

**GERIATRIYADA OVQAT HAZM QILISH TIZIMI KASALLIKLARI
KECHISH XUSUSIYATLARI**

Ablakulova Munisa Xamrokulovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston Respublikasi.

Каримова Нигора Хакимовна

*Siyeб Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi, Samarkand,
Uzbekiston*

Аннотация

Yildan yilga katta yeshdagi axoli soni ortib bormokda. Oila shifokorlari ko'proq keksa odamlarni tekshirishlari va davolashlari kerak. Shu bilan birga, shifokor faqat geriatrik amaliyotga xos bo'lgan bir qator o'ziga xos muammolarga duch keladi. Oila shifokori keksa odamga g'amxo'rlik qilayotgan qarindoshlaridan anamnez yig'ish bilan cheklanmasligi kerak. Keksа bеmоr ko'pincha juda ko'p shikoyat qiladi va ongli ravishda yoki ongsiz ravishda, uning fikricha, shifokor eshitishni xohlaydigan javoblarni beradi. Katta yoshdagi guruhlarda gastroenterologik kasalliklar o'zgaradi: funksional buzilishlar ulushi kamayadi, o'tkir kasalliklarning chastotasi pasayadi, lekin ularning ko'rinishi odatda tipik klinik ko'rinish bilan birga kelmaydi, surunkali patologik jarayonlarning rivojlanish ehtimoli ortadi va rivojlanish xavfi ortadi, ovqat hazm qilish organlarining saratoni ko'payadi.

Kalit so'zlar: funksional kasalliklar, layoqatlik, singdirish, yomon sifatli o'sma.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА В ГЕРИАТРИИ**

Аблакулова Муниса Хамрокуловна

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,

Республика Узбекистан

Каримова Нигора Хакимовна

Сиябский техникум общественного здоровья имени Абу Али ибн Сина,

Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация

Семейному врачу, все чаще приходится обследовать и лечить пожилых людей. При этом врач сталкивается с рядом специфических проблем, характерных для только гериатрической практики. Семейный врач не должен ограничиваться сбором анамнеза у родственников, осуществляющих уход за пожилым человеком. Больной пожилого возраста часто отличается повышенной внушаемостью и сознательно или бессознательно дает ответы, которые, по его

мнению, хочет услышать врач. Гастроэнтерологическая заболеваемость в старших возрастных группах изменяется: снижается доля функциональных расстройств, снижается частота острых заболеваний, однако их появление обычно не сопровождается типичной клинической картиной, увеличивается вероятность прогрессирования хронических патологических процессов, риск развитие рака органов пищеварения увеличивается.

Ключевые слова: пожилые, функциональные заболевания, приверженность, злокачественные новообразования, внушаемость.

В настоящее время доля пожилых людей в общей численности населения увеличивается с каждым годом [1]. Врачам различных специальностей, в первую очередь семейному врачу, все чаще приходится обследовать и лечить пожилых людей. При этом врач сталкивается с рядом специфических проблем, не характерных для пациентов с другими возрастными группами. Нередко симптомы серьезных гастроэнтерологических заболеваний, как у самого больного и тем, кто за ним ухаживает, кажутся проявлениями старения организма, не требующими обследования и лечение. Для внимательного семейного врача, знающего пациента, а также условия его жизни на протяжении многих годов жизни изменения в самочувствии и состоянии пожилого человека не останутся незамеченными. Но врач, который недавно встретился с пожилым пациентом, может испытывать трудности с интерпретацией патологических возрастных изменений в организме данного пациента. Врач начинает испытывать трудности при осмотре пожилого пациента с этапа сбора анамнеза. Чрезмерно активный разговор с врачом не способствует установлению психологического контакт с пожилым пациентом. Пожилой пациент часто устает от долгого разговора, в этом случае врач может собрать анамнез в несколько этапов. Если контакт с пожилым человеком затруднен, врач может испытать трудности при сборе анамнеза одновременно, так как пожилым людям легче вспомнить незначимые события из своей профессиональной и личной жизни, а затем то, самочувствие в тот или иной период. Семейный врач не должен ограничиваться сбором анамнеза у родственников, осуществляющих уход за пожилым человеком. Обязательно проведение беседы с пожилым пациентом в отсутствие посторонних лиц, которые позволит уточнить психологический статус больного, его положение в семье. Пациент с нейросенсорной тугоухостью является серьезной проблемой для сбора анамнеза. Общаясь с ним, врачу нужно говорить ясно, четко, спокойно, несколько медленнее обычного, не кричать на ухо больному. Лицо врача должно не только выражать интерес и сочувствие, но и быть достаточно освещенным, так как движения губ помогают слабослышащему пациенту понять проблему.

