

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
3-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**“КЕКСАЛИК АСТЕНИЯСИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

«КЕЛИШИЛГАН»
Тиббиёт ходимларининг касбий
малакасини ривожланиш маркази
директори
Профессор Х.А. Акилов

_____” 2025 йил



**“КЕКСАЛИК АСТЕНИЯСИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

**“КЕКСАЛИК АСТЕНИЯСИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа:

Кексалик астенияси нозологиясининг ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник протоколлари	1
Кексалик астениясида нозологиясида тиббий аралашувлар бўйича миллий клиник протоколлари.....	46
Кексалик астенияси нозологияси тиббий профилактика ва реабилитацияси бўйича миллий клиник протоколлари.....	59
Кексалик астенияси нозологиясининг паллиатив давоси бўйича миллий клиник протоколлари	72

Кириш

Кексалик астениясининг ХХТ кодлари:

ХХТ R54	ҚАРИЛИК
	Кексалик Психоз билан боғлиқ бўлмаган қарилик ёши Психоз билан боғлиқ бўлмаган кексалик: Кексалик <ul style="list-style-type: none">• астения• заифлик Истисно: қарилик психози (F03)
	Ҳавола: https://mkb-10.com/
ХХТ-11 MG22 MG2A ХТ9Т FA00	Астения Ҳавола: https://www.vidal.ru/drugs/mkb11/mg22

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази (ТХКМРМ) ҳисобланади.

Кардиология ишчи гуруҳининг қуйидаги аъзолари клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшдилар:

Жараёни ташкил этиш борасида кардиология йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

Протоколни ишлаб чиқишга маъсул муассаса:

- Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази.

Геронтология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзоларининг рўйхати:

Акилов Хабибулла Атауллаевич	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Хамрабаева Феруза Ибрагимовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази терапия факултети декани, гастроэнтерология ва физиотерапия кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Талипова Юлдуз Шавкатовна	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош геронтолог, гериатри, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори
Тулабоева Гавхар Мирокборовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси мудир Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси раисининг ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Сагатова Холида Махмудовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди
Файзиева Нозима Нуриллаевна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази "Превентив тиббиёт - валеология асослари" кафедраси мудир, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Муаллифлар рўйхати:

Акилов Хабибулла Атауллаевич	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Хамрабаева Феруза Ибрагимовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази терапия факултети декани, гастроэнтерология ва физиотерапия кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Талипова Юлдуз Шавкатовна	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош геронтолог, гериатри, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва

**Тулабоева Гавхар
Мирокборовна**

геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси мудир

**Сагатова Холида
Махмудовна**

Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси раисининг ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

**Файзиева Нозима
Нуриллаевна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази "Превентив тиббиёт - валеология асослари" кафедраси мудир, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Тақризчилар:

**Каюмов Улугбек
Каримович**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг ички касалликлар кафедраси профессори, т.ф.д.

**Гулмира Мусаевна
Байтова**

Қирғизистон Давлат тиббиёт институтининг қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш оилавий тиббиёт кафедрасида геронтология ва гериатрия курслари раҳбари, Қирғизистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Бош Геронтологи, профессори, т.ф.д.

Клиник протокол Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази **Марказий ташкилий-услубий Кенгашида** муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди. **2025й. «19» май, баённома № 9**

Клиник протокол Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази **Олимлар Кенгашида** тасдиқланган. 2025й. «28» май, баённома № 51

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

Низамов Улугбек Иргашевич Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги кардиолог Бош маслаҳатчиси, ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази директорининг даволаш ишлар бўйича ўринбосари, тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим.

Ушбу клиник протокол ва стандарт Соғлиқни сафлаш вазирининг тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.Алмарданов, клиник протоколлар ва

стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи, Ш.Р. Нуримовалар, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Г.Т. Жумаевалар, Н.Ф. Рахимовалар ташкилий ва услубий ёрдами асосида ишлаб чиқилди.

Протоколда фойдаланилган қисқартмалар:

АГ	артериал гипертензия
ҚБ	қон босими
АСК	ацетилсалицил кислота
АЮҚТК	атеросклеротик юрак-қон томир касалликлари
АФФ	асосий функционал фаолият
ЖССТ	Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГС	гериатрик синдром
ГП	гликопротеин
ИТАТТ	икки томонлама антитромбоцитар терапия
ИФФ	инструментал функционал фаолият
КҚГБ	кенг қамровли гериатрик баҳолаш
КК	креатинин клиренси
ХНН	халқаро нормаллаштирилган нисбат
ЎКС	ўткир коронар синдром
ҚА	қариллик астенияси
КФТ	коптокчалар филтрация тезлиги
ЮҚТК	юрак-қон томир касалликлари
ТЛТ	тромболитик терапия
ТТГ	тиреотроп гармон
БФ	бўлмачалар фибрилация
ТОКА	Тери орқали (перкутан) коронар амалиёт
25(ОН)D	25-Гидроксивитамин D (калцидиол)
СКД-ЕРІ	коптокчалар филтрация тезлигини ҳисоблаш учун формула
FRAX	Fracture risk assessment tool сенишхавфинибаҳолашшкаласи
START	Screening Tool to Alert to Right Treatment(65 ёш ва ундан катта беморларга дори-дармонларни тўғри буюриш учун скрининг мезонлари
STOPP	Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (65 ёш ва ундан катта беморларга тавсия этилмайдиган дориларни скрининг қилиш)

Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:

- оилавий шифокорлар;
- терапевтлар;
- кардиологлар;
- неврологлар;
- эндокринологлар,
- клиник фармакологлар;
- парҳезшунослар;
- ревматологлар;
- урологлар;
- акушер-гинекологлар;
- оториноларингологлар;
- сурдолог-оториноларингологлар;
- офталмологлар;
- ортопедик травматологлар;
- жисмоний тарбия шифокорлари ва тиббий реабилитация бўйича мутахассислар;
- соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- ҳамширалар;
- талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
- кексалик астенияси билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш қилувчилар.

Беморлар тоифалари: астения билан оғриган қари ва кекса одамлар.

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ДД)

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно

3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Профилактик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (РТТ) баҳолаш шкаласи

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

2. Асосий қисм

2.1. Кириш

КА тушунчаси 2000-йилларнинг бошларида организмнинг ички захираларининг камайиши ҳолатини тавсифлаш учун таклиф қилинган, бу кексалар ва қарияларда юқори ўлим хавфи ва бошқа салбий оқибатларни башорат (прогноз) қилишга имкон беради. Концепция кекса ва қарияларнинг популяциясининг ўзига хосликларини тушунишга ва нафақат ёш ва/ёки сурункали касалликларнинг мавжудлигидан келиб чиқиб, кекса беморнинг ҳаёти ва соғлиғи прогнозини ва саломатликни мақбул бошқарув тактикасини танлашни аниқлашга асосланган [1, 2]. КА нинг ривожланиши организмнинг жисмоний ва функционал фаоллигининг пасайиши, организмнинг адаптив ва тикланиш захиралари пасайиши, салбий натижалар хавфини оширади-касалхонага ётиш 1,2-1,8 баравар, функционал етишмовчиликнинг ривожланиши 1,6 - 2,0 баравар, ўлим ҳолати 1,8-2,3 баравар, жисмоний чекловлар 1,5-2,6 марта, йиқилиш ва синишлар 1,2-2,8 марта ортади [3].

КА ривожланиши ёш билан бирга қуйидагилар хавф омилларига боғлиқ: жисмоний фаолликнинг паст даражаси, овқатланиш сифатининг пастлиги, депрессия, полипрагмазия, ижтимоий омиллар (кам даромад, ёлғиз яшаш, таълимнинг паст даражаси).

КА синдроми бўлган беморларнинг аксарияти бир нечта сурункали касалликларга эга. КА нинг юрак-қон томир касалликлари-артериал гипертензия, юрак қон-томир касаллиги, сурункали юрак етишмовчилиги, шунингдек қандли диабет, сурункали буйрак касаллиги, бўғимлар ва пастки нафас йўллари касалликлари ва онкологик касалликлар билан боғлиқлиги аниқланди [4].

Қарилик (кексалик астенияси) - гериатрик синдром, кекса инсон организмни физиологик резервини ва организмни кўплаб тизимини функциясини ёшга боғлиқ ҳолда пасайиши, кекса ёшдагилар организмни эндоген ва экзоген хавф омиллари таъсирини ортишига ва натижада соғлиқ учун салбий оқибатларни келиб чиқиш хавфини ортишига, автономияни йўқолишига ва ўлимга олиб келади. Кексалик астения синдроми бошқа ГС ва полиморбидлик билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, касалликни ортга қайтариш мумкин ва бу беморни ташхислаш ва даволашда кузатишга таъсир қилади [5].

Клиник таснифи (этиологияси, босқичлари бўйича). Кексалик астенияси - гериатрик синдром, кекса инсон организмни физиологик резервини ва организмни кўплаб тизимини функциясини ёшга боғлиқ ҳолда пасайиши, кекса ёшдагилар организмни эндоген ва экзоген хавф омиллари таъсирини ортишига ва натижада соғлиқ учун салбий оқибатларни келиб

чиқиш хавфини ортишига, автономияни йўқолишига ва ўлимга олиб келади. Кексалик астения синдроми бошқа гериатрик синдромлар ва мултиморбидлик билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, потенциал қайта тикланиши мумкин ва беморни парваришини олиб боришга таъсир қилади.

Кексалик астениясини тавсифловчи иккита модел мавжуд: бешта мезонни ўз ичига олган фенотипик модел (сабабсиз вазн йўқотиш, қўлни сиқиш кучи пастлиги, чарчоқнинг кучайиши, юриш тезлигининг ва жисмоний фаолликни пасайиши) ва дефицитни тўплаш модели, бу 40 дан 70 гача дефицитни баҳолашни ва қарилик астенияни хисоблаш индексини назарда тутуди [2, 5].

Организмнинг функционал ҳолат даражасига қараб, КА қуйидагича тавсифланади:

- енгил даража,
- ўртача даража
- оғир даража

2.2. Атамалар ва таърифлар

Автономия- мустақил равишда қарор қабул қилиш ва ташқи ёрдамсиз мустақил бўлиш қобилияти.

Асосий функционал фаолият - бу инсоннинг ўзини ўзига мустақил равишда хизмат қилиш бўйича асосий вазифаларни (шахсий гигиена, овқатланиш, кийиниш, чўмилиш, ҳожатхонага бориш, қисқа масофаларга ҳаракат қилиш, зинапоёга чиқиш, пешоб ва дефекацияни назорат қилиш) бажариш қобилияти.

Гериатрик синдром - бу ҳаёт сифатини ёмонлаштирадиган, салбий натижалар (ўлим, ташқи ёрдамга қарамлик, такрорий касалхонага ётқизиш ва узок муддатли парваришга эҳтиёж) ва функционал бузилишлар хавфини оширадиган кўп омилли ёшга боғлиқ клиник ҳолат. Анъанавий клиник синдромдан фарқли, гериатрик синдром организмнинг маълум бир органи ёки тизимидаги патологиянинг намоён бўлмаслиги, балки бир нечта тизимлардаги ўзгаришлар мажмуасини акс эттиради. Бир гериатрик синдромнинг пайдо бўлиши бошқа гериатрик синдромларнинг ривожланиш хавфини оширади. Гериатрик синдромларга қуйидагилар киради: кексалик астенияси, деменция, делирий, депрессия, деменция билан беморларда хулқ атвор ва рухий бузилишлар синдроми, остеопороз, саркопения, функционал бузилишлар, ҳаракатчанликнинг пасайиши, мувозанат бузилиши, бош айланиши, ортостатик синдром (ортостатик гипотензия, симптомлар ва билан ёки симптомларсиз ортостатик тахикардия), сенсор бузилишлар (кўриш, эшитиш қобилияти пасайиши), пешоб\нажасни тута олмаслик, қабзият синдроми, нотўғри овқатланиш (мальнутриция), сувсизланиш, сурункали оғрик синдроми.

Делирий - бу онгни ўткир бузилиш ҳолати

Узок умр кўрувчилар 2012 йилги Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ёш гуруҳлари таснифига кўра, 90 ва ундан катта ёшдаги инсонлар.

Инструментал функционал фаолият - инсоннинг асосий функционал фаолиятга кирадиган (телефондан фойдаланиш, харид қилиш, овқат тайёрлаш, уй ишларини бажариш, транспортдан фойдаланиш, ювиш, тозалаш, дори-дармонларни қабул қилиш, молияни назорат қилиш)га нисбатан мураккаброк бўлган ўз-ўзига хизмат кўрсатиш фаолиятини мустақил равишда амалга ошириш қобилияти.

Кенг камровли гериатрик баҳолаш - бу беморнинг функционал фаолиятини тиклаш ёки уни сақлашга қаратилган даволаш режасини ва кузатувини ишлаб чиқиш учун кекса инсоннинг жисмоний ва рухий ҳолатини, функционал имкониятларини баҳолаш ва ижтимоий муаммоларни аниқлашни ўз ичига олган кўп қиррали фанлараро диагностика жараёни.

Ўткир функционал бузилиш - 30 кундан камроқ вақт ичида ривожланган функционал фаоллик даражасининг пасайиши.

Преастения – кексалик астения ташхисини қўйиш учун етарли бўлмаган белгилари бор бўлган, кексалик астения синдроми ривожланишидан олдинги ҳолат.

Кексалик - 2012 йил Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ёш гуруҳлари таснифига кўра 60-74 ёш.

Полипрагмазия- бир вақтнинг ўзида беморга 5 ёки ундан ортиқ дори воситаларини ёки даволаш курси давомида 10 дан ортиқ воситаларни буюриш.

Полиморбидлик (мултиморбидлик) - беморда бир вақтнинг ўзида икки ёки ундан ортиқ сурункали касалликларнинг мавжудлиги(касалликларнинг фаоллигидан қатъи назар).

Саркопения - бу йиқилиш, синиш, жисмоний ногиронлик ва ўлим каби салбий оқибатлар хавфи ортиб бориши билан боғлиқ бўлган, умумий скелет мушакларининг тарқалган ривожланиб борадиган касаллиги. Гериатрияда "саркопения" атамаси бирламчи саркопенияни англатади, бу қариш туфайли бошқа сабабларсиз скелет мушакларининг кучини, массасини ва функциясини прогрессив равишда йўқотиш билан тавсифланган ҳолат.

Кексалик астенияси - гериатрик синдром, кекса инсон организмни физиологик резервини ва организмни кўплаб тизимини функциясини ёшга боғлиқ ҳолда пасайиши, кекса ёшдагилар организмни эндоген ва экзоген хавф омиллари таъсирини ортишига ва натижада соғлиқ учун салбий оқибатларни келиб чиқиш хавфини ортишига, автономияни йўқолишига ва ўлимга олиб келади. Кексалик астения синдроми бошқа гериатрик синдромлар ва мултиморбидлик билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, потенциал қайта тикланиши мумкин ва беморни парваришини олиб боришга таъсир қилади.

Кексалик астениясини тавсифловчи иккита модел мавжуд: бешта мезонни ўз ичига олган фенотипик модел (сабабсиз вазн йўқотиш, қўлни сиқиш кучи пастлиги, чарчоқнинг кучайиши, юриш тезлигининг ва жисмоний фаолликни пасайиши) ва дефицитни тўплаш модели, бу 40 дан 70 гача

дефицитни баҳолашни ва қарилик астенияни ҳисоблаш индексини назарда тутади.

Қарилик - 2012 йил Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ёш гуруҳлари таснифига кўра 75-89 ёш.

Жисмоний фаоллик - бу скелет мушакларини энергия сарфлаб қиладиган тананинг ҳар қандай ҳаракати.

Кексалик астенияси ва унинг оғирлик даражасини клиник таснифи

Холат даражаси		Кўриниши	Тавсиф ва Шикоятлар:	Функционал категория	Гериатрик синдромлар	Деменция
1	Соғлиғи аъло даражада		Беморлар фаол, бақувват, юқори мотивацияга эга, жисмоний фаолиятда ҳеч қандай чекловлар йўқ.	Бошқалар ёрдамига мухтож эмас.	йўқ	йўқ
2	Соғлиғи яхши ҳолатда		Фаол бўлмаган босқичда касалликлар мавжуд. Жисмоний фаоллик даражаси ўтган йилга нисбатан бир оз пастроқ. 1. Кўпинча жисмоний машқлар бажаради, юқори мавсумий фаолият (масалан, ёзда).	Бошқалар ёрдамига мухтож эмас.	йўқ	йўқ
3	Соғлиғи қониқарли ҳолати		Даволаш билан яхши назорат қилинадиган сурункали касалликлар мавжуд. Мунтазам юришдан ташқари тартибсиз жисмоний фаолиятга эга.	Бошқалар ёрдамига мухтож эмас.	Йўқ ёки айрим энгил даражада КС Масалан, пешоб тута олмаслик ёки	Йўқ

					кўриш/эшиштишнинг пасайиши. Мобиллиги сақланиб қолади.	
4	Преастения		Ташқи ёрдамдан мустақил бўлишига қарамай, жисмоний фаоллик чекланган. Одатда шикоятлар секин ҳаракатланиш, умумий ҳолсизликнинг кучайиши.	Асосан ташқи ёрдамдан мустақил. Агар сиз одатдаги масофадан ташқаридаги жойларга бориши керак бўлса, ёрдам керак бўлиши мумкин. АФФ сақланган (Бартел индекси 100/100 балл). ELISA сақланиб қолган ёки бироз қисқартирилган (Лаутон индекси 7-8 / 8 балл)	Ҳаракатчанликнинг енгил пасайиши -ГС пайдо бўлиши ёки ГС ифодаланган кўриниши билан намоён бўлади, лекин ГС илгаргиде к кам.	Йўқ
5	Енгил қарилик астенияси		Ҳаракатланиш анча чекланган, ташқи ёрдамга муҳтож. Инструментал	Ташқи ёрдамга боғлиқ.	Кўплаб гериатрик индромлар	Йўқ Енгил, ўрта оғир даражадаг

			функционал фаолиятга қарашли (молиявий масалалар, транспорт, уй ишлари, доридармонлар) ишда ёрдамга муҳтож. Мустақил харид қилиш ва юриш, овқат пишириш ва уй ишларини бажариш билан боғлиқ муаммолар мавжуд.	АФФ сақланган (Бартел индекси 100/100 балл). ИФФ ўрта даражада пасаяди (Лаутон индекси 3-6 / 8 балл)		и деменция бўлиши мумкин.
6	Ўрта оғирлик даражадаги кексалик астенияси		Улар инструментал функционал фаолиятнинг деярли барча турлари ва уй хўжалигини бошқаришда ёрдамга муҳтож. Зинадан кўтарилиш билан боғлиқ муаммолар гигиена билан боғлиқ ишларни бажаришда ёрдамга муҳтож. Кийиниш билан ёрдамга минимал эҳтиёжга эга.	Ташқи ёрдамга муҳтож. АФФ ўртача пасаяди (Бартел индекси > 60 балл), сезиларли даражада камайган (Лаутон индекси 1-2 / 8 балл)	Кўплаб гериатрик синдромлар	Йўқ Деменция енгил дан оғир даражасигача бўлиши мумкин.
7	Оғир даражадаги кексалик астенияси		Улар бутунлай жисмоний ёки когнитив ташқи ёрдамга боғлиқ. Умуман олганда, вазият нисбатан барқарор. Кейинги 6 ой ичида ўлим хавфи юқори эмас.	Ташқи ёрдамга қарам. АФФ сезиларли даражада пасаяди (Бартел индекси 60 балл),	Кўп гериатрик синдромлар	Йўқ Эҳтимол деменция енгил даражадан оғир даражагача бўлиши мумкин.

				ИФФ бутунлай пасаяди (Лаутон индекси 0- 1 / 8 балл)		
8	Ўта оғир кексаллик астенияси		Ташқи ёрдамга бутунлай қарам, ҳаётнинг охирига яқинлашмоқда. Одатда улар энгил касалликдан кейин ҳам тиклана олмайдилар.	Тўлиқ ташқи ёрдамга боғлиқ (Бартел индекси < 20 балл, индекс Лотон – 1/8 балл).	Кўп гериатрик синдромл ар	Йўқ эҳтимол, деменция енгил даражадан ўта оғир даражагач а бўлиши мумкин..
9	Терминал ҳолати		Улар ҳаётларининг охирига яқинлашмоқда. Ўрт ача умр кўриш 6 ойдан кам	Ташқи ёрдамга боғлиқлик даражаси турлича бўлиши мумкин.	Бир нечта кўплаб гериатрик синдромл ар бўлиши мумкин	Йўқ эҳтимол, деменция енгил даражада н ўта оғир даражага ча бўлиши мумкин

Ҳавола: <https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsiya-starcheskoy-astenii-v-ramkah-sovremennoy-geriatrii/viewer>

2.3. Усуллар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари

Ташхислаш мезонлари:

Шикоят ва анамнези

КА синдроми билан беморлар тез чарчаш, фаолликнинг пасайиши, юришнинг қийинлашиши ва ўзгариши, шунингдек сурункали касалликлар ва ГС билан ифодаланган шикоятларни билдирадилар. Кўпинча, қарияларнинг ўзлари шикоят қилмайдилар, тез чарчаш ва секинликни қаришнинг табиий кўриниши деб ҳисоблашади, шунингдек когнитив бузилиш ёки депрессия билан оғриган беморлар ҳеч қандай шикоят қилмаслиги ёки фақат минимал даражада шикоят қилишлари мумкин. Беморларнинг қариндошлари кексаларда ўзгаришлар аниқланганда шифокорга мурожаат қиладилар.

КА учун симптомларни изчил секин аста ривожланиб бориши хос бўлиб, функционал фаолликнинг тез (кунлар, ҳафталар)да пасайиши бошқа сабабларни - сурункали ёки ўткир касалликлар/ҳолатларнинг асоратларини ривожланишини декомпенсациясини, шунингдек, дори воситаларининг ноўя таъсирини истисно қилишни талаб қилади. Кексалик астениясининг симптомлари ва белгиларини фаол аниқлаш, уларнинг давомийлиги ва ривожланишини динамикада баҳолаш, автономиянинг бевосита ва билвосита белгиларини аниқлаш, алоҳида эътибор бериш керак: тана вазнинипасайиши; такрорий йиқилиш; юришни бузилиши; жисмоний фаолликнинг пасайиши (кекса одам камроқ ҳаракат қила бошлади, уйдан камроқ чиқади, сайр қилишни тўхтатади ва ҳоказо); овқатланишдан бош тортиш; кийимда тартибсизликнинг пайдо бўлиши; ўз-ўзига хизмат қилиш қобилятининг пасайиши.

В Амбулатория ёки стационарда тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилган 60 ёш ва ундан катта беморларда кексалик синдромини аниқлаш “Ёш тўсқинлик қилмайди” сўровномаси (Д1 иловаси) ёрдамида кексалик астения синдромини аниқлаш тавсия этилади [1, 3, 5, 9, 12].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси -В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: КА синдромини аниқлаш кекса беморнинг соғлиғи ва ҳаёти учун прогнозни, уни олиб бориш тактикасини, ташқаридан ёрдам ва парвариш зарурлигини аниқлайди. Бирламчи тиббий ёрдам даражасида КА скрининги кекса ва қари беморларнинг функционал ҳолатининг пасайишини олдини олишда самарали эканлигини исботланган [12]. Шунингдек, 60 ва ундан катта ёшдаги беморлар тиббий ёрдамга мурожаат қилганда, кексалик астения синдромининг мавжудлигини ёки унинг пайдо бўлиш хавфини кўрсатадиган белгилар фаол равишда аниқланиши керак. КА ва асосий ГС нинг асосий белгиларини аниқлашга қаратилган қисқа тасдиқланган (валидланган) сўровномалардан фойдаланиш, КА синдромини аниқлашнинг халқаро амалиётда унинг самарадорлиги исботланган. [5, 12].

В “Ёш тўсиқ эмас” скрининг сўровномаси бўйича 5 балл ва ундан юқори балл тўплаган (Ўзбекистон Республикасида геронтология ва гериатрия ихтисослиги бўйича тасдиқланган протоколлар мавжуд эмаслигини ҳисобга олиб, ушбу баённомада умум эътироф этилган стандартлар қўлланилади) геронтология ва гериатрия ихтисослиги бўйича ушбу протокол қарилик астениясини ташхислаш ва индивидуал даво режасини ишлаб чиқиш учун умумий қабул қилинган стандартлардан

фойдаланилади. Беморларни комплекс гериатрик текширувдан ўтказиш учун гериатрик бўлимига юбориш тавсия этилади [1, 3, 5, 9, 12].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

С “Ёш тўсиқ эмас” скрининг сўровномаси бўйича 3-4 балл олган беморларни жисмоний фаолият тестларининг қисқа батареяси (А3-1 иловаси) ва/ёки динамометрия (илова) учун, А3-2) ва Мини-синов.Ког (Илова Д2) гериатрик ҳолатни аниқлаштириш ва кенг қамровли гериатрик баҳолашни ўтказиш учун кўрсатмаларни аниқлаш учун гериатрик бўлимига юбориш тавсия этилади [1, 3, 5, 6, 9, 12].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: агар гериатрик синдромлар (визуал ва / ёки эшитишни бузилиши, пешоб тута олмаслик ва бошқалар) "Ёш тўсиқ эмас" шкаласи бўйича 1-2 балл тўплаган беморда аниқланганда, беморни кузатаётган шифокор қарилик астения синдроми ривожланишининг олдини олиш учун даволайди. Зарур бўлса, бемор мутахассис шифокорларга (офтальмолог, аудиолог-оториноларинголог, невролог, ортопед-травматолог, уролог ва бошқалар) маслаҳат учун юборилади.

С 60 ва ундан катта ёшдаги барча беморларнинг касаллик тарихини синчковлик билан тўплаш ва таҳлил қилиш тавсия этилади, бу МР103 "кекса ва кекса ёшдаги беморлар фармакотерапия" услубий тавсияларида келтирилган STOPP/START-мезонларидан фойдаланган ҳолда дори-дармонларни полипрогмазия ва асоссиз буюришни аниқлаш учун барча беморларнинг дори тарихини диққат билан йиғиш ва таҳлил қилиш тавсия этилади" [11]

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: барча кекса ва қари беморлар учун дори тарихини синчковлик билан таҳлил қилиш ва полипрагмазияни аниқлаш ва айниқса КА эҳтимоли бўлган беморларда муҳимхисобланади. Кекса ва қари беморларда дори воситаларини ноўйиб реакциялари хавфи сезиларли даражада ошади ва беморларда полиморбид ҳолатларини турли мутахассислар томонидан кузатилиши полипрагмазияга олиб келади. Полипрагмазия (КА ривожланишини, когнетив бузилишлар, йиқилишлар, ташқи ёрдамга қарамлик, ўлим) каби салбий натижаларини хавфи билан асоцирланади [11].

Ҳақиқатан ҳам қабул қилинган дорилар рўйхатини (номи, дозаси, частотаси, қабул қилиш йўли, қабул қилиш муддати), шу жумладан рецептсиз олинган дори-дармонлар, ўсимлик препаратлари ва биологик актив

қўшимчаларни аниқлаш керак. Иложи бўлса, бемордан (қариндошлар/васийлар/тарбиячилар) қабул қилаётган дори-дармонларни кўрсатишини сўранг ва бемор қабул қилаётган ҳамма дори воситаларини кўрсатишни сўранг. Когнитив функциялар ҳолатига, қўл қафти функцияларининг сақланганига, кўриш ўткирлиги ва мотивациясига эътибор бериб, беморнинг дори-дармонларни мустақил равишда қабул қилиш қобилиятини баҳолаш керак.

Анамнез:

- ўтган йил давомида 4,5 кг ёки ундан кўп сабабсиз вазн йўқотиш,
- йиқилиш,
- пешоб тута олмаслик,
- делирия,
- деменция ривожланиши,
- ташқи ёрдамга боғлиқлиги,(масалан: ҳаракатчанликда сезиларли даражада чекланиши).

Кексалик астения синдроми мавжудлигини белгиловчи аломатлар ёки унинг шаклланиш хавф белгилари

Ташхислаш мезонлари	Объектив ва субъектив белгилар ва симптомлар
Клиник	<ul style="list-style-type: none"> - сабабсиз вазн йўқотиш* (айниқса, ўтган йил давомида $\geq 4,5$ кг); - пешоб тута олмаслик*; - иштаҳани йўқолиши; - мушак массаси/кучини йўқотиш (саркопения) ; - остеопороз; - кўриш/эшитишнинг пасайиши; - сурункали оғрик; - тез тиббий ёрдам хизматларини такрорий чақиришлар / касалхонага ётқизиш.
Руҳий эмоционал	<ul style="list-style-type: none"> - делирий*; - когнитив бузилиш / деменция*; - депрессия; - хулқ-атворнинг бузилиши; - уйқу / уйғониш режимини бузилиши.
Функционал	<ul style="list-style-type: none"> - ташқи ёрдамга боғлиқлик*;

	<ul style="list-style-type: none"> - ҳаракатчанликни сезиларли равишда чекланиши*; - йиқилишлар, йиқилиб тушишдан кўрқишлар)*; - мувозанатни бузилиши; - чарчоқнинг кучайиши; - жисмоний фаоллик/чидамлилиқнинг пасайиши.
Дори воситалари ва спиртли ичимликлар (алкогол)	<ul style="list-style-type: none"> - беморда дори воситаларини ноўя таъсирлари ривожланишига мойил бўлган омиллар мавжудлиги**; - полипрагмазия; - спиртли ичимликлар истеъмолининг кўпайиши.
Ижтимоий омиллар	<ul style="list-style-type: none"> - ижтимоий изоляция; - ҳаёт шароитларини ўзгартириш; - оила/васийни қўллаб-қувватлашнинг ўзгариши; - қаровчининг стресс ҳолатида бўлиши.

**Беморда кексалик астения синдроми билан касалланиш эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатадиган белгилар.*

***Дори воситаларига реакцияларининг ривожланишига мойил бўлган омилларга қуйидагилар киради: сурункали касалликлар ≥ 4 бўлиши, сурункали юрак етишмовчилиги, жигар касалликлари, полипрагмазия ва ноўя реакциялар анамнези [11].*

Хавола: https://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-starcheskaia-asteniia-utv-minzdravom-rossii_1/klinicheskie-rekomendatsii/1/1.5-klassifikatsiia-zabolevaniia-ili-sostoianiiya/tablitza-1/

Сабабсиз вазн йўқотиш, мушакларнинг кучи ва ҳаракатчанлигининг пасайиши, жисмоний фаолликнинг пасайиши ва чарчоқнинг кучайиши каби кўплаб КА симптомлари сурункали касалликларда – саратон, ревматологик, эндокрин касалликлар, юрак ва буйрак етишмовчилиги ва баъзи неврологик касалликларда (масалан, Parkinson касаллиги) ҳам намоён бўлиши мумкин.

Беморда КА ни аниқлаш беморнинг мавжуд клиник кўриниши ва функционал ҳолатига ҳисса қўшиши мумкин бўлган бошқа потенциал

тузатилиши мумкин бўлган касалликлар ва синдромлар учун диагностик кидирувни рад этишга олиб келмаслиги керак.

