқозон ширасини олиш.
6. Гепато–билиар системаси касалликларидан келиб чиқадиган анатомио–физиологик ўзгаришларни кекса ва қариялардаги узига хос томонлари.

7. Сийдик ажратиш системаси касалликлардан келиб чикадиган анатомио-физиологик узгаришларнинг кекса ва қариялардаги ўзига хос томонлари.
8. Гериатрияда фармакотерапиянинг асосий принциплари.

Адабиётлар:

1. Дорофеева Р. М. «Семейная медицинская сестра» Москва – 2002г. (Электронный учебник)
 2. Коркушко О.В. «Клиническая кардиология в гериатрии», М.: Медицина, 2000 г.
 3. Котельников Г.П., Яковлев О.Г. «Геронтология и гериатрия» Учебное пособие. М., 2007 г.
 4. Турчина Ж.Е., Мягкова Е.Г. «Сестринское дело в гериатрии». Учебное пособие. М., 2006 г.
 5. Чубаков Т.Ч., Фрике Э.Б, Халики В. «Основы сестринского дела в семейной медицине» (1 – 2 том). Бишкек, 2003 г. (Электронный учебник)
 6. Шомансурова Э.А., Бутаев Ч.Ж. Оила тиббиётида ҳамширалик иши. Дарслик. Тошкент, 2008.
- <http://ziyonet.zn.uz>
 - <http://www.medline.uz>

Мавзу-10. Полиатив ёрдам турлари. Беморлар парваришидаги асосий принциплар (Асс. Л.Х.Ташинова)

Ёши катта одамлар узларининг якинларига нисбатан улимга тайёрроқ турадилар. Хаётидан мамнун булган кексалар улимдан куркмайдилар. Улим хаётнинг сунгги нуктаси, табиий интихосидир.

Биз купинча хатога йул куйиб, улаётган одамни катта сарф-харажатларга карамай, иложи борица купроқ ушлаб туришга ҳаракат киламиз. Купинча бу ҳолат беморнинг ва оиласининг куп азоб чекишига ва асабийлашишларига олиб келади. Куп ҳолларда «яхшироқ шифокор», «мужизавий дори» ни изламасдан, улаётган одам билан якинлашиш ва унинг дардига малҳам булиб, руҳини кутариш куп хайрли ишдир.

Сиз у билан утказган яхшири ва ёмон дамларингиздан, бирга кечирган кувончли ва ташвишли кунларингиздан мамнун ва ундан рози эканлигингизни, улимни кутара олишингизни билдиринг. Охирги соатларда яхши дёлорилардан кура унга сизнинг меҳрингиз ва розилигингиз керак булади.

Ошини ошаб, ёшини яшаб утган инсонлар охири боши ёстикка ётиб, кайта турмаслиги аниқ булиб колганида самимият билан уларга меҳрибончилик курсатинг. Умрининг сунгги дамларини бошдан кечираётган инсонга сизнинг самимий мурувватингиз, меҳрибонлик килишингиз ҳар қандай доридан кура яхшидир. Қари ёки бедаво дардга йуликкан сурункали касал одамлар касалхонада эмас, уйда, оиласи билан булишни хоҳлайдилар. Бу эса беморнинг уз улимини сезаётганидан нишонадир. Биз бундай кишиларнинг ҳиссиёти ва эҳтиёжларини сезиб, узимизникидек қабул килишимиз керак. Улаётган одам уз хаётини узайтириш учун оиласи қарзга ботаётганлигини ва оч қолишлигини уйлаб, азобланади. Бемор унинг улишига руҳсат беришларини сурайди, баъзан бу энг оқил фикрдир.

Баъзи одамлар улимдан куркадилар. Улар азоб чексалар ҳам, бу дунёни ташлаб кетишни хоҳламайдилар. Ҳар бир халқда узига яраша улим ва улимдан кейинги хаёт туғрисида уз тушунчалари мавжуд, бундай гоя ва тушунчалар, фикр, ишонч ва анъаналар улимни осонлаштириш мумкин.

Улим бирдан ва қутилмаганда келиши ёки анчадан бери қутилаётган ҳам булиши мумкин. Меҳримизни берган одамнинг улимига тайёрланиши ва улимни хотиіржамлик билан қарши олишга бизнинг жуда мушкул. Купинча биз бундай ҳолларда таскин бериш, меҳрибончилик курсатиш ва унинг ҳолини тушунишимизни билдиришдан узга ҳеч нарса қила олмаймиз.

Ёш одам ёки боланинг улими оғирдир. Лекин бунда ҳам меҳрибончилик ва очик кунгиллик жуда муҳим. Бола купинча улаётганини қисман танасидаги сезгилар ва қисман атрофидагиларнинг саросимаси ва тушқунлигидан сезади. Ана шундай дамларда улаётган одамга, у қарми ёки ёшми, хотиіржамлик билан тасалли беринг, унинг кунглини кутаришга ҳаракат қилинг. Унга айтмоқчи булган сузларингизни меҳрибонлик билан айтинг. Керак булса йигланг ва уни жуда яхши қуришингизни билдиринг. Бу унга қуч бағишлайди.

Биз ҳаммамиз бир кун келиб уламиз. Шифокорнинг асосий мақсади уладиганларга улимни хотиіржамлик билан қарши олишига ва хаёт қолганларнинг эса азобини енгиллатишга ёрдам беришдан иборатдир.

РЕАНИМАЦИЯ, тирилтириш-организм хаёт фаолиятини аслига қелтириш ҳамда уни терминал ҳолатдан (биологик улим ёқасидаги ҳолатдан) чиқариб олишга қаратилган қоратдбирлар системаси. Терминал ҳолатларга преоғонал давр беморнинг ниҳоятда оғир аҳволда булиши, нафаси, қон айланиши ва организмнинг хаёти учун муҳим булган бошқа функцияларнинг дағал суратда издан чиқиши билан қарактерланади. Бу даврнинг қанча давом этиб бориши ва клиник манзарасининг ҳусусиятлари асосий касаллик табиатига қуп даражада боғлиқ булади. Қунончи, зурайиб борадиган нафас етишмовчилигида преоғонал давр бир неча соат қузилиши мумкин булса, «юрал туфайли» бирдан улишда амалда булмаслиги мумкин.

АГОНАЛ ДАВР, яъни улим талвасаси даврида эс-хуш, йирик артериялар пульси йуколади, нафас жуда издан чикиб, одам кушимча мускуллари иштироки билан (жон талвасасида буладиган характерли юз буриштириш) сийрак-сийрак, чукур-чукур нафас олиб туради, баданининг териси кум-кук кукариб кетади.

КЛИНИК УЛИМ ПАЙТИДА, яъни сезиларли кон айланиши ва нафас тухтаб колгану, аммо марказий нерв системаси ва бошка органларнинг хужайраларида кайтмас узгаришлар хали пайдо булмаган пайтда кон айланиши билан нафасни сунъий йул билан етарлича кувватлаб бориладиган булса, организм хаёт-фаолиятини хъали аслига келтириш мумкин булади. Клиник улим белгилари: эс-хуш ва рефлекслар (жумладан, шох парда рефлекслари) нинг бутунлай йуклиги; бадан териси ва куриниб турадиган шилик пардаларнинг кум-кук кукариб кетиши ёки (масалан, кон кетган булса) оппок окариб колиши; куз корачикларининг анча кенгайиб кетиши; сезиларли юрак кискаришлари йуклиги. Уйку артерияларида пульс сезилмаслиги ва аускультацияда эшитиладиган юрак тонларининг йуколиб кетиши юрак, юрак фаолиятини тухтаб колганидан дарак беради (электрокардиографик текшириш-кардиомонитор билан кузатишда юрак коринчаларида фибрилляция ёки кескин брадиаритмия борлиги аникланади, ё булмаса, тула асистолиядан дарак берадиган тугри чизик кайд килинади).