Больной пожилого возраста часто отличается повышенной внушаемостью и сознательно или бессознательно дает ответы, которые, по его мнению, хочет услышать врач. Поэтому при рассмотрении пожилому пациенту вопросы лучше задавать в форме, предполагающей отрицательный ответ [7]. Например, при определении места боли в животе целесообразно спросить об отсутствии боли в этом или другая зона. Если следует ответ: «Нет, в этом месте, наоборот, боль», то такой ответ будет ближе к истине, поскольку форма вопроса исключала внушаемость. Собирая анамнез, врачу следует избегать непонятных пожилому человеку медицинских терминов, говорить просто и ясно. Пожилой пациент и врачи часто понимают одни и те же слова по-разному. В то же время многие пациенты к старости имеют богатый опыт работы в медицинских учреждениях, считают себя достаточно компетентными в медицине и, стремясь облегчить задачу врачу, он начинает перечислять диагнозы, когда его спрашивают, что беспокоит. В данном случае это важно, не перебивая больного и не вступая с ним в спор, начать уточнять симптомы, по-разному формулируя вопросы для формирования мнения о диагнозе.

Медицинские термины, используемые пациентом, не должны служить для врача основой для формирования целостного представления о болезни. Во многих случаях пожилой пациент переоценивает свой прошлый опыт лечения, что может помешать семейному врачу заподозрить, например, инфаркта миокарда у больного приступом брюшной боль, если сам больной на протяжении многих лет связывает эту боль с язвенной болезнью. Боль в животе может беспокоить пожилого пациента при ряде заболеваний, не связанных с патологией органов брюшной полости. Это может быть пневмония, плеврит, инфаркт миокарда, гипертонический криз, острая правожелудочковая недостаточность, почечная колика [6, 9]. Возможны и обратные ситуации, когда гастроэнтерологические заболевания у пожилых пациентов маскируются симптомами заболеваний других органов. Например, неприятные ощущения за грудиной, рассматриваемые у больного как проявление заболевания сердца, может быть первым признаком гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а иногда и рака пищевода [2, 6]. Одышка, тахикардия, боли в области сердца у пожилого пациента с длительным «кардиологическим» анамнезом иногда служат проявлением большого дивертикула пищевода, желчнокаменная болезнь [3, 5]. Причина упорного кашля у пожилого пациента который убежден, что у него хронический бронхит, возможно, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь или рак пищевода [3, 4]. Обычно наблюдается внезапная астенизация в пожилом или пожилом возрасте, потеря интереса к окружающему рассматривается как пациентом, так и его родственниками как естественное проявление старения. Однако семья играет важную роль, врач обязан обратить внимание на симптомы

которые отмечают домочадцы, так как они даже при отсутствии температуры, часто указывают на развитие острого инфекционного процесса в организме пожилого человека при указании частого стула, жидкого стула отмеченные родственниками.

У пожилого пациента падение артериального давления и появление тахикардии могут быть единственными начальными симптомами острой катастрофы в брюшной полости, например, перфорация язвы [2, 6]. Пожилой человек, считающий себя больным колитом, может страдать хронической ишемической болезнью пищеварительной системы, например дивертикулез толстого кишечника, рак толстой кишки, туберкулез кишечника [2, 9, 11].