Қўшимча текширувлари:

1. Кексалик астениясини скрининги 60 ёш ва ундан катта бемор билан мулоқатда бўладиган ҳар қандай тиббий ходим-мутахассис, биринчи навбатда-умумий амалиёт шифокори, участка терапевт–шифокори, оилавий шифокор томонидан амалга оширилади;

2.Қарияларни комплекс гериатрик баҳолаш - оилавий шифокор,тиббий ҳамшира ва кўп тармоқли жамоанинг бошқа аъзолари бошқа иштирокчилари оркали амалга оширилади.

3.Комплекс гериатрик баҳолаш (КГБ) –кўп ўлчовли фанлараро диагностика жараёни бўлиб, у кекса ёшдаги одамларнинг жисмоний ва рухий-эмоционал ҳолатини, функционал имкониятларини ва ижтимоий муаммоларини баҳолашни ўз ичига олади, унинг функционал фаолияти даражасини тиклаш ёки сақлашга қаратилган даволаш ва мониторинг режасини ишлаб чиқиш қаратилган фаолият [2].

КГБ нинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

- 1) беморнинг функционал ҳолати ва ҳаёт сифатини ёмонлаштирадиган асосий муаммоларни аниқлаш;
- 2) КА оғирлик даражасини аниқлаш;.
- 3) ушбу муаммоларни ҳал қилиш/бартараф қилишга қаратилган ҳаракатлар режасини ишлаб чиқиш.

Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

Оилавий шифокорлар; терапевтлар; кардиологлар; неврологлар; эндокринологлар, клиник фармакологлар, парҳезшунослар, ревматологлар, урологлар, акушер-гинекологлар, оториноларингологлар, сурдолог-оториноларингологлар, офталмологлар, ортопедик травматологлар, жисмоний тарбия шифокорлари ва тиббий реабилитация бўйича мутахассислар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, ҳамширалар ва бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашиш - дифференциал диагностика кўрсатмаларига кўра.

КГБ давомийлиги 1,5-2 соат ташкил этади.КГБнинг нисбатан узоқ давом этиши ва беморнинг чарчаши эҳтимоли туфайли ҳамшира ва гериатрга ташрифлар турли кунларда ўртача вақт оралиғида (масалан, 2-3 кун) режалаштирилиши мумкин. КГБ пайтида бемор ва уларнинг оила аъзоларининг тахминлари ва афзалликларини аниқлаштириш муҳимдир.

КГБни амалга оширишнинг асосий жиҳатлари қуйидаги жадвалда келтирилган.

КГБ амалга оширишнинг асосий жиҳатлари

Муаммо	Муаммони хал этиш тактикаси
КГБ ни ким учун ўтказилади?	Фақат скрининг асосида танланган барқарор ҳолатдаги беморлар учун ўтказилади. КГБ ўткир касалликлар/сурункали касалликларнинг декомпенсацияси фонида амалга оширилмайди.
КГБ қаерда ўтказилади?	оилавий шифокор (гериатр) хонасида, терапия ёки неврология (гериатрия) бўлимида, уйда. Касалхонага ётқизиш даврида КГБ бир маротаба амалга оширилади. Бемор ҳолатини динамикасини баҳолаш учун баъзи шкалалардан фойдаланиш мумкин.
КГБ ларни кимлар ўтказиши? КГБ ни ким олиб боради?	Кўп тармоқли жамоа: гериатр шифокор, гериатрия бўйича тайёрланган гериатр ҳамшираси, ижтимоий иш бўйича мутахассис, зарур бўлганда даволаш жисмоний тарбия инструктор методист, бошқа мутахассислар (масалан шифокор диетолог, невролог, тиббий психолог томонидан амалга оширилади. Оилавий шифокор кўригигача тайёрланган тиббий ҳамшира қатор синамалар ва шкалалар бўйича ўлчовлар ва баҳолашни амалга оширади.
КГБ давомида қандай кўрсаткичлар баҳоланади?	КГБ кўрсаткичлари: - жисмоний саломатлик (шикоятлар ва касаллик тарихи, шу жумладан дори-дармонлар, физик текширув ва орган ва тизимларни текшириш) - функционал ҳолат (жисмоний фаолият, йиқилиб тушиш хавфи, инструментал ва асосий функционал фаолият) - когнитив функциялар ва ҳиссий эмоционал ҳолатлар (биринчи навбатда ўтказилади, чунки беморнинг чарчаб қолиши, уларнинг натижаларига таъсир қилиши мумкин), - ижтимоий ҳолат ва ижтимоий ёрдамга эҳтиёж Лаборатор ва инструментал тадқиқотлар натижалари ҳисобга олинади
КГБ ўтказилишида оила аъзолари/ васийларининг иштирок этиши.	Керакли тиббий маълумотларини олиш ва беморнинг муаммоларини янада ишончли баҳолаш учун, шунингдек беморнинг функционал имкониятлари ва кейинги парваришlash режаси тузишда оила аъзоси/васийси ёки тарбиячиси иштирок этиши тавсия этилади.

Кекса ёшли беморларни бошқаришда ҳамширалар муҳим рол ўйнайди. Ҳамширалар КГБ давомида бир қатор синамаларни ўтказишда фаол иштирок этадилар.

Амбулатор шароитдаги таркибий қисмлари ва уни амалга оширишда ҳамширанинг иштироки

Кўрсаткич номи	Кўрсаткич таркибий қисмлари	Баҳолаш воситалари	Изоҳ
Жисмоний саломатлик	Сурункали касалликлари	Тиббий ҳужжатлар ва анамнез.	Шифокор томонидан баҳоланади
	Дори воситалари билан даволаш	STOPP/START мезонлари ва бошқалар Mr 103 " Кекса ва қари пациентлар фармакотерапияси" шкаласи бўйича	Шифокор томонидан баҳоланади
	Антропометрия	Бўй ва тана вазнини ўлчаш	Ҳамширатомонидан ўтказилади.
	Ортостатик гипотензия	Ортостатик синама	Ҳамшира томонидан ўтказилади.
	Кўриш ва эшитиш	Розенбаумжадвали Аудиометрия	Ҳамшира томонидан ўтказилади.
	Сурункали оғриқ синдроми	Визуал-аналог шкала, PAINAD шкаласи,нейропатик оғриқ компоненти (илова Г12, илова Г13, илова Г14)	Ҳамшира ёки шифокор томонидан олиб борилади.
	Овқатланиш ҳолати	Тана вазни индекси	Ҳамшира хисоблайди
		Овқатланишни қисқа баҳолаш шкаласи	Ҳамшира томонидан тўлдирилади.
	Зарурэмлашлар мавжудлиги	Тиббий ҳужжатлар маълумотлари	Шифокор ёки ҳамшира томонидан баҳоланиши

			мумкин
Функционал фаолият	Асосий функционал фаолият	Бартел Индекси	Ҳамшира томонидан тўлдирилади.
	Инструментал функционал фаолият	Лаутон шкаласи	Ҳамшира томонидан тўлдирилади.
	Ҳаракатчанлик	“Ўрнингдан тур ва юр” жисмоний фаолият синамаларининг қисқа батарея синамаси	Ҳамшира томонидан тўлдирилади.
	Мушаклар кучи	Қўл динамометри	Ҳамширатомонидан ўтказилади.
Психоемоционал соҳа	Когнитив функциялар	Мини-Когсоат чизиш синамаси Қисқа рухий ҳолатни баҳолаш шкаласи ёки Монреалнинг когнитив функцияларини баҳолаш шкаласи Фронтал дисфункция синовлари батареяси	Шифокор ёки ушбу тестларни ўтказишга ўргатилган ҳамшира томонидан олиб борилади Синов тўплами муайян вазиятга қараб ўзгариши мумкин.
	Ҳиссий эмоционал ҳолати	Гериатрик депрессия шкаласи Саломатликни баҳолаш шкаласи. Корнелл депрессия шкаласи	Шифокор томонидан олиб борилади ёки олдиндан кўрсатма берилган ҳамширатомонидан ўтказилади
Ижтимоий ҳолат	-оилавий ҳолати, турмуш ўртоғи ёки шеригининг мавжудлиги -ижтимоий доиралар ва алоқалар -уй-жой шароитлари -молиявий имкониятлар -меҳнат фаолияти, касб -таълим -одатий фаолият билан шуғулланиш имконияти-уйни тозалаш, овқат пишириш, озиқ-овқат сотиб олиш ва ҳк.		Ҳамшира бажариши мумкин. Батафсил баҳолаш КГБ-да иштирок этадиган ижтимоий иш бўйича мутахассис томонидан амалга оширилади

	<ul style="list-style-type: none"> - беморни парвариш қилиш эҳтиёжлари ва парвариш билан боғлиқ имтиёзлар - яқинларини йўқотиш, содир бўлган stress - ҳаётда, психологик муаммолар, улар билан курашиш қобилияти ва психологик муаммолар - беморнинг қариндошлари ва атрофидаги одамлар орасида спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш, гиёҳвандлик - диндорлик - шафқатсиз муомала - уй хавфсизлиги 	
--	---	--

КГБ асосида гериатр кексалик астенияси билан оғриган беморни индивидуал бошқариш режасини ишлаб чиқади ва қуйидаги масалалар бўйича тавсияларни киритади:

- жисмоний фаолият,
- таомланиш,
- когнитив тренинг,
- қўшимча лаборатория ва инструментал текширувлар, аниқланган гериатрик синдромлар ва кексалик астениясига таъсир қилувчи шароитларга мувофиқ мутахассислар билан маслаҳатлашиш;

- аниқланган гериатрик синдромларни тузатиш ва беморнинг мавжуд сурункали касалликларини мақсадли даволаш. Агар зарур бўлса, **неврологлар, кардиологлар, эндокринологлар, клиник фармакологлар, диетологлар, ревматологлар, урологлар, акушер-гинекологлар, оториноларингологлар, аудиологлар, офталмологлар, ортопед-травматологлар, физиотерапия шифокорлари ва тиббий реабилитация бўйича мутахассислар ва бошқалар беморларни динамик кузатиш бўйича кўп тармоқли гуруҳга маслаҳатчи сифатида жалб қилиниши.**

- агар зарур бўлса, клиник фармаколог маслаҳати билан STOPP / START мезонларини ҳисобга олган ҳолда дори терапиясини оптималлаштириш, шунингдек, зарурат туғилганда, дори-дармонларни қабул қилиш бўйича ёрдам бериш (дори-дармонларни сотиб олишда ёрдам бериш, таблеткалардан фойдаланиш, дори-дармонларни қабул қилишни бевосита кузатиш ва бошқалар.),

- атроф-муҳитни беморнинг функционал имкониятларини кенгайтириш мақсадида ва/ёки беморнинг функционал имкониятларини атроф-муҳитга мослаштирадиган воситалар ва усуллардан фойдаланиш (харакатланиш воситалари, хассалар, протезлар ва бўғим қўшма протезлар, кўзойнақлар, эшитиш мосламалари ва бошқалар.),

- хавфсиз ҳаётни ташкил этиш,
- реабилитация тадбирлари учун йўлланма,

- ижтимоий хизматлар кўрсатиши мумкин бўлган ижтимоий ва узок муддатли ёрдамга бўлган эҳтиёж даражаси,

- шунингдек, вазиятга қараб, тиббий патронаж ва паллиатив ёрдамга бўлган эҳтиёжни баҳолаш мумкин. Иложи бўлса, индивидуалолиб бориш режасини бемор ва/ёки унинг оиласи/тарбиячилари билан муҳокама қилиш, режанинг беморнинг мақсадлари ва устувор йўналишларига мувофиқлигини таъминлаш ва уни амалга оширишда оила/васийлар иштирокини таъминлаш зарур [2]. Кексалик астенияси билан оғриган беморни даволашнинг индивидуал режасини беморни бевосита кузатувчи шифокорга (участка шифокори, умумий амалиёт шифокори, оилавий шифокор) доимий узок муддатли мониторингни таъминлаш учун ўтказиш тавсия этилади. Кексалик астенияси билан оғриган беморни индивидуал даволаш режаси беморни бевосита кузатувчи шифокор томонидан оилавий шифокор билан биргаликда амалга оширилади.

А	Кексалик астенияси билан беморни индивидуал олиб бориш режаси беморнинг функционал ҳолатини кузатиш натижалари асосида кўриб чиқиб, беморни бевосита кузатадиган шифокор ва оилавий шифокор билан биргаликда амалга оширилади ва камида 12 ойда бир марта мунтазам такрорий кенг қамровли гериатрик баҳолаш тавсия этилади.
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

В	Беморнинг функционал ҳолати бошқа ўзгаришлар аниқланган ҳолларда (масалан, синиш, ўткир цереброваскуляр касаллик, саратон, узок муддатли тикланиш даври билан ўткир касаллик (пневмония), жарроҳлик даволаш)да кенг қамровли гериатрик баҳолашни режадан ташқари кузатиш тавсия этилади.
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

С	Ўткир функционал бузилишлари бўлган беморларда уларнинг сабабларини ва даволаш тактикасини аниқлаш учун клиник ва ижтимоий вазиятни тўлиқ таҳлил қилиш, сурункали касалликларнинг ўткир / кучайишини, сон суяги, кўкрак / бел суяги, умуртқа поғонаси синишларини ва депрессияни истисно қилиш керак.
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С	Кексалик астенияси эҳтимоли юқори бўлган беморларда ташхис қўйилган / илгари ташхис қўйилган касаллик бўйича (агар бу касаллик/ҳолат ўткир ва/ёки ҳаёт учун хавфли бўлмаса) клиник тавсияларга мувофиқ диагностика ва бошқа тадбирларни амалга оширишдан олдин КГБ ни ўтказиш тавсия этилади [2].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: агар мултидисциплинар (кўп тармоқли) гериатрия гуруҳи томонидан кенг қамровли гериатрик баҳолашни ўтказиш имкони бўлмаса, кексалик астенияси синдроми билан оғриган беморни туман шифокори, оилавий шифокор ва мутахассис шифокорлар томонидан бошқариш уларнинг эҳтиёжларини баҳолаш ва оилавий шифокор билан ўзаро алоқада яхлит ҳамкорликда ёндашувга асосланиши керак.

В Кекса беморларда факултатив жарроҳлик амалиётини амалга оширишдан, саратон ва бошқа касалликларни даволаш стратегияси тўғрисида қарор қабул қилишдан олдин, амалиётнинг фойда/хавф нисбатини аниқлаш, беморнинг функционал ҳолати ва эҳтиёжларида юзага келиши мумкин бўлган ўзгаришларни прогноз қилиш, шунингдек ташқаридан ёрдам, ғамхўрлик ва реабилитация тадбирлари ҳажмини режалаштириш учун КГБни ўтказиш тавсия этилади [6, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

3.1. Жисмоний (физикал) текширув

В Кексалик астения синдроминанинг динамикасини аниқлаш ва баҳолаш, шунингдек прогнозни баҳолаш учун ҳар бир ташриф давомида беморларни тана вазнини ва бўйини ўлчаш, 60 ва ундан катта ёшдаги барча беморлар учун тана вазни индексини ҳисоблаш тавсия этилади [3].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: сабабсиз вазн йўқотиш ҚА нинг энг муҳим клиник кўринишларидан бири ва салбий натижаларнинг белгисидир [1-6]. Агар вазн йўқотиш аниқланса, оғиз бўшлиғининг ҳолатини диққат билан баҳолаш керак, керак бўлса, стоматологга маслаҳат ва даволаниш учун йўлланма билан бериш (тиш даволаш, протезларни танлаш ва бошқалар); зарур бўлса, қизилўнгач, ошқозон, ўн икки бармоқли ичак касалликларини истисно қилиш учун текширув ўтказинг (агар керак бўлса, камроқ инвазив тадқиқот усулларида фойдаланган ҳолда (масалан, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг рентгенограммаси, эзофагогастроуденоскопия ўрнига икки томонлама контрастли эзофагогастроуденоскопия). Беморни диетолог шифокорга маслаҳат учун юбориш, шунингдек, ижтимоий ёрдамни ташкил қилиш чораларини кўриш мумкин (озик-овқат сотиб олиш, овқат пишириш, овқатлантириш) [2, 8]. Нотўғри овқатланиш ёки унинг ривожланиш хавфи аниқланган тақдирда, беморни текшириш ва олиб бориш "Кекса ва қари

беморларда тўйиб овқатланмаслик (мальнутриция)" клиник тавсияларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади.

Бемор бўйнинг пасайишини остеопороз ва / ёки умуртқа тана қисмини компрессион синиши белгиси сифатида қараш мумкин. Остеопорознинг клиник белгилари: бўйнинг 2-1 йил ичида 3 см ёки ундан кўп ёки 4 ёшга нисбатан 25 см ёки ундан кўп пасайиши, ифодаланган кўкрак кифози, пастки қовурғалар ва ёнбош қаноти орасидаги масофанинг 2 бармоқ кенглигигача ёки ундан кам камайиши. Агар бўйи 2-1 йил ичида 3 см ёки ундан кўпроқ ёки умр бўйи 4 см ёки ундан кўпроққа камайса, умуртқа танасининг компрессион синиши(лар)ига шубҳа қилиш керак. Агар остеопорозга шубҳа қилинса, "Остеопороз" клиник тавсияларига кўра беморни текшириш ва бошқариш амалга оширилади.

В Барча 60 ва ундан катта ёшдаги айниқса кексалик астенияси мавжуд бўлганда беморларда ортостатик гипотензияни аниқлаш ва когнитив бузилишларнинг ривожланиши ва йиқилиш хавф юқори бўлган гуруҳларини аниқлаш ва автономия йўқотиш учун, ортостатик синама ўтказишни, қон босими ва юрак уриш тезлигини ўлчаш тавсия этилади [1, 2, 3].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: ортостатик гипотензияни аниқлаш учун ортостатик тест ўтказилади. (горизонтал ҳолатда камида 7 дақиқа дам олгандан сўнг, қон босимини (3 дақиқа оралиғида 1 марта) ва юрак уриш тезлигини ўлчанади, беморни тик (агар имконсиз бўлса-ўтиришини) сўраб, қон босимини ва 1, 2 ва 3 дақиқадан сўнг юрак уриш тезлигига эътибор бериш керак. Ортостатик гипотензия-тик ҳолатга ўтишда САБ нинг 20 мм смб. уст ёки ундан кўп ва/ёки ДАБ нинг 10 мм смб уст. ёки ундан кўп пасайиши); ўтирганда -мос равишда 15 ва 7 мм смб. уст.

С Қарилек астениясининг ривожланишида йиқилишнинг аҳамияти исботланган, шунингдек, қарияларда салбий натижалар хавфи ортиши ва шу билан боғлиқ юқори иқтисодий харажатлар туфайли йиқилишнинг олдини олишнинг индивидуал режасини ишлаб чиқиш учун 60 ва ундан катта ёшдаги барча беморларда йиқилиш хавф омилларини аниқлаш тавсия этилади [2, 4].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: йиқилиш учун хавф омилларини баҳолашда "қари ва кекса беморларда йиқилиш"нинг клиник тавсияларига эътибор қаратиш лозим.

В 60 ва ундан катта ёшдаги барча беморларда синишнинг олдини олишнинг индивидуал режасини ишлаб чиқиш учун FRAХ воситаси (ГЗ иловаси) ёрдамида остеопоротик синишларнинг 10 йиллик хавфини баҳолаш тавсия этилади [2, 4].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси–В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: FRAХ синиш хавфи баллари тўқ сариқ зонада бўлган беморлар учун бел умуртқа поғонаси ва проксимал сон суягининг икки томонлама абсорбцион рентген денситометриясини текшириш тавсия этилади. Агар остеопороз аниқланса, FRAХни қайта баҳоламасдан, анти-остеопоротик терапия кўрсатилади. Синиш хавфини баҳолаш натижалари қизил зонада бўлган беморларда умуртқа поғонаси ва сон суягининг проксимал иккиабсорбцион рентген денситометрияси кўрсатилмаган, беморга умутлок антиостеопоротик терапия буюрилади. Натижалари яшил зонадаги пациентларга бел умуртқа поғонаси ва сон суягининг проксимал қисмининг иккиабсорбцион рентген денситометриясига кўрсатма йўқ ва беморларга антиостеопоротик терапия зарур эмас. Остеопороз билан оғриган беморларни текшириш, бошқариш ва кузатиш "Остеопороз" клиник тавсиялари асосида амалга оширилади.

В Хамма 60 ёш ва ундан юқори беморларда КГБ ўтказилганда сенсор дефицитни аниқлаш, ҳамда кексалик астениясини ривожланиши ва бошқа гериатрик симптомларни ўзгартириб бўладиган хавф омилларини аниқлаш мақсадида кўриш ҳолатини (А3 - 3 иловаси) ва эшитиш (аудиометрия ёрдамида) баҳолаш тавсия этилади [2, 4, 5].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси–В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: сенсор бузилишлар (кўриш ва эшитишнинг пасайиши) кундалик вазифаларни бажаришни қийинлаштиради, когнитив бузилиш, депрессия, йиқилиш, ижтимоий изоляция хавфини оширади ва кекса одамларнинг ҳаёти прогнозини ёмонлаштиради. Агар сенсор нуқсонлар аниқланса, беморни тегишли мутахассис шифокорлар – офталмолог, оториноларинголог, сурдолог билан маслаҳатлашиш учун юбориш тавсия этилади.

В Барча беморларда КГБ ўтказиш пайтида беморларда юришнинг бузилишини хавфини баҳолаш, йиқилиш, таянч-ҳаракат тизими ва асаб

тизими касалликларини баҳолаш учун юришнинг бузилишларини аниқлаш ва баҳолаш тавсия этилади [2, 5].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси- В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

А КГБга юборилган барча беморларда кексалик астениясини келиб чиқиши ва ривожланиши учун учун хавф омилини ҳисобланган сурункали оғриқ синдромини мавжудлигини баҳолаш тавсия этилади [3].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси-А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: сурункали оғриқ синдроми аниқланган беморларда шкала ёрдамида оғриқ интенсивлигини баҳолаш керак (илова Г12, илова Г13) [63-67]; Оғриқнинг нейропатик таркибий қисмини баҳолашда паттерн оғриқ синдроми мавжудлиги (электр токи, ёниш, парестезия, уйқусизлик) ва / ёки тегиниш тести (Ipswich touch test, агар оёқдаги I, III, V бармоқларнинг иккала томонига тегилганда 2 дан ортиқ жойда сезувчанлик йўқ бўлса, нейропатияни эҳтимоли юқори) орқали баҳолаш зарур. Деменция билан оғриган беморларда оғриқни аниқлаш ва унинг интенсивлигини баҳолаш учун оғир деменция учун оғриқни баҳолаш шкаласи қўлланилади (Илова Д14) [6, 8].

Агар сурункали оғриқ синдроми аниқланса, беморни текшириш ва олиб боришда "Кекса ва қари беморларда сурункали оғриқ"клиник тавсияларини таянган олган ҳолда амалга оширилади.

С Кексалик астения синдромининг ривожланиши ва ривожланиши учун хавф омили сифатида тўйиб овқатланмаслик хавфини аниқлаш учун КГБга юборилган барча беморлар учун овқатланиш ҳолатини баҳолашнинг қисқа шкаласи (Г4 иловаси) бўйича баҳолаш тавсия этилади [2, 5, 6].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси- С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

А Гериатриказабинетга юборилган барча беморларга жисмоний фаолият аниқлаш учун синамаларнинг қисқа батареяси (А3-1 илова) бўйича жисмоний кексалик астенияни синдромининг учун хавф омили сифатидайқиқилиш ва мушак тизимининг ишлашини баҳолаш учун жисмоний фаолиятни баҳолаш тавсия этилади [2, 5].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси-А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

В Йиқиқилиш хавфини баҳолаш ва юриш бузилишларини аниқлаш учун КГБга юборилган беморларда "Туриш ва юриш" тестини ўтказиш тавсия этилади (Г5-илова) [2, 8].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси–В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

С	Кексалик астениясини ташхислаш учун КГБга юборилган барча беморларда кўл динамометриясини (А3-2 илова) ўтказиш тавсия этилади [1, 5].
----------	---

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси- С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

В	Беморнинг функционал ҳолатини (Бартел шкаласи, илова Г18) [3] ва инструментал (Лаутон шкаласи, илова Г17) асосида [2] касаллик даражасини аниқлаш учун КГБ ни ўтказиш даврида барча беморларда функционал фаолликни бузилиш даражасини аниқлаш тавсия этилади [1, 2, 6].
----------	--

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси–В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: ташқи ёрдамга қарамлик ўлимнинг кучли прогнози бўлиб, мавжуд касалликдан ҳам беморнинг ҳаёти ва соғлиғи прогнозини баҳолаш учун муҳимроқдир. Кундалик ҳаётда ташқи ёрдамга боғлиқлик беморни парваришлашни ташкил этишни талаб қилади. Шунингдек кам ҳаракатлик, гиёҳвандлик, ногиронлик, когнитив функцияларни пасайиши, йиқилиб тушиш, касалхонага ётқизиш частотаси ўлимни прогнозлайди [2, 7-10]. Мушаклар кучсизлиги КА синдромининг асосий таркибий қисмларидан бири бўлиб, у хронологик ёшга қараганда кучлироқ ифодаланади [1, 5].

А	Когнитив бузилишларни аниқлаш, кексалик астения синдромини ривожланиш хавфини баҳолаш ва унинг ривожланишини прогнозлаш, шунингдек олиб бориш тактикасини аниқлаш учун КГБ барча беморларда когнитив функцияларни баҳолаш тавсия этилади [4, 6, 8].
----------	---

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси–А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: Когнитив ҳолатни баҳолаш КГБ ўтказишда қисқа руҳий ҳолатни баҳолаш шкаласи (илова Г6) [3] ёки Монреал когнитив функцияларни баҳолаш шкаласи (илова Г7) [4] ёки фронтал дисфункцияни баҳолаш учун тестлар батареяси (илова Г8) [1] баҳолаш учун қўлланилиши мумкин.

В	Кексалик астения синдроми, бошқа гериатрик синдромлар, ҳаёт сифатининг пасайиши ва салбий оқибатларга олиб келадиган омилларни аниқлаш учун КГБ га юборилган беморларда депрессия скринингини ўтказиш тавсия этилади [2, 3, 6].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси–В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: Кекса ва қари беморларда депрессияни скрининг қилиш учун гериатрик депрессия шкаласи (Д9 илова) [4, 9] ва саломатликни баҳолаш шкаласи (Д10 илова) [5, 7] дан фойдаланиш тавсия Г 10) этилади. Ўртача ёки оғир депрессиябилан оғриган беморларда уни аниқлаш учун Корнелл депрессия шкаласидан фойдаланиш тавсия этилади (Д11 иловаси) [4, 8]. Агар кекса ва қари беморларда депрессия белгилари аниқланса, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва режалари мавжудлигини аниқлаштириш керак. Аниқ депрессия билан оғриган беморларни олиб бориш, айниқса ўз жонига қасд қилиш фикрлари мавжуд бўлганда, психиатр билан биргаликда амалга оширилади.

В

Кексалик астенияси бўлган беморга узоқ муддатли парвариш ва парвариш қилишни режалаштириш учун ижтимоий ҳолатни, уй-жой шароитларини баҳолаш, КА билан оғриган беморларда ижтимоий хизматлар ва узоқ муддатли ёрдамга бўлган эҳтиёжни аниқлаш ва ушбу маълумотни ижтимоий хизмат идораларига етказиш тавсия этилади. [2–9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси–В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: ижтимоий ёрдам ва парвариш зарурлигини баҳолаш учун Г19 иловасидан фойдаланиш тавсия этилади. Беморнинг ижтимоий ҳолати гериатрик гуруҳининг барча аъзолари томонидан қисман баҳоланади, аммо энг тўлиқ баҳолаш ижтимоий иш бўйича мутахассис томонидан амалга оширилади. КГБларни ўтказишда уларбеморнинг таълим даражаси, касби, оилавий ҳолати, бемор ким билан яшаши, керак бўлганда ёрдам сўраб мурожаат қилиши, кундалик ҳаёт хавфсизлигини баҳолаши, бепарволик, ўз-ўзини эътиборсиз қолдириш ва кекса ва қари одамларга ёмон муносабатда бўлиш белгиларини аниқлайдилар [4, 5].

Лаборатор диагностик тестлари (синамалар)

КА кўринишларининг ўзига хос бўлмаган функционал бузилишлар бўлгани сабабли кексаларда сурункали касалликнинг ўткир ёки сурункали касалликлар уни фонида функционал бузилишларнинг бўлиши/кучайиши, касалликларнинг атипик кечиши эҳтимоли бўлади. Шу сабабли КГБ да, кексалик астениясига таъсир қилиши мумкин бўлган ва / ёки шунга ўхшаш клиник кўринишлари бўлган касалликларни ташхислаш/ фарқлаш, шу жумладан анемия, юрак етишмовчилиги, қандли диабет, сурункали буйрак касаллиги, жигар ва қалқонсимон без касалликлари, электролитлар бузилиши ва бошқаларни аниқлаш учун комплекс лаборатор ва инструментал текширувларини ўтказиш зарур. Беморни гериатр билан маслаҳатлашишга юборишдан олдин текширувнинг бир қисмини ўтказиш КА билан касалланган беморнинг тиббий муассасага ташрифлари сонини камайтиради. Бу ўз

навбатида КГБни тезроқ ва сифатли амалга оширишга ва беморларни индивидуал олиб бориш режасини ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Лаборатор диагностик тестлари рўйхатини аниқланган гериатрик синдромлар ва кексалик астенияга таъсир қилувчи омилларга мувофиқ кенгайтирилиши мумкин.

В Буйракларнинг функционал ҳолатини баҳолаш ва дори-дармонларни дозалаш режимини танлаш учун барча кекса ва қари беморларда, айниқса кексалик астенияси эҳтимоли юқори бўлганлар учун СКД-ЕРІ формуласи бўйича буйрак коптокчалари филтрация тезлигини ҳисоблаш билан қон зардобиди креатининини аниқлаш тавсия этилади [5].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида коптокчалари филтрация тезлигини ҳисоблашдан ташқари, Кокрофта–Голта формуласи ёрдамида креатинин клиренсини ҳисоблаш тавсия этилади, чунки кўплаб дори ввоситаларини қўллаш бўйича кўрсатмаларда препаратларни дозасини титрлаш учун ушбу кўрсаткичдан фойдаланади.

В Кексалик астенияси билан оғриган беморларда анемия кенг тарқалганлиги, бошқа гериатрик синдромлар билан чамбарчас боғлиқлиги ва қарилик астенияси прогнози ва пациент хаёти учун юқори аҳамиятга эга бўлганлиги сабабли, КГБ учун юборилган беморларда умумий қон таҳлилинини ўтказиш ва анемияни баҳолаш тавсия этилади [2–5].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: Анемия кекса ва қари инсонларда кенг тарқалган бўлиб, КА ривожланиш хавфини оширади [5]. Ҳатто энг енгил даражадаги камқонлик ҳам касалхонага ётқизилган беморларда депрессия, делирия билан боғлиқ функционал ҳолатнинг ёмонлашишига ва когнитив бузилишларнинг ривожланишини, ўлим хавфини, касалланишни оширади, ҳаёт сифатини пасайтиради ва КА синдромни ривожлантиради. [2-5]. Беморларда анемия аниқланганда, қондаги темир даражасини, қондаги ферритин даражасини, қондаги В12 витамини ва қондаги фоллий кислотасини миқдорини ўрганиш орқали унинг табиатини аниқлаш керак.