10-15 секунд кузатиш давомида росмана билинадиган ва уйгунлашган нафас харакатларини аниклаб булмаса, у холда сезиларли нафас йук деб хисоблаш керак.

Клиник улим холати 4 минутдан 6 минутгача давом этади; бемор олдин огир ахволда узок ётиб, кон айланиши ва айникса микроциркуляциясида, тукималарининг метаболизмида дагал узгаришлар юзага келиб колса, бунда клиник улим холати 1-2 минутгача кискариб колади. Клиник улим бошланган пайтини хамиша аниклаб булавермайди, шу муносабат билан руйи-рост биологик

улим белгилари (мурда доғлар ва бошкалар) пайдо булгунча беморни клиник улим холатида деб хисоблайвериш керак.

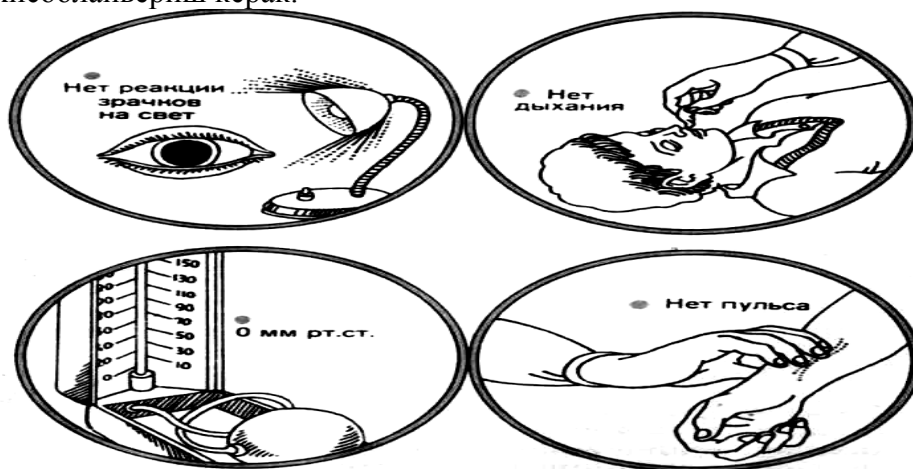


Рис.15.1. Признаки клинической смерти.

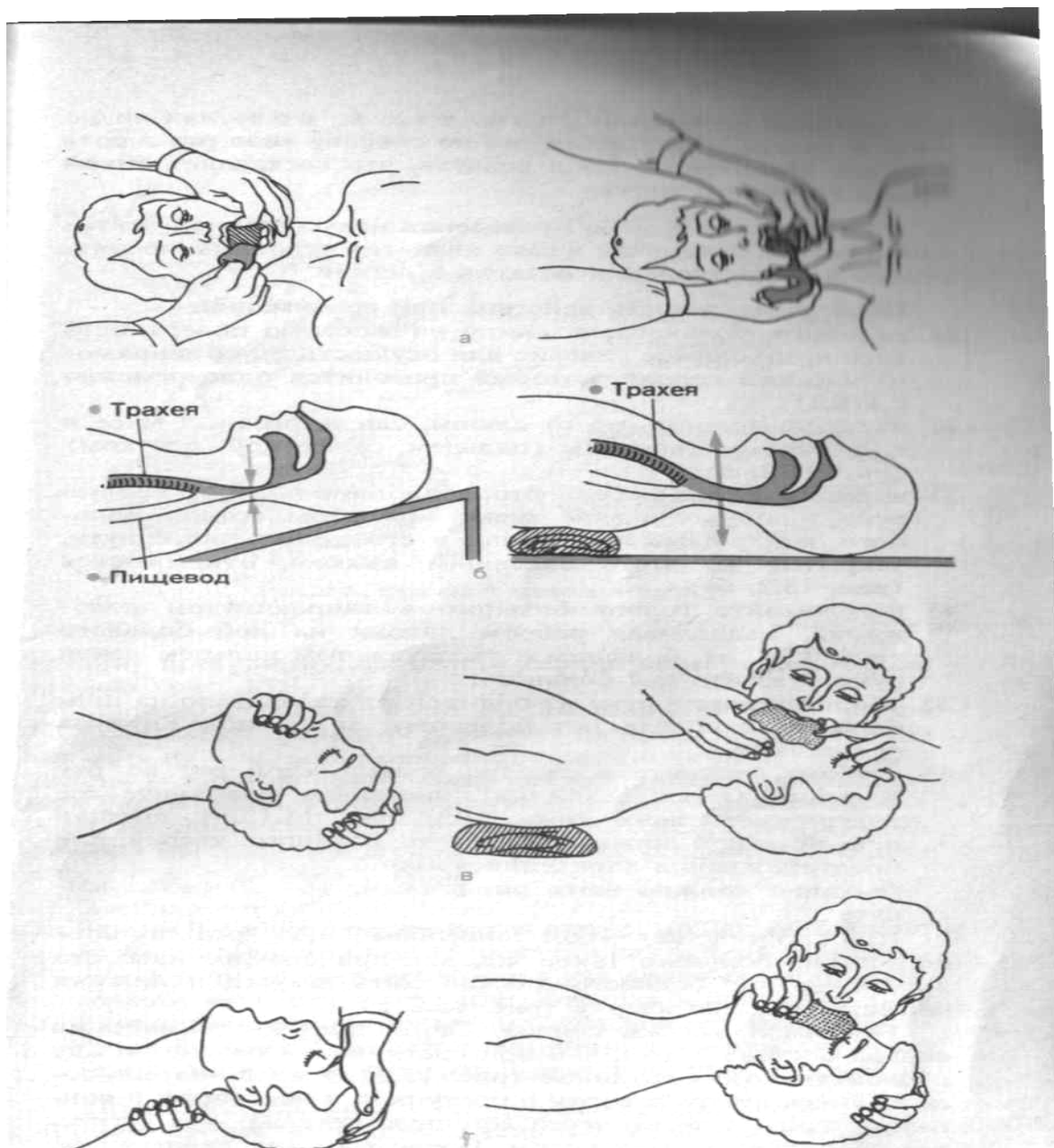
Барча реанимация чора-тадбирлари юракни массаж килиш, упкага сунъий йул билан хаво бериб туриш (сунъий упка вентилизацияси), электр билан юракни дефибрилляция килиш ва стимуллаш-комплекс терапиянинг бошка методлари билан бирга кушиб олиб борилади. Беморга реанимация ёрдами курсатишда одатда реанимация чора-тадбирларнинг асосларини яхши биладиган ва техникасини эгаллаб олган 2-3 киши бир йула иштирок этади.