Зуд у пожилого пациента способствует скорейшему обращению к врачу, так как это создает дискомфорт пожилому человеку, чем другие более грозные но мало ощутимые симптомы. И очень часто пациентом это рассматривается как аллергическая реакция и больной занимается самолечением, может привести к маскировке основного заболевания в гериатрии, синдрома холестаза, а не аллергическая реакция а может быть признаком более грозного состояния.[3, 5]. Если аллергическая реакция, такая как крапивница, впервые возникла у пожилого человека, который не склонен к аллергии, семейный врач должен с осторожностью собрать онкологический анамнез и обследование у онколога[6, 8, 9].

Внимательный врач обратит внимание на мигрирующий тромбоз у пожилого члена семьи, так как эта патология часто является первым и косвенным признаком рака внутренних органов у пожилых людей, например, рака поджелудочной железы [2, 6]. В целом клиническая картина большинства гастроэнтерологических заболеваний у лиц старших возрастных групп отличаются от обычных представлений. Все висцеральные рефлекс у пожилых людей снижены [2, 4, 6]. Интенсивность боли у пациентов старшей возрастной группы не всегда коррелирует с тяжестью заболевания.

Многие заболевания зачастую проявляются лишь при нарушении общего состояния, ощущения [2, 6]. Осматривая пожилого пациента, врач должен помнить, что процесс старения смыкает типичную клиническую картину.

Гастроэнтерологическая заболеваемость в старших возрастных группах изменяется: снижается доля функциональных расстройств, снижается частота острых заболеваний, однако их появление обычно не сопровождается типичной клинической картиной, увеличивается вероятность прогрессирования хронических патологических процессов, риск развитие рака органов пищеварения увеличивается. Лечение пожилого пациента также представляет собой дополнительную проблему. Пожилой пациент часто имеет собственные представления о лечении большинства заболеваний органов пищеварения. Не

придает значения организации рационального питания в семье, но широко использует различные биологически активные добавки, «народные» методы лечения, пользуется советами соседей, знакомых и других лиц, далеких от медицины [3, 10, 11]. Пожилой пациент чаще, чем молодой доверяют рекламе лекарств в СМИ, самостоятельно, прочитав инструкцию или по совету друзей меняет дозировку препарата, назначенного врачом, не употребляет или заменяет препарат на другой, более «эффективный», с его точки зрения. Чтобы избежать подобных недостатков в лечении больного, авторитет семейного врача в глазах пожилого пациента должен быть достаточно высоким. К сожалению, это не всегда возможно, особенно если разница в возрасте между пациентом и врачом превышает 20 лет. Проблема заключается в широком бесконтрольном применении нестероидных противовоспалительных препаратов специально для лечения пожилым людям для облегчения болей, в том числе в брюшной полости. Последствия такого «лечения» хорошо известны: это не только обострение артериальной гипертензии, но и появление «немых» гастродуоденальных язв, которые впервые проявляются только кровотечением. Каждый семейный врач знает, что запор является наиболее распространенной «гастроэнтерологической» жалобой пожилых людей. Но, как правило, пожилые пациенты не подозревают, что длительное применение слабительных средств, которые они так часто используют (на основе сенны), препараты способствует развитию рака толстой кишки и мочевыводящих путей. Их следует заменить на препараты лактулозы. Некоторые последователи модного «учения» об исцелении тела практикуют длительное голодание, которое абсолютно противопоказано в пожилом возрасте, даже в период обострения хронического панкреатита. Наиболее распространенными являются высокое содержание углеводов в рационе, а также недостаточное потребление воды и клетчатки. Семейный врач должен акцентировать ошибки, на которые пожилой пациент должен обратить внимание. Пожилые пациенты в ряде случаев игнорируют лекарства, назначенные врачом внутрь, т. к. более эффективным считают парентеральное введение препаратов, особенно внутривенное. Однако как внутримышечные, так и внутривенные инъекции небезопасны.