В КГБ юборилган беморларни қиёсий ташхислаш ва олиб боришни аниқлаштириш мақсадида қонида қалқонсимон безтиреотроп гормон (ТТГ) миқдорини аниқлаш тавсия этилади [5, 6, 8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси –2).

С Нотўғри овқатланиш синдромини аниқлаш ва кекса астения ривожланиш хавфини тахмин қилиш учун КГБ учун юборилган беморларнинг қонидаги умумий оқсил ва альбумин миқдорини аниқлаш тавсия этилади [7, 8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончилилик даражаси 3).

Изоҳ: КА синдроми бўлган беморларда умумий оқсил ва зардоб альбумини концентрациясининг пасайиши оқсил-энергия етишмовчилиги ва тўйиб овқатланмаслик белгисидир. Умумий оқсил ва альбуминнинг паст миқдори КА билан оғриган беморнинг ҳаёт прогнози билан чамбарчас боғлиқ.

С Потенциал ўзгартириб бўладиган сабабларни баҳолаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун КГБ пайтида аниқланган когнитив нуқсонлари бўлган беморларнинг қонида В12 витамини миқдорини ўрганиш тавсия этилади [6].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончилилик даражаси 3).

А Колекальциферолнинг оптимал дозалаш режимини танлаш учун кексалик астения ташхиси қўйилган беморларнинг қонида 25-ОН Д витамини миқдорини ўрганиш тавсия этилади.** [5, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси -А (далилларнинг ишончилилик даражаси 1).

Изоҳ: Қондаги 25 (ОН) Д3 витамини миқдори КА синдромни кечиши ва натижасини прогностик ишончли мустақил маркери ҳисобланади.

Инструментал диагностик текширувлар

КА эҳтимоли юқори бўлган беморларда илгари ташхис қўйилган сурункали касалликларнинг ҳолатини, шунингдек, зарур инструментал текширувлар ёрдамида кексалик астенияси ва шунга ўхшаш касалликлар ўртасидаги қиёсий ташхисни ўтказишни тавсия этилади. Шу билан бирга, текширув доираси кенг қамровли гериатрик баҳолаш натижалари, шифокорнинг беморнинг умр кўриш давомийлиги ҳақидаги клиник хулосаси ва шахсий даволаш мақсадларини ҳисобга олган ҳолда аниқланади. Сурункали касаллик билан боғлиқ диагностик қидирув ёки текширув ўтказиш тўғрисида қарор қабул қилишда ушбу ҳолат/касалликнинг КА синдромининг ривожланишига қўшган ҳиссасини, текширувни ўтказиш билан боғлиқ толерантлик ва потенциал хавфларни ҳисобга олиш керак ва текширув натижаларининг КА синдромининг ривожланишига таъсирини аниқлаш зарур. Бу ўз навбатида беморларнинг функционал фаоллик ва ҳаёт сифатини сақлаб қолишда уни келажақдаги олиб бориш тактикасини аниқлайди. Кексалик астенияси билан оғриган беморларда диагностика тадбирлари

доираси ушбу ҳолат бўйича клиник тавсияларга нисбатан тўлиқ бўлмаслиги мумкин.

Кексалик астения кечишига таъсир қилувчи аниқланган гериатрик синдромга мувофиқ инструментал диагностика тестлари рўйхати кенгайтирилиши мумкин.

В	Бош мианинг транзитор вақтинчалик гипоперфузияси, шунингдек (уйку артерияларнинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стенози, аорта қопқоғининг стенози, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг гемодинамик жиҳатдан муҳим бузилиши), сабабли йиқилиб тушишлар, остеопороз ва мушак-скелет тизимининг патологияси, марказий ва периферик асаб тизимининг патологияси аниқлашга қаратилган тадқиқотлар ўтказиш тавсия этилади, агар зурур бўлса, дифференциал ташхис қўйиш ва индивидуал бошқарув режасини ишлаб чиқиш учун беморларни ихтисослашган мутахассислар билан маслаҳатлашишга юборилади [2, 7].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

А	КГБ ўтказилганда аниқланган бош миё сурункаликдон - томир етишмовчилиги ва/ёки, миёдаилгари ўтказилган қон айланишини бузилиши асоратлари, миёдаги атрофик жараёнлар (шу жумладан гиппокамп ҳажми аниқлаш), миёдаўсма/метастазлари, нормотензив гидроцефалия характери ва когнетив бузилишларни оғирлик даражасини ва махсус даво курсларини буюриш мақсадида кенгайтирилган нейрпсихологик тестлар, тадқиқотлар ўтказиш учун невролог маслаҳати тавсия этилади [2–7].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси -А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

С	КГБ ўтказиш вақтида депрессия ташхиси қўйилган беморлар учун ташхисни аниқлаштириш ва индивидуал олиб бориш режасини ва махсус даво чораларини киритиш учун тиббий психолог / психотерапевт/психиатр билан маслаҳатлашиш тавсия этилади [5, 7].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С	Пешоб тута олмаслик синдроми аниқланган беморларда тегишли диагностика ва даволаш чораларини киритиш учун(аёллар учун-уролог врач ва акушер-гинеколог)га мурожаат қилиш тавсия этилади [2–9].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

В	Гериатрик делирия билан оғриган беморларда клиник ҳолатларни (оғрик, ич қотиши, ўткир пешоб тутилиши, қон кетиш, ўткир юқумли касаллик, буйракнинг ўткир шикастланиши, бош миё ўткир қон айланишини бузилиш ва бошқалар)ва уларнинг ривожланишидаги сабабларини тўлиқ
----------	---

таҳлил қилиш ва уни даволаш тактикасини аниқлаш учун тавсия этилади [3–8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

Қўшимча диагностик тестлар

Агар кексалиқ астенияси бўлган кекса ва қари беморларда бошқа гериатрик синдромлар аниқланса ёки унга шубҳа қилинса, диагностик тадқиқотлар амалдаги клиник тавсияларга мувофиқ амалга оширилади ("Кекса ва қари беморларда сурункали оғриқ", "Кекса ва қари беморларда когнитив бузилишлар", "Пешоб тута олмаслик", "Нотўғри овқатланиш (мальнутриция) кекса ва қари беморларда", "Кекса ва қари беморларда йиқилиш", "Остеопороз" ва бошқалар).

4. Амбулатория даражасида кузатиш(даволаш) тактикаси:

1. Автономияни сақлаш ва қўллаб қувватлаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш
2. Мақсадга йўналтирилган ёндашув.
3. Пациентга йўналтирилган ёндашув ва индивидуал бошқарув тактикасини танлаш.
4. Гериатрик ёрдамга бўлган эҳтиёжни фаол равишда аниқлаш.
5. Бемор билан мулоқот қилишдаги тўсиқларни бартараф этиш
6. Фанлараро ўзаро таъсир ва гериатрик жамоада ишлаш.
7. Оила, тарбиячилар, васийлар билан ўзаро муносабатлар.
8. Турли тиббий-ижтимоий муассасалар ўртасида узоқ муддатли парваришлаш ва идоралараро ўзаро ҳамкорликни (соғлиқни сақлаш ва ижтимоий ёрдам) таъминлашга эътибор қаратган ҳолда беморларни бошқаришнинг узлуксизлиги.

Автономияни сақлаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш. КА синдроми бўлишидан қатъи назар, кекса ва қари беморларни даволашнинг энг муҳим ўзига хос мақсади - мавжуд касалликларни ишончли ва хавфсиз назорат қилиш, олдини олиш орқали имкон қадар узоқ вақт автономияни сақлаб, уларнинг функционал ҳолатини яхшилаш, янги гериатрик симптомларни (ГС) келиб чиқиши ва мавжуд симптомларни ривожланишини профилактикаси дир.

Мақсадга - йўналтирилган ёндашув. Беморда КС ташхиси аниқланиши унинг энг кам умр кўриш давомийлигини англатади. Айнан шу беморлар гуруҳи КГБ ўтказиш ва мақсадли гериатрик ёндашувдан кўпроқ фойда олишлари мумкин. КА диагностикаси беморни парвариш қилиш мақсадлари ва даволаш тактикасини ўзгартириш заруратини келтириб чиқариши мумкин.

КА синдроми билан заиф ва қарам беморларда кўплаб касалликлар ва гериатрик симптомлар мавжудлиги бир вақтнинг ўзида ташхис қўйиш ва тўлиқ тузатишга имкон бермайди. Муайян вақтда устувор даволаш усулини танлаш қуйидаги кетма-кетликни ҳисобга олган ҳолда КГБ натижаларига асосланиши керак:

1. Ҳаётга хавф солиши мумкин бўлган касалликлар ва ҳолатларни даволаш.
2. Ҳозирги вақтда функционал фаолиятни ёмонлаштирадиган ва ҳаёт сифатига таъсир қилувчи касалликлар ва ГСни даволаш.
3. Беморнинг умр кўриш давомийлигини ҳисобга олган ҳолда, узоқ муддатда функционал фаолиятни ёмонлаштирадиган ва ҳаёт сифатига таъсир қиладиган касалликлар ва ГСни даволаш.

Даволаш усулини танлашда қуйидагиларни эътибор бериш зарур:

- ушбу касаллик бўйича клиник тадқиқотларда унинг самарадорлигини тасдиқлаш;
- унинг самарадорлиги қайси аҳолида кўрсатилган;
- буюрилган дорилар қандай дозаларда ва қанча вақт давомида қўлланилган.

Беморга йўналтирилган ёндашув ва олиб бориш тактикасини танлашда индивидуал ёндашув. Тиббий ёрдамнинг умумий тизими биринчи навбатда муайян касалликни даволашга қаратилган. Ушбу "касалликка йўналтирилган ёндашув" оптимал эмас ва баъзан ҳатто зарарли [7], биринчи навбатда, маълум бир ҳолатни/касалликни даволаш бўйича тавсиялар учун клиник далиллар паст даражадаги коморбидлик билан кўплаб сурункали касалликлар билан кекса ва қари беморларга ёки ҚА билан касалланган беморларга қараганда анча кам дори-дармонларни қабул қилган ёш беморларда олинган тадқиқотлар маълумотларига асосланади.

Беморга йўналтирилган ёндашув кекса ёки қари беморда сурункали касалликларнинг йиғиндисини ҳисобга олмайди, лекин унинг функционал ва когнитив бирлигини, ташқи ёрдамга ва ҳаёт сифатига боғлиқдир. Бу ёндашув беморнинг устуворликларини ва ҳаётий кўрсатмаларини ҳисобга олган ҳолда даволаш тўғрисида қарор қабул қилади.

КА синдроми билан касалланган беморни даволашнинг индивидуал режасини тузишда, беморда аниқланган ГСни натижаларни ҳисобга олган ҳолда, унинг функционал ҳолатини, когнитив ва ҳиссий бузилишларни, шунингдек, ижтимоий муаммоларни ва умр кўриш давомийлигини баҳолашда маълум нозологиялар бўйича клиник тавсияларни қоидалари қанчалик қўлланилишини баҳолаш муҳимдир.

КА синдроми билан оғриган беморларни даволашда барча терапевтик ва диагностик муолажаларнинг хавф-хатарлари ва афзалликларини диққат билан

кўриб чиқишни талаб қилади, чунки беморларда сурункали касалликларни агрессив даволаш, тез-тез касалхонага ётқизиш ва ҳаёт учун хавфли бўлмаган ҳолатларда ҳам ҳаддан ташқари кўп даволаганда, чора-тадбирларнинг фойдасидан беморнинг ҳаёт сифатининг пасайиши устун келиши мумкин.

Гериатрик ёрдамга бўлган эҳтиёжни фаол равишда аниқлаш. Тиббий ёрдамга мухтож беморлар КС ёки бошқа ГС (йиқилиш, пешоб тута олмаслик, депрессия, когнитив бузилишлар) каби шикоятларни билдирмаганлари сабабли, уларни тиббий ёрдамга мухтожлигини фаол аниқлаш керак.

Бемор билан мулоқот қилишдаги тўсиқларни бартараф этиш. Оила шифокори ва гериатрик жамоанинг бошқа аъзоларининг касбий маҳорати кекса ва қари беморлар билан мулоқотда тўсиқларни енгиб ўтиш қобилиятидир. Эшитиш қобилиятининг йўқлиги, нутқ ва ҳаракатларнинг секинлашиши, когнитив функцияларнинг ёмонлашиши ва кўплаб касалликларнинг борлиги - буларнинг барчаси сабр-тоқатни ва новербал мулоқотни ва махсус қурилмалардан фойдаланиш зарурлигини талаб қилади.

Фанлараро ҳамкорлик ва гериатрик жамоа иши. КА синдроми билан оғриган беморларда кўплаб бошқа ГСлар, шунингдек, мултиморбидлик уларни олиб боришда турли йўналишдаги мутахассисларнинг иштирокини талаб қилади. Жамоанинг барча аъзолари - шифокорлар, ҳамширалар, ижтимоий иш мутахассислари, парвариш бўйича мутахассисларнинг ишни изчиллик билан олиб боришларини муҳимдир. Фанлараро жамоанинг ҳар бир аъзоси беморнинг аҳволи ва эҳтиёжларини баҳолашга ҳисса қўшади, бу эса уни бошқариш тактикаси бўйича энг мақбул қарорни қабул қилиш имконини беради. Беморларни олиб бориш тактикасини вақти-вақти билан жамоавий муҳокама қилиш полипрагмазиянинг камайтиради, беморда даволашга тарафдорликни ва тиббий, ижтимоий ёрдам сифатидан қониқишини ошириради.

Оила аъзолари, тарбиячилар, васийлар билан ўзаро муносабатлар.

КА синдроми билан оғриган беморлар кўп ёки камроқ даражада ташқи ёрдамга мухтождир. Ушбу беморларни муваффақиятли олиб бориш учун гериатрик гуруҳ ва оила аъзолари ва ғамхўрлик қилувчилар баҳамжихат бўлиб ишлаши зарур.

Соғлиқ билан боғлиқ аниқланган муаммолар, даволаш мақсадлари ва уларга эришиш йўллари, беморни кундалик фаолият турлари, шунингдек, номедикаментоз даво усуллари ва имкониятлари, шунингдек медикаментоз даво режасинимухокама қилиниши зарур. КА синдроми билан касалланган беморни касалхонага ётқизилганда, вақтни чегараламасдан оила аъзоларини ташрифини таъминлаш делирия ривожланиш эҳтимолини камайтиради.

Беморларни стационарга қабул қилишда оила аъзолари билан ва уни касалхонадан чиқариш билан боғлиқ масалалар, зарур ҳолларда ижтимоий иш бўйича мутахассисни жалб қилган ҳолда муҳокама қилиниши керак. Турли тиббий-ижтимоий муассасалар ўртасида беморларни олиб боришнинг узлуксизлиги, узоқ муддатли парваришлар ва идоралараро ўзаро ҳамкорликни таъминлаш (соғлиқни сақлаш ва ижтимоий ёрдам) зарур. Такрорий касалхонага ётқизишнинг юқори частотаси, шунингдек, ташқи ёрдамга қарамлик фониди ёлғизлик ва ёлғиз яшашнинг юқори тарқалиши КА билан касалланган беморларни даволашнинг барча босқичларида беморларни олиб боришнинг узлуксизлигини ва тиббий ва ижтимоий хизматларнинг ўзаро боғлиқлигини талаб қилади. Касалхонадан уйга чиқарилганда ёки бир муассасадан бошқасига ўтказилганда беморни олиб бориш режасини мувофиқлаштириш айниқса муҳимдир.

Кексалик астениясин номедикаментоз даволаш усуллари

А Кексалик астения синдроми ёки унинг ривожланиш хавфи бўлган барча беморларга жисмоний машқлар тўпламини (жисмоний тарбия билан даволаш) буюриш ва уларни жисмоний, функционал ва когнитив ҳолатни яхшилаш/қўллаб-қувватлаш билан бир қаторда индивидуал функционал имкониятларга қараб жисмоний машқларни маълум бир ҳажм ва интенсивликда мунтазам равишда бажариш тавсия этилади [2-6].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси- А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: кекса ва қарияларда жисмоний фаолиятнинг сурункали етишмаслиги КА синдромининг ривожланишининг муҳим патогенетик механизмларидан биридир. Улар учун жисмоний машқлар функционал фаолликни, ҳаракатчанликни ва ҳаёт сифатини ошириши ва йиқилиш хавфини камайтириши исботланган. Жисмоний машқлар дастурлари КА ва преастения, шунингдек, бошқа ГС ривожланишининг олдини олишнинг самарали воситасидир [3, 6].

А Машқлар мажмуасини (даволаш жисмоний тарбия), қарилик астенияси ёки унинг ривожланиш хавфи бор бўлган барча беморлар учун, кексалик астения белгиларини камайтириш ва унинг ривожланишини секинлаштириш учун куч машқлари; аэробик, мувозанатни сақлаш машқлари, шу жумладан қаршилик машқларини буюриш тавсия этилади [2-6, 14].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси- А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: КС билан оғриган беморлар учун жисмоний фаоллик ва машқлар дастурлари мунтазам ва узоқ муддатли, индивидуал беморга мослаштирилган ва мушакларнинг кучи ва мувозанатини яхшилаш учун етарлича интенсив бўлиши керак. Тренингнинг интенсивлиги ва ёки давомийлиги аста-секин оширилиши керак. Функционал самарадорликни ошириш учун қаршилик ва куч машқларини кундалик фаолиятни тақлид қилувчи машқлар билан, масалан, “Ўтириш ва тик туриш”. тандем юриш, зинапоёга чиқиш, тана вазнини бир оёқдан иккинчисига ўтказиш, тўғри чизикда юриш, бир оёқда мувозанатни сақлаш каби машқлар бирлаштириш керак. Ўқув дастурлари малакали мутахассислар (даволавчи жисмоний тарбия) томонидан тузилиши керак. Ўқув дастури мунтазам равишда кўриб чиқилиши ва беморда ГСларнинг ривожланишига ва унинг ҳолатидаги ўзгаришларга қараб қайта кўриб чиқилиши зарур.

С Нотўғри овқатланиш синдроми ва саркопениянинг олдини олиш учун барча астеник синдроми билан оғриган беморларга рационал овқатланиш масалалари бўйича маслаҳат бериш тавсия этилади (агар зарур бўлса, диетолог билан маслаҳатлашиш учун), сув ичиш режими ва озиқ-овқат билан протеинни етарли даражада истеъмол қилишга эътибор бериш зарур [7].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси- С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

КА билан оғриган беморнинг рационда гўшт ва балиқ, сут маҳсулотлари (творог, пишлок, йогурт) бўлиши керак. Умумий сув режими камида 1,5 литр (овқатлар ва парҳез маҳсулотларини ўз ичига олган ҳолда), соф суюқликлар эса камида 800 мл ни ташкил қилиши керак. Катта ёшдаги беморларда углеводларга толерантликнинг пасайиши туфайли "мураккаб" углеводлардан ташкил топган ва толага бой озиқ-овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Рационда етарли миқдорда янги сабзавот ва мевалар бўлиши керак. Ош тузи истеъмоли кунига 5,0 г дан ошмаслиги, аммо агар кекса одам илгари туз истеъмол қилишнинг ушбу даражасига риоя қилмаган бўлса, кескин чекловлар киритилмаслиги керак. Кекса ва қари беморларни даволашда қўлланиладиган "Кекса ва кекса беморларда овқатланиш етишмовчилиги (мальнутриция)" клиник кўрсатмаларида овқатланиш билан боғлиқ масалалар батафсил баён этилган.

С Саркопенияни даволаш ва олдини олиш учун астеник синдроми бўлган беморларда КФТ 30 мл / мин / 1,73 м² дан паст бўлмаган тақдирда, протеин истеъмолини кунига 1,0-1,5 г / кг гача ошириш тавсия этилади [7–8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси- С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: Кекса инсоннинг оқсилга бўлган эҳтиёжи ёшлар ва ўрта ёшдагиларга қараганда юқори бўлиб, КА ва саркопенияни даволаш ва олдини олиш учун етарли миқдорда протеин ва муҳим аминокислоталарни истеъмол қилиш жуда муҳимдир. Протеинни истеъмол қилишни кўпайтириш мушакларнинг массаси ва функциясини оширишга ёрдам беради. Кекса ёшдаги мушак массасини ушлаб туриш учун зарур бўлган протеин миқдори кунига 1,0-1,5 г / кг ни ташкил қилади. ГФР 30 мл / мин / 1,73 м² дан паст бўлмаган ҳолда Оптимал - овқат учун 25-30 г юқори сифатли, осон ҳазм бўладиган протеин истеъмол қилиш хавфсиздир. Батафсил маълумот "Кекса ва кекса беморларда нотўғри овқатланиш (мальнутриция)" клиник кўрсатмаларида келтирилган.

В Астеник синдром ва нотўғри овқатланиш натижасида касалланган беморларда тана вазнини сақлаб қолиш, саркопенияни даволаш ва функционал ҳолатни сақлаб қолиш учун озуқавий препаратлар буюриш тавсия этилади [2, 6].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси- В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: Мальнутриция - озуқа моддаларини етарли даражада истеъмол қилмаслик ёки метаболик касалликлар туфайли нотўғри овқатланиш синдроми ривожланиши билан беморнинг диетасининг энергия қиймати кунига 3000 ккалгача оширилиши керак. КА синдроми билан оғриган беморларда энтерал овқатланишда қон зардобиддаги карбамид миқдorigа ва креатинин клиренсига салбий таъсир кўрсатмасдан КА ва саркопения ривожланишини секинлаштиришга ижобий таъсир кўрсатади [2, 6, 7, 8].

Сипинг шаклида фаол озуқавий ёрдамни тайинлаш учун мутлақ кўрсатмалар қуйидагиларни ўз ичига олади [8]: ҳафтасига 2%, ойига 5%, ҳар чорақда 10% ёки 6 ой давомида 20% дан ортиқ тана вазнининг нисбатан тез ривожланаётгани ва сезиларли даражада пасайиши; Беморнинг нотўғри овқатланишининг дастлабки белгилари: тана массаси индекси 19 кг / м² дан кам, елканинг ҳажми стандартдан 90% дан паст (эркакларда 26 см ва аёлларда 25 см дан кам), гипопроотеинемия (< 60 г / л), гипоалбуминемия (< 30 г/л), мутлақ лимфопения (< 1,2 × 10⁹/л).

С Ортиқча вазн ва семизликнинг II босқичи (тана массаси индекси 25–35,9 кг/м²) бўлган кекса беморларга, кексалик синдромларини ривожланиш хавфи ва салбий оқибатларга олиб келиши сабабли вазн пасайтириш тавсия этилмайди [8, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси- С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: ёш билан ортиқча вазн ва семиришнинг тарқалиши ортиб боришига қарамай, кекса одамлар мушак массасининг камайиши билан саркопеник семириш ажралиб туради [2-5]. Ўрта ёшли одамлардан фарқли ўлароқ, тана вазни индексининг нормал қийматлари билан солиштирганда 25-29, 9 кг/м² га ошиши, кекса одамларда ўлим хавфининг ортиши билан эмас, балки камайиши билан боғлиқ [1, 3]. Ортиқча вазн юқори суяк минерал зичлиги, остеопороз ва сон суягини синиши хавфининг пастлиги билан боғлиқ, вазн йўқотиш эса суяк массасининг камайиши билан боғлиқ [4]. Кекса одамларда ҳар қандай вазн йўқотиш (қасддан ёки йўқ) бу саркопения ривожланиши ва / ёки ривожланиши, тўйиб овқатланмаслик, суяклар массасини камайиши ва ўлимнинг ортиши каби потенциал хавфли оқибатларга олиб келиши мумкин [8, 9]. Агар вазн йўқотиш стратегиясининг афзалликлари аниқ бўлса, энг тўғри даволашга ёндашув ўртача вазн йўқотишга қаратилган диетанинг энергия қийматини мўтадил қилишдир. КА ва семизлик билан беморларга аралашувларнинг афзалликларини баҳолаш вазн камайтириш эмас, балки тана таркибидаги ўзгаришларга функционал имкониятларга асосланган бўлиши керак. Протеинни истеъмол қилиш кунига камида тана вазнига 1 г / кгдан бўлиши, микроэлементларни етарли даражада истеъмол қилиш билан бирга, мунтазам жисмоний фаолият билан бирга шуғулланиш керак.

А Йиқилиш хавфини камайтириш учун барча кекса ва қари беморлар, шунингдек, кексалик астения билан оғриган, такрорий йиқилиш ёки йиқилиш хавфи юқори бўлган беморлар учун хавфсиз яшаш шароитларини ташкил этиш бўйича маслаҳат бериш тавсия этилади [6-9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: кекса ва қариялар, айниқса КА синдроми бўлганлар ва уларнинг қариндошлари/тарбиячилари/тарбиячиларига йиқилиш хавфини камайтириш учун хавфсиз уй шароитини ташкил қилиш бўйича зарур тавсиялар берилиши керак. Хавфсиз уй шароитини ташкил қилиш учун кўп омилли тадбирлар ўтказиш учун беморнинг яшаш шароитларини баҳолагандан сўнг, оилавий шифокор ва бошқа мутахассислар (ҳамшира, ижтимоий ишчи) иштирокида амалга оширилиши керак.

КА синдроми бўлган беморнинг қариндошларига берилиши мумкин бўлган тавсиялар: мебелнинг қулай баландлигини танлаш (тўшак, стуллар, хожатхона идишлари ва бошқалар.); мебел барқарорлигини таъминлаш;

айниқса, ҳаммомда тутқичларни ўрнатиш; пол қават қопламалардан фойдаланиш; атравматик қопламалар танлаш (масалан, гилам учун); зинапоялар устида қарама-қарши белгиларни ўрнатиш.

В Бу кексалик астения синдроми бўлган беморларда хавфни камайтиради, шунингдек, такрорий йиқилиш ёки йиқилиш хавфи юқори бўлган барча кекса ва қари беморлар учун поябзал танлаш бўйича маслаҳатлашиш тавсия этилади [9, 10].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

Изоҳ: нотўғри танланган поябзал йиқилиш хавфини ошириши ва кекса одамнинг мувозанатини барқарорлигини камайтираши мумкин. Нотўғри танланган: баландлиги 4,5 см дан ошадиган товонли поябзал; орқасиз поябзал; 45° дан ортиқ сиқилиши мумкин бўлган орқа поябзал; бутунлай эскирган ёки мутлақо текис тагликли поябзал ҳисобланади.

В Когнитив пасайишнинг олдини олиш ва кексалик астения ривожланишини секинлаштириш учун қариллик астения синдроми бўлган барча кекса ва қари беморларга когнитив машғулотлар тавсия этилади [10].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

Изоҳ: когнитив тренингдан фойдаланиш, беморнинг қариндошларига беморларнинг когнитив функцияларини тиклаш тактикаси ва усулларини ўргатиш уйда яшовчи кекса одамлар учун КАга ижобий таъсир кўрсатади. Қарияларда клиник ва психологик машғулотларни ўтказиш ҳаракатчанлик ва функционал фаолият кўрсаткичларини яхшилашга ёрдам беради. Қисқа муддатли хотира ва эътиборни ўргатиш, жисмоний тарбия ва тўғри овқатланиш каби тадбирларини ўз ичига олган мураккаб тренинглар энг самарали ҳисобланади.

С Кекса ва кекса беморларни ижтимоий фаолликни ошириш ва керак бўлганда ижтимоий ёрдам кўрсатиш учун ижтимоий хизмат кўрсатиш марказларига юбориш тавсия этилади [5, 7].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 3).

Изоҳ: Ёлғизлик ва ижтимоий изоляция КС ривожланиши учун хавф омиллари ҳисобланади.

Кексалик астениясин номедикаментоз даволаш усуллари

С Кекса ва қария беморларда дори воситалари билан даволаш тактикасини танлашда нафақат сурункали ва / ёки ўткир касалликларнинг мавжудлигини, балки гериатрик синдромларни (айниқса, кекса ёшдаги

астения), функционал ҳолатни баҳолаш натижаларини, когнитив ва ҳиссий бузилишларни, шунингдек ижтимоий муаммоларни эътиборга олиш зарур [1, 2].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: КА синдроми бўлган беморларга дори воситалари билан даволаш КГБ натижаларини, беморнинг ҳаётий устуворликларини ҳисобга олган ҳолда белгиланиши ва оптимал ҳаёт сифатига ва беморнинг ташқи ёрдамдан мустақиллигини сақлашга қаратилган бўлиши керак.

В Кексалик астения синдроми бўлган кекса ва қари беморларда дори воситалари билан даволашни тайинлашда ГСнинг /кучайишини ёки даво хавфсизлигини баҳолаш учун, унинг хавфини ривожланишни кузатиш тавсия этилади. ГС аниқланганда /чуқурлашганда,альтернатив дорилар ва даволаш схемаси, шу жумладан фармакологик бўлмаган усулларни қўллаш тавсия этилади [10], МР103 "Кекса ва қари беморларнинг фармакотерапияси"услубий кўрсатмаларига асосланган.

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: кекса беморларда баъзи дори-дармонларни қўллаш ГСнинг ривожланиши ёки кучайишига ёки потенциал хавфли ҳолатларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин, шунингдек ГС лар ривожланганда дори терапиясивоситалари билан даволашни тўхтатиш/ўзгартиришни ва бошқа даволаш схемасиларига, шу жумладан фармакологик бўлмаган усулларга ўтишни талаб қилади.

А Фармакотерапиянинг хавфсизлиги ва самарадорлигини ошириш, полипрагмазияни камайтириш, кексалик астения синдромиривожланиши ёки секинлашиши хавфи барча кекса ва қари беморларда "Кекса ва кекса беморларнинг фармакотерапияси" МР103 кўрсатмаларига эътибор қаратиб, STOPP/START мезонларидан фойдаланган ҳолда дори воситалари билан даволашни мунтазам равишда кўриб чиқиш тавсия этилади[10].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: полипрагмазияни ноҳўя ҳолатлари хавфининг сезиларли даражада ошиши, касалхонага ётқизиш давомийлиги ва салбий оқибатлар хавфининг ошиши билан боғлиқ. Шу сабабли мунтазам равишда кўрсатмалар, потенциал

дори воситаларини ўзаро таъсири ва уларнинг дозаларини тўлиқ таҳлил қилиш, шунингдек дори-дармонларнинг потенциал мантуксиз буюришларини скрининг қилиш учун асоссиз буюришлар ва дори-дармонларни асоссиз буюришларини аниқлаш учун STOPP/START-мезонларидан фойдаланиш тавсия этилади.

В Кексалик астения синдроми ва Д витамини етишмовчилиги/етишмовчилиги бўлган беморларда унинг нормал миқдорини даражасини тўғирлаш, йиқилиш ва синишларнинг олдини олиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун Д витамини ёки унинг ҳосилаларини қабул қилиш тавсия этилади [5, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончилилик даражаси 2).

Изоҳ: Витамин D етишмаслиги 25(ОН)D3 концентрациясига мос келади < 20 нг/ мл (50 нмол/ Л), Витамин D етишмаслиги – 25 (ОН) D3 20 дан 30 нг/мл (50 75 нмол/Л), етарли даражада-30 дан ортиқ нг/ мл (75 нмол/л). Витамин D танқислиги тузатиш учун 25 (ОН) D3 тавсия этилади ва мақсадли даражаси 30-60 нг/ мл (75-150 нмол/ Л) [1, 10] ҳисобланади. Витамин D етишмаслигининг олдини олиш учун кунига камида 800-1000 Витамин D ёки унинг ҳосилаларини буюриш тавсия этилади, 25(ОН)D даражасини 30 нг/ мл дан юқори ушлаб туриш учун кунига камида 1500-2000 ХБ Д витамини истеъмол қилиш керак. Д витамини танқислиги учун тавсия этилган даволаш усули холекалсиферол** ҳисобланади. Катталардаги Витамин D етишмовчилигини даволашни тавсия этилган схемалардан бири ёрдамида холекалсиферолнинг умумий тўйинган дозасидан** 1000 ХБ дан бошлаш тавсия этилади (илова А3-7), сўнгра қувватловчи дозаларига ўтиш тавсия этилади [1, 10].

А Кексалик астения синдроми ва остеопороз билан оғриган барча беморларга витамин D ёки унинг аналоглари ва калций препаратининг комбинацияси билан буюриш тавсия этилади [5, 8, 10].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси – А (далилларнинг ишончилилик даражаси 1).

В Кексалик астения синдроми ва остеопорозли беморларга синишнинг олдини олиш учун антиостеопоротик антирезорбтив давони (алендроник кислота**, золедроник кислота**, деносумаб**) буюриш тавсия этилади [1, 2]

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончилилик даражаси 2).

А	Терипаратид** билан суяк-анаболик терапияни 24 ой давомида буюриш тавсия этилади. Остеопороз (айниқса, умуртқа поғонаси ёки сон суягининг синиши) туфайли синиши бўлган беморларда кейинги синишларнинг олдини олиш учун кейинчалик антирезорбтив терапияга ўтилади [12].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

В	Терипаратид** суяк-анаболик терапияни астеник синдроми ва оғир остеопорози бўлган беморларга антирезорбтив терапия самарасиз ва остеопороз сабабли олдинги синишлар бўлганда тавсия этилади [1, 2].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

В	Кексалик астениyasi ва остеопорози бўлган беморларга алендроник кислота**, золедроник кислота**, деносумаб**, терипаратид** билан даволашни Д витамини ёки унинг ҳосилаларини комбинацияси ва калций препаратлари билан биргаликда оптимал даволаш самарадорлигини таъминлаш учун буюриш тавсия этилади [10].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Шундай қилиб, терапевтик ва диагностика тадбирларини ўтказишда уларнинг мақсадлари учун кўрсатмаларга риоя қилиш, дориларнинг таъсир қилиш механизмини, оптимал даражада оддий диагностик вақт талаб қиладиган тестларни ва қарияларнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиш керак. Кексалар учун даволанишга индивидуал ёндашув жуда муҳимдир. Фармакотерапия усулини танлашда нафақат касалликнинг ўзига хос хусусиятларини, балки беморнинг руҳий ҳолатини, унинг яшаш шароитларини, индивидуал хусусиятларини, беморнинг жисмоний ва ҳиссий ҳолатини ҳам ҳисобга олиш керак.

**“КЕКСАЛИК АСТЕНИЯСИДА” НОЗОЛОГИЯСИДА
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

Кекса ёшдаги беморларда қўлланиладиган фармакотерапиянинг хусусиятларидан бири қариш даврида дориларнинг фармакодинамикаси ва фармакокинетикасининг ўзгариши ҳисобланади. Қариликда даволанишнинг таъсири, шунингдек реакцияларнинг етарли эмаслиги ёки даволашнинг самарали натижасининг йўқлиги нафақат препаратнинг ўзига, балки хужайралар, тўқималар, мақсадли органлар ва дориларнинг таъсири воситачилик қиладиган рецепторларнинг функционал ҳолатига ҳам боғлиқлиги аниқланади. Дори-дармонларга ғайриоддий реакциялар ва тесқари таъсирлар тез-тез содир бўлиши мумкин, уларнинг ривожланиши: тўқималарга қон таъминоти ёмонлашиши, витаминларни етишмаслиги ва бошқалар.

Дори-дармонларга сезгирликда ўзгаришлар мавжуд: юрак гликозидлари, нейролептиклар, барбитуратлар, дорилар, антикоагулянтлар. Шу билан бирга, бир қатор дорилар заиф таъсирга эга: адреналин, эфедрин, β-блокаторлар, атропин, платифиллин. Кекса ёшдаги антихипертензив дорилар билан фармакотерапиянинг ўзига хос хусусиятлари шундаки, улар кўпинча доимий артериал гипотензияга, шунингдек, биргаликда касалликларнинг мавжудлиги ва дори истеъмолининг кўпайиши билан боғлиқ бўлган дори асоратлари частотасининг ошишига олиб келиши мумкин.

Шу муносабат билан қариялар учун полифармакотерапия эмас, балки моно - афзалроқдир. Аммо бирга келадиган касалликлар мавжудлиги сабабли, кўпинча битта дори билан чекланиб бўлмайди, шунинг учун бир вақтнинг ўзида бир нечта дориларни буюришда уларнинг ўзаро таъсирини ҳисобга олиш керак.

Кексалик астения синдроми билан оғриган беморларда бирга келадиган касалликлар ва ҳолатларни даволаш хусусиятлари

В

Сурункали касалликларни (шу жумладан, ёшга боғлиқ энг кенг тарқалган касалликлар -артериал гипертензия, тож томир касалликлари, юрак етишмовчилиги, бўлмачалар фибрилляцияси, қандли диабет, онкологик касалликлар ва суяк мушак тизими касалликлари) даволашда КГБ натижаларини, умр кўриш давомийлигини ва астеник синдроми бўлган беморнинг жорий клиник тавсияларни ҳисобга олган ҳолда мақсадли даволашни ҳисобга олиш тавсия этилади. [11, 13, 14].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изоҳ: КА синдроми билан оғриган беморларнинг жисмоний ва функционал фаоллигини яхшилашда касалликлар ва клиник шароитларни индивидуал равишда самарали бўлади, ҳаёт сифати ва прогнозини яхшилайти, соғлиқни сақлаш ресурсларидан янада оқилона фойдаланиш, уйда яшаш ва

стационар ва амбулаторияда олиб бориш уларни даволаш харажатларини камайтириш имконини беради.

Бундай беморларни даволашга амалий ёндашув қуйидагиларни ўз ичига олади:

- беморларда маълум бир вақтда даволаш мобайнида унинг ҳаёт сифатини ва унинг соғлиғи прогнозини яхшилайдиган устувор касалликни аниқлаш;

- чекланган фойда ёки ножўя ҳодисаларнинг юқори хавфи туфайли тўхтатилиши мумкин бўлган даволаш усулларини аниқлаш;

- баъзи дори-дармонларга альтернатива сифатида фармакологик бўлмаган даволаш усулларида фойдаланиш.

Артериал гипертензия

В	Кексалик астенияси билан оғриган беморларга антигипертензив терапияни буюриш тўғрисида қарор қабул қилиш, унинг оғирлигини, автономияни йўқотиш даражасини, функционал ҳолатни ва когнитив функцияларнинг ҳолатини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилади [1, 2, 3].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

С	Антигипертензив терапия буюрилган кексалик астения билан оғриган беморда мақсадли систолик қон босими даражаси 140-150 мм.сб.уст бўлишига эътибор қаратиш тавсия этилади [2, 5, 6, 9].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С	Кексалик астения билан оғриган беморда антигипертензив терапия фониди ортостатик гипотензия, когнитив функцияларнинг ҳолатини бузилиш кузатилганда кексалик астения синдроми динамикасини диққат билан кузатиб бориш тавсия этилади [1, 2, 6].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

А	Даволашнинг хавфсизлигини баҳолаш учун барча кекса ва қари беморларда, шу жумладан қарилик астенияси бўлган беморларда антигипертензив терапияни буюришдан олдин, бошланганда ва ўзгартирилганда ортостатик гипотензия мавжудлигини баҳолаш тавсия этилади [1, 2].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

С	Систолик қон босими <30 мм смб. устгача пасайса, астеник бўлган беморда антигипертензив терапиянинг интенсивлигини, шу жумладан, Артериал босимни функционал пасайиши ёки ортостатик гипотензия олдини олиш учун тўхтатиш ёки дозаларини камайтиришни кўриб чиқиш тавсия этилади.
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С	Антигипертензив терапияни бир дори билан паст дозада бошлаш, фақат монотерапия самарасиз бўлганда, комбинацияланган терапияга ўтиш ва даволаниш хавфсизлигини таъминлаш учун кексалик астения билан оғриган беморларда 3 дан ортиқ антигипертензив дориларни қўлламаслик тавсия этилади
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

В	Кекса ва қари беморларда, шу жумладан кексалик астения билан оғриган беморлар. артериал гипертензияни даволаш учун "секин" калций каналларининг блокаторларини (дигидропиридин ҳосилалари), паст дозаларда диуретикларни (тиазидлар ва тиазидларга ўхшаш), ангиотензин II антагонистларини, АПФ ингибиторларини қўллаш тавсия этилади, Ушбу беморларга фақат аниқ кўрсатмалар мавжуд бўлганда бета-блокаторларни буюриш тавсия этилади [2, 5, 6].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

Изох: КА синдроми бўлган беморларда артериал гипертензияни даволаш бўйича ягона тавсиялар мавжуд эмас. Бироқ, мавжуд маълумотлар кекса ва кекса беморларга "кучли" антигипертензив терапияни буюришни ва уларни даволаш тактикаларининг гипертония билан оғриган ёш беморлар билан ўхшашлигини, аммо қон босимининг янада мақсадли даражашача эришишни қўллаб-қувватлайди. Оғир КС билан оғриган беморларда антигипертензив терапия юрак-қон томир касалликлари хавфини камайтириши ҳақида ҳеч қандай далил йўқ, аммо бу беморнинг когнитив функцияси ва функционал қобилятини сақлаб қолиш учун хавфсиз эмаслиги ҳақида далиллар мавжуд.

Бўлмачалар фибрилляция

С	Инсульт ва веноз тромбоемболик асоратларнинг олдини олиш учун астеник синдроми ва клапансиз бўлмачалар фибрилляцияли (БФ) билан беморларга оғиз орқали антикоагулянтларни буюриш тавсия этилади [1, 3, 4].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изох: Клапансиз бўлмачалар фибрилляцияси ва креатинин клиренци >30 мл/мин бўлган кекса беморларга аликсабан**, ривароксабан** ёки дабигатран этексилат** ёки варфарин** буюрилган маъкул [1, 7]. Аликсабан** ва ривароксабан** креатинин клиренси (КК) < 15 мл/мин, дабигатран этексилат** - КК < 30 мл/мин учун тавсия этилмайдиган (А3-8 иловаси). Агар буйрак функцияси бузилган бўлса (креатинин клиренси < 30 мл/мин), танлов препарат - варфарин** бўлиб, кексаларда варфарин** қўлланилганда, мақсадли МНО қийматларига эришиш учун пастроқ дозалар талаб қилинади ва МНО ни тез-тез кузатиш талаб қилиниши мумкин.

Астения ва йиқилиш хавфи юқори бўлган беморларда –идаруцизумаб антагонисти дабигатран этексилат** афзалроқ бўлиши мумкин.

Эслатма: ** ушбу препарат назоратсиз қўлланилганда гепатотоксик таъсирга ега, шунинг учун уни қўллаш жигар фаолиятини кузатишни талаб қилади.

Антитромботик терапия

С	Астеник синдроми билан беморларда иккиламчи профилактика мақсадида препаратлани индивидуал кўтаролмаслик холларда, фаол қон кетиш ёки илгари интракраниал қон кетиш бўлмаса, ацетилсалицил кислотасининг паст дозаларини (қунига 75-100 мг) узоқ муддатли қўллаш тавсия этилади. Агар АСК га кўтара олмаслик холларда **, клопидогрел** (қунига 75 мг) билан монотерапия тавсия этилиши мумкин [1, 3, 4].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

А	Кексалик астенияси бўлган беморларда юрак-қон томир касалликларининг бирламчи профилактикаси учун АСК** ни буюриш хавф/фойда нисбатини инобатга олиб тавсия этилмайдиган [1, 4, 9].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

С	Кекса ва қари беморларда (шу жумладан, кекса ёшдаги астения билан оғриган беморларда) ўткир коронар синдром (ЎКС) ва/ёки тери орқали коронар аралашувдан кейин (ТОКА) 12 ой давомида АСК** (75–100 мг/кун) ва клопидогрел** (75 мг/кун)ни ўз ичига олган икки ёқлама антиагрегант терапиясини (ИТАТ) буюриш тавсия этилади [1, 3].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изох: ЎКС билан оғриган беморларда ИТАТ давомийлиги (ТОКА билан биргаликда ёки ТОКА бўлмасдан) 12 ой; режалаштирилган ТОКА даврида барқарор ЮИК бўлган беморларда стентнинг турига боғлиқ (1-6 ой). ЎКСда ва қон кетиш хавфи юқори бўлса, прасугрел ёки тикагрелор** дан клопидогрел** афзалроқдир. ≥ 75 ёшдан ошган беморларга, астеник синдроми мавжудлигидан қатъи назар, ТЛТ пайтида клопидогрелнинг юкланиш дозаси тавсия этилмайди.

С Қари ва кекса ёшдаги беморларга, кексалик астения синдроми мавжудлигидан қатъи назар, дозани тўғирламасдан тикагрелор** ни буюриш тавсия этилади [4, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Эслатма: ** ушбу препарат назоратиз қўлланилганда гепатотоксик таъсирга ега, шунинг учун уни қўллаш жигар фаолиятини кузатишни талаб қилади.

С Тирофибан ва эптифибатида ≥ 70 ёшдан ошган одамларда қўллаш, астеник синдром борлигидан қатъи назар, қон кетиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли тавсия этилмайди [1, 7].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С Кекса ёшдаги астения ва буйрак фаолиятининг оғир бузилиши (креатинин клиренци < 15 мл/мин) бўлган кекса беморларга парентерал антикоагулянтлар орасида танлов дори сифатида гепарин натрий**ни буюриш тавсия этилади [5].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Эслатма: ** ушбу препарат назоратиз қўлланилганда гепатотоксик таъсирга ега, шунинг учун уни қўллаш жигар фаолиятини кузатишни талаб қилади.

Бирламчи ва иккиламчи профилактика мақсадида HMG CoA редуктаза ингибиторларини буюриш

А Қариллик астенияси бўлган қари ва кекса беморларга, агар қарши кўрсатма бўлмаса ва индивидуал дори воситаларини яхши кўтарса, юрак-қон томир касалликларининг иккиламчи профилактикаси учун HMG CoA редуктаза ингибиторларини буюриш тавсия этилади [3-8, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

А 75 ёш ва ундан катта беморларда, астеник синдром борлигидан қатъи назар, фойданинг ишончли далиллари йўқлиги сабабли, НМГ СоА редуктаза ингибиторларини ЮҚТ касалликларини бирламчи профилактикаси мақсадида буюриш тавсия этилмади [2].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изох: 75 ёш ва ундан катта беморларда бирламчи ЮИК профилактикаси учун НМГ СоА редуктаза ингибиторлари буюрилган рандомизацияланган назорат остидаги тадқиқотларда кам иштирок этадилар. Иккиламчи профилактика мақсадида НМГ СоА редуктаза ингибиторларини қўллашга келсак, тадқиқот маълумотлари ишончлироқ, аммо улардан фойдаланиш тўғрисида қарор беморнинг умумий гериатрик ҳолатини, мультиморбидлик ва полифармацияни, умр кўриш давомийлигини ва беморнинг хоҳишларини ҳисобга олган ҳолда қабул қилиниши керак.

Юрак этишмовчилигини даволаш

Кексалик астенияси ва юрак этишмовчилиги бўлган беморларни мултидисциплинер жамоа, шу жумладан (кардиолог, гериатр, аниқланган ГС ва унга мос келадиган ҳолатларга қараб бошқа тиббиёт мутахассислари, ижтимоий иш мутахассислари) беморнинг функционал, когнитив ва ижтимоий ҳолати, клиник кўринишни ҳисобга оладиган домен ёндашувига асосланган ҳолда олиб бориш тавсия этилади [4, 5].

С Прогнозни яхшилаш ва касалхонага ётқизиш хавфини камайтириш учун кексалик астения ва юрак этишмовчилиги бўлган беморларга ангиотензинга айлантурувчи фермент ингибиторлари ва бета-блокаторларни буюриш тавсия этилади [5].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С Кексалик астенияси ва юрак этишмовчилиги бўлган беморларга касалхонага ётқизишда ва прогнозни яхшилаш мақсадида ангиотензинга айлантурувчи фермент ингибиторларини (агар ангиотензин II антагонистлари толерантлик бўлса,), бета-блокаторларни, алдостерон антагонистларини, халқали диуретикларни ҳозирги тавсияларга мувофиқ, юрак фракцияси пасайган беморларга буюриш тавсия этилади [5-8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С Касалхонага ётқизиш хавфини камайтириш ва прогнозни яхшилаш учун астеник ва юрак этишмовчилиги бўлган беморларда нотўғри овқатланиш синдромини фаол аниқлаш ва тузатиш тавсия этилади [2, 9]

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С	Кекса ва кекса ёшдаги юрак етишмовчилиги бўлган беморларга, кексалик астения мавжудлигидан қатъи назар, ҳаёт сифатини яхшилаш, аэробик чидамлилиқ ва юрак фаолиятини ошириш учун жисмоний машқлар буюриш тавсия этилади [2, 7, 8].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Қандли диабет

А	Қандли диабет билан оғриган қари ва кекса беморларда мақсадли НbA1c миқдорини аниқлашда кексалик астения, деменсия, функционал ҳолат, атеросклеротик юрак-қон томир касалликлари мавжудлиги ва оғир гипогликемия хавфини ҳисобга олиш тавсия этилади (5-жадвал) [6]
----------	---

Қандли диабет билан касалланган қари ва кекса беморлар учун мақсадли НbA1c даражасини индивидуал танлаш(агар умр кўриш давомийлик прогнозиги паст бўлса <5 йил, даволаш мақсадлари нисбатан енгилроқ бўлиши мумкин)

Пациентлар Характеристикас и	Функцио нал боғлиқ эмас.	Функционал боғлиқ		
		КАсиз ва демен цияси з	КА ва/ёки деменция	Хаётнинг яқунловчи босқичи
АЮҚТК йўқ ва / ёки оғир гипогликемия хавфи	< 7,5%	8,0%	8,5%	Гипогликемия ва гипергликемия симптомларидан сақланиш.
АЮҚТК бор ва/ ёки оғир гипогликемия хавфи	< 8,0%			

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: Қандли диабет билан оғриган кекса беморларни даволаш мақсадлари нафақат беморнинг ўртача умр кўриш давомийлигига, балки юрак-қон томир тизимининг ҳолатига, гипогликемик ҳолатлар хавфига, когнитив функцияларни сақлашга ва мунтазам равишда ўз-ўзини назорат қилиш қобилиятига боғлиқ. Оғиз орқали гипогликемик терапияни танлашда

гипогликемиянинг минимал хавфи, нефро-, гепато- ва кардиотоксикликнинг йўқлиги, бошқа дорилар билан ўзаро таъсирнинг йўқлиги ва бемор учун ҳам, қариндошлари, параваришловчи учун ҳам фойдаланиш қулайлигини ҳисобга олиш керак. Кекса ва қарияларда метформин**, дипептидилпептидаза-4 ингибиторлари (алоглиптин**, вилдаглиптин**, линаглиптин**, саксаглиптин**, ситаглиптин**) ёки унинг аналоги глюкагонсифат пептид-1 (ликсисенатид**) гипогликемия ривожланиши энг кам бўлган препаратлар қўлланилиши мумкин.

Сулфонилмочевина ҳосилаларини эҳтиёткорлик билан қўллаш керак, чунки ёш ўтиши билан гипогликемия хавфи ортади. Глибенкламид ** 60 ёшдан ошган беморларга тавсия этилмайди. Натрийга боғлиқ глюкоза ташувчиси 2-тоифа ингибиторлари (эмпаглифлозин**, дапаглифлозин**) эҳтиёткорлик билан қўлланилади, гиповолемиа ва ортостатик гипотензия ривожланиш хавфи бўлгани учун уларни диуретиклар билан бирга қўлланилмайди.

*Эслатма: ** ушбу препарат назорақиз қўлланилганда гепатотоксик таъсирга ега, шунинг учун уни қўллаш жигар фаолиятини кузатишни талаб қилади.*

Инсулин билан даволашда 2-тип диабет билан оғриган ёш беморлар учун тавсия этиладиган схемалардан фарқ қилмайди. Аммо шуни эсда тутиш керакки, кекса беморлар терапиясини инсулинлар узок муддатли ва уларнинг аналоглари инсулинлар ва инъекция учун қисқа муддатли аналоглар билан биргаликда бошлашлари . insulin терапиясининг асосий қоидалари ва гликемия даражасини ўз-ўзини назорат қилишни ўргатилгандан кейин бошлаш керак.

Деменциягача когнитив бузилишлар ва деменция

Деменция ташқи ёрдамга қарамлик ва бутун дунё бўйлаб одамларнинг ҳаёт сифатининг пасайишининг асосий сабабларидан биридир. ҚА билан оғриган беморларда деменциянинг энг кенг тарқалган сабаби Алцгеймер касаллиги. МКБ-10да Алцгеймер касаллигининг ўзига хос кодланишини ҳисобга олган ҳолда, ташхисни психиатр, невролог ёки оилавий шифокор қўйиши мумкин. Деменция билан оғриган СА синдроми бўлган беморларни бошқариш қариндошлари ва тарбиячилари билан яқин алоқани, ҳиссий ва хулқ-атвор - ва дисфагия, бедсорес, делириум, ижтимоий изоляция ва суиистеъмол. бузилишларининг мумкин бўлган ривожланишини ҳисобга олишни ўз ичига олади Бундай беморларни бошқариш "кекса ва кекса

беморларда когнитив бузилиш" клиник кўрсатмаларига асосланиши ва деменсия фармакотерапияси, деменсиянинг хулқ-атвори ва ақлий кўринишларини тузатиш, беморларнинг хавфсизлиги масалаларини ҳал қилиш ва ёрдам кўрсатишни ўз ичига олиши керак. Шунингдек ҳисобга олиш керакки, кекса астения ва деменсия билан оғриган беморларда ҳиссий ва хулқ-атвор бузилишларини даволашда дориларнинг паст дозалари буюрилади.

В Деменция ривожланишини секинлаштириш учун кексалик астенияси ва деменцияси бўлган беморларга узоқ муддатга деменцияни даволаш учун дориларни (нейропротекторлар**) буюриш тавсия этилади. Невропатолог, рухий касалликлар шифокор ва бўлимидаги оилавий шифокор ва/ёки психиатрнинг динамик назорати остида имкон қадар назорат қилишни ташкиллаштириш керак. [6, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2)

Изоҳ: монотерапия билан таққослаганда комбинацияланган терапия (мемантин** ва антиколинестераза агентларини биргаликда юбориш) самарадорлиги тўғрисида маълумотлар мавжуд. Бу даволаш самарадорлигини оширади, когнитив функцияларни, кундалик фаолиятни вақтинча яхшилади ва хулқ-атвор бузилиши, кўзғалиш ва тажовузнинг оғирлигини камайтиради. Агар монотерапия самарадорлиги камайси, шунингдек, ўртача ва оғир деменсияда комбинацияланган терапияни буюриш мақсадга мувофиқдир.

*Эслатма: ** ушбу препарат назоратсиз қўлланилганда гепатотоксик таъсирга ега, шунинг учун уни қўллаш жигар фаолиятини кузатишни талаб қилади.*

Депрессия

А Кекса астения билан оғриган беморларда депрессияни даволаш учун номедикаментоз чора-тадбирлар мажмуасига индивидуал жисмоний фаолият дастурларини киритиш тавсия этилади [7, 8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1)

А Кекса астения ва депрессия билан оғриган беморни даволашда депрессия белгиларини камайтириш ва уларнинг қайталанишини олдини олиш учун ижтимоий изоляцияни камайтириш ва беморнинг ижтимоий фаоллигини ошириш чораларини кўриш тавсия этилади [8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1)

С Кексалик астенияси бўлган беморларда депрессия аниқланганда, серотонинни қайта қабул қилишнинг селектив ингибиторларини, бошқа

антидепрессантларга нисбатан яхши бардошлилиги туфайли биринчи даражали дори сифатида буюриш тавсия этилади [1, 3].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3)

Изоҳ: Депрессиянинг тарқалиши КС билан умумий патогенетик боғлиқ бўлгани сабабли ёш ўтиши билан ортади. Кекса одамда депрессиянинг ривожланиши ҳаёт сифатини ёмонлаштиради, функционал ҳолатнинг пасайишига олиб келади ва ўлим хавфини оширади. Агар ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва/ёки ўз жонига қасд қилишга уринишлар бўлса, даволанишнинг биринчи ҳафталарида ўз жонига қасд қилиш хавфи ортади, шунинг учун бундай беморларни фақат психиатр назорати остида даволаш керак. Кекса ва кекса беморларда депрессияни даволаш учун қуйидаги антидепрессантлардан фойдаланиш мумкин: сертралин**, ситалопрам, эсситалопрам**, венлафаксин, дулоксетин, миртазапин. Даволаш жуда паст дозалардан бошланиши керак. Рўйхатда келтирилган дориларни селектив бўлмаган моноамин оксидаза ингибиторлари ва моноамин оксидаза ингибиторлари (А тури) билан бирга буюрилмаслик керак - қабул қилишдан олдин танаффус камида 2 ҳафта бўлиши керак.

*Эслатма: ** ушбу препарат назоратиз қўлланилганда гепатотоксик таъсирга ега, шунинг учун уни қўллаш жигар фаолиятини кузатишни талаб қилади.*

С Кекса ёшдаги ва кекса ёшдаги беморларда дори воситаларини оғир ножўя таъсирларнинг ривожланиши билан боғлиқлиги сабабли, селектив бўлмаган моноамин оксидаза ингибиторларини (А типи) қўллаш тавсия этилмайди [1, 8].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3)

Изоҳ: Қари ва кекса беморларда ушбу дориларни қўллаш ёпикбурчакли глаукома, пешоб тутиб туриш, юрак аритмияси, делирия, когнитив функцияларнинг ёмонлашиши ва бошқаларнинг ривожланиши билан боғлиқ.

Сурункали оғриқсиндроми

Кекса астения билан оғриган беморларда сурункали оғриқ синдромини даволаш "Қари ва кекса беморларда сурункали оғриқ"клиник тавсиялари асосида амалга оширилади. Фармакологик даволаш усуллари аналгетикларни буюришда STOPP/START-мезонларини ҳисобга олиши ва МР103 "Кекса ва қари беморларнинг фармакотерапияси"кўрсатмаларига асосланиши керак. Шунинг ҳисобга олиш керакки, дориларнинг самарадорлиги ва токсиклиги,

қарилик астенияси бўлган беморларда сурункали оғриқни даволаш учун фармакологик воситалар таъсирига нисбатан сезгирлик ёш беморлардан фарқ қилади. Назорат қилиш қийин/назоратсиз сурункали оғриқ синдроми бўлган беморларни ҳар томонлама олиб бориш оилавий шифокор, невролог, умумий амалиёт шифокори ва ревматолог иштирокида ва психоген оғриқ компоненти мавжуд бўлганда – психиатр иштирокида тавсия этилади.

С Кексалик астения билан беморда оғриқ синдроми даволашдаги долзарб шакллари билан бирикам инвазив усулдаги аналгетиклардан кенг фойдаланиш тавсия этилади [1, 8]

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С Кексалик астения билан оғриган беморларда ностероид яллиғланишга қарши дорилар буюрилиши чекланади (юрак-қон томир, буйрак ва ошқозон-ичак тизимларидасалбий асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида [8, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С Кундалик терапевтик жисмоний машқларни бажариш ва жисмоний фаолликни етарли даражада ушлаб туриш, кексалик астенияси бўлган/бўлмаган кекса ва қари беморларда таянч-ҳаракат тизими касалликлари билан боғлиқ сурункали оғриқ синдроми учун асосий терапия сифатида ортопедик инструментлардан фойдаланиш тавсия этилади. [3, 9].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С Антиостеопоротик даволаш умуртқа поғонаси компрессион синиш билан боғлиқ орқа оғриқ фонида кексалик астения билан беморлар учун тавсия этилади. [5, 9]

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

5. Реабилитация

Ўткир касаллик ёки жарроҳлик амалиётини бошдан кечирган КА синдроми билан оғриган беморлар функционал фаоллик даражасининг пасайиши ва ташқи ёрдамга қарамлик даражасининг кўриниши /ортиб бориши сабабли узоқ вақт реабилитацияни талаб қилади. Реабилитация реабилитация марказида / бўлимида (агар кексалар реабилитация бўйича мутахассис бўлса) ёки гериятрия бўлимида ихтисослаштирилган ёки юқори технологияли тиббий

ёрдам олгандан кейин амалга оширилиши мумкин. Реабилитация дастурларининг мақсади ташқи ёрдамдан максимал даражада мустақилликни таъминлаш учун қари ва кекса беморларнинг асосий функционал фаоллигини имкон қадар тиклашдир. КГБ асосида комплекс реабилитация дастурлари ишлаб чиқилади [2, 3].

С	Реабилитация дастурига жисмоний фаолият, овқатланиш ҳолатини сақлаш, ижтимоий мослашиш, атроф-муҳитни беморнинг функционал имкониятларига ва (ёки) беморнинг функционал имкониятларига мослаштирадиган воситалар ва усулларни танлаш бўйича чоратadbирларни киритиш тавсия этилади [3].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

**«КЕКСАЛИК АСТЕНИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИ
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

Кекса ва қари одамларга профилактик маслаҳат беришда сурункали юқумли бўлмаган касалликлар учун хавф омилларини тузатишнинг ёшга боғлиқ хусусиятларини ва полипрогмазияни юқори эҳтимолини ҳисобга олиш керак. Беморни нафақат касаллик белгиларини (агар мавжуд бўлса) йўқ қилишга, балки умуман соғлом қариш ва узоқ умр кўришга, фаол ҳаёт тарзига йўналтириш керак. Маслаҳатланганларнинг барчасига мунтазам жисмоний фаоллик, овқатланиш, когнитив тренинглар, хавфсиз яшаш шароитлари ва ёш омили ва қарилик астениясининг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда доридармонларни қабул қилиш қоидалари бўйича тавсиялар берилиши керак. Агар сезги нуқсонлари (эшитиш, кўришнинг пасайиши), сурункали оғриқ ёки депрессия белгилари аниқланса, ихтисослашган тиббиёт мутахассислари билан маслаҳатлашиш тавсия этилади [1, 9]. 65 ёш ва ундан катта ёшдаги инсонларни клиник кўрикдан ўтказишда амалдаги тартиб бўйича кенг тарқалган гериатрик синдромларни аниқлаш мақсадида беморларни “Ёш тўсик эмас” шкаласи бўйича сўровдан ўтказиш тавсия этилади [5].

А Кексалик астения синдромининг ривожланиши ва ривожланишининг олдини олиш учун уйда яшовчи қари ва кекса беморлар учун гуруҳ ва индивидуал таълим дастурларини ўтказиш тавсия этилади [2, 6, 7].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: КА синдроми бўлмаган беморлар учун гуруҳли таълим дастурларини, шунингдек, КА ривожланиш хавфи бўлган беморлар учун индивидуал таълим дастурларини ўтказиш КА ривожланишининг олдини олиш учун самарали чоралар ҳисобланади.

Кекса ва қари беморларда, айниқса преастения ва қарилик астенияси бўлган беморларда инфекцияларга нисбатан астения кучаяди, унинг оқибатлари функционал пасайиш ва автономиянинг тез йўқолишидир. Кекса ва кекса беморларни профилактик эмлашлар миллий профилактик эмлашлар тақвими ва эпидемия белгилари бўйича профилактик эмлашлар тақвими мувофиқ амалга оширилади. Кекса ва кекса одамларни (65 ёш ва ундан катта) пневмококк инфекциясига қарши эмлаш, бу пневмококк инфекциялари (пневмония, менингит) ва улар билан боғлиқ ўлим ҳолатларини сезиларли даражада камайтиришни таъминлайдиган юқори тежамкор аралашувдир [2], шунингдек, мавсумий гриппга қарши эмлаш алоҳида аҳамиятга эга [2]. Преастения билан оғриган бемор маҳаллий шифокор томонидан профилактик текширувлар ва тиббий кўрикларнинг амалдаги тартибига мувофиқ кузатилади. Беморни кузатишда маҳаллий терапевт аниқланган гериатрик

синдромларнинг динамикасини ва уларни тузатиш бўйича чора-тадбирлар самарадорлигини баҳолайди.

Кексалик астения синдроми билан оғриган беморни диспансер кузатуви кекса шифокор томонидан индивидуал даволаш режасига мувофиқ амалга оширилади. Йилига камида бир марта КГБ ўтказиш тавсия этилади. Агар ўткир функционал пасайиш ривожланса, КГБ олдинроқ бажарилиши мумкин.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш

КА синдроми билан оғриган беморнинг даволовчи шифокори маҳаллий шифокор (умумий амалиёт шифокори, оилавий шифокор) бўлиб, у гериатр билан биргаликда беморни индивидуал олиб боришни, бошқариш режасини амалга оширади. Агар керак бўлса, лекин йилига камида бир марта, КА синдроми билан оғриган бемор кексалик ҳолатини кузатиш учун гериатрга маслаҳат учун юборилади.

Тиббий муассасаларда касалхонага йўналтириш учун кўрсатмалар

КА синдроми билан оғриган беморларнинг кўпчилиги учун сурункали касалликларнинг кучайиши кузатилса, диагностика ва терапевтик ёрдамнинг зарур ҳажмини таъминлаш мумкин бўлса, уйда тиббий ёрдам кўрсатиш афзалроқдир. Керакли текширувларни ўтказиш ва уйда даволашни танлаш билан боғлиқ қийинчиликлар мавжуд бўлса, КА синдроми билан оғриган беморни гериатрия бўлимига ётқизиш тавсия этилади.

Агар ихтисослаштирилган ёки юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатиш зарур бўлса, КА синдроми билан касалланган бемор тегишли профил бўлимига ётқизилади. КА синдромининг мавжудлиги ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатишдан бош тортиш учун сабаб бўлиши мумкин эмас.

Беморларни гериатрия бўлимига ётқизиш учун кўрсатмалар

Кексалик астенияли беморни гериатрия бўлинмасига ётқизишга йўналтиришни терапевт, умумий амалиёт шифокори, оилавий шифокор, гериатр-врачлар, бошқа мутахассислар амалга оширади.

Гериатрия бўлинмасига ётқизилиш учун кўрсаткичлар қуйидагилардан иборат:

1. КА синдроми бўлган беморнинг терапевт профилидаги касалликлари ва айрим неврологик профилдаги касалликлари касалхонага ётқизилишни талаб этади.

Кексалик астенияли беморни гериатрия бўлинмасига ётқизишга йўналтиришни участка терапевти, умумий амалиёт шифокори, оилавий шифокор, гериатр-врачлар, бошқа мутахассислар амалга оширади.

Гериатрия бўлинмасига ётқизилиш учун кўрсаткичлар қуйидагилардан иборат: сурункали оғриқ синдромлари билан касалхонага ётиши мумкин.

1. КА синдроми бўлган беморнинг терапевтик профилидаги касалликлари ва айрим неврологик профилдаги касалликлари касалхонага ётқизилишни талаб этади. Инсултдан кейинги бузилишлари (инсултдан кейин 6 ойдан кечиктирмай), диссиркулятор энцефалопатия (мия қон томирлари касаллиги), бош айланиши, уйқу бузилиши, нерв-мушак касалликлари, сурункали оғриқ синдроми, енгил ва ўртача даражадаги депрессия билан оғриган беморлар гериатрик бўлимига ётқизилиши мумкин. Алцгеймер касаллиги ва деменсиядан олдинги бузилишлар босқичида бошқа келиб чиқадиган когнитив касалликлар ва аффектив хулқ-атвор бузилишлари бўлмаганда енгил ва ўртача даражадаги деменсияда амалга оширилади.

2. Ортопедик, жарроҳлик аралашувлардан сўнг, шунингдек, КА синдроми билан оғриган беморларнинг терапевтик бўлимларида касалхонага ётқизилганидан кейин йўқолган ўз-ўзини парвариш қилиш қобилиятини тиклаш учун шифохона шароитида даволаниш муддатини узайтириш зарурати.

3. КА синдроми ва ташқи ёрдамга қарам бўлган беморларни амбулатория шароитида текшириш имконияти бўлмаганда текшириш зарурати.

Гериатрия бўлимида КА синдроми бўлган беморларни бошқаришнинг мақсадлари:

1. Касалхонага ётқизишга сабаб бўлган асосий касалликни текшириш, даволаш ва реабилитация қилиш.

2. КА синдроми билан оғриган беморнинг функционал фаоллиги даражасини сақлаб туриш ва тиклаш.

3. Касалхонага ётқизиш билан боғлиқ асоратларни ривожланишининг олдини олиш (йиқилиш, делирия, 1 тоқ яралари ва бошқалар).

АС билан касалланган беморни касалхонага ётқизишнинг минимал давомийлигига эришиш керак. Касалхонага ётқизиш муддати мақсадга қараб индивидуал равишда белгиланади ва агар ўз-ўзини парвариш қилишнинг йўқолган қобилиятини тиклаш зарур бўлса, 2 ҳафтагача бўлиши мумкин.

Касалхонага ётқизиш пайтида асосий ГС динамикасини акс эттирувчи ҳамширалик кузатув карталарини сақлаш тавсия этилади (йиқилиш хавфи, делирия, сурункали оғриқ (агар аниқланган бўлса), сурункали яралар / ётоқ яралари ва бошқалар). Гериатрик бўлимининг оптимал ишлашини ва кексалик астения билан оғриган беморларга тўғри тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлаш учун асосий ГС ва асоратларни (йиқилиш, делирия, нотўғри

овқатланиш ва бошқалар) олдини олиш ва даволаш протоколларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш керак.

Беморни қариялар бўлиmidан чиқариш учун кўрсатмалар

1. Касалхонага ётқизишга сабаб бўлган асосий касалликни текшириш, даволаш ва реабилитацияни яқунлаш.

2. КА синдроми билан оғриган беморнинг функционал фаоллиги даражасини ошириш ёки яхшиланишнинг мумкин эмаслигини асослаш.

Касалхонадан чиқаришни режалаштириш, жараённи янада мувофиқлаштириш учун бемор гериатрик бўлимига ётқизилиши билан бошланиши керак. Баъзи ҳолларда беморни чиқариш билан боғлиқ масалалар оила аъзолари билан муҳокама қилиниши керак. Касалхонага ётқизиш вақтида беморнинг ижтимоий хизматларга бўлган эҳтиёжи аниқланади ва шунга қараб, ижтимоий иш бўйича мутахассиснинг иштироки билан мажбурий б чиқариш ни режалаштириш амалга оширилади.

Бемор гериатрик бўлиmidан чиқарилгандан сўнг оила шифокорига муурожаат қилиш зарурати индивидуал асосда ҳал қилинади ва агар керак бўлса, беморни индивидуал бошқариш режасида чиқарув ҳужжатида кўрсатилади.

Касаллик кечиши ва натижасига таъсир етган қўшимча маълумот Кексалик синдроми бўлган беморларни касалхонага ётқизиш билан боғлиқ хавфлар

КА синдроми билан касалланган беморларни касалхонага ётқизиш билан боғлиқ нохуш оқибатларга [2, 8]: функционал фаоллик даражасининг пасайиши; мушак массаси ва мушаклар кучини йўқотиш; иммобилизация ва веноз тромбэмболик асоратлар хавфини ошириш; делирия; шифохона инфекциялари; ётоқ яралари; нотўғри овқатланиш; функционал пешоб тута олмаслик, уйқу-уйғониш циклининг бузилиши.

Атроф-муҳитнинг ўзгариши, ётоқда дам олиш, янги дори-дармонлар, катетеризация, сенсорли депривация, нормал уйқу ва уйғониш тартибининг бузилиши, овқатланишнинг ўзгариши, функционал, жисмоний ва когнитив пасайиш - буларнинг барчаси касалхонага ётқизиш пайтида асоратларни ривожланишига предраспозиция қилувчи омиллардир. КС билан оғриган беморлар автономия ва ташқи ёрдамга қарамлик ўртасидаги чегара бўлганлиги сабабли, касалхонага ётқизиш пайтида функционал фаолликнинг озгина пасайиши ҳам уларни ташқи ёрдамга янги ёки янги орттирилган қарамлик даражасига олиб келиши мумкин.

Касалхонада даволаниш вақтида функционал фаоллик даражасининг биров пасайиши кўпинча касалхонага ётқизишни келтириб чиқарадиган ўткир

касаллик ёки ҳолат мавжудлиги сабабли муқаррар. Касалхонага ётқизишнинг салбий оқибатларини олдини олиш ёки минималлаштириш мумкин. Шу мақсадда КС билан оғриган беморларга ёрдам кўрсатиладиган бўлимлар ишига тушишнинг олдини олиш, функционал фаолликни пасайтириш, делирия, оғриқ синдроми ва ётоқ яраларининг олдини олиш бўйича ҳамширалик протоколларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш тавсия этилади.

Делирий

Делириянинг ўлимнинг кўпайишига, касалхонага ётқизишнинг давомийлиги ва нархининг ошишига ва узоқ муддатли парвариш зарурлигига олиб келади. Хавф омилларини билиш, ташхис қўйиш ва делириянинг олдини олиш стратегиясини ишлаб чиқиш жуда муҳимдир. Касалхонага ётқизиш билан боғлиқ кўплаб жиҳатлар - оғриқ, уйқусизлик, юқумли касалликлар ва айрим дорилар тоифалари, шу жумладан психотроп ва антихолинергик таъсирга эга делириянинг ривожланиш хавфини оширади. [2, 8-11].

Когнитив бузилишлари бўлган беморлар, айниқса, касалхонага ётқизиш пайтида делирияни ривожлантирадilar. Делирия ҳиссий маҳрумлик мавжуд бўлганда ҳам ривожланиши мумкин (масалан, кекса одам кўзойнак ёки эшитиш воситаларидан фойдалана олмаганида). Кекса беморларда делирия кўпинча тан олинмайди, чунки у кўпинча гипоактив шаклда содир бўлади. Чалкашликларни баҳолаш шкаласи (Д16-илова) делирияни аниқлаш учун қўлланилади.

Делириянинг эрта ташхиси уни тузатиш бўйича тегишли чораларни ўз вақтида кўриш, шу жумладан оғриқ, сувсизланиш, ахлат ва пешобни ушлаб туриш, ҳиссий нуқсонлар билан курашиш, беморни сафарбар қилиш ва "дўстона муҳит" яратиш - жой ва вақтда ориентация, ухлаш, яқинлар билан алоқа қилиш учун имкониятлар яратиш учун муҳимдир [2, 9].

А	Ҳар қандай бўлимда касалхонага ётқизиш пайтида астеник синдроми бўлган беморларда ҳар куни делирия мавжудлигини чалкашлик шкаласи (Д16-илова) ёрдамида баҳолаш тавсия этилади, чунки унинг ривожланиши салбий оқибатлар хавфи билан боғлиқ [2, 3-6].
----------	--

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

С	Кексалик астения синдроми бўлган беморларда делириянинг олдини олиш ва даволаш учун касалхонада бўлиш вақтида номедикаментоз чора тадбирларни ўтказиш тавсия этилади [2].
----------	---

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: делирияни ривожланиши КА синдроми бўлган беморнинг прогнозини ёмонлаштиради. Унинг олдини олиш ва даволашнинг номедикаментоз даво усуллари тўплами беморни вақтида тўғри йўналтиришга (соат ва тақвим жорий сана беморнинг кўриш соҳасида бўлиши керак) ва бўшлиққа, у билан алоқа қилишга қаратилган чора-тадбирларни ўз ичига олади, уйғониш даврида кундузги ёруғликдан фойдаланишни таъминлаш, уйғониш ва уйку даврларини кузатиш, тунги уйку учун қулай муҳит яратиш, ҳиссий нуқсонларни тузатиш (агар керак бўлса, кўзойнак ва эшитиш воситалари билан таъминлаш), қариндошлар билан мулоқот қилиш қобилияти (қариндошлар билан мулоқот қилиш имконияти (беморнинг аҳволининг хусусиятларини уларга олдиндан тушунтириш), операциядан кейин беморни эрта сафарбар қилиш, етарли ичимлик режими, қулай психологик шароитларни таъминлаш (ортикча шовқин, ёрқин нур, дўстона муносабат) [11]. Делирияни дори-дармонлар билан даволаш истисно ҳолларда, минимал терапевтик дозаларда фақат беморнинг ҳаётига ёки бошқаларга таҳдид солувчи тажовузкор хатти-ҳаракатлари, шунингдек делирияни дори билан даволаш самарадорлиги тўғрисида ишончли маълумотлар йўқлиги сабабли даволанишга фаол тўсқинлик қилган ҳолларда унинг оғирлигини камайтириш, унинг давомийлигини қисқартириш ва касалликнинг прогнозини яхшилаш буюрилиши керак [11].

Иммобилизация ва катетерлардан фойдаланиш

Тўшақда ётиш ва чекланган жисмоний фаолият мушаклар кучсизлигининг ривожланишига ёки ёмонлашишига олиб келади. Чекланган ҳаракатчанлик тушиш, делирия, ётоқ яралари ва веноз тромбоемболик асоратлар хавфи билан боғлиқ. Баъзи шароитлар тўшақда ётиш талаб қилса-да, аксарият касалликлар ва шароитларни даволаш кекса беморларда фаолиятни чеклашни талаб қилмайди.

Ҳаракати чекланган беморларни кунига камида икки марта овқатланиш учун ўтириш ва иложи бўлса, беморларни юришга ундаш керак. Касалхонага ётқизиш вақтида эрта сафарбарлик - бу функционал пасайишнинг ривожланишининг олдини олиш учун энг муҳим аралашув. Кекса стационар беморларнинг ҳаракатчанлигининг ошиши функционал нуқсонларнинг камроқ тарқалиши ва қолиш муддатининг қисқариши билан боғлиқ [2, 4]. Кўпгина астеник беморлар айниқса катетерлар мавжуд бўлганда хавфсиз мобилизация ёрдамига муҳтож, астеник беморни катетеризация қилишга қарор қилганда, фойда ва хавфларни синчковлик билан таҳлил қилиш ва катетеризацияни фақат фойда эҳтимоли катта бўлганда ва муқобил вариант бўлмаганда беморни даволаш интенсивлигига мос келганда ўтказиш тавсия этилади [2, 4].

С Беморнинг ҳаракатчанлигини чеклаш даврини минималлаштириш, делирия, юкумли асоратларни ривожланиш хавфини камайтириш учун бундай имконият пайдо бўлганда, астеник беморларга дориларни томир ичига юбориш ва катетерлардан фойдаланишни имкон қадар тезроқ тўхтатиш тавсия этилади [2, 4].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Йиқилишлар

КА синдроми бўлган беморларни касалхонага ётқизиш йиқилиш хавфининг ошиши билан боғлиқ. Катта ёшдаги йиқилишлар функционал қарамликнинг ривожланиши ва узок муддатли парвариш эҳтиёжлари билан боғлиқ. Касалхонага ётқизилган беморларда йиқилишнинг хавф омиллари жуда кўп ва улар нафақат ўзгартирилмайдиган омилларни (ёши, йиқилиш тарихи), балки потенциал ўзгартирилиши мумкин бўлган омилларни ҳам ўз ичига олади: когнитив бузилиш, мувозанат ва ҳаракатчанлик муаммолари, мушакларнинг заифлиги, полифармация, седатив дориларни қўллаш, кўришнинг пасайиши, сийдик тута олмаслик, бош айланиши, сувсизланиш [2].

Мушаклар кучсизлиги ва ортостатик реакциялар хавфини камайтириш учун беморни ётоқдан ташқарида вақт ўтказишга ундаш керак. Бироқ, йиқилиш хавфи юқори бўлган беморлар амбулатория пайтида кузатувни талаб қилиши мумкин. Жисмоний терапия бўйича ўқитувчи билан машғулотлар енг муҳим тадбирлардан бири бўлиб, тушиш хавфини олдини олиш дастурига киритилиши керак.

С Морзе шкаласи (Д15-илова) ёрдамида касалхонага ётқизилган пайтда йиқилиш хавфини аниқлаш ва барча қари ва кекса беморларда, айниқса қариллик астенияси билан йиқилишнинг олдини олишга қаратилган чоратадбирларни амалга ошириш тавсия этилади [3, 4, 5, 6]

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

С Йиқилишнинг ўзгартириб бўладиган хавф омилларини бартараф этиш ва даволашга тизимли ёндашувни таъминлаш учун катталар аҳолисига ёрдам кўрсатадиган барча тиббиёт муассасаларида йиқилишнинг олдини олиш дастурларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш тавсия этилади [2, 5].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 3).

Изоҳ: Гериатрик бўлимларда йиқилиш ва регламентдастурлари ҳамда сиёсати барча тиббий ходимларига яхши маълум бўлиши керак.

Уйқу. Касалхонага ётқизиш пайтида уйқуни бузадиган омилларга нотаниш муҳит, касаллик белгилари (нафас олишдаги муаммолари, оғриқ ва бошқалар) ва атроф-муҳит омиллари (шовқин, ёруғлик) киради [11]. Уйқунинг бузилиши делирия ривожланиши учун хавф омилдир [2, 9]. Қулай муҳитни яратиш - бўлимда кам ёруғлик ва сукунат, режим ва дори-дармонларни қабул қилишни режалаштириш, диагностика ва терапевтик муолажалар - касалхона шароитида беморларнинг уйқусини яхшилаши мумкин [10]. Агар ёмон уйқу ҳақида шикоятлар бўлса, уйқусизликнинг индекси (Г20-илова) ёрдамида уйқу бузилишини баҳолаш ва беморни скрининг натижаларига кўра сомнолог билан маслаҳатлашиш учун юбориш (агар иложи бўлса) ва/ёки уни яхшилаш бўйича тавсиялар бериш тавсия этилади.

Овқатланишдаги етишмовчиликлар

КА синдроми билан касалхонага ётқизилган одамлар, айниқса когнитив нуқсонлари бўлганлар орасида, нотўғри овқатланиш (мальнутриция) ривожланишига олиб келади. Гериатрик касалхонага ётқизилган беморларда тўйиб овқатланмаслик, нотўғри овқатланиш кўплаб омилларнинг натижаси бўлиши мумкин: когнитив функциянинг бузилиши ва делирия ривожланиши, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айнаши, ич қотиши, оғиз гигиенаси ёмонлиги, протезларнинг етишмаслиги, дори воситалари билан даволашининг салбий таъсири (масалан, қуруқ оғиз), моторика фаоллигининг пасайиши, қўл функцияси билан боғлиқ муаммолар, қийинчиликлар ўз-ўзини парвариш қилиш билан, белгиланган парҳез чекловлари.

Овқатланиш пайтида мобилизация ва озиқлантиришда ёрдам кўрсатиш каби оддий чоралар касалхонага ётқизиш пайтида беморнинг овқатланиш ҳолатини яхшилаши мумкин [1, 4]. Нотўғри овқатланишни тўғирлаш учун сиз диетолог билан маслаҳатлашиб, юқори протеин ва калория таркибига эга овқатлардан фойдаланишингиз керак бўлиши мумкин.

Оғиз орқали озиқлантиришни қўллаш афзалдир. Кекса беморни найча билан озиқлантиришга ўтиш тўғрисида қарор, айниқса, бир нечта жиддий касалликлар ва ривожланган деменсия билан оғриган беморларда диққат билан кўриб чиқилиши керак.

Ётоқ яралари

Касалхонага ётқизилган беморларда ётоқ яраларини ривожланиш хавфи жисмоний фаолиятни чеклаш, тўйиб овқатланмаслик, пешоб тута олмаслик, неврологик бузилишлар каби хавф омиллари бўлганда ортади. Овқатланишни оптималлаштириш ва бир ҳолатда узок вақт бўлишини чеклаш ётоқ яраларининг ривожланишини олдини олишга ёрдам беради. Шунинг учун ёттиш керакки, ётоқдаги беморнинг ҳолати камида икки соатда бир марта ўзгартирилиши керак [1, 7].

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезонлари	ДД	ТД
Бирламчи тиббий ёрдам, туман шифокори, умумий амалиёт шифокори, оилавий шифокор томонидан тиббий ёрдам кўрсатиш			
1	У пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, проведен скрининг старческой астении с использованием шкал «Возраст не помеха»	1	А
2	Амбулатория ёки стационар муассасаларда тиббий ёрдамга мурожаат қилган 60 ёш ва ундан катта беморларда "ёш тўсиқ эмас" шкаласи ёрдамида кексалик астения скрининги ўтказилди	1	А
3	Қачон гериатрик синдромлар (визуал ва/ёки эшитиш бузилиши, сийдик тута олмаслик ва бошқалар.) "ёш тўсиқ эмас" шкаласи бўйича 1-2 балл билан беморда аниқланади, беморни кузатаётган шифокор диагностика тадбирлари режасини тузади ва аниқланган гериатрик синдромларни тузатади	1	А
Гериатрия идораси/ гериатрия бўлими шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш			
1	Жисмоний, функционал, когнитив, ҳиссий ва ижтимоий ҳолатларни баҳолаш билан кенг қамровли гериатрик баҳолаш ўтказилди, шунингдек лаборатория ва инструментал тадқиқотлар натижалари ҳисобга олинди	1	А
2	Қасалик тарихи тўпланди, полипрагмазия мавжудлиги баҳоланди ва стопп/START мезонлари ёрдамида беморлар томонидан қабул қилинган дори-дармонларни таҳлил қилиш ўтказилди	1	А
3	Баландлик ва вазн ўлчовлари ўтказилди, тана вазн индекси ҳисоблаб чиқилди	1	А
№	Сифат мезонлари	ДИД	ТИД
4	Қон босими ва юрак уриши ўлчанди	1	А
5	Ортостатик синов ўтказилди	2	А
6	Кўриш ўткирлигини баҳолаш амалга оширилди	2	В
7	Эшитишни баҳолаш аудиометрия ёрдамида амалга оширилди	2	В
8	Озиқланишни баҳолаш қисқа овқатланишни баҳолаш шкаласи ёрдамида амалга оширилди	2	А
9	Остеопоротик синишларнинг 10 йиллик хавфи FRAX шкаласи ёрдамида баҳоланди	2	А

10	Жисмоний фаолият тестларининг қисқача текшируви ўтказилди	2	A
11	Билак динамометрияси амалга оширилади	2	A
12	Ўйқилиш хавфи Morse шкаласи бўйича ёки жисмоний ишлаш тестларининг қисқа батареяси ва "тур ва юр" тести натижалари асосида баҳоланди	2	A
13	Асосий функционал фаоллик Бартел шкаласи бўйича баҳоланди	2	A
14	ИНструментал фаолият Лаутон шкаласи бўйича баҳоланди	2	A
15	Когнитив ҳолат қисқа ақлий ҳолатни баҳолаш шкаласи ва соат чизиш тести ёки Монреал когнитив функцияларни баҳолаш шкаласи ёрдамида баҳоланди	3	B
16	Ҳиссий ҳолат саломатликни баҳолаш шкаласи (PHQ-9) ёки гериатрик депрессия шкаласи (ёки деманс билан оғриган беморларда Корнелл депрессия шкаласи) ёрдамида баҳоланди	2	A
17	Сурункали оғриқни баҳолаш амалга оширилди	2	A
18	Умумий қон текшируви ўтказилди	4	C
19	Зардобда креатинин концентрацияси ўрганилди, коптокчалар филтрация тезлиги СКD-EPI формуласи ёрдамида ҳисоблаб чиқилди	2	A
20	Қонда қалқонсимон безни тиреотроп гормон даражасини ўрганиш ўтказилди (ТТГ)	2	B
21	Қондаги умумий оқсил ва альбумин концентрацияси ўрганилди	3	B
22	Кексалик астенияли бемор қонидаги 25-ОН vitamin Д даражасини ўрганилди	1	A
№	Сифат мезонлари	ДИД	ТИД
23	Беморнинг ижтимоий хизматларга ва узоқ муддатли ёрдамга бўлган эҳтиёжи аниқланди. Маълумотлар ижтимоий хизматга етказилди	3	B
24	Гериатр кексалик астения билан оғриган бемор учун индивидуал бошқарув режасини ишлаб чиқди, унда қуйидагилар мавжуд:		
24.1	Жисмоний фаоллик ва жисмоний машқлар комплекслари бўйича тавсиялар	2	A
24.2	Кунига 1 кг тана оғирлигига нисбатан 1-1,5 г/кг оқсил истеъмол қилиш билан парҳез тавсиялар, КФТ тақдим 30 мл/мин / 1.73 м ² дан кам эмас	2	B
24.3	Когнитив машғулотлар учун тавсиялар	1	A
24.4	Қўшимча лаборатория учун тавсиялар	2	B

	ва аниқланган гериатрик синдромлар ва кекса астения курсига таъсир қилувчи шароитларга мувофиқ мутахассисларнинг инструментал текширувлари ва маслаҳатлари		
24.5	Аниқланган гериатрик синдромлар ва касалликларни тузатиш бўйича тавсиялар	2	А
24.6	STOP/START мезонлари асосида дори-дармон терапиясини оптималлаштириш бўйича тавсиялар	1	А
24.7	Атроф-муҳитни беморнинг функционал имкониятларига ва/ёки беморнинг атроф-муҳитга функционал имкониятларига мослаштирадиган воситалар ва усуллардан фойдаланиш бўйича тавсиялар (транспорт воситалари, таёқ, юрувчи, бўғимларнинг протезлари ва протезлари, кўзойнақлар, эшитиш мосламалари ва бошқалар.)	2	В
24.8	Хавфсиз ҳаётни ташкил этиш бўйича тавсиялар	2	А
24.9	Ижтимоий хизматлар томонидан кўрсатилиши мумкин бўлган ижтимоий хизматларга ва узоқ муддатли ёрдамга бўлган эҳтиёж даражаси тўғрисида маълумот	2	В
25	Кекса астения билан оғриган беморни индивидуал бошқариш режаси беморни бевосита кузатадиган шифокорга (туман терапевти, умумий амалиёт шифокори, оилавий шифокор, шифохона шифокори) биргаликда доимий узоқ муддатли кузатувни таъминлаш учун ўтказилди	1	А
№	Сифат мезонлари	ДИД	ТИД
26	Кекса астения ва vitamin 25(ОН) Д3 дефицити/етишмовчилиги бўлган беморларга колекалсиферол буюрилади**	1	А
27	Артериал гипертензияни даволашда ортостатик гипотензия мавжудлиги администрациядан олдин, антигипертензив терапия бошланганидан кейин ва у ўзгарганда баҳоланади	1	А
28	Клапанга боғлиқ бўлмаган фибриляцияли беморларга оғиз орқали антикоагулянт буюрилади	1	А
29	Гериатрия бўлимига касалхонага ётқизилгандан сўнг, делириумнинг мавжудлиги онг чалкашликларни баҳолаш шкаласи бўйича баҳоланади	1	А
ТИД – тавсияларнинг ишончлилик даражаси ДИД – далилларнинг ишончлилик даражаси			

**“КЕКСАЛИК АСТЕНИЯСИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ПАЛИАТИВ ДАВОСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

72

1. Асосий қисм

Терминал босқичдаги беморлар ҳаётининг сўнгги кунларини сурункали стресс шароитида ўтказадилар. Уларни кучли оғриқлар, ўлим ваҳимаси, чорасизлик ҳисси, моддий қийинчиликлар қийнайди. Яқин қариндошлар аксарият ҳолларда марҳумни тўғри парвариш қилиш ва уни тинчлантириш учун зарур кўникмаларга эга эмаслар. Улар вазиятга ҳиссий жиҳатдан жалб қилинган ва яқинларининг касаллигини ҳам оғир

ПАЛЛИАТИВ ҚЎЛЛАБ-ҚУВВАТЛАШ ЧОРАЛАРИ КОМПЛЕКСИ

Даволанмайдиган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш куйидагилардан иборат: <ul style="list-style-type: none">• оғриқ қолдирувчи дорилар, шу жумладан наркотик ва психотроп дорилар билан таъминлаш;• ЎСВни ташкил этиш;• дренажлар ва стомаларни парваришлаш;• озиклантиришда, шу жумладан зонд орқали;• тана гигиенасини сақлаш;• ётоқ яраларни олдини олиш ва даволаш.	Ижтимоий қўллаб-қувватлаш куйидагиларни назарда тутади: <ul style="list-style-type: none">• тегишли имтиёз ва нафақаларни расмийлаштириш;• ҳуқуқий масалаларни ҳал қилишда ёрдам бериш;• беморни уйга ва тиббиёт муассасаларига транспортировка қилиш;• ётоқ беморлар учун махсус каравотлар ва кам ҳаракатланувчи беморлар учун аравачалар, шунингдек, парваришлаш воситалари билан таъминлаш.	Қуйидагилар маънавий ёрдам кўрсатади: <ul style="list-style-type: none">• руҳшунос ёки руҳоний билан суҳбат;• эмпатик одамлар билан мулоқот қилиш;• арт-терапия;• диний маросимларни ўтказиш.
--	--	--

ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ШАКЛЛАРИ

- Қўллаб-қувватлаш чораларини танлаш беморнинг ташхиси ва ҳолатига боғлиқ:
- • терминал ёрдам - беморнинг сўнгги кунларида (одатда 2-3 кун) унга ҳар томонлама ғамхўрлик қилиш;
- • даврий - доимий парваришга муҳтож бўлмаган одамни маълум бир жадвал асосида парвариш қилиш.
- Паллиатив ёрдамни ташкил этишнинг учта шакли мавжуд. Қўллаб-қувватлаш чораларини танлаш беморнинг ташхиси ва ҳолатига боғлиқ:
- терминал ёрдам - беморнинг сўнгги кунларида (одатда 2-3 кун) унга ҳар
- даврий - доимий парваришга муҳтож бўлмаган одамни маълум бир жадвал асосида парвариш қилиш.