ЮРАКНИ ДАРХОЛ МАССАЖ КИЛА БОШЛАШНИ зарур килиб куядиган холат коринчаларининг сезиларли кискаришдан тухтаб колишидир. Юракни тугри массаж килиш хаёт учун мухим органларнинг етарлича кон олиб туришини таъминлаб беради ва аксари юракнинг мустакил холда яна аслидек ишлаб кетишига олиб боради. Шу билан бир вақтда упкасига сунъий хаво бериб бориш кони кислород билан етарлича туйинтириб туради.

Врач келгунча килинадиган реанимацияда юрак факат билвосита усул билан, яъни курак кафасини очмасдан туриб устидан, ёпик холда массаж килинади. Туш суягига кафт билан каттик-каттик босиш юракнинг умуртка погонаси билан туш суяги орасига кисилиб,

хажми камайишига ҳамда аорта билан упка аортасига кон отилиб чикишига (сунъий систолага) сабаб булади. Босиш тухтатилган пайтда кукрак кафаси ёзилиб, юрак хажми аслига келадида, диастолага мос келадиган булиб қолади ва ковак веналари билан упка веналаридан юрак булмалари билан коринчаларга кон киради. Шундай қилиб, бир маромда босиб ва бушаштириб туриш нафас сифатида юракнинг ишини бир қадар таъминлаб беради. Юракни билвосита массаж қилиш вақтида бемор қаттиқ жойда ётиши керак: агар у қаровотда бўлса, тагига тезгина тахта қуйиш ёки қаровоти турининг остига умуртка а погонасининг кукрак бўлими қаттиқ юзасида турадиган қилиб табуретка қуйиб қуйиш керак; бордию касал урда ёки полда ётган бўлса, уни бошқа жойга олиб ётқизиш ярамайди. Массаж қиладиган медицина ходими касалнинг ён томонида, қафтининг пароксизмал (қафт усти бугинига яқин) қисмини бемор туш суягининг пастки учдан бир қисмига қуйиб туриши керак. Ходим иккинчи қулининг панжасини биринчи қули устига қуяди, бунда массаж қилаётган одамнинг ростланган қуллари билан елкалари беморнинг кукрак устида турадиган булиши керак. Массаж қилаётган ходим гавдасининг оғирлигидан фойдаланиб туриб, ростланган қуллари билан туш суягига минутага 50-60 мартадан қаттиқ-қаттиқ қилиб, кукрак кафаси қисиладиган ва юракни туш суяги билан умуртка погонаси орасига қисиб қуядиган қилиб босиб борилиши керак. Қилаётган массаж наф бераётганини қурсатадиган белгилар қенгайиб кетган қуш қорачикларининг торайиши, цианоз қамайиши, йирик артериялар (аввал уйқу артерияси)нинг массаж тезлигига яраша уриб туриши, мустақил нафас ҳаракатлари пайдо булишидир. Массажни етарлича қон айланишини таъминлаб берадиган мустақил юрак қисқаришлари тикланмагунча давом эттириб бормок керак (қон айланишнинг етарли булиб қолгани билан артерияларида аниқланадиган пульс пайдо булишига ва систолик артериал қосимнинг қимоб устуни қисобида 80-90 ммқутарилишига қараб белгиланади). Қилинаётган массажнинг наф бераётганини қурсатадиган шак-шубҳасиз белгилар маълум бўлгани қолда юракнинг мустақил ишлаб қетмай қургани юракни массаж қилишда давом этишга мажбур қилади. Юракни массаж қилиш анчагина қуч-қувватни талаб этади, шу сабабдан юракни иккита медицина ходими қалма-қал, ҳар 5-7 минутда урнини алмаштириб туриб, аммо юракни бир маромда босишни тухтамасдан массаж қилиб қоргани маъқул.

Ёши қайтиб қолган одамларда қовурга тоғайлари суяқланиб қолгани муносоқати билан кукрак қасасининг унча мулоқим бўлмаслигини қисобга олиш керак, шу сабабдан қур қуч билан массаж қилиш, тушни қаддан ташқари қаттиқ босиш қовургаларнинг қиниб қетишига сабаб булиши мумкин; бундай асорат юрак массажини давом эттириб қоришга айниқса, унинг наф бераётганини қурсатадиган белгилар бўлган пайтда, қонелик қилмайди. Массаж вақтида қул панжасини туш суягининг қанжарқимон уқиги устига қуқмаслик керак, қунқи уни қаттиқ қосилганида қигар қап бўлагини ва қорин бўшлигининг устки бўлимида жойлашган бошқа қрганлари шикастлантириб қуйиши мумкин.



УПКАГА СУНЬИЙ ЙУЛ БИЛАН ХАВО БЕРИБ ТУРИШ

—суньий упка вентилицияси (кушимча ва суньий нафас бериб бориш) ни такозо этадиган сабаб мустакил нафаснинг кескин сусайиши ва тухтаб колишидир, бундай ходиса одатда терминал холатларда руй беради. Суньий упка вентилициясидан максад упкага етарли хажмда бир маромда хаво бериб боришдир: бунда упка ва кукрак кафасининг эластиклиги хисобига, яъни пассив йул билан нафас чикарилади. Врач келгунча килинадиган реанимация шароитларида «огизни-огизга» ёки «огзини-бурунга» килиб суньий нафас олдириш усули хаммадан осон.

Бунда ксалнинг упкасига 1200 см^3 гача хаво пуфлаб киритса булади. Бу бемалол кифоя килади., чунки соглом одам тинчгина нафас олиб турганида хар сафар ичига $600-700 \text{ см}^3$ атрофида хаво олади. Пуфлаб киритиладиган хаво одамни тирилтиришга бемалол ярайди, унинг таркибида 16 % кислород булади (атмосфера хавосида 21 % кислород булгани холда).

«Огзини-бурунга» килиб нафас бериш методи хам шунга ухшайди, бунда беморнинг огзи ё кафт билан беркитилади ёки пастки лаби устки лабига бармок билан босиб турилади.

Юрак (коронар) касаллиги туфайли одам тусатдан улганида, асфиксияда, электротравмада кон айланишининг тухталиб колиши деярли хамиша юрак коринчаларида тусатдан фибриляция бошланишига боглик булади. Бун тухтатиш ва юракни яна яхшигина

ишлаб кетадиган килишнинг асосий усули **электр билан дефибриляциялашдир**. Коринчаларда фибриляция бошлангани электрокардиографик йулбилан тасдиқланганида (диагноз мутлако тугри булганида) гина эмас, балки фибриляциябошланган булиши мумкин деб асосли гумон килинган, такдирда хам, дефибриляция ишини утказиш керак.

Терминал холатда булган беморларни парваришлашда хамширалик жараёни.

- 1- Боскич: беморни текширишдан утказиш; шикоятлар, умумий маълумотлар, мулокотга киришиш, узини олиб бориши.
- 2- Боскич: хамшира ташхиси; беморни безовта килувчи муоммолар.
- 3- боскич: парваришлаш режаси. М: огрикни камайтириш ва бошқалар.
- 4- боскич: режани амалга ошириш.
- 5- боскич-хамширалик жараёнини баҳолаш.