Для пожилого пациента, так как с возрастом появляются нарушения микроциркуляции, снижение скорости кровотока, изменения гемостаза и состояния сосудистой стенки [3, 5, 10]. Проглатывание у пожилых людей также может быть проблематичным. У пациента пожилого возраста с нарушением зрения, глотания, паркинсонизмом, снижением тактильных ощущений, чувствительности и нарушении мозгового кровообращения, удаление таблетки может быть затруднительным, а иногда и невозможным из флакона, не рассыпая остальные, вынуть из блистера, положить в рот и проглотить. Часто пожилые

пациенты путают назначенные врачом лекарства, забывают время приема последней дозы и принимают еще раз «на всякий случай». Поэтому перед семейным врачом стоит непростая задача – подробно, во многих случаях в письменной форме, объяснить пожилому пациенту, когда и какие лекарства ему следует принимать. Пероральный прием препарата в старческом возрасте может быть менее эффективным, чем в молодом, из-за снижения его всасывания в желудочно-кишечном тракте, из-за произвольных изменений в пищеварительной системе. Но, в то же время, у пожилых людей чаще, чем у молодых, наблюдаются случаи передозировки препарата вследствие гиповолемии, гипопроteinемии, замедления метаболизм лекарств в печени и почках. Поэтому при назначении лекарственной терапии врачи-гериатры рекомендуют снизить на треть общепринятые дозы лекарств у пожилых пациентов[10, 11].

В заключении следует подчеркнуть, что указанные выше особенности поведения больного пожилого возраста, страдающего заболеваниями органов пищеварительной системы, не исчерпывают всех проблем, с которыми сталкивается семейный врач в той или иной ситуации однозначная позиция по ряду тактических моментов еще не выработана, многие из фундаментальных вопросов ведения пожилого п Проблемы ведения семейным врачом пожилого пациента с заболеваниями органов пищеварения остаются открытыми и во многом зависит от знания и мастерства семейного врача.ациента остаются дискуссионными и далекими от разрешения. Проблемы ведения семейным врачом пожилого пациента с заболеваниями органов пищеварения остаются открытыми и во многом зависит от знания и мастерства семейного врача.

Литература

1. Ф.Г. Назыров. Общая врачебная практика, Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005й
2. А.Г.Гадаев, Х.С.Ахмедов Умумий амалиёт врачлари учун амалий кўникмалар тўплами, Тошкент, “Muharrir nashriyoti”, 2010й
3. И.Н. Денисов с соавт. Энциклопедия клинического обследования больного. ГЭОТАР. Москва, 1998 г.
4. И.Н. Денисов с соавт. Энциклопедия клинического обследования больного. ГЭОТАР. Москва, 1998 г.
5. И.Н. Денисов с соавт. Общеврачебная практика (семейная медицина). Практические навыки. Москва, 2004 г.
6. Дж. Нобель Обще врачебная практика. Москва, Издательский дом практика, 2005г.
7. Аблакулова М.Х., Абдухамидова Д.Х. Особенности стареющего организма и фармакотерапии в гериатрии //InterConf. – 2020.

8. Абдухамидова Д., Аблакулова М. Роль врача общей практики в профилактике ожирения //Журнал вестник врача. – 2011. – Т. 1. – №. 2. – С. 27-30.
9. Тинсли Харрисон. Внутренние болезни, Москва, «Практика», том 1 и 2, 2002 г.
10. Захидова М.З., и др. Сборник клинических протоколов №4. Учебно-методическое пособие для общепрактикующих врачей. Ташкент 2015 г. I,II части
11. Хакимова Л.Р., Абдухамидова Д.Х., Аблакулова М.Х., Узбекистонда бирламчи тиббий бугинида гериатрия хизматини йулга куйишда килинган харакатлар(адабиетлар шархи) Ж: «Проблемы биологии и медици-ны», № 4 (113), 2019 г., с. 269-272