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари. аллиатив ёрдамни ташкил этишнинг учта шакли мавжуд:

Уй шароитида	Кундузги стационарда	Стационарда
Профессионал, иложи бўлса, тиббий маълумотли ҳамшира беморни парвариш қилади. Беморга шифокор мунтазам равишда ташриф буюради. Мураккаб манипуляцияларни келган ҳамшира бажаради.	Бемор кундузи шифохонада ёки оғриққа қарши хонада бўлиб, у ерда кувватловчи терапия олади ва кечқурун уйига қайтади. Бундай шаклга, агар саломатлик ҳолати кекса одамни ҳар куни касаллик белгилари кучаймасдан ташиш имконини берса, йўл қўйилади.	Бемор шифокорнинг йўлланмаси билан хосписга, стационар ёки пансионатнинг махсус бўлимига ётқизилади, у ерда унга тайёргарлик кўрган ходимлар қарайди.

www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned.

Кечки босқичда давосиз касалликлар ҳафталаб, ойлаб давом этиши мумкин. Ҳатто бу давр ҳам дўстона қўллаб-қувватлаш, янги таассуротлар, қувончли воқеалар билан бойитилиши мумкин. Агар бемор касалхонада 24 соат бўлиши шарт бўлмаса, у махсус қариялар пансионатида яшаши ёки патронаж хизматидан фойдаланиши мумкин.

Тажрибали ҳамширалар:

- дори-дармонларни қабул қилишни назорат қилиш,
- беморга ювиниш ва кийинишда ёрдам бериш;
- уни сайрга олиб чиқиш,
- маиший топшириқларни бажариш,
- умумий машғулотларга жалб қилиш,
- маънавий қўллаб-қувватлаш.

Сурункали ўпка обструктив касаллиги билан оғриган кекса беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш ҳаёт сифатини яхшилашга, аломатларни енгиллаштиришга ва беморнинг ўзини ҳам, унинг яқинларини ҳам қўллаб-қувватлашга қаратилган.

СЎОКда паллиатив ёрдамнинг асосий мақсадлари:

1. Симптомларни нусхалаш:

- Ҳансираш, ҳолсизлик, бош айланиши, кўкрак оғриғи.
- Қўрқув, хавотир, тушкунлик.

2. Асоратларнинг олдини олиш:

- Тромбоэмболиялар хавфини камайтириш (кўрсатмаларга кўра - антикоагулянтлар).

- Юракдаги юкламани камайтириш учун юрак уриш тезлигини назорат қилиш (бета-блокаторлар, кальций антагонистлари, дигоксин).

3. Психологик қулайликни қўллаб-қувватлаш.

[www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-
ned](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-
ned).

Паллиатив ёрдамда даволаш ёндашувлари:

- Тахиаритмияларда (бўлмачалар фибрилляцияси, қоринча тахикардиялари):

- ЮҚСни ўртача назорат қилиш (қатъий меъёрларга эришиш шарт эмас).

- Симптомларни камайтириш учун дори воситаларини қўллаш (метопролол, дигоксин, амиодарон - кексаларда эҳтиёткорлик билан).

- Брадиаритмияларда:

- Юрак стимулятори зарурлиги тўғрисидаги масалани ҳал қилиш (агар бу ҳаёт сифатини яхшиласа).

- Имплантация қилишнинг иложи бўлмаса - симптоматик терапия.

- Сурункали юрак ишемик касаллигидаги ҳаёт учун хавфли аритмияларда:

- Бемор ва оила аъзолари билан тажовузкор усуллардан (дефибрилляция, реанимация) воз кечишни муҳокама қилиш.

- Терминал ҳолатларда седатсия ва оғриқсизлантиришга урғу бериш.

[www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-
ned](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-
ned).

Кексалар учун ўзига хос хусусиятлари:

- Полипрагмазия - препаратларнинг ўзаро таъсири хавфи, даволаш схемасини соддалаштириш зарурати.

- Йўлдош касалликлар (ЮҚТК, СЮЕ, қандли диабет, деменция) - комплекс ёндашувни талаб қилади.

- Когнитив бузилишлар - қарор қабул қилишда ҳисобга олиш муҳим.

Фавқулодда ҳолатлар:

- Сурункали ўпка обструктив касаллигининг оғир хуружларида ҳолатнинг яққол ёмонлашуви билан - паллиатив седатсия (морфин, бензодиазепинлар).

- Агар беморнинг хоҳишига мос келса, касалхонага ётқизишдан бош тортиш.

Коммуникациянинг аҳамияти:

- Беморнинг прогнози, даволаш мақсадлари ва афзалликларини муҳокама қилиш.

- Олдиндан режалаштириш (масалан, оғир ҳолатларда реанимациядан бош тортишни расмийлаштириш).

Кексалардаги сурункали юрак ишемик касаллиги паллиатив ёрдам индивидуал ёндашувни, фаол даволаш ва беморнинг қулайлиги ўртасидаги мувозанатни талаб қилади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Andreotti F., Rocca B., Husted S., Ajjan R.A., Ten Berg J., Cattaneo M., Collet J.P., De Caterina R., Fox K.A., Halvorsen S., Huber K., Hylek E.M., Lip G.Y., Montalescot G., Morais J., Patrono C., Verheugt F.W., Wallentin L., Weiss T.W., Storey R.F., ESC Thrombosis Working Group. Antithrombotic therapy in the elderly: expert position paper of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis. *Eur Heart J* 2015; 36: 3238–3324.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26163482/>
2. Apostolo J., Cooke R., Bobrowicz-Campos E., Santana S., Marcucci M., Cano A., et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBIC Database System. Rev. Implement. Rep.* 2018; 16(1): 140–232
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29324562/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23867520/>
3. Buta B.J. Frailty assessment instruments: systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments / B.J. Buta [et al.] // *Ageing Res. Rev.* – 2016. – Vol. 26. – P. 53–61.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26674984/>
4. Bruyère O, Cavalier E, Buckinx F, Reginster JY. Relevance of vitamin D in the pathogenesis and therapy of frailty. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2017 Jan;20(1):26-29. doi: 10.1097/MCO.0000000000000334. PMID: 27749712.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27749712/>
5. Bingham K.S., Kumar S., Dawson D.R., Mulsant B.H., Flint A.J. A systematic review of the measurement of function in late-life depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2018;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29050912/>
6. Bjelakovic G., Gluud L.L., Nikolova D., Whitfield K., Wetterslev J., Simonetti R.G., Bjelakovic M., Gluud C. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults (Review). *The Cochrane Library* 2014; CD007470. doi: 10.1002/14651858.CD007470.pub3
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24414552/>
<https://www.bmj.com/content/340/bmj.c1718>
7. Chipps J., Jarvis M.A., Ramlall S. The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: a systematic review of systematic reviews. *J. Telemed. Telecare.* 2017; 23(10): 817–827.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28958209/>
8. Feng Z., Lugtenberg M., Franse C., et al. Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS One.* 2017; 12(6): e0178383.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28617837/>
9. Lakomkin N., Zuckerman S.L., Stannard B., Montejo J., Sussman E.S., Virojanapa J., Kuzmik G., Goz V., Hadjipanayis C.G., Cheng J.S.

- Preoperative risk stratification in spine tumor surgery: a comparison of the modified charlson index, frailty index, and ASA score. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2019 Jul. 1; 44(13): E782–E787.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31205174/>
10. Lozupone M., Panza F., Piccininni M., Copetti M., Sardone R., Imbimbo B.P., Stella E., D’Urso F., Rosaria Barulli M., Battista P., Grasso A., Tortelli R., Capozzo R., Coppola F., Isabel Abbrescia D., Bellomo A., Giannelli G., Quaranta N., Seripa D., Logroscino G. Social dysfunction in older age and relationships with cognition, depression, and apathy: The GreatAGE Study. *J. Alzheimers. Dis.* 2018. doi: 10.3233/ JAD-180466.
<https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova-2/2019/9/downloads/ru/1199772982019092090>
 11. Maxwell C.A., Yu F. Biological processes and biomarkers related to frailty in older adults: a state-of-the-science literature review. 2018; 9:1099800418798047
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30198309/>
 12. Макушкин Е.В., Полиўук Ю.И., Рунихина Н.К., Панченко Е.А. Выявление и профилактика жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми в учреждениях здравоохранения и социальной защиты. Помощь жертвам жестокого обращения: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 23 с.
<https://gb3zela0.ru/images/doc/preduprezhdenie-zhestokogo-obrasheniya-spec-meduch.pdf>
 13. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2019. – 165 с. Утвержден главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О.М. Драпкиной и главным внештатным специалистом по медицинской профилактике Минздрава России Л.Ю. Дроздовой «22» октября 2019 г. Интернет-ресурсы: <https://www.gnicpm.ru/> и <http://org.gnicpm.ru/>
 14. Park S.H. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin. Exp. Res.* 2018 Jan.; 30(1): 1–16.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28374345/>
 15. Van Grootven B., McNicoll L., Mendelson D.A., Friedman S.M., Fagard K., Milisen K., Flamaing J., Deschodt M.; G-COACH consortium. Quality indicators for in-hospital geriatric co-management programmes: a systematic literature review and international Delphi study. *BMJ. Open.* 2018; 8(3): e020617. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29549210/>

Илова А-1
ЖИСМОНИЙ ФАОЛИКНИ АНИҚЛАШ ТЕСТЛАРИНИНГ
ҚИСҚА БАТАРЕЯСИНИ ЎТКАЗИШ МЕТОДИКАСИ
ВА НАТИЖАЛАРНИНГ ТАЛҚИНИ

1. Мувозанатни аниқлаш

Тадқиқотни олиб боровчи беморга тушунтиради: бу тест уч қисмдан иборат. Биринчи қисмда сиз мувозанатни уч хил ҳолатда сақлашга ҳаракат қилишингиз керак. Мен аввал ушбу позицияларнинг ҳар бирини тасвирлаб бераман ва кейин кўрсатаман.

А. "Оёқлар биргаликда" позицияси



Энди мен сизга биринчи позицияни кўрсатаман (намойиш қиламан). Сиз бу ҳолатда, оёқларингизни бир жойга қўйиб, 10 сония туришингиз керак. Мувозанатни сақлаш учун қўлларингизни мувозанатлашингиз, тиззаларингизни эгишингиз ёки танангизни ҳаракатлантиришингиз мумкин, лекин оёқларингизни қимирлатмасликка ёки ҳеч нарсани ушлаб турмасликка ҳаракат қилинг. "Тўхтатиш" буйруғини эшитмагунингизча, бу ҳолатда 10 сония туришга ҳаракат қилинг.

Беморнинг мустақил (қўллаб-қувватлашсиз) турганини кўриши билан секундомерни ишга туширади. 10 сониядан кейин ёки бемор оёқларнинг ҳолатини ўзгартириши ёки қўллаб-қувватлаш учун бирор нарсага тегиши билан вақтни ҳисоблашни тўхтатинг.

В. Ярим тандем позицияси



Тадқиқот олиб боровчи: энди мен сизга иккинчи позицияни намойиш қиламан. 10 секунд бироёғингизда туришингиз керак, бир оёқни бош бармоғи иккинчи оёқнинг ўртаси даражасида бўлиши ва икки оёқнинг ички юзалари бир бирига тегиши учун сиз бир оёғингизни олдинга қараб 10 сония туришингиз керак. Сизга мос келадиган ҳар қандай оёқни олдинга суришингиз мумкин. Мувозанатни сақлаш учун қўлларингизни мувозанатлашингиз, тиззаларингизни эгишингиз ёки танангизни ҳаракатлантиришингиз мумкин, лекин оёқларингизни қимирлатмасликка ёки ҳеч нарсани ушлаб турмасликка ҳаракат қилинг. "Тўхтатиш" буйруғини эшитмагунингизча шу ҳолатда қолинг.

Ҳамшира беморнингмустақил (қўллаб-қувватлашсиз) турганини кўриши билан секундомерни ишга туширади. 10 сониядан кейин вақтни ҳисоблашни тўхтатинг ва "Тўхта"деб айтинг.

В. Тандем оёқ ҳолати



Тадқиқот ҳамшираси: эндисиздан учинчи позицияни қабул қилишингизни сўрайман. (Намойиш). Бироёқнинг товони тўғридан-тўғри бошқаоёқнинг бармоғи олдида туриши ва унга тегизиб 10 сония давомида шундай туринг. Сиз учун энг қулай тарзда олдинга оёғини қўйиш мумкин. Мувозанатни сақлаш учун қўлларингизни мувозанатлашингиз, тиззаларингизни эгишингиз ёки танангизни ҳаракатлантиришингиз мумкин, лекин оёқларингизни қимирлатмасликка ҳаракат қилинг. "Тўхтатиш" буйруғини эшитмагунингизча, бу ҳолатда қолишга ҳаракат қилинг.

Ҳамшира беморнингмустақил (қўллаб-қувватлашсиз) турганини кўриши билан секундомерни ишга туширади. 10 сониядан кейин вақтни ҳисоблашни тўхтатинг ва "Тўхта"деб айтинг.

Ҳавола: https://www.rmj.ru/articles/geriatriya/Starcheskaya_asteniya_chno_neobhodimo_znaty_o_ney_vrachu_pervichnogo_zvena/

2. Юриш тезлигини 4 метрда аниқлаш

Керакли масофа: тахминан 6 метр (коридор, хона). "Бошлаш" белгисидан 4 метр масофани ўлчаш керак. Тўсиқлар туфайли юришни секинлаштирмаслик учун бемор тугатиш белгисидан кейин яна бир неча қадам ҳаракат қилишни давом эттириши керак. Синов бемор одатда киядиган поябзалда амалга оширилади.

Тадқиқотни олиб бораётган ҳамшира: "ушбу тестсизнинг қандай юришингизни кўришимиз учун зарурдир. Бу ердан бошланг (беморнинг оёқлари стартбелгисидан). Агар сиз таёқчани (ёки бошқа ёрдамчи қурилмани) ишлатаётган бўлсангиз вабу масофани босиб ўтиш учун сизга керак деб ҳисобласангиз, ундан фойдаланишингиз мумкин. Сиз одатдаги тезликда тўхтамасдан ўтишингиз керак, гўё сиз коридорда ёки кўчада кетаётгандек. Мен сизга нимани назарда тутаётганимни кўрсатаман."

Буни намойиш этинг. Сиз олдинга қарашингиз ва тўғри ҳолатни сақлаб, марра чизигига нормал тезликда юришингиз ва ундан ташқарига чиқишингиз керак.

Сизийўлниуч марта бажаришингиз керак бўлади. Мен ўша пайтда сиз билан бўламан. Сиз юрганингизда гаплашмаймиз, лекин йиқилмаслик учун мен сизни қўллаб-қувватлаш учун у ерда бўламан.

Бемор бошланғич чизикда қўллаб-қувватланмаслиги керак, шунда иккала оёқнинг бармоқлари чизикқа тегади ёки уни бироз ушлаб туради ва иштирокчи учун бир-биридан қулай масофада бўлади.

Биринчи уриниш-бу синов. Иккинчи ва учинчи уринишлар пайтида беморнинг 4 метр юриши учун сонияларда вақт ўлчанади. Энг яхши натижа ҳисобга олинади.

3. Ўриндикдан туриш

Тайёрланиши: стулдан битта кўтарилиш. Қўлтиқ тиргаксиз стул.

Тадқиқот ўтказётган ҳамшира: "ушбу тест ёрдамида биз сизнинг оёқларингизнинг кучини синаб кўрамыз. Сизга нима қилишингизни кўрсатаман."

Беморнинг қаршисидаги стулда ўтирганингизда процедурани кўрсатинг ва тушунтиринг.

Биринчидан, қўлларингизни кўкрагингизга ёки ошқозонингизга кесиб ўтинг ва оёқларингизни ерга маҳкам босиб ўтиринг. Кейин қўлларингизни кўкрагингизга ёки ошқозонингиз даражасида бирлаштиринг.

Агар бемор қўллари ишлатмасдан стулдан битта кўтаришни амалга ошира олмаса, стул синовидан 5 марта кўтариш амалга оширилмайди.

Синовни бажариш: стулдан беш марта кўтарилинг.

Тадқиқот ҳамшираси: илтимос, энди кетма-кет беш марта тўхтамасдан, иложи борича тезроқ турунг. Ҳар бир кўтарилишдан кейин сиз ўтиришингиз керак ва кейин яна туришингиз керак. Қўлларингизни кўкрагингиз ёки ошқозонингиз даражасида бирлаштиринг. Мен вақтни ёзиб бораман. Машқни яқунлаш.

Беморнинг қўллари ишлатмасдан стулдан туриш вақти 5 марта кайд этилади. Бемор бешинчи марта ўрнидан тургандан сўнг (охирги ҳолат), секундомерни тўхтатинг.

Қуйидаги ҳолларда тестни ўтказишни тўхтатинг:

- Агар бемор қўллари билан ўрнидан турса.

- Бир дақиқада, агар бемор шу вақтгача тестни яқунлай олмаган бўлса.

-Сизнинг хоҳишингизга кўра, агар керак бўлса, беморнинг хавфсизлигини таъминлаш зарур бўлса.

Агар бемор 5 та ўтиришни тугатмасдан тўхтаб қолса ва сиз у чарчагандек таассурот қолдирсангиз, илтимос: "давом эта оласизми?" Агар бемор "Ҳа" деса, тестни давом эттиринг. Агар бемор: "йўқ" деса, тухтанг ва секундомерда вақтни белгиланг.

Жисмоний фаолият тестларининг қисқача батареяси натижаларини талқин қилиш.

Синовни бажаришнинг ҳар бир босқичи учун баллар берилади (1-расм) ва баллар йиғилади. Агар бемор 10-12 балл тўпласа, Кексалик астения йўқ, 8-9 балл – преастения, 7 балл ёки ундан кам -Кексалик астения. Баланс тестида 1 балл ёки ундан кам ва/ёки юриш тезлиги тестида 5 сония ёки ундан кўпроқ ва/ёки 1 балл ёки 5 кўтарилиш тестида камроқ балл йиқилиш хавфи юқори эканлигини кўрсатади.

ИЛОВА А3-2

Динамометрия

Динамометрия электрон ёки механик динамометр ёрдамида амалга оширилади.

Динамометрия усули

Динамометр қўлда циферблат ичкарига қараган ҳолда кўтарилади. Қўл танадан тўғри бурчак остида ён тмонга кўтарилади. Иккинчи қўл тана бўйлаб пастга туширилади. Динамометрни максимал куч билан 3-5 сония давомида сиқиб қўйинг. Аниқроқ натижаларга эришиш учун ўнг ва чап қўл сиқиш кучини уч марта ўлчаш тавсия этилади. Тўпламлар орасидаги дам олиш вақти-камида 30 сония. Натижаларни баҳолаш учун сиз энг кучли қўл сиқиш кучининг ўртача ёки максимал қийматидан фойдаланишингиз мумкин.

Жинс ва тана массаси индексига қараб қўл сиқиш кучи мезонлари

Жинс	тана массаси индекси, кг/м ²	Сила ушлаш кучи, кг
эркаклар	≤ 24	≤ 29
	24,1–26	≤ 30
	26,1–28	≤ 30
	> 28	≤ 32
аёллар	≤ 23	≤ 17
	23,1–26	≤ 17,3
	26,1–29	≤ 18
	> 29	≤ 21

Ҳавола: https://www.rmj.ru/articles/geriatriya/Starcheskaya_asteniyachtoneobhodi_moznatyoneyvrachu_pervichnogo_zvena/

ИЛОВА АЗ-3

КЎРИШ ДАРАЖАСИНИБАҲОЛАШ

Бемордан қуйидаги саволларга жавоб беришини сўранг:

1. Ёмон кўриш туфайли сиз қуйидаги ҳолатларда қийналасизми (ҳатто кўзойнак билан ҳам, агар сиз улардан фойдалансангиз):

- овқат истеъмол қилиш.
- ўз дори-дармонларингизни аниқлашда ва этикеткаларни ўқиш.
- кийиниш ва тугмачалардаги илмоқларни ўтказиш;
- сочингизни тараш, соқол олиш ва юзингизни ювиш.
- пулни санаш, ҳисоблаш.
- кўчанинг нариги томонида ёки яқин атрофдаги одамларни таниб олиш.
- кўчада юрганингизда нарсаларга урилиш.
- дўкон ёки почта бўлимидан чиққанингизда уйингизга йўл топиш.
- одатий газета шрифтини ўқиш.

2. Сиз қандай кўз нурини ўткирлаштирувчи мосламалардан фойдаланасиз?

- кўзойнак.
- контакт линзалари.
- катталаштирувчи ойна ёки лупа.
- чўнтак чироғи (фонар).
- катта шрифтли махсус китоблар.
- кўзи ожизлар учун шаблонлар.

Ушбу анкета натижаларини талқин қилиш сифатли бўлиб, кекса одамнинг кўриш билан боғлиқ индивидуал муаммоларини аниқлашга хизмат қилади.

Розенбаум жадвали яқин масофада кўриш даражасини аниқлаш учун ишлатилади. Жадвал кўздан 36 см масофада яхши ёруғлик шароитида ишлатилади. Синов натижаси кўзойнакли ёки кўзойнаксиз ҳар бир кўз учун алоҳида қайд этилади. Узокни кўра оладиган одамлар яқин кўзойнак билан ўқишлари керак. Узокни кўра олмайдиган одамлар фақат кўзойнак билан текширилади.

		 Тест на аккомодацию		Расчетные расстояния, см
Угол зрения	Единицы Егера	Угол зрения	Единицы Егера	Расчетные расстояния, см
95				200
874				80
2843		26	16	20
638 ЕШЭ ХОО		14	10	20
8745 ЭПШ ОХО		10	7	20
63925 ПЕЭ ХОХ		8	5	20
428365 ШЕМ ОХО		6	3	20
374258 ШШШ ХХО		5	2	20
637826 ■■■ ХОО		4	1	20
471721 ■■■ ОО-		3	1+	20

ИЛОВА АЗ-4

Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИ ВА ЕТИШМАСЛИГИНИ ТУЗАТИШ

Витамин D дефицити ва етишмовчилигини бартараф этиш (25 (ОН))D 20 нг/мл дан кам даражасида) кунига 1000 ХБ 8 ҳафта давомида оғиз орқали ёки максимал қўллаш мумкин бўлган дозада 4000 ХБ кунлик 8 ҳафта давомида оғиз орқали
витамина D даражасини сақлаб туриш миқдори > 30 нг/ мл 1000-2000 ХБ ҳар куни оғиз орқали
Тавсия этилган суткалик D витамин 800 – 4 000 ХБ миқдорига К2 витамини 11.25 мкг миқдорида тавсия этилади* URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6370 (дата обращения: 07.01.2024).

Изох: *Ўз-ўзини даволаш қилмаслик ва профилактика учун витаминларни қабул қилмаслик керак, агар бунинг учун шифокорнинг рецепти бўлмаса. Шунинг унутмаслигимиз керакки, етишмовчилик ҳам, етишмовчилик ҳам салбий оқибатларга олиб келади. Витамин препаратларини қабул қилишни бошлашдан олдин, унинг аниқ зарурлигига ишонч ҳосил қилиш лозим. Фақатгина мутахассис вазиятни етарли даражада баҳолаши ва қайси витаминларни ва қандай дозада қабул қилиш яхшироқ эканлигини тавсия қилиши мумкин.

ИЛОВА Б

БЕМОР ҲАҚИДА МАЪЛУМОТ

Кексалик астения нима?

Кексалик астения қариш билан боғлиқ кекса одам танасининг ҳолатини акс эттиради. Кексалик астения синдроми умумий заифлик, фаолликнинг пасайиши, мушаклар кучининг пасайиши, ҳаракатланиш қийинлиги ва бехосдан вазн йўқотиш билан намоён бўлади. Қарияларда қариш ва қарилик астенияси билан боғлиқ бошқа патологик ҳолатлар ҳам ривожланиши мумкин – гериатрик синдромлар: сийдик ушлаб туриш, тушиш ва синиш, кўриш ва эшитишнинг пасайиши, хотира ва кайфиятнинг пасайиши ва бошқалар.

Кексалик астениясини кимда ривожланади?

Кексалик астения синдроми одатда 60-65 йилдан кейин ривожланади, унинг пайдо бўлиш еҳтимоли қанчалик юқори бўлса, одам шунчалик катта бўлади. Кекса астения 10 ёшдан кейин одамларнинг 65 фоизида ривожланади, деб ишонилади, бу еркакларникига қараганда аёлларда кўпроқ учрайди.

Кекса астения ривожланишининг предрасположение қилувчи омиллари жисмоний фаолликнинг паст даражаси, ижтимоий изоляция, шунингдек, айрим касалликлар – масалан, кандли диабет.

Кексалик астениясининг хавфи нимада?

Кекса астения синдроми бўлган одамлар аста – секин ташқи ёрдамга қарам бўлиб қоладилар-ерта босқичда бу юриш, зинапояга чиқишда қийинчиликлар пайдо бўлишида намоён бўлади. Кейинги босқичларда асосий ҳаракатларда ташқи ёрдамга еҳтиёж бор – ювиш, кийиниш, уй атрофида ҳаракатланиш. Бундан ташқари, йиқилиш хавфи ортади, бу еса салбий оқибатларга олиб келади – синиш, кўқаришлар ва мия жароҳатлари.

Қарилик астенияси ва бошқа гериатрик синдромларни қандай аниқлаш мумкин?

Агар сиз 60 ёшдан катта бўлсангиз, илтимос, қуйидаги 7 та саволга жавоб беринг:

Сўнги 5 ой ичида сиз 6 кг ёки ундан кўп вазн йўқотдингизми? (Бу бехосдан вазн йўқотишни англатади.)

-Кўриш ёки эшитиш қобилиятининг пасайиши туфайли кундалик ҳаётингизда бирон бир чекловларга дуч келасизми?

-Ўтган йили йиқилиш билан боғлиқ жароҳатлар ёки шикастланмаган йиқилишлар бўлганми?

– Сўнги бир неча ҳафта ичида сиз тушкунлик, қайғу ёки хавотирни ҳис қилдингизми?

-Хотирангиз, тушунишингиз, йўналишингиз ёки режалаштириш қобилиятингиз билан боғлиқ муаммолар борми?

-Сизсийдиктута олмасликдан азият чекасизми?

- Уй атрофида ёки кўчада ҳаракатланишда қийналасизми (100 метргача юриш ёки 1чи зинапояга чиқиш)?

Ушбу саволларга жавобларни шифокорингизга кўрсатинг. Агар сиз 3 ёки ундан ортиқ саволларга ҳа деб жавоб берган бўлсангиз, оилавий шифокорга мурожаат қилишингиз керак.

Қарилик астения синдроми ривожланишининг олдини олиш ёки уни даволаш мумкинми?

Кексалик астения синдроми ва бошқа кўплаб гериатрик синдромларнинг олдини олиш ва назорат қилиш мумкин.

Олдини олиш учун жисмоний ва ижтимоий фаол бўлиш, оқилона овқатланиш, ёмон одатлардан воз кечиш, шифокор билан ўз вақтида профилактик текширувдан ўтиш ва мавжуд муаммоларни даволаш бўйича шифокор тавсияларига амал қилиш керак.

Жисмоний фаолият. Кексалик астения синдроми ривожланишининг асосий механизмларидан биримушакмассаси ва функциясини йўқотишдир. Шунинг учун мунтазам жисмоний фаоллик ва озик-овқат таркибида етарли миқдордаги оксил миқдори бўлган турли хил парҳез кексалик астения синдромининг олдини олиш ва тузатиш учун жуда муҳимдир (оксилмушак тўқимасини учун муҳим қурилиш материалидир).

Жисмоний фаол кекса одамларда юрак-қон томир ва нафас олиш тизимлари яхши ишлайди, хотира ва ақлий кўрсаткичлар яхшиланади, ҳаракатлар яхши мувофиқлаштирилади ва тушкунликка тушиш хавфи камроқ бўлади. Мунтазам машғулотлар кайфиятингизни яхшилайди ва депрессияни даволайди, гуруҳ машғулотлари еса ёлғизлик туйғусидан халос бўлишга ёрдам беради. Сурункали касалликлар ўртача жисмоний фаолиятга қарши кўрсатма эмас, лекин уларни махсус физиотерапия ўқитувчиси назорати остида бажариш яхшироқдир.

Жисмоний фаолликнафақат жисмоний, балки ҳар қандайқундалик фаолият (юриш, уй вазифаси, рақс, боғдорчилик ва ҳоказо). Жисмоний фаоллик мунтазам бўлиши керак (ҳафтасига камида 3-5 марта) ва мунтазамликни аста – секин ошириббориши керак, бунинг учун сизни завқланишингизга ва сизга фойда келтирадиган жисмоний фаолият турини танлашингиз керак.

60 ёшдагива ундан катта ёшдаги одамларгақуйидагилар тавсия етилади:

- Ҳафтада камида 150 дақиқа давомида ўртача интенсивликдаги жисмоний фаоллик ёки ҳафтасига камида 75 дақиқа давомида юқори интенсивликдаги жисмоний фаоллик ёки у ёки бу комбинация билан шуғулланинг.

- Қўшимча соғлиқ учун фойда олиш учун ўртача интенсивликдаги жисмоний фаолликни ҳафтасига 300 дақиқагача ёки юқори интенсивликдаги жисмоний фаолликни ҳафтасига 150 дақиқагача оширинг.

- Йиқилишнинг олдини олиш учун ҳафтада 3 ёки ундан кўп кун мувозанат машқларини бажариш керак.

- Остеопороз (суйаклар мўртлашиши) ва синишларнинг олдини олиш учун ҳафтада 2 ёки ундан ортиқ кун куч машқларини бажариш керак. Агар сиз тавсия етилган жисмоний фаолиятни бажара олмасангиз, қобилиятингизга соғлиғингиз ҳолатига мос келадиган машқларни бажаринг.

Кекса одамларнинг рационидан унча асосий таом (нонушта, тушлик ва кечки овқат) бўлиши керак, уларни иккита қўшимча овқат билан тўлдириш мумкин. Умумий сув режими 2 литрдан кам эмас (шу жумладан идишлар ва рацион маҳсулотлари), соф шаклдаги суюқликлар еса камида 800 мл ни ташкил қилиши керак. Агар сизда ҳам юрак етишмовчилиги бўлса, шифокор ёки кардиолог билан суюқлик ичиш жадвалини текширинг.

Сизнинг диетангизда ҳар куни оксил маҳсулотлари бўлиши керак. Ҳайвоноқсилнинг зўр манбаи сутуҳум, творог, балиқ, паррандагўшти (товуқ,

курка), мол гўшти, куёнва сабзавот, дон, дуккаклилар, уруғлар ва ёнғоклардир. Агар сизда овқатланиш етишмаслиги ва сезиларли вазн йўқотиш пайдо бўлса, сизга мувозанатли тўйимли овқатлар бўлган махсус суюқ овқатлар буюрилиши мумкин.

Пишириш усуллари орасида юмшоқ режимлардан фойдаланиш тавсия этилади: қайнатиш, пишириш, димлаш, буғлаш, аерогрилл ва бошқалар.

Еътибор беринг: агар сиз ютиш қийин бўлса, суюқлик истеъмом қилганда ёки ичганда тез-тез бўғилиб қолсангиз, жиддий касалликни ўтказиб юбормаслик учун шифокор билан маслаҳатлашинг.

Кўп одамлар ёши ўтиши билан D витамини етишмовчилигини ривожлантирадилар, бу мушакларнинг кучсизлигини, юриш ва мувозанатни сақлашда қийинчиликларни оширади, йиқилиш ва синиш хавфини оширади. D витамини калцийнинг сингишида ва суяк ва мушакларнинг соғлигида муҳим рол ўйнайди. Ёшларда D витамини ултрабинафша нурлар таъсирида терида синтезланади-D витаминининг етарли даражасини олиш учун очик юз ва кўллар билан 15-30 дақиқа юриш кифоя. Дори шаклида кўшимча истеъмом қилиш керак.