	Беморни текшириш	Хамширалик ташхиси	режалаштириш	Амалга ошириш	баҳолаш
1	Физикал: эс-хушини баҳолаш, териси холати, нафас олиш сони, АКБ, пульс, сийдик ажралиши.	Терисида ёток яралар, сийдикнинг камажралиши, бош огриги, кориндаги дамлаш, кабзият.	Теридаги ёток яраларни даволаш, огрикни камайтириш, иччи юргизиш, суткалик диурезни аниклаш, АКБ назорати.	Терини доимо тоза саклаш, беморни вазиятини узгартириб туриш, АКБ улчаш, тозаловчи клизма килиш, дориларни уз вақтида бериш.	Теридаги яралар камайди, бош огриги колди, ахлат ажралди, коринда дам камайди, сийдики яхшиланди.
2	Психологик: асабийлашган, мулокотга кирмайди, тузалишига ишонмайди.	Асабий.	Тинчлантириш, касаллиги тугрисида тушунча бериш, ахволи яхшиланишига ишонч билдириш.	Тинчлантирувчи дорилар бериш, беморнинг рухиятини кутариш, кунлиги караб иш юритиш.	Бемор тинчланди, тузалишига ишонди, мулокотга кирди.

Ундан ташкари хамшира доимо огир беморларни назорат килади ва кузатув натижалари кундаликда кайд этади.

Хамшира кузатувининг кундалиги.

	1 чи кун	2	3	4
пархез	Стул №10	Стул №10		
шикоятлар	Бош огрик, кунгил айланиш, ваража.	Бош огриги камайди, кунгил айланиши йук		
уйку	4 соат нотинч	5-6 соат тинч		
Тана харорати	38,2	36,8		
териси	Терисида ёток яралар бор.	Терисидаги яралар бир яхшиланди		
Нафас олиши	18 марта	18		
Пульс, АКБ	84 марта, 140/90	80 марта, 130/80		
иштахаси	пасайган	паст		
Сийдик чикариш	Суткасига 950	Сут. 1050 мл.		

	мл.			
Ахлат чикиши	булган	йук		
Харакат хажми	пассив	пассив		
Дориларни ножух таъсири	Кузатилмади.	Кузатилмади.		

Уткир томир етишмовчилиги.

Уткир томир етишмувончилиги захарланишлар ,инфекцион касалликлар, травмалар, томирдаги узгаришлар ва шу кабилардан ривожланади. Уткир кон томир етишмовчилиги асосан 3га булинади. Хушдан кетиш, коллопс, шок.

Хушдан кетиш–киска вақтда мияга кон етиб бормаслиги натижасида келиб чиқади. Хушдан кетиш асосан вегетатив нерви системаси оркали берилади. Хушдан кетиш хар хил таъсир натижасида келиб чиқади .Кучли таъсир, кучли огрик, жигар ва буйраклардаги касалликлар натижасида, гипервентиляция хам хушдан кетишга сабаб була олади. Хушдан кетганда артериал кон босими 60–70 мм см.уст дан пастга тушади..

Юрак уруши минутига 40–50 тага тушади. Бунда уткир ишемия булади. Мияга хушдан кетиш бир неча секунддан бир неча минутганча чузилиши мумкин.

Ёрдам курсатиш – беморни тоза хавога чикарилади бош буйин кисми очик булиши керак, горинзантал ёткизлади кукрак ва юзлари совук сув сепилади,ношатир спиртини хидлантirlади ,оёк кулларига грелка куйилади ,тери остига кофеин ёки корdiamин юборилади.

Коллопис ва шок. Коллакс уткир томир етишмувчилиги булиб кучли огрик,травмаларда кузатилади. Болаларда бу холат уткир юкумли касалликлар кейин (дизентерия, дефтирия, тиф) шу кабиларда келиб чиқади.

Шок клиникасида асосан АКБ (90/60) дан пасаяди,пульси камаяди, баъзида ноаник булади

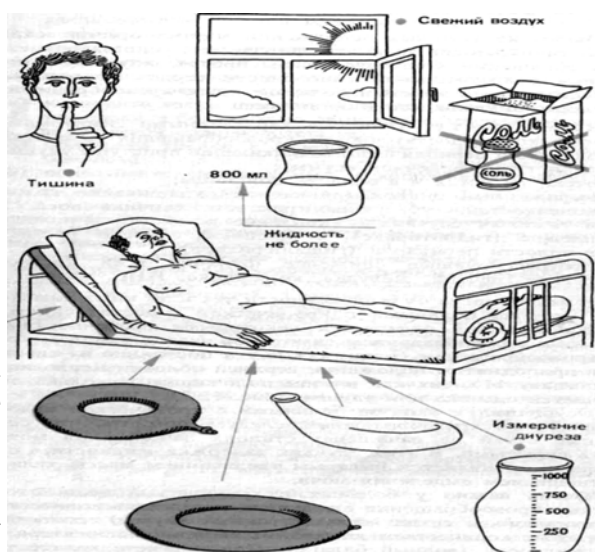
Юрак томпонадаси.Юрак тамнонадасида перикард булишида куп микдорда суюклик йигилиши натижасида юракни сикий туради, натижада юрак уришдан тухташи ёки кучсиз уриб колади. Беморнинг танаси бирданига совийди ,кучли хансираш, юракда кучли огрик пайдо булади.

Даволаш бунда бирданига перикардаги суюклик олинад ва тери остига морфин килинади. Давога кушимча сийдик хайдовчи берилади

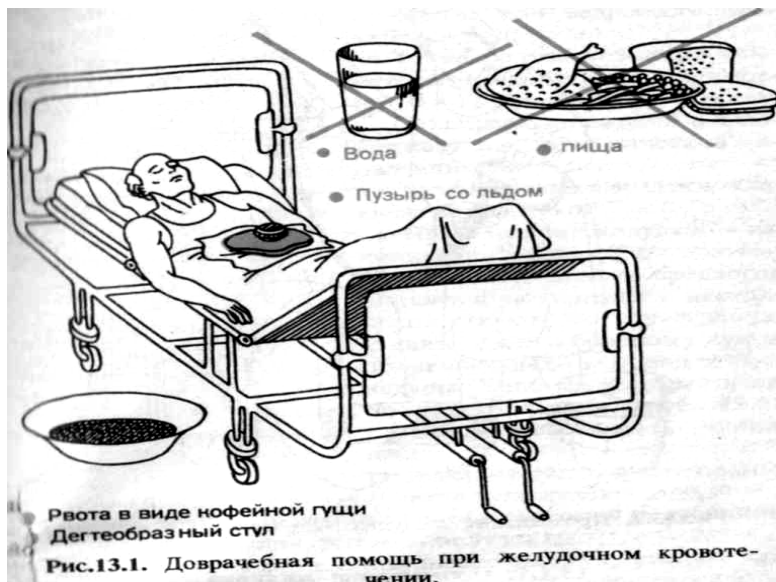
Кон айланиш етишмовчилигида хамширалик жараёни.

Асосий вазифалари: кон айланиш етишмовчилигида кузатиладиган симптомларни аниклаш ва назорат килиш.

Кон айланиш етишмовчилигида кузатиладиган симптомлар: хансираш, оёкларидagi шиш,цианоз, гидроторакс (плевра бушлигида суюкликнинг йигилиши), асцит (корин бушлигида суюкликнинг йигилиши), сийишнинг камайиши, шу сабабли суткали диурез микдори ахамиятга эга. Бунда хамширанинг асосий вазифаларидан бири суткали диурезни аниклашдир, яъни беморнинг сийдиги эрталаб соат 6 дан бошлаб эртаси куни эрталаб 6 гача йигилади.



Бир сутка ичида беморнинг қабул қилган суюқлиги (истеъмол қилган суюқлик, томир ичига юборилган суюқликлар микдори) эътиборга олинади ва шунда кура таҳлил қилинади. Суткалик диурез қабул қилинган суюқликга нисбатан 70-80% ни ташкил қилади. Агар беморнинг қабул қилган суюқлик микдорига нисбатан сийдик ажралиши кам бўлса бу “манфийдиурез” дейилади, аксинча қабул қилган суюқлик микдорига нисбатан сийдик микдори қуп бўлса бу “мусбат диурез” дейилади.

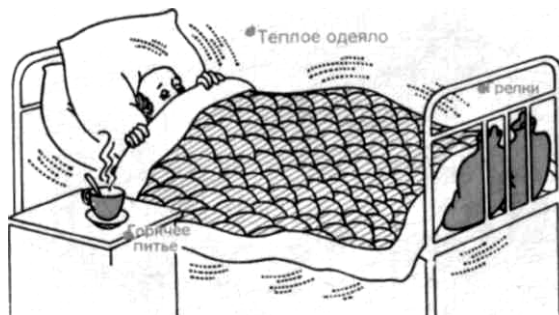
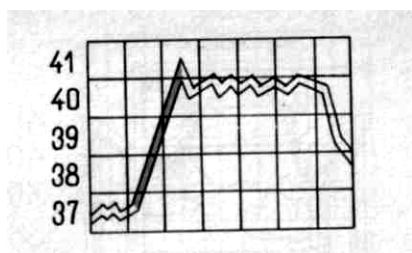


Беморларда ошқозон —ичак трактидан қон кетганда “кофе қуйқасидек” қайд қилиш, ахлатининг қора (мелена) бўлиши, АҚБ нинг пасайиши, териси рангининг оқариши, пульсининг тезлашиши каби белгилар кузатилади.

Беморнинг ошқозон-ичак трактидан қон кетганда ҳамшира ёрдами: беморни дарҳол ётқизиш, кроватининг оёқ қисмини кутариш, врачга хабар бериш, эпигастрал соҳага муз қуйиш, керакли дорилар (кальций хлорид, викасол, этамзилат) тайёрлаш.

Иситма қилган беморларни парваришlashда ҳамширалик жараёни.

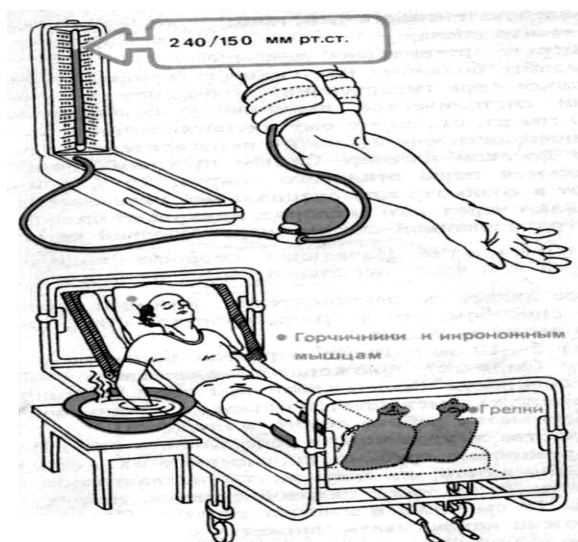
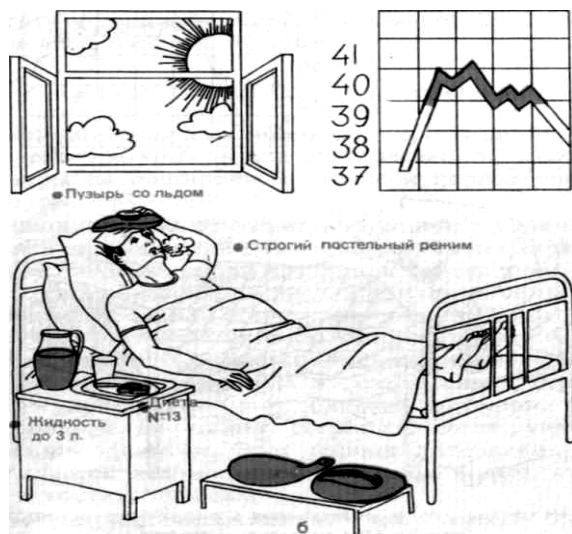
Беморда тана ҳароратининг кутарилишида ҳамшира назорати: тана ҳароратининг юқори даражада кутарилиши даврида периферик қон томирларини спазмива тер ажралишининг қамайиши кузатилиб, бу эса қучли ваража, совук қотиш, бош оғриши, суяк ва мушакларда оғрик бўлишига сабаб бўлади. Бу ҳолатда ҳамширанинг вазифалари: беморни иссик одеяло билан ёпиш, иссик чой ичириш, оёқларига иссик грелка қуйиши лозим.



Тана ҳароратининг нисбатан доимий бўлиши даври (бир неча соатдан, бир неча кунгача) кузатилади, бунда тери томирлари кенгайганлиги ва тер ажралиши қучайганлиги туфайли тана ҳарорати стабиллашади. Бу даврда беморни қизиқ кетиш, терлаш, иштаха пастлиги, умумий дармонсизлик безовта қилади. Бу ҳолатда ҳамширанинг вазифаси: қуп микдорда суюқлик (шарбатлар, наматак шарбати) ичириш, беморга 6-7 марта оз микдорда, енгил ҳазм бўлувчи овқатларни бериш, чойшабларни уз вақтида алмаштириш.

Кескин тана ҳароратининг кескин тушиб кетиши даврида беморнинг АҚБ пасайиши ва пульсининг ипсимон бўлиши кузатилади уз навбатида терининг оқаришига, қул ва оёқларининг совук қотишига олиб келади. Бу ҳолтада ҳамширанинг вазифаси: АҚБ ни

улчаш,кроватьнинг оёк кисмини 30-40 см га кутариш,врачга хабар бериш, беморнинг бош кисмини пасайтириш, оёкларига иссик грелка куйиш, иссик ширин чой бериш, дориларни (кофеин, кордиамин ва бошқлар) тайёрлаб куйиш.



Беморларнинг артериал кон босими кутарилганда хамширалик жараёни.

Беморнинг артериал кон босими кутарилганда куйидаги шикоятлар кузатилади:бош огриши, бош айланиши, калтираш, кунгил айланиш, юрак сохасидаги огрик.

Артериал кон босими кутарилганда хамшира ёрдами:АКБ ни улчаш, беморнинг бош кисмини кутариш, кул ва оёкларига грелка куйиш, врачга хабар бериш, гипотензив дориларни тайёрлаб куйиш.

Паллиатив тиббиёт

Паллиатив ёрдам радикал ва паллиатив ёрдамга булинади:

Радикал ёрдам- беморларни даволанишига оз булса хам ишонч пайдо булганда курсатилади.

Паллиатив ёрдам- барча даволаш учун килинган чоралар нозфективлиги, беморда улим булиши мукаррар булганда кулланилади.