Дори-дармонларни қабул қилиш. Дори – дармонларни тўғри ишлатиш жуда муҳим, чунки кўп сонли дори-дармонларни қабул қилиш Кексалик астения синдромининг ривожланишига, тушқунликка тушиш, хотира йўқолиши ва бошқа салбий оқибатларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Куйидаги тавсияларга амал қилишга ҳаракат қилинг:

- Дори-дармонларни кўшнилар ёки оммавий ахборот воситаларининг маслаҳати билан емас, балки фақат шифокор кўрсатмаси бўйича олинг (ҳатто бу соғлиқни сақлаш дастури бўлса ҳам). Фақат даволовчи шифокор сизнинг соғлигингиз ҳақида тўлиқ маълумотга ега, бу сизга самарали ва хавфсиз даволанишни танлашга ёрдам беради.

– Барча касалликлар учун дориларга ишонманг. Баъзи соғлиқ муаммолари даволанмасдан ўтиб кетади ёки дори-дармонсиз бошқа муолажалар билан ҳал қилинади. Соғлиқни сақлаш муаммоларини қандай енг яхши бошқаришингиз мумкинлигини шифокор билан муҳокама қилинг ва даволанишнинг барча усулларини кўриб чиқинг.

- Қабул қилаётган барча дори-дармонлар, жумладан, рецепциз дори-дармонлар ва ўсимлик дорилари ҳақида шифокорингизга хабар беринг.

- Ўтмишда бошдан кечирган барча аллергия ёки дори-дармонларга салбий реакциялар ҳақида шифокорингизга хабар беринг.

- Янги дори-дармонларни қабул қилишни бошлаганингиздан кейин юзага келадиган муаммолар ҳақида шифокорингизга хабар беринг.

Агар сиз касалхонада даволанган бўлсангиз, аввалги даволаниш ўзгартирилган бўлиши мумкин. Ўзгартирилгандан кейин қандай дори-дармонларни қабул қилиш кераклигини билишингиз керак. Сиз ушбу маълумотни даволовчи шифокорингиздан оласиз.

- Белгиланган дори-дармонларни шифокор билан муҳокама қилмасдан тўхтатманг. Дори-дармон, кўшимча ёки ўсимлик дори-дармонларини қабул қилишдан олдин, дори ёки воситанинг хавфсизлигини таъминлаш учун шифокорингиз ёки фармацевтингиз билан маслаҳатлашинг.

– Ҳар бир инсон қабул қилган ҳар бир дори ҳақида билиши керак (бу маълумотни шифокорингиз билан текширинг, агар керак бўлса ёзинг):

- Исм.

– Уни қабул қилишингизга нима сабаб бўлди?"

- Препаратни қандай қабул қилишим керак (дозаси, вақти, қабул қилиш частотаси ва давомийлиги, озиқ-овқат истеъмолининг таъсири)?

- Препаратнинг энг кенг тарқалган ва энг жиддий ён таъсири қандай?

- Агар препаратни қабул қилишда муаммолар бўлса, нима қилишим керак?

- Кейинги учрашувни ўтказиб юборсам нима қилишим керак?

Ҳам интеллектуал, ҳам жисмоний фаол бўлинг! Яқинларингиз ва дўстларингиз билан мулоқот фаол узоқ умр кўришнинг муҳим шарти эканлигини унутманг!

Ҳавола: https://www.rmj.ru/articles/geriatriya/Starcheskaya_asteniya_что_neobhodimo_znaty_o_neyvrachu_pervichnogo_zvena/

ИЛОВА Г1

КЕКСАЛАР АСТЕНИЯИ СИНДРОМИНИ СКРИНИНГ ҚИЛИШ УЧУН

“ЁШ ТЎСИҚ ЭМАС” СЎРОВНОМАСИ

Хужжат тури: анкета.

Мақсад: кексалик астения синдромини скрининг қилиш.

Ҳавола: https://www.rmj.ru/articles/geriatriya/Starcheskaya_asteniya_chno_neobhodimo_znaty_o_neyvračhu_pervichnogo_zvena/

Таркиб (Андоза):

Сўнги 6 ой давомида сиз 5 кг ёки ундан кўп вазн йўқотдингизми? *	Ҳа /йўқ
Кўриш ёки ешитиш қобилиятининг пасайиши туфайли кундалик ҳаётингизда бирон бир чекловларга дуч келасизми?	Ҳа/йўқ
Ўтган йили сизда йиқилиш билан боғлиқ жароҳатлар ёки шикастланмаган йиқилишлар бўлганми?	Ҳа/йўқ
Сўнги бир неча ҳафта ичида сиз тушқунлик, қайғу ёки хавотирни ҳис қилдингизми?	Ҳа/йўқ
Сиз сийдик тутолмасликдан азият чекасизми?	Ҳа / йўқ
Уйингиз атрофида ёки кўчада ҳаракатланишда қийналасизми? (100 метргача юриш ёки 1 зинапояга чиқиш)	Ҳа / йўқ

Изоҳ: * Бу бехосдан вазн йўқотишни англатади. Агар бемор қасддан вазн йўқотган бўлса - махсус парҳезга риоя қилиш ёки мунтазам жисмоний фаоллик билан - баллҳисобланмайди.

Калит (талқин): ҳар бир ижобий жавоб учун 1 балл берилади.

Натижада 2 балл ёки ундан камбўлса – кексалик астенияси йўқ деб хисобланади,

3-4 балл-еҳтимолий преастения,

5-7 балл-еҳтимолий кексалик астения.

ИЛОВА Г2 МИНИ-КОГ СИНОВИ

Номи: Мини-Ког. Аслисми: Mini-Cog.

Манба: Borson S., Scanlan J.M., Chen P.J., et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2003; 51: с. 1451–1454. *Dement Geriatr Cogn Disord* (2012) 33 (2-3): 118–124.

Ҳавола: <https://doi.org/10.1159/000337387>

Тури: баҳолашшккаласи.

Мақсад: оғиркогнитивбузилишлармавжудлигинискринингёрдамида баҳолаш.

Таркиби:

1. Беморга кўрсатма беринг (масалан):

“Учта сўзни такрорланг: лимон, калит, тўп”.

Сўзлар иложи борича аниқ ва тушунарли, 1 сонияда бир сўз тезлигида талаффуз қилиниши керак. Бемор учта сўзни такрорлагандан сўнг, ундан сўранг: “бу сўзларни эслалаб қолинг. Уларни яна бир мартаба такрорланг”. Биз беморнинг учта сўзни мустақил равишда эслаб қолишини таъминлаймиз. Агар керак бўлса, биз унга сўзларни 5 мартагача такрорлаймиз.

2. Беморга кўрсатма берилади: “**Айланма шакилдаги соат рақамлар билан соат қўллари тасвирини чизиб беринг. Барча рақамлар ўз жойларида бўлиши керак ва ўқлар 13: 45 га ишора қилиши керак**”. Бемор мустақил равишда соат айланмасини чизиши, рақамларни тартибга солиши, ўқларни чизиши керак. Ишоралар ва маслаҳатлар берилмайди. Шунингдек бемор қўлидаги ёки девордаги ҳақиқий соатга қарамаслиги керак. Соатнинг ўқини 13:45 ўрнига бошқа ихтиёрий вақтга қўйишни сўрашингиз мумкин.

3. Беморга кўрсатма берилади: “**Энди биз бошида ўрганган учта сўзни эслаймиз**”. Агар бемор сўзларни ўзи эслай олмаса, сиз ишора ёки эслатма беришингиз мумкин. Масалан:

"Сиз бошқа меваларни ёдлаётган эдингиз... асбоб... геометрик шакл."

Калит (талқин):

Сўзларни ёдлаш. Бемор сизни ёрдамингизсиз сўзларни мустақил такрорласа бу холда хар бир тўғри такрорланган сўз учун бир баллдан олади (жами 0-3 балл).

Соатни чизиш: синов натижаси 0 дан 2 баллгача бўлиши мумкин: 1 балл – барча рақамлар тўғри тартибда ва тахминан теришда эгаллаган жойга жойлаштирилган, 1 балл – соат қўллари тўғри вақтни билдиради; қўлларнинг узунлиги (соат, дақиқа) баҳоланмайди. Соатни чизиш ёки рад етиш-0 балл).

Калит (талқин):

Умумий балл "сўзларни ёдлаш" ва "соат чизиш" иккита топширик натижаларининг йиғиндисидир ва 0 дан 5 баллгача ҳисобланади.

Агар 3 баллдан кам балл тўпланса, бу деменцияни тахмин қилиш учун сабабдир.

4 баллдан кам балл когнитив функцияларни чуқурроқ текшириш зарурлигини кўрсатади.

Тушунтиришлар: ушбу техникани бажариш аниқ когнитив бузилишлар мавжудлигини тезда баҳолашга имкон беради. Деменция билан боғлиқ бўлмаган когнитив касалликларга етарлича сезгир бўлмаслиги мумкин.

СУЯКЛАР СИНИШИ ХАВФИНИНГ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ FRAX

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: суяклар синиши хавфининг баҳолаш.

Таркиби:

Суяк минерал зичлигини аниқлаш йўли ёрдамида суяклар синишнинг 10 йиллик эҳтимолини ҳисоблаш учун қуйидаги саволларга жавоб топинг.

Анкета шакли:

1. Бемор ёши (40 ёшдан 90 ёшгача) ёки туғилган санаси.

Ёш: туғилган сана: йил, ой, кун.

2. Бемор жинси: эркак, аёл.

3. Вазни (кг).

4. Бўйи (см).

5. Олдинги синишлар мавжудлиги: йўқ, ҳа.

6. Ота-оналарда болдир суягини синиши мавжудлиги: йўқ, ҳа.

7. Ҳозирда тамаки чекиш: йўқ, ҳа.

8. Глюкокортикостероидлар қабул қилиш: йўқ, ҳа.

9. Рематоид артрит билан касаллиш: йўқ, ҳа.

10. Иккиламчи остеопороз: йўқ, ҳа.

11. Кунига 3 бирлик ёки ундан кўп спиртли ичимликлар истеъмол қилиш: йўқ, ҳа.

12. Суякларминерал зичлиги (СМЗ). Калит (талқин):

Олов ранг зонасида бўлса синиш хавфини баҳолаш натижаси:

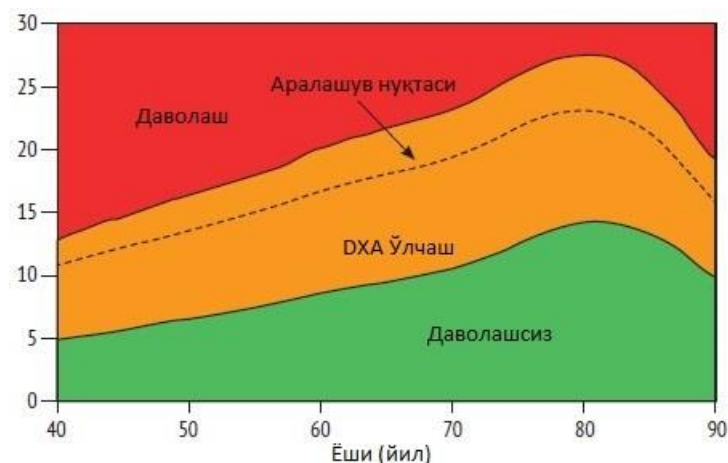
бел умуртқаси ва сон суягини икки мартаба сўриладиган рентген денситометриясини ўтказиш тавсия этилади. Агар остеопороз аниқланса (Т-кўрсаткичлар $\leq 2,5$), антиостеопоротик даво чоралари синиш хавфини қайта баҳоламасдан қабул қилиш кўрсатилади.

Натижа қизил зонада бўлса синиш хавфини баҳолаш:

бел умуртқаси ва сон суягини икки мартаба сўриладиган рентген денситометрияси кўрсатилмаган, беморга антиостеопоротик терапия аниқ кўлланилади.

Яшил зонадаги хавфни баҳолаш натижаси: бел умуртқаси ва сон суягини икки мартаба адсорбсион рентген денситометрияси кўрсатилмаган, беморга антиостеопоротик терапия керак эмас.

Асосий кам шикастли суяклар синишларнинг 10 йиллик эҳтимоли



Изоҳ:

Клиник хавф омиллари учун "ҳа" ёки "йўқ" деб жавоб беришингиз керак. Агар майдон бўш қолса, жавоб "йўқ".

Ёш	Ушбу модел 40 ёшдан 90 ёшгача ишлайди. Агар кичикроқ ёки каттароқ кўрсаткичлар киритилса, дастур мос равишда 40 ёки 90 йил учун еҳтимолликни ҳисоблаб чиқади.
Жинс	эркак ёки аёл. Тегишли бирини танланг.
Вазн ўлчами	кг да киритилиши керак
Бўйи	см да киритилиши керак.
Олдинги суяклар синиши	олдинги синиш катталардаги ўз-ўзидан ёки соғлом одамда синишга олиб келмайдиган шикастланиш натижасида содир бўлган олдинги синишни аниqlатади. "Ҳа" ёки "йўқ" деб жавоб беринг (шунингдек, хавф омиллари ҳақидаги эслатмаларга қаранг).
Ота-оналарда суяклар синиш	Ота ёки онада суякларини синганлигини анамнезини сўранг. "Ҳа" ёки "йўқ" деб жавоб беринг.
Ҳозирда чекиш	Беморнинг чекувчи эканлигига қараб "ҳа" ёки "йўқ" деб жавоб беринг (шунингдек, хавф омиллари ҳақидаги эслатмаларга қаранг).
Глюкокортикостероидлар қабул қилиш	Агар бемор ҳозирда per os глюкокортикостероидларни қабул қилса ёки аввалда 3 ойдан ортиқ

	<p>кортикостероидларни қабул қилган бўлса, "ҳа" ни киритинг</p> <p>3 ойдан ортиқ вақт давомида 5 мг преднизон ёки ундан кўп дозада (ёки бошқа глюкокортикостероидларнинг эквивалент дозалари) глюкокортикостероидларни қабул қилса, (шунингдек, хавф омиллари таснифини қаранг).</p>
Ревматоид артрит	Агар беморда ревматоид артрит ташхиси тасдиқланган бўлса, "ҳа" деб жавоб беради. Акс ҳолда, "йўқ" деб жавоб берилади (шунингдек, хавф омиллари ҳақидаги эслатмаларга қаранг).
Иккиламчи остеопороз	Агар беморда остеопороз билан тасдиқланган алоқаси бўлган тиббий ҳолат бўлса, "ҳа" ни киритинг. Буларга II турдаги қандли диабет (инсулинга боғлиқ бўлган қандли диабет), катталар остеогенези имперфекта, узоқ муддатли даволанмаган гипертирозидизм, гипогонадизм ёки эрта менопауза (<45 ёш), сурункали тўйиб овқатланмаслик ёки малабсорбция ва сурункали жигар касаллиги киради.
Кунига 3 ёки ундан ортиқ спиртли ичимликларни бирлигини истеъмол қилиш	Агар бемор кунига 3 ёки ундан ортиқ бирлик спиртли ичимликларни истеъмол қилса, "ҳа" деб жавоб беради. Спиртли ичимликлар бирлиги турли мамлакатларда 8 дан 10 г гача алкоғолдан биров фарқ қилади. Бу стандарт стакан пивога (285 мл), битта стандарт спиртли ичимликларга (30 мл), ўрта стакан шаробга (120 мл) ёки аперитивнинг бир қисмига (60 мл) тўғри келади (шунингдек, хавф омиллари ҳақида эслатмаларга қаранг).
Суяклар минерал зичлиги (СМЗ)	Денситометрининг DXA маркасини танланган ва сўнг суякнинг минерал зичлигини натижасини г/м ² да киритинг. Агар СМЗ текширилмаган бўлса, майдонни бўш қолдиринг.

Хавф омиллари ҳақида эслатмалар Олдинги сениш.

Олдинги умуртқалар синганлиги тўғрисидаги алоҳида келтирилган талқин. Агар синиш фақат рентген текшируви (морфометрик вербал синиш) билан аниқланган бўлса, у аввалги синиш сифатида қабул қилинади.

Чекиш, спиртли ичимликлар истаъмол қилиш ва глюкокортикостероидлар қабул қилиш. Ушбу хавф омиллар қабул қилинадиган миқдарига боғлиқ бўлиши мумкин. Ушбу моделда бу ҳисобга олинмайди ва ҳисоблаш ўртача қийматларни инобатга олинади. Кичик ва катта дозаларда клиник баҳодан фойдаланиш лозим.

Ревматоид артрит. Ревматоид артритнинг хужжатлаштирилган ташхиси кўриб чиқилади.

Суяк минерал зичлиги. Суякнинг DXA денситометриясидан маълумотлар билан фойдаланган ҳолда.

ИЛОВА Г4 ОВҚАТЛАНИШНИ БАҲОЛАШ ҚИСҚА ШКАЛАСИ

Асл номи (агар мавжуд бўлса): **Мини овқатланишни баҳолаш, MNA.**

Манба (ишлаб чиқувчиларнинг расмий веб-сайти, тасдиқлаш билан нашр):

Kaiser M.J., Bauer J.M., Ramsch C., Uter W., Guigoz Y., Cederholm T., Thomas D.R., Anthony P., Charlton K.E., Maggio M., Tsai A.C., Grathwohl D., Vellas B., Sieber C.C.; MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J. Nutr. Health Aging.* 2009; 13(9): 782–788.

Тури: ўлчов.

Мақсад: кексава қари ёшдаги беморларда тўйиб овқатланмаслик скрининги.

Таркиб (Андоза):

Скрининг қисмини тўлдириш керак ("А" нуктадан "Е" нуктагача), олинган баллар сонини ҳисоблаш ва қўшиш керак. Агар натижа 12 баллдан кам бўлса-скрининг қисмининг йиғиндисига кейинги балларни қўшиб, шаклни тўлдиришни давом этинг.

Скрининг қисми (А-Е нукталари)	
А. Иштаҳанинг йўқолиши, овқат ҳазм қилиш муаммолари ёки чайнаш ва ютиш қийинлиги туфайли охирги 3 ой ичида истеъмол қилинадиган овқат миқдори камайганми?	Овқатланадиган озиқ – овқат миқдорининг жиддий камайиши-0 балл; ўртача пасайиш – 1 балл; Истеъмол қилинган озиқ-овқат миқдорининг камайиши йўқ-2 балл
Б. Охирги 3 ой ичида	Тана вазнини йўқотиш 3 кг дан ортик вазн йўқотиш-0 балл билмайман - 1 балл; 1 дан 3 кг гача вазн йўқотиш-2 балл; вазн йўқотиш йўқ – 3 балл
В. Ҳаракатчанлик	Ўтирган ёки ётган жойига бағланган, ҳаракат йўқ-0 балл; ёток/стулдан туришга қодир, лекин уйдан чиқолмаслик-1 балл; уйни қийинчиликларсиз тарк этади-2 балл
Г. Охирги 3 ой ичида ўткир касаллик (психологик стресс)	Ҳа-0 балл; йўқ-2 балл
Д. Психоневрологик муаммолар	Оғир хотира бузилиши ёки депрессия - 0 балл; ўртача хотира бузилиши-1 балл; нейропсихологик муаммолар йўқ-2 балл

Е.	Тана массаси индекси	19 кг /м ² дан кам– 0 балл; 19-20 кг/м ² -1 балл; 21-22 кг/м ² – 2 балл; 23 кг /м ² ва ундан юқори-3 балл
<p>Скрининг қисми учун умумий балл: ____/14 талқин: агар скрининг қисми учун баллар йиғиндиси 12-14 балл бўлса баллар қониқарли овқатланиш ҳолати. Агар скрининг қисми учун умумий балл 12 баллдан кам бўлса, сўровни давом эттиринг.</p>		
Ж.	Мустақиллашайди (қарияларуйидаёкикасалхонадаэ мас)	йўқ - 0 балл; ҳа-1 балл
З.	Кунига учтадан ортиқ дори- дармонларни қабул қилади	ҳа-0 балл; йўқ-1 балл
И.	Босим яралари ва тери яралари	ҳа-0 балл; йўқ-1 балл
К.	Бемор кунига неча тўлиқ овқат истеъмол қилади	1 марта -0 балл; 2 марта-1 балл; 3 марта - 2 балл;
Л.	Оқсиллар (протеинлар) мавжуд озик-овқат истеъмоли белгилари: кунига бир порсия сут маҳсулотлари (1 порсия ҳ 1 стакан сут, 60г творог, 30 г пишлоқ, 3/4 чашка йогурт) (ҳа/йўқ) икки ёки ундан кўп порсия дуккакли ва тухум ҳафтасига (1 порсия ҳ 200 г дуккаклар, 1 тухум) (ҳа / йўқ) ҳар куни гўшт, балиқ ёки парранда гўшти (ҳа / йўқ)	агар 1 та жавоб " ҳа "бўлса-0 балл; агар 2 та жавоб" ҳа "бўлса - 0,5 балл; агар 3 та жавоб" ҳа " - 1 балл
М.	Кунигаиккиёкиунданортиқпорсий ямеваёкисабзавотистеъмолқилади и (1 порсияҳ 200 гсабзавот, 1 таўртачаҳарқандайтурдагимева)	йўқ-0 балл; ҳа-1 нуқта
Н.	У кунига ичадиган суюқликлар миқдори	3 стакандан кам қанча суюқлик ичади-0 балл;

		3-5 стакан-0,5 балл; 5 стакандан ортиқ – 1 балл
О.	Овқатланиш усули	Ўзгани ёрдамисиз овқатлана олмайди -0 балл; Қийинчилик билан бўлса ҳам ўзи мустақил овқатланади – 1 балл; мустақил овқатланади-2 балл
П.	Ўз- ўзини озиқланиш ҳолатини баҳолаши	Ўзини ёмон озиқланган деб баҳолайди - 0 балл; Ўзининг овқатланиш ҳолатини чексиз баҳолайди -1 балл; ўзини овқатланиш билан боғлиқ муаммолар йўқ деб баҳолайди - 2 балл
Р.	Ўзининг тенгдошлари билан солиштирганда саломатлик ҳолатини баҳолаши	унчалик яхши эмас-0 балл; билмайди-0,5 балл; бир хил яхши – 1 балл; яхшироқ-2 балл
С.	Елканинг ўртаси айлана ўлчами	20 см ёки ундан кам-0 балл; 21-22 см-0,5 балл; 23 см ёки ундан кўп-1 балл
Т.	Оёқ ўртаси айлана ўлчами	31 см дан кам – 0 балл; 31 см ва ундан кўп – 1 балл

Умумий балл: __ / 30

Натижаларни талқин қилиш (А дан Т гача тўлиқ шкала):

> 23,5 балл –қониқарли овқатланиш ҳолати.

17-23. 5 балл-тўйиб овқатланмаслик хавфи (тўйиб овқатланмаслик);

< 17 балл-тўйиб овқатланмаслик (тўйиб овқатланмаслик).

ИЛОВА Г 5

“ЎРНИНГДАН ТУР ВА ХАРАКАТ ҚИЛ” ВАҚТНИ БЕЛГИЛАШ ТЕСТИ

Таркиб (шаблон)

Керакли жиҳозлар: қўл бойламлари бўлган стул, лента ўлчови, рангли лента ёки маркер, секундомер. Креслодан 3 метр масофани ўлчаш ва уни маркер ёки рангли лента билан белгилаш керак, шунда белги беморга кўринадиган бўлиши лозим.

Тадбир шартлари. Беморга тест белгиланган вақтга ўтказилаётганлиги тўғрисида кўрсатма бериш керак. Бемор синовни биринчи уринишини вақтни белгиламасдан амалга ошириши мумкин.

Синов давомида бемор одатдаги поябзалини кийиши ва одатдаги ҳаракат воситаларидан фойдаланиши керак (масалан, хасса таёқ ёки юргувчи). Агар керак бўлса, тест давомида бемор танаффус қилиш учун тўхташи мумкин.

Сўров ўтказиш усули

- Бемор ўриндиқга (стулга) суяниб, орқасини тираб ўтириши керак, сонлари ўриндиққа тўлиқ тегиши керак. Ўриндиқ барқарор бўлиши керак. Беморга ўтирганда ва ўрнидан турганда қўл даямаларидан фойдаланишга рухсат берилади.

Бемор учун кўрсатмалар: "мен" бошлаш десам, сиз туришингиз, белгиланган масофани босиб ўтишингиз, бурилишингиз, стулга қайтишингиз ва унинг устига ўтиришингиз керак бўлади. Сиз одатдаги ўзингизга хос бўлган тезликда боришингиз зкерак."

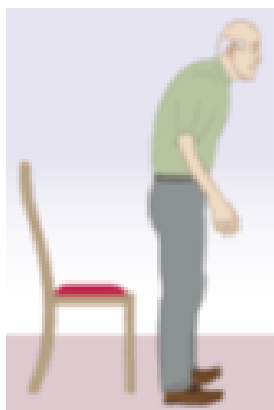
- Вақтни белгилаб олиб “Бошланг” деб ишора қилинади сўнг бемор яна стулга орқаси билан суяниб тўғри ўтирганда, вақт ҳисобини тўхтатинг.

Синов пайтида сиз юриш ва мувозанат бузилиши белгиларига эътибор беришингиз керак.

Калит (талқин): одатда, соғлом кексалар “Ўрнингдан тур ва ҳаракат қил” тестини 10 сония ёки ундан камроқ вақт давомида бажарадилар. Уйда яшовчи қари ва кекса ёшдаги беморлар “Ўрнингдан тур ва ҳаракат қил” тестининг натижасини 14 сониядан кўпроқ вақт давомида бажарса, юриш барқарорлиги ва мувозанатнинг бузилиши йиқилиш хавфини кўрсатади.



**Ўриндикда
н туришингиз
қийинми?**



**Тик турганда
беқарорликни
сезасизми?**



**Юрганингизда
беқарорликни
сезасизми?**

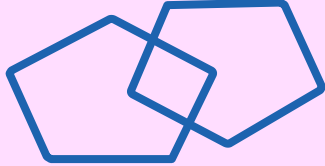


**Бурилгани
нгизда
беқарорликни
сезасизми?**



**Ўриндикга
ўтирмақчи
бўлганингизда
беқарорликни
сезасизми?**

ИЛОВА Г6
ҚИСҚАЧА РУҲИЙ ҲОЛАТНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ
Шаблон

Когнитив соҳа	Рейтинг оралиғи (баллар)
1. Вақт ва жой йўналиши: йил, фасл, сана, ҳафта кунни, ой	0-5
мамлакат, вилоят, шаҳар, клиника, қават	0-5
2. Ёдлаш: учта сўзни такрорлаш: олма, стол, танга	0-3
3. Диққатни жамлаш ва ҳисоблаш: кетма - кет ("100 дан 7 айириш" - беш маротаба такрорлаш) "дунё" сўзини тескари айтиш	0 -5
4. Хотира: эслаб 3 сўзлар айтинг (2 иловадан)	0-3
5. Нутқ фаолиятлари: а) буюмларни номлаш (қалам ва соат)	0-2
б) мураккаб жумлани такрорлаш: "Ҳачқандай йўқ, ва ёки аммо"	0-1
в) 3 босқичли буйруқ: "ўнг қўлингиз билан бир вароғ қоғоз олинг, уни ярмига букланг ва столга қўйинг"	0-3
г) Ўқинг ва бажаринг: "Кўзингизни юминг"	0-1
д) Тугалланган жумлани ёзинг	0-1
6. Конструктив праксис: чизилган расмни қайта чизиш (2 кесишган бешбурчак)	0-1
	
Умумий балл	0-30

"Қисқа руҳий ҳолатни баҳолаш шкаласи" бўйича кўрсатмалар

1. Вақт йўналиши. Максимал балл (5) берилади, агар бемор мустақил равишда ва хатосиз санани, ҳафтанинг кунини, ойини, йилини ва фасилни тўғри номласа берилади. Ҳар бир хато ёки жавоб беролмас умумий баллни 1 баллга камайтиради.

2. Жойда ўзини тутиши. "Биз қаердамиз?" савол берилганда бемор тўлиқ жавоб беролмаса, қўшимча саволлар берилади. Бемор текширув ўтказиладиган мамлакат, вилоят, шаҳар, муассаса ва қаватни номлаши керак. Ҳар бир хато ёки жавоб етишмаслиги умумий баллни 1 баллга камайтиради.

3. Идрок. Кўрсатмалар берилган: "Такрорланг ва учта сўзни эслашга ҳаракат қилинг: олма, стол, танга". Сўзлар секундига бир сўз тезлигида иложи борица аниқ талаффуз қилиниши керак. Ҳар бир тўғри такрорланган сўз учун 1 балл берилади. Сиз сўзларни мавзу уларни тўғри такрорлаши учун зарур бўлган даражада кўп марта тақдим этишингиз керак, лекин фақат биринчи такрорлаш балл билан баҳоланади.

4. Дикқатни жамлаш. 100 дан 7 кетма кет айириш сўралган. Беш мартаба айириш кифоя. Ҳар бир хато баллни 1 баллга камайтиради. Агар бемор бу вазифани бажара олмаса, улардан "дунё" сўзини тесқари айтиш сўралади. Ҳар бир хато умумий баллни 1 баллга камайтиради.

5. Хотира. Бемордан ёдланган (3 иловадан) сўзларни эслаш сўралади. Ҳар бир тўғри номланган сўз 1 баллдан баҳоланади.

6. Нутқ функциялари.

А. Қаламни кўрсатинг ва сўранг: "Бу нима?", худди шундай-бир соат. Ҳар бир тўғри жавобга 1 балл берилади.

Б. Беморга юқоридаги грамматик жиҳатдан қийин иборани такрорлаш сўралади. Тўғри такрорлаш 1 балл билан баҳоланади.

В. Оғзаки равишда юқоридаги учта амалнинг кетма-кет бажарилишини таъминлайдиган буйруқ берилади. Ҳар бир ҳаракат 1 балл билан баҳоланади.

Г. Ёзма кўрсатма берилади (масалан, "кўзингизни Юминг") ва бемордан уни ўқиш ва унга риоя қилиш сўралади. Кўрсатмалар бўш қоғозга жуда катта блок ҳарфлар билан ёзилиши керак.

Д. Бемор ўз-ўзидан мазмунли ва грамматик жиҳатдан тўлиқ жумла ёзиши керак.

Е. Беморга намуна берилади (тенг бурчакли иккита кесишган тўртбурчаклар), уни тоза чизиқсиз қоғозга қайта чизиш керак. Агар қайта чизиш пайтида фазовий бузилишлар юзага келса ёки чизиқлар тўғри уланмаган бўлса, буйруқнинг бажарилиши нотўғри ҳисобланади. Бундатремор сабаб бўлган шакл бузилишларини ҳисобга олмайди.

Калит (талқин): шкала бўйича умумий балл максимал 30 балл: 28-30 балл қониқарлиҳисобланади.

27-25 балл – деменция бўлмаган когнитив касалликлар.

24 балл ёки ундан кам – деменция (тахминан 20-24 балл-енгил деменция; 11-19 балл-ўртача деменция; 0-10 балл-оғир деменция).