Паллиатив тиббиёт асосида куйидагилар ётади:

- Беморларни кулаб-кувватлаш, хаёт тарзи сифатини улими олдидан яхшилаш.
- Беморни парваришлаш
- Беморни кийнайидиган симптомларни бартараф этиш ва ахволини енгиллаштириш.
- Беморнинг якинлари ва оила аъзоларини рухий куллаб-кувватлаш.

«Паллиатив» сузи лотин тилидан олинган булиб, чодир маъносини билдиради. Паллиатив ёрдам психологик, физик, социал ва рухий кумакларни уз ичига олади.

Паллиатив ёрдам- даволашнинг бир тури булиб у: Беморнинг тузалмаслигини тан олган холда беморни узок вакт давомида куллайди., асосан яшаш тарзини сифати яхшилашга эътибор беради..

-Паллиатив ёрдам максади:

- Симптомларни назорат килиш;
- Реабилитация утказиш.
- Психотерапия;
- Беморларнинг оила аъзолари ва якинларини куллаб-кувватлаш;
- Оила аъзоларини беморни парваришлашни ургатиш;
- Беморларни парваришлашга каратилган куникмаларини назорат килиш;

Паллиатив даво:

1. Улимни тиббий холат деб тан олади;

2. Улимни тезлаштирмайди;
3. Бемор ва унинг оила аъзолари ёрдамида бир хил деб тан олади;
4. Беморни кийнаётган назорат қилади.
5. Беморнинг яшаш тарзи яхшиланади.
6. Беморнинг оила аъзоларини тизимли ёрдам билан таъминлайди.

Паллиатив давонинг самарадорлигига таъсир этади.:

1. Курсатилган ёрдамнинг эффективлиги яъни беморнинг ҳаёт тарзини яхшилайдиган касалликни енгил кечишини таъминлайди.
2. Беморларга ва оила аъзоларига шифокорлар, психологлар, волонтер ҳамшираларнинг томонидан ҳамкорликда ёрдам курсатиш.

Савол : Паллиатив тиббиётнинг асосий вазифалари тугрисида «Кластер» тузинг.

Жавоб: 1. Оғир беморларни қўллаб қуватлаш.

2. Беморларнинг ҳаёт тарзи сифатини улими олдидан яхшилаш.

3. Тушакда ётган беморларни парваришлаш.

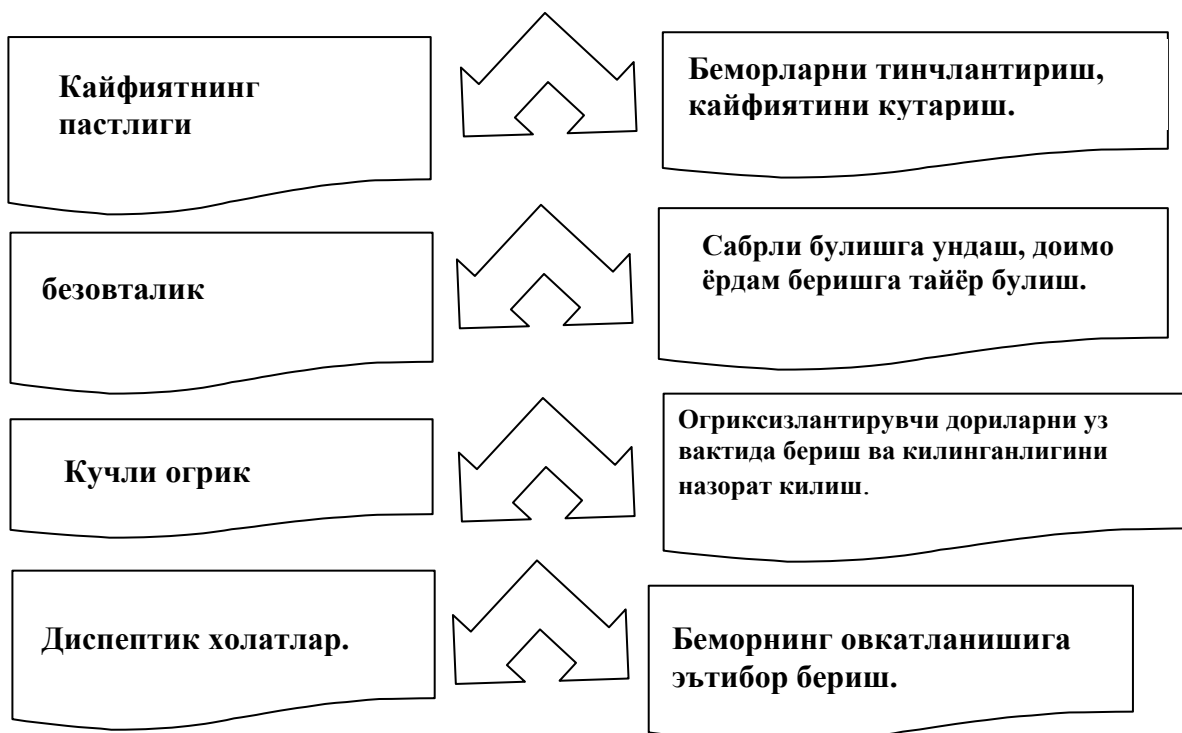
4. Беморларни кийнайдиган симптомлари бартараф этиш ва ахволини енгиллаштириш.

5. Беморнинг яқинлари ва оила аъзоларини руҳий қўллаб- қуватлаш.

Баҳолаш мезони: Хар бир тугри жавоб 25 балл.

Жами: 100 балл.

Савол: Терминал ҳолатда ётган беморларнинг муоммоларини ва уларни ҳал қилишда ҳамширанинг вазифалари тугрисида «Балик скелетини» тузинг.



Баҳолаш мезонлари: Хар бир тугри жавоб 20 балл.

Жами: 100 балл.

Оғир беморларни овқатлантиришда парҳезнинг аҳамияти.

Айрим касалликларда тегишли парҳез фонида оғир беморга вақти-вақтида 1—2 кунга енгиллаштирувчи кун тайинланади, бу касалликнинг кечишида моддалар алмашинувида ижобий таъсир кўрсатади.

Енгиллаштирувчи кунлар куйидагиларга бўлинади:— углеводли — **қанд**, мева, сабзавотли;— оксилли — сут, творог, гўшт ва аралаш (гўшт сабзавотлар билан); — ёғли — сметана, каймоқ.

Қандли кун. Жигар ва ўт йўллари касалликлари, нефрит, хроник энтероколитда тавсия этилади. Ҳар 3 соатда 5 марта 30—40 г **қанд** қўшилган бир **стақандан** иссиқ чой берилади. **Қандли** кун 143,5—191 г углеводлар, 485—780 ккал сақлайди.

Олма бериладиган кун. Ёғ босишда, гипертония касаллиги, атеросклероз, хроник нефрит, хроник полиартритда тайинланади. Кунига 5 марта 300 г дан хом олма, жами 1,5 кг берилади. Юрак-томирлар системаси ва хроник нефрит касалликлари бўлган беморларга 100 **гқанд**қўшиш мумкин. Олмали кун 3 г оксил, 151,5 гуглеводлар, 630 ккал сақдайди; **қанд** қўшилгани билан — 247 г углеводлар, 1020 ккал.

Гуруч-компотли кун. Жигар ва ўт йўллари касалликларида, буйрак касалликларида, гипертония касаллигида тайинланади. Бир кунга — 1—2 кг янги ёки 240 г гуручмевалар, 50 г гуруч, 120 **гқанд**. Компот (1,5 л) 6 кабулга бўлинади, шу билан бирга 2 марта сувда пиширилган ширин гуручли бўтқа билан берилади. Гуруч-компотли кун 8,53 г оксиллар, 0,45 г ёғлар, 276,53 г углеводлар, 1179,5 ккал сақлайди.

Картошка бериладиган кун. Шишлар бўлган ўткир ва хроник нефритда ва юрак етишмовчилигида тайинланади. Кўрсатмалар бўйича 1—1,5 ёки 2 кг печда пишган ва пўчоғи билан қайнатилган тузсиз картошка берилади. 1 кг картошкада (30% чиқитга чидиши ҳисобга олиниб) 12 г оксиллар, 140 г углеводлар 0,147 мг натрий, 3974 мг калий бўлади; 620 ккал.

Салат бериладиган кун. Атеросклероз, гипертония касаллигида, буйрак касалликларида, сийдикли диатезда, хроник полиартритларда қўлланилади. Янги сабзавотлар ва меваларга (1,2—1,5 кг) озроқ миқдорда сметана ва ўсимлик мойи қўшилиб, кунига 4—5 марта берилади. 200—250 ккал.

Бодринг бериладиган кун. Ёғ босиш, гипертония касаллиги, сийдикли диатезда тайинланади. Кун мобайнида беморга 2 кг янги бодринг берилади. Бодрингли кун 14 г оксиллар, 54 г углеводлар, 280 ккал сақлайди.

Тарвуз бериладиган кун. Буйрак ва сийдик йўллари касалликларининг субкомпенсация (қўзиш) ёки декомпенсация босқичида тайинланади. Ҳар 2 соатда кунига 6 марта 100 мл дан сут ва кечкурун ётишдан олдин 200 мл мева шарбати 20 г глюкоза ёки **қанд** билан берилади. 2 марта 25 г дан тузсиз бир оз котгап буғдой уни нонини қўшиб қўйиш мумкин. Нонсиз сут берилади-ган кун 16,8 г оксиллар, 21 г ёғлар, 46,1 углеводлар, 452 ккал сақлайди.

Сут бериладиган кун. Юрак-томирлар системаси касалликларининг субкомпенсация (қўзиш) ёки декомпенсация босқичида тайинланади. Ҳар 2 соатда кунига 6 марта 100 мл дан сут ва кечкурун ётишдан олдин 200 мл мева шарбати 20 г глюкоза ёки қанд билан берилади. 2 марта 25 г дан тузсиз бир оз котган буғдой уни нонини қўшиб қўйиш мумкин. Нонсиз сут бериладиган кун 16,8 г оксиллар, 21 г ёғлар, 46,1 углеводлар, 452. ккал сақлайди.

Сут ёки кефир бериладиган.. Атеросклероз, подагра, ёғ босган беморлар учун. 1,5 л сут ёки кефир ҳар 2—4 соатда 250 г данбкабулга. Сут бериладиган кун 42 г оксиллар, 52,5 г ёғлар, 67,5 г углеводлар, 930 ккал сақлайди.

Творог бериладиган кун. Ёғ босиш ва атеросклерозда тавсия қилинади. Творог (400—600 г) 4 кабулга 100—150 г дан ва 15 г дан сметана ҳар кабулга бўлиб чикилади. Бундан ташқари, қандсиз 2 стакан сутли кофе ва 1 — 2 стаканнаъматак дамламаси берилади. Юрак-томирлар системаси касалликлари бўлган беморларга **қанд** қўшиш мумкин. 400 г творогдан иборат қандсиз творог бери-ладиган кун 52 оксиллар, 54,4 г ёғлар. 19,5 г углеводлар, 794,4 ккал сақлайди.

Гўшт бериладиган кун. Ёғ босишда тайинланади. Бир кунга 360 г. Қайнатилган гўшт (ёғсиз) сабзавотли гарнир билан 6 кабулга (соат 8,14 ва 18 да 90 г гўшт, соат 11 ва 21 да — 45 г гўшт берилади), суткасига қандсиз икки стакан сутли кофе ва 1 — 2 стакан наъматак дамламаси беришга рухсат этилади. Гўшт бериладиган кун 113,5 г оксиллар, 24 г ёғлар, 30,5 углеводлар, 8

ХОСПИС хакида тушунча

ХОСПИС-бу медико-социал корхона булиб,мутахассислар командаси томонидан касаллиги огир булган беморлар ва уларни даволашнинг чораси йук пайда комплекс ёрдам курсатади

ХОСПИС хизмати.-бу паллиатив ёрдамнинг бир тури булиб,терминал холатга олиб келувчи касалликлари бор беморларга ёрдам курсатади ва ёмон окибатларни олдини олиб яшашга ишончини тугдиради.

ХОСПИС га юборишга курсатма:

-уй шароитида беморни безовта киладиган симптомларни бартараф этишнинг иложи йуклигида,

- муоложоаларни уй шароитида бажариш мумкин булмаганда,

-паллиатив даво утказиш учун шароити булмаган (ёлгиз яшовчилар,оилада психологик атмосфера бузик булганда)холатларда.

-беморнинг каровчиларига вақтинчалик дам олишга шароит яратиш учун.

Кейинчалик уй шароитида даволашни давом эттириш учун шароит тугилса,хоспис хизмати ишлари томонидан паллиатив даво давом эттирилади.

Масалан онкологик касалликка дучор булган беморларга курсатилган паллиатив даво асосан кучли огрикларни бартараф кили шва касалликнинг асоратларидан асраш учун хизмат килади.

ХОСПИС хизматчилари томонидан беморнинг каровчиларига огриксизлантириш усуллари,уларни парвариш килишни ургатилади.

Бундан ташкари уй шароитида мутахассислар куриги ташкил этилади.ОИТС касалиги аникланган беморларга ҳам паллиатив ёрдам курсатилади,унда беморнинг хаёт тарзини яхшилаш,якинларини рухиятини кутариш ва куллаб куватлаш.

ОИТС касаллигини паллиатив даволашда куйилган максадлар:

-беморни кийновчи симптомларни бартараф эти шва касалликнинг асоратларини олдини олиш.

-беморга ва унинг якинларига медико-социал ёрдам курсатиш

-беморларни парваришлаш , узига хизмат килиш коъилияти пасайганда тиклаш.

-беморга паллиатив ёрдам курсатувчи медицина ва социал ишчиларига кумаклашиш.

ОИТС билан касалланган беморларга паллиатив даво курсатишга курсатма:

-интенсив огрик синдромида.

-кучли диарея синдромида.

-нафас етишмовчилиги белгилари ривожланганда.

-чукур трофик узгаришлар юзага келганда.

-марказий асаб тизимининг бузилишлари ривожланганда(психик узгаришлар,харакатнинг чекланиши).

-бемор ахволини огирлаштирувчи синдромлар ривожланганда.