Изох: ушбу шкала оғир когнитив бузилишларни ташхислаш учун скрининг усули сифатида кенг қўлланилади, аммо унинг камчиликлари бор. Худди шу беморда шкаладан фойдаланишнинг юқори частотаси саволларнинг ўрганилиши мумкинлиги сабабли қабул қилиниши мумкин эмас. Маълумот даражаси паст ва жуда юқори бўлган шахсларда когнитив нуқсонларни ташхислаш учун ўлчов жуда сезгир эмас. Деменциягача бўлган когнитив касалликларни ташхислашда шкала ҳам етарли даражада сезувчанликка эга эмас.

Шуни ёдда тутиш керакки, ўлчов когнитив бузилишларнинг оғирлигини фақат тахминан баҳолашга имкон беради, хусусан, бу деменция

ташхисига таълуқлидир, қайси асосий балл функционал ҳолат ва кундалик фаолиятнинг бузилишини тасдиқлаш эканлигини баҳолашда.

ИЛОВА Г7

МОНРЕАЛ КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРНИ БАҲОЛАШ

ШКАЛАСИ

(MoCA ТЕСТИ)

Асл номи: Монреал когнитив баҳолаш (MoCA- test).

Манба: www.mocatest.org.

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: когнитив бузилишнинг оғирлигини аниқлаш (скрининг) ва баҳолаш.

Натижаларни талқин қилиш

Монреал когнитив баҳолаш шкаласи (MoCA-test) ўртача когнитив дисфункцияни тезкор баҳолаш воситаси сифатида ишлаб чиқилган. У турли хил билим соҳаларини баҳолайди: диққат ва концентрация, ижро функциялари, хотира, нутқ, визуал-конструктив кўникмалар, мавҳум фикрлаш, ҳисоблаш ва ориентация. MoCA- тест ўтказиш учун ажратилган вақт тахминан 10 дақиқа. Максимал равишдаги тўпланган баллар сони-30; 26 балл ёки ундан ортиқ тўпланса қониқарли ҳисобланади, 25 дан кам балл тўпланса (MoCA- тест) когнитив бузилиш мавжудлигини кўрсатади.

1. Муқобил йўналишни яратиш:

Тадқиқотчи мавзуга кўрсатма беради: "Илтимос, ўсиб бориш тартибида рақамдан ҳарфга ўтадиган чизик тортинг. Бу ердан бошланг [(1) га ишора қилинг] ва 1 дан, кейин А га, кейин 2 га ва ҳоказо чизик тортинг. Бу ерда тугатинг [нуқта (Д)]."

Натижа: агар масала муваффақиятли бажарилса, яни 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, чизиклар бир бирини кесиб ўтмаса бир балл берилади. Синов давомида ҳар қандай хатоларга йўл қўйилса 0 балл билан баҳоланади.

2. Визуал-конструктив кўникмалар (куб чизиш):

Илова: тадқиқотчи кубга ишора қилиб қуйидаги кўрсатмаларни беради: "ушбу расмни иложи борица аниқроқ, расм остидаги бўш жойга қўчиринг"

Натижа: аниқ бажарилган вазифа учун бир балл берилади:

- Чизма уч ўлчовли бўлиши керак.
- Барча чизиклар чизилган.
- Қўшимча чизиклар йўқ.
- Чизиклар нисбатан параллел бўлиш керак ва уларнинг узунлиги бир хил (тўрт бурчаклар призмага руҳсат берилади).

Юқорида келтирилганлардан бирортаси бажарилмаса, балл берилмайди.

3. Визуал-конструктив кўникмалар (соат чизиш):

Илова: келтирилган формадаги бўш жойига: "Соатни чизиш. Барча рақамларни тартиб билан жойлаштириш ва соатни қўлларини жойлаштириб

ўқлари 12дан 10 дақиқа ўтган вақтини кўрсатсин" деб қуйдаги кўрсатмани беринг.

Натижа: қуйдаги учта элементнинг ҳар бири учун бир баллданберилади:

- Контур (1 балл): соат айланмаси аниқ думолоқ шакилда бўлиши лозим фақат бироз хатоларга йўл қўйилган бўлиши мумкин (яъни доирани ёпишда бироз номукамаллик).

- Рақамлар (1 балл): соатдаги барча рақамлар қўшимча рақамларсиз кўрсатилиши керак; рақамлар тўғри тартибда туриши лозим.

MoCA – Когнитив фаолиятни баҳолаш Монреал шкаласи (*Monreal Cognitive Assessment*)*

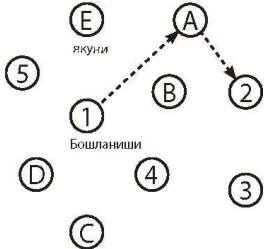
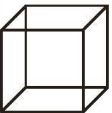
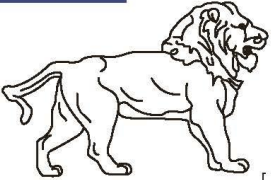
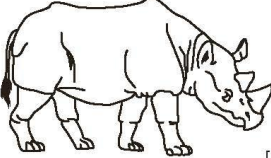
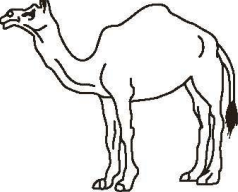
Исм: _____

Маълумот: _____

Тутилган сана: _____

Жинс: _____

Сана: _____

ВИЗУАЛ/КОНСТРУКТИВ/БАЖАРУВЧАНЛИК КОБИЛИЯТЛАР		Куб чизиб беринг	Соат чизиб беринг (Сажиз ярини белгиланг) (3 балл)	БАЛЛАР	
 [] []		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Соат айланмаси контури Сонлар Соат куллари	_____/5		
НОМИ		 []	 []	 []	_____/3

ЭСЛАШ КОБИЛИЯТИ		ОДАМ	АДРАС	МАСЖИД	БИНАФША	КИЗИЛ	нет баллов	
Сузлар руйхатидаги сузларни иштирокчи кайтариши лозим. 2 имконият беринг. 5 дакикадан сунг имкониятни кайтаринг.		Попытка 1						
		Попытка 2						
Диққат		Иштирокчи тугри тартибда кайтариши лозим [] 2 1 8 5 4 Иштирокчи тескари тартибда кайтариши лозим						___/2
Сонлар руйхатини уқинг (1 сон/сек).								
Харифлар каторини уқинг. Иштирокчи хар бир А харифини эшитгач чапак чалиши керак. / ≥ 2 хато қилганида балл ҳисобланмайди.		[] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б						___/1
Серийное вычитание по 7 из 100		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65		___/3
4–5 тугри жавоб. – 3 балла; 2–3 тугри жавоб. – 2 балла; 1 тугри жавоб. – 1 балл; 0 тугри жавоб. – 0 баллов.								
НУТК		Мен фақат шунинг билмагани Иван бу бутун менга ёрдам берайдиган ягона инсон. [] Итлар хонада булганда, мушукчалар хар дойим диван тагига беркнади. [] Бир дақиқда 11 харифга бошланадиган максимал сон сузлар айтинг. []						___/2
Такрорлаш:								
Нутк тезлиги:		[] _____ (N ≥ 11 слов)						___/1
АБСТРАКЦИЯ								
Ушаш хусусиятларини айтинг, банан-олма = мева		[] поезд – велосипед	[] соат – линейка					___/2
КЕЧИКИРИЛГАН ИЖРО		МУСТАКИЛ СУЗЛАРНИ ТОПИНГ	ОДАМ []	АДРАС []	МАСЖИД []	БИНАФША []	КИЗИЛ []	Балл фақат
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ		Подсказка категории						МУСТАКИЛ сузлар айтилганда
		Множественный выбор						___/5
ОРИЕНТАЦИЯ		[] Сана	[] Ой	[] Йил	[] Хафта куни	[] Жойлашув	[] Шахар	___/6

© Z. Nasreddine MD Version 7.1 www.mocatest.org
*http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-InstructionsEnglish_2010.pdf

БАЛЛАР УМУМИЙ СОНИ

___/30 Маълумоти олий булса 1

балл кушича килинганда

www.nervuslimbas.lv

УТКАЗИЛДИ

Рим рақамларига рухсат берилади; рақамлар доира контуридан ташқарида жойлаштирилиши мумкин;

- Соатнинг қўллари (1 балл): тўғри вақтни кўрсатадиган иккита қўл бўлиши керак; соат қўли дақиқали қўлдан қисқароқ бўлиши керак; қўллар доира марказида, уларнинг уланиши марказга яқин жойлашган бўлиши керак.

Юқоридаги мезонларга аниқ жавоб берилса, бу холда хар бир элемент учун бир баллдан тақдирланади

4. Номлаш:

Илова: чапдан бошлаб, ҳар бир шаклга ишора қилинг ва айтинг:

"Бу ҳайвонни номланг."

Ҳисоб: қуйидаги жавобларнинг ҳар бири учун битта балл берилади:

(1) туя, (2) шер, (3) каркидон.

5. Хотира:

Илова: тадқиқотчи бир сонияда бир сўз тезлигида 5 та сўзни кетма кетликда ўқиб қуйидаги кўрсатмаларни берилиши керак: "Бу хотира тести. Мен сизга ёдлашингиз керак бўлган сўзлар руйхатини ўқийман. Диққат билан тингланг. Тугатганимдан сўнг, ёдлаган барча сўзларингизни айтинг. Уларни қандай тартибда номлашингиз муҳим эмас." Биринчи уринишдаёқ бемор сўзларни эслаб қолиб такрорласа тадқиқотчи хар бир тугри айтилган сўз учун белги қўяди. Вазифа биринчи уринишда аниқ бажарилмаса ёки бемор синовни "Бажариб бўлдим" деб таъкитласа ёки бошқа сўзларни эслай олмаслигини билдирдирса тадқиқотчи, қуйидаги кўрсатмалар билан руйхатни иккинчи маротаба ўқийди: "Мен худди шу сўзларни иккинчи маротаба ўқийман, иложи борича кўпроқ сўзларни, шу жумладан биринчи маротаба такрорлаган

сўзларни ёдлашга ва такрорлашга ҳаракат қилинг". Иккинчи уринишда ҳар бир тўғри такрорланадиган сўз учун тадқиқотчи яна белги қолдириб: "синов якунида ушбу сўзларни яна такрорлашингизни сўрайман" деб беморни огоҳлантиради.

Натижа: биринчи ва иккинчи уринишлар учун баллар тақсимланмайди.

6. Диққат:

Тўғридан- тўғри рақамларни такрорлаш синови:

Илова: қуйидаги кўрсатмаларни беринг: "мен бир нечта рақамларни номлайман ва тугатгандан сўнг, уларни мен айтган тартибда такрорланг" Секундига битта рақам частотасида кетма-кет бешта рақамни ўқинг.

Тескарирақамлисериялар:

Илова: қуйидаги кўрсатмаларни беринг: "Мен бир нечта рақамларни номлайман, лекин тугатгандан сўнг Сиз уларни тескари тартибда такрорлашингиз лозим" секундига битта рақам частотасида учта рақам кетма-кетлигини ўқинг.

Натижа: ҳар бир аниқ такрорланган кетма-кетлик учун битта балл белгиланг (масалан: 2-4-7 тескари балл учун аниқ жавоб).

7. Ҳушёрлик:

Илова: қуйидаги кўрсатмаларни беринг: "Мен сизга бир қатор ҳарфларни ўқийман. Ҳар сафар (А) ҳарфини айтганимда, қўлингизни бир маротаба қарсак чалинг. Агар мен бошқа ҳарифни айтсам, қўлингизни қарсак чалишингиз шарт эмас" кўрсатмаларга амал қилиб, сонияда бир ҳарф тезлигида ҳарфлар рўйхатини ўқийди:

Натижа: агар хатобўлмасаяки битта хато бўлса, битта балл берилади (агар бемор бошқа ҳарфни номлашда қўлини қарсак чалса ёки а ҳарфини номлашда қарсак чалмаса, хато ҳисобланади).

8. Кетма-кет айириш (7):

Илова: тадқиқотчи қуйидаги кўрсатмаларни беради: "Энди мен сиздан 100 дан 7 ни айиришингизни сўрайман сўнг тўхтатинг дегунча жавобларингиздан ҳар сафар 7 ни айиришни давом эттиришингизни сўрайман" агар керак бўлса, кўрсатмаларни такрорланг.

Натижа: ушбу қисм 3 балл билан баҳоланади. Агар тўғри ҳисоб бўлмаса 0 балл, битта тўғри жавоб учун 1 балл, икки ёки учта тўғри жавоб учун 2 балл ва масала тўрт ёки бешта тўғри жавоб билан ечим топса 3 балл тақсимланади. Ҳар бир тўғри 7 сонини айиришни 100 дан бошлаб ҳисобланг. Ҳар бир айириш мустақил равишда ҳисобланади; шунинг учун агар иштирокчи нотўғри жавоб берса, аммо лекин ундан сўнг аниқ 7 ни айиришни давом эттирса бу ҳолатда ҳар бир аниқ айириш учун балл белгиланади. Масалан, иштирокчи "92-85-78-71-64" билан жавоб бериши мумкин, бу ерда "92" нотўғри жавоб, аммо кейинги барча қийматлар тўғри чиқарилаган. Бу битта хато ва бу қисмда 3 балл берилади.

9. Қуйидаги иборани такрорланг:

Илова: тадқиқотчи қуйидаги кўрсатмаларни беради: "Мен сизга бир жумлани ўқийман. Айтганимдек такрорланг (сқунат сақланг): Мен бугун Иван ёрдам бера оладиган ягона инсон эканлигини биламан". Сўнг жавобдан кейин айтинг: "Энди мен сизга яна бир жумлани ўқийман. Айтганимдек такрорланг (сқунат сақланг): итлар хонада бўлганида мушук ҳар доим диван остига яширинади".

Натижа: ҳар бир тўғри такрорланган жумла учун 1 балл берилади. Такрорлаш аниқ бўлиши керак. Йўқолган сўзлар (масалан, "фақат", "ҳар доим") ва алмаштиришлар/қўшимчалар (масалан, "Иван бугун ёрдам берган ягона" туфайли хатоларни қидиришда диққат билан тингланг; "яширинади" ўрнига "яширилиш" ни алмаштириб қўллаш, кўпликдан фойдаланиш ва ҳ.к.).

10. Нутқнинг равонлиги:

Илова: тадқиқотчи қуйидаги кўрсатмаларни беради: "Мен сизга айтган алифбонинг ҳарфидан бошланадиган сўзларни иложи борича кўпроқ айтинг". Сиз ҳар қандай сўзни айтишингиз мумкин, аммо тегишли исмлар (масалан, Пётр ёки Москва), рақамлар ёки бир хил товуш билан бошланадиган, аммо маноси билан фарқланадиган (масалн: севги, севмоқ, севилмоқ) каби турли хил қўшимчаларга эга бўлган сўзлар бундан мустасно. Мен сизни бир дақиқага тўхтатаман. "Сиз тайёرمىсиз? (Пауза.) Энди менга С ҳарфи билан бошланадиган сўзларни айтинг (вақт 60 сония) Тўхтанг!"

Натижа: агар 11та ёки ундан кўп сўзни 60 сония давомида айиса бир балл берилади. Жавобларни саҳифанинг пасткиёкиён томонига белгилаб қўйинг.

11. Абстракция:

Илова: тадқиқотчи келтирилган, ҳар бир жуфт сўзнинг умумий жиҳатлари нимада иборатлигини тушунтиришни сўрайди: "Айтингчи апелсин ва олма ўртасида умумий боғланиш нидан иборат". Агар бемор ўзига хос тарзда жавоб берса, фақат яна бир маротаба айтинг: "яна қандай ўхшашлик бор". Агар бемор тўғри жавоб беролмаса (мева), қайта сўранг: "Ҳава улар иккаласи—ҳам мевалардир". Бошқа кўрсатмалар ёки тушунтиришлар берманг.

Сўнг яна бир уринишида, айтинг: "Энди менга поезд ва велосипед ўртасида қандай умумийлик борлигини айтинг" жавоб бергандан сўнг, кейинги вазифани белгиланг: "Эндичизғичвасоат ўртасидаги умумийликни айтинг" сўнг бошқа кўрсатмалар ёки маслаҳатлар берманг.

Натижа: фақат охирги икки жуфт сўз ҳисобланади. Ҳар бир тўғри жавоб учун 1 балл берилади.

Қуйидаги жавоблар тўғри деб ҳисобланади:

Поезд-велосипед ҳтранспорти воситаси, саёҳат воситаси, иккаласи ҳам ишлатилиши мумкин.

Чизғич -соатҳўлчаш учун ишлатиладиган асбоблар.

Қуйидаги жавоблар нотўғри деб ҳисобланади: поезд-велосипед ҳ уларнинг ғилдираклари бор.

Чизғич -соатҳларнингграқамлари бор.

12. Кечиктирилган ижро:

Илова: тадқиқотчи қуйидаги кўрсатмаларни беради: "Мен илгари сизга бир қатор сўзларни ўқиб чиқгани эдим ва уларни ёдлашингизни сўраган эдим.Менга эслаб қолган сўзларингизни такрорлаб беринг"ҳар бир тўғри номланган сўз учун махсус ажратилган жойда огохлантирмасдан эслатма ёзинг.

Натижа:ҳарбир тўғри сўз учун 1 баллдан ҳечқандай изоҳсиз берилади.

Ихтиёрий: сўзларни ишорасиз эслаб қолишга кечиктирилган уринишдан сўнг, ҳар бир номаълум сўз учун семантик категорик калит шаклида маслаҳат берилади. Агар мавзу категорик ишора ёки кўплик ишораси ёрдамида сўзни эслаб олса, белгиланган жойга белги қўйилади.

Келтирилган барча сўзларни айтиб бериш учун ушбу усулдан фойдаланинг. Агар мавзу категорик таклифдан кейин сўзни номламаган бўлса, унга қуйидаги кўрсатмалардан фойдаланиб, кўп танловли таклиф беринг: "сизнингча, қайси сўзлар бурун, юз ёки қўл деб номланган?" Ҳар бир сўз учун қуйидаги категорик кўрсатмалар ва/ёки кўп танловли кўрсатмалардан фойдаланинг:

Юз категорик маслаҳат: **тана қисми**; кўп танлов: **бурун, юз, қўл**.

АДРАС категорик маслаҳат: **мато тури**; кўп танлов: **жинси, пахта, бахмал**.

МАСЖИД категорик маслаҳати: **бино тури**; кўп танлов: **черков, мактаб, касалхона**.

БИНАФША категорик маслаҳат: **гул тури**; кўп танлов: **атиргул, лола, бинафша**.

ҚИЗИЛ категорик маслаҳат: **ранг**; бир нечта танлов: **қизил, қўк, яшил**.

Натижа:ишора билан сўзларни ижро етиш учун балл берилмайди. Маслаҳатлар фақат ахборот клиник мақсадларида қўлланилади ва тест таржимонига хотира бузилиши тури ҳақида қўшимча маълумот бериши мумкин. Агар экстракция бузилиши туфайли хотира бузилган бўлса, маслаҳат ёрдамида бажариш яхшиланади. Агар кодлаш бузилиши туфайли хотира бузилган бўлса, сўровдан кейин тестнинг бажарилиши яхшиланмайди.

13. Йўналиш:

Илова: тадқиқотчи қуйидаги кўрсатмаларни беради: "Бугунги санани айтинг". Агар мавзу тўлиқ жавоб бермаса, унда тегишли маслаҳат беринг: "Айтинг чи (йил, ой, ҳафтанинг аниқ санаси ва куни)". Сўнг: "энди менга бу жойни ва у жойлашган шаҳарни айтинг" деб мурожат қилинг

Натижа: ҳар бир тўғри номланган элемент учун бир баллдан берилади. Бемор аниқ сана ва жойни (шифохона, клиника, поликлиника номи) кўрсатиши керак. Агар бемор ҳафтанинг кунида ёки санасида хато қилса, ҳеч қандай балл берилмайди.

Умумий балл: барча устунлардаги баллар йиғиндиси ҳисобланади. Агар бемор 12 йиллик ёки ундан кам маълумотга ега бўлса бир балл қўшиб бериш лозим, мумкин бўлган максимал 30 баллгача.

MoCA - тестининг муқобил вариантлари (беморни динамик текширишда фойдаланилади, баҳолаш 1-вариант учун юқорида келтирилган усул билан бир хил тарзда амалга оширилади).

ИЛОВА Г 8

FRONTAL ДИСФУНКЦИЯНИ БАҲОЛАШ УЧУН ТЕСТЛАР БАТАРЕЯСИ

Асл номи: The Frontal Assessment Battery (FAB).

Манба: Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a frontal assesement battery at bedside. Neurology. 2000; 55: 1621–1626.

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: миянинг олд қисмлари ва фронто-субкортикал бирикмалар функциясининг бузилиши билан боғлиқ когнитив бузилишларнинг оғирлигини аниқлаш.

Таркиби:

1. Концептуализация (умумлаштириш функцияси).

Беморга: “олма ва нокнинг умумийлиги ниммада?” Тўғри жавоб категорик умумлаштиришни ўз ичига олади (“бу мева”). Агар беморга қийин бўлса ёки бошқа жавоб берса, уларга тўғри жавоб айтилади. Кейин улар: “стол ва стулнинг умумийлиги нимада?”, “Палто ва курткаларнинг умумийлиги нимада?”. Ҳар бир тўғри категорик умумлаштириш (яъни мева, мебель, кийим) 1 балл билан баҳоланади. Ушбу субтестда максимал балл 3, минимал балл эса 0.

2. Нутқнинг равонлиги.

Улар сиздан кўзингизни юмиб, сўзларни бир дақиқага ёзишингизни сўрашади.

“С”. Бироқ, тўғри исмлар ҳисобга олинмайди. Натижа: дақиқада 9 дан ортиқ сўз – 3 балл, 6 дан 9-2 баллгача, 3 дан 5-1 баллгача, камроқ 3-0 балл.

3. Динамик праксис.

Беморга бир қўли билан бир қатор учта ҳаракатни такрорлаш сўралади: мушт (горизонтал жойлаштирилган, стол юзасига параллел – қовурға (қўл медиал четига вертикал равишда жойлаштирилган) - пальма (қўл горизонтал, пальма пастга жойлаштирилган). Сериянинг дастлабки учта тақдимотида бемор фақат шифокорга эргашади, иккинчи учта тақдимотда – шифокорнинг ҳаракатларини такрорлайди ва ниҳоят кейинги икки марта учта серияни мустақил равишда амалга оширади. Беморга маслаҳатлар, агар улар мустақил равишда бажарилса, руҳсат этилмайди.

Натижа: олти қатор ҳаракатларнинг тўғри мустақил бажарилиши – 3 балл, учта серия – 2 балл; агар бемор бардош бермаса, лекин шифокор билан биргаликда учта серияни бажарса – 1 балл.

4. Жавоб танлаш.

Кўрсатмалар берилган: “энди мен сизнинг эътиборингизни текшираман. Биз ритмни босамиз. Агар мен бир марта урсам, сиз кетма-кет икки марта уришингиз керак. Агар мен кетма-кет икки марта урсам, сиз фақат бир марта уришингиз керак”.

Қуйидаги ритм урилади: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Натижа баллари: тўғри бажариш – 3 балл,

2 тадан кўп бўлмаган хато – 2 балл,

кўп хатолар – 1 балл,

шифокор учун ритмни персевератив такрорлаш – 0 балл.

5. Мураккаб жавоб танлаш.

Кўрсатма берилган: “энди, агар мен бир марта урсам, сиз ҳам бир марта урасиз. Агар мен кетма-кет икки марта урсам, сиз ҳеч нарса қилишингиз шарт эмас”. Ритм урилади: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Натижани баҳолаш 4-бандга ўхшайди.

6. Тушуниш рефлексларини тадқиқ қилиш.

Бемор ўтирган, қўлларини тиззаларига, кафтларини юқорига қўйиш ва ушлаш рефлексини текширишни сўради. Тушуниш рефлексининг етишмаслиги 3 нуқтада баҳоланади. Агар бемор ушлаш кераклигини сўраса, 2 балл берилади. Агар бемор ушласа, унга бундай қилмаслик буюрилади ва ушлаш рефлекси яна текширилади. Агар такрорий текширув пайтида рефлекс бўлмаса, 1 балл берилади, акс ҳолда – 0 балл.

Калит (талқин):

Максимал балл-18.

16-18 балл қониқарли фронтал фаолиятига тўғри келади;

12-15 балл-ўртача фронтал дисфункция;

11 балл ёки ундан кам – деменция белгилари.

ИЛОВА Г 9 ГЕРИАТРИК ДЕПРЕССИЯ ШКАЛАСИ

Асл исми: гериатрик депрессия шкаласи, ГДС-15.

Манба: Есаваге Ж. А., Brink ТЛ, Росе ТЛ, ва бошқ. Гериатрик депрессия скрининг шкаласини ишлаб чиқиш ва тасдиқлаш: дастлабки ҳисобот. Психиатрия тадқиқотлари журнали. 1983; 17: 37-49.

Тури: рейтинг шкаласи

Мақсад: қарияларда депрессия диагностикаси.

1. Умуман олганда, ҳаётингиздан қониқасизми?		Йў қ
2. Фаолиятингиз ва қизиқишларингизнинг аксариятидан воз кечдингизми?	А	
3. Ҳаётингиз бўш эканлигини ҳис қиляпсизми?	А	
4. Сиз тез-тез зерикасизми?	А	
5. Кўпинча кайфиятингиз яхшими?		Йў қ
6. Сизга ёмон нарса бўлишидан кўрқасизми?	А	
7. Кўпинча ўзингизни бахтли ҳис қиласизми?		Йў қ
8. Ўзингизни ожиз ҳис қиляпсизми?	А	
9. 10 дақиқа ташқарига чиққандан кўра, уйда қолишни афзал кўрасизми?	А	
10. Сизнингча, сизнинг хотирангиз бошқаларникидан ёмонроқми?	А	
11. Сизнингча, яшаш гўзалми?		Йў қ
12. Сиз ҳозир ўзингизни фойдасиз ҳис қиляпсизми?	А	
13. Сиз ўзингизни энергия ва ҳаётийликка тўла ҳис қиляпсизми?		Йў қ
14. Сиз ҳозир бўлган вазиятдан умидсиз ҳис қиляпсизми?	А	
15. Сизнингча, атрофингиздаги одамлар сиздан кўра кўпроқ қониқарли ҳаёт кечиришадими?	А	

УМУМИЙ БАЛЛ:

Калит: 1 балл 1, 5, 7, 11, 13-саволларга «йўқ» деб жавоб бергани ва «ҳа» деб жавоб бергани учун берилади.

саволларга жавоблар 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

Калит (талқин):

0-4 балл-депрессия йўқ.

5 ёки ундан ортиқ балл –депрессия эҳтимоли юқори

ИЛОВА Г10
БЕМОР САЛОМАТЛИГИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ (PHQ-2, PHQ-9)

Асл исми: бемор саломатлигини баҳолаш шкаласи, PHQ - 2, PHQ -9.

Манба: Spitzer Рл, Кроенке К., Уилямс Ж. В. V. Бемор Саломатлиги Сўровномаси Тадқиқот Гуруҳи. PRIME-МД нинг селф-report версиясининг амал қилиш муддати ва фойдалилиги: PHQ бирламчи тиббий ёрдам тадқиқоти. ЖАМА. 1999; 282: 1737-1744.

Кроенке К., Spitzer P. L., Уилямс Ж. В. ПХҚ-9: қисқа де - прессион зўравонлик ўлчов амал қилиш. J. Ген. Стажёр. Мидия. 2001 Сеп.; 16(9): 606-613.

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: қарияларда депрессия диагностикаси.

Андоза: Сўнгги икки ҳафта ичида сизни қуйидаги муаммолар қанчалик тез-тез безовта қилди?

	Безовта эмас	Бир неча кун давомида безовта эмас	Деярли ҳар куни барча кун ярмидан кўпи	Деярли ҳар куни
1. Сиз бизнесга (ишлашга) кизиқмагансиз ёки ҳеч нарса сизга завқ бағишламаган	0	1	2	3
2. Сизда депрессия ёки умидсизлик ҳисси бор	0	1	2	3
3. Сиз ухлаб қолиш ёки етарлича ухлашда муаммоларга дуч келдингиз ёки жуда кўп ухладингиз	0	1	2	3
4. Сиз чарчаш ҳиссини ёки энергия етишмасликни сезганмисиз	0	1	2	3
5. Ёмон иштаҳа ёки ортиқча овқатланиш	0	1	2	3
6. Сиз ўз ўзингиздан норозилик туйғуларини бошдан кечирганмисиз, ёки бу ҳақда ўйлаганмисиз. Ўзингизда омадсизлик	0	1	2	3

хамда ўзингизга ва оилангизга жабр кўрсатиш хиссиёти мавжудлигини кузатганмисиз				
7. Газета ўқиш ёки телевизор томоша қилиш кабиларда диққатни жамлашда қийинчилик	0	1	2	3
8. Сиз ҳамма нарсани қиласиз ёки шунчалик секин гапирасизки, бошқа одамлар буни сеза бошлайдилар. Ёки аксинча-сиз ўтира олмайсиз ёки шунчалик чарчамассизки, одатдагидан кўпроқ иш қиласиз	0	1	2	3
9. Сизнингча, энг яхши нарса ўлиш бўладими ёки қандайдир тарзда ўзингизга шикаст етказишга ҳаракат қиласизми	0	1	2	3

Умумий балл: ___ / 27 калит(талқин):

0-4 – депрессия йўқ.

5-9 – депрессия хавфи паст.

10-14 – депрессиянинг ўртача хавфи.

15-19 – депрессия хавфи юқори.

20-27 – депрессия хавфи жуда юқори.

PHQ -2 сўровномасига PHQ -2 сўровномасининг биринчи 9 саволлари киради. Агар бемор 0-2 балл тўплаган бўлса, депрессия хавфи паст. Агар бемор 3 ёки ундан ортиқ балл тўпласа, депрессия хавфи мавжуд. PHQ - 9 тавсия этилади.

ИЛОВА Г 11 КОРНЕЛЛ ДЕПРЕССИЯ ШКАЛАСИ

Асл номи: Корнелл депрессия шкаласи учун Cornell кўламли in Dementia. Манба: Алехопоулос Г. А., Abrams P. C., ёш P. C., Шамоиан С. А.:

Деменциядаги депрессия учун Корнелл шкаласи. Биол Psych, 1988, 23: 271-284.

Тури: шкала рейтинг шкаласи.

Мақсад: кекса ва кекса ёшдаги депрессия диагностикаси.

Андоза:

Беморнинг аҳолини объектив баҳолаш учун унинг атрофидаги одамларнинг кундалик ҳаётдаги кузатувларидан фойдаланиш мумкин. Жавобларнинг ҳар бири уч балли шкала бўйича баҳоланади: 0 – агар белгилар бўлмаса, 1 – агар улар эпизодик ёки аҳамиятсиз бўлса ва 2 – агар улар мунтазам равишда намоён бўлса.

А. аффектив аломатлар

1. Хавотир, ташвиш. Ўтган ҳафтадаги хатти-ҳаракатларингизда ташвиш пайдо бўлдимиз? Бемор одатда уни ташвишга солмайдиган нарсадан ташвишландимиз? Сиз аҳамиятсиз воқеалар ва зарарсиз вазиятлар ҳақида қайғурдингизми?

2. Қайғу, кўз ёшлари. Бемор депрессия ҳолатидами? Бу ҳолат қанча давом этди? У ҳеч