Аналитик қисм
Вазиятли масалалар

МАСАЛА-1. Бемор 72 ёшда. Шикоятлари холсизликга таъм ва сезгининг бузилишига, трофик узгаришлар (тирнокларнинг синувчанглиг, тери куруклашиши, огиз бурчакларининг ёрилиши). Анамнезида беморда ёндош касалликлардан бачадон миомаси аниқланган ва даврий бачадондан кон кетиш белгилари кузатилган. Кон таҳлилида гипохром анемия аниқланган.

Саволлар.

1. Қандай касаллик ҳақида йулаш мумкин?
2. Сиз ушбу беморга пархез овқатланиш тугрисида қандай тавсиялар берасиз?

Жавоб.

1. Сурункали аралаш генезли камконлик.
2. Оксилга бой махсулотлар, гушт махсулотларига бой таом

МАСАЛА-2. Бемор 62 ёшда. Тана ҳароратининг 38,8 градусга кутарилиши, томоқдаги огрикгава ютинганда огрикнинг кучайишига шикоят қилади. Томогини курганда некротик ангина аниқланади. Анамнезида бемор охириги 3 йил давомида ОРВИ, ангина, гаймарит утказган. Кон таҳлилида етилган лимфоцитлар ҳисобига лейкоцитлар сонини ошиши кузатилади.

Саволлар.

1. Ҳамширалик ташҳисини қуйинг.
2. Ҳамширалик иши.

Жавоб.

1. Тана ҳароратинг кутарилиши, ютинишнинг кийинлашиши, томоқнинг огриши.
2. Тана ҳароратини назорат қилиш, беморга томогини чайиб туришни тавсия қилади.
3. 70 ёшли эркак поликлиникага ташриф буюриб, хирурга унғ оёқ бош панжасининг кизариб, шишиб, каттик огриб безовта килоётганлигидан шикоят қилиб келган. Касаллик уткир бошланиб, кечаси билан бемор ухламай чикган. Кон таҳлида лейкоцитоз, ЭҲТ 20 мм/соат, сийдик кислотасининг ошиши аниқланган.

Саволлар.

1. Қайси касаллик ҳақида фикр юритса бўлади?
2. Бу беморга сиз овқатланиш бўйича курсатмалар беришингиз мумкин?

Жавоб.

1. Подагра. Подагрик артрит.
2. Беморга пархез ҳақида тушинча бериш. Беморга дуккакли ,ёғли овқатларва спиртли ичимликлар ичиш чекланади.

МАСАЛА-4. Бемор 65 ёшда, шикоятлари вақти вақти билан кукрак кафасида сиқувчи огрик, баъзида дискампорд, нитроглицерин қабул қилингандан кейин аҳволи яхшиланади. Огрик жисмоний ҳаракатдан сунғ юзага келади. Биринчи огрик 2 ҳафта олдин пайдо бўлган.

Саволлар.

1. Қандай касаллик деб уйлайсиз?
2. Даво усуллари.

Жавоб.

1. ЮИҚ Зуриқиш стенокардияси ФС I I
2. Беморни физик зуриқишлардан асраш, беморга ЭҚГ таҳлилини утказиш, артериал кон босимини назорат қилиш, кон ивувчанглигини назорат қилиш.

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1.Терминал ҳолатда беморни парваришидаги муолажалар.

- А) Кайфиятнинг пастлиги,безовталиқ,қучли оғриқлар.
- Б) Сабрли бўлиш.
- В) Диспептик ҳолатлар.
- Г) Уй шароитининг йўқлиги.

2.Оғир беморларни парвариш қилишда ҳамширалик ишига қирмайди.

- А) Беморларга дориларни тавсия этиш.
- Б) Дориларни уз вақтида бериш.
- В) Беморларни овқатланишига эътибор бериш.
- Г) Врачлар буюрган барча муолажаларни бажариш.

3.Оғир беморларда учрайдиган муолажаларни ҳал қилишга қирмайди.

- А) Доимо ёрдам беришга тайёр бўлиш.
- Б) Сабрли бўлиш.
- В) Беморларни кайфиятини кутариш,уларни тинчлантириш.
- Г)Беморларни муаммосини уз вақтида бартараф этиш.

4.Қандли диабет касаллиги билан касаланган беморларни парваришига қирмайди.

- А) Терисини ҳар хил таъсирлардан асраш.
- Б) Пархезига эътибор бериш.
- В) Ётоқ яраларни олдини олиш.
- Г) Тана ҳароратини улчаш.

5.Инсулт утказган беморларни парваришига қирмайди.

- А) Тана вазнини улчаш.
- Б) Беморларни тана вазиятини узгартириб туриш.
- В) Беморларни овқатлантириш.
- Г) оғиз бушлиғи ва нафас йўллари тозалаб туриш.

6.Терминал ҳолатда ётган беморларни парвариш қилишда ҳамширанинг вазифасига қирмайди.

- А) Беморни тана ҳарорати,пульс,артериал қон босимини ва таҳоратларини назорат қилиш.
- Б) Касалликларда учрайдиган асоратларни олдини олиш.
- В) Беморларда кузатиладиган ҳар бир узгаришлар тугрисида врачга хабар қилиш.
- Г) Врач тавсияларини лозим бўлганда бажариш.

7.Паллиатив ёрдам қачон қўйилади.

- А.терминал ҳолатга олиб келувчи касалликлари бор беморларга.
- Б.жаррохлик операциясидан кейинги ҳолатларда.
- В.қарияларга.
- Г.ногиронларга.

8.ХОСПИС нима :бу-

- А.паллиатив даволаниш бир тури бўлиб,терминал ҳолатга олиб келувчи касалликлари бор беморларга ёрдам қўйилади.
- Б.сурункали касалликлари бор беморларга ёрдам қўйилади.
- В.кекса ва қарияларга ёрдам қўйилади.
- Г.барча беморларга ёрдам қўйилади.

9.Паллиатив даво қайси мутахасислар томонидан амалга ошади.

- А.психолог,онколог,ҳамшира,жаррох.
- Б.оила шифокори,ҳамшира.
- В.нарколог,психиатр,ҳамшира.
- Г.оила шифокори,психолог,касалигига доир мутахасислар,хоспис хизматчилари.

АДАБИЁТЛАР:

1. Гасилин В.С. Хронические формы ишемической болезни сердца. М.М.1976 г
2. Коркушко О.В., Орлов П.А.Возрастные особенности фармакокинетики дигоксина. Тер.арх.1976 г.
3. А.И.Грицюка. Лекарственные средства в клинической кардиологии. Под ред. Киев. 3.1976 г.
4. Пархотик И.И. Ишемическая болезнь сердца в пожилом и старческом возрасте. Киев 1976 г.
5. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда в пожилом возрасте. В кн. Артериальная гипертония, коронарная недостаточность в пожилом и старческом возрасте. Киев. 1969 г.
6. Помощь умирающим Здоровье мира. 1982 г. стр 16-19.
7. Подласый И.П. Педагогика том 1,2 М.1999 г.

2013 йил 7 мартда босишга рухсат этилди.
Қоғоз бичими А4. Офсет қоғози.
Адади 100 нусха. Буюртма № 33

СамДЧТИ нашр-матбаа марказида чоп этилди.
Манзил: Самарқанд шаҳар, Бўстонсарой кўчаси, 93 уй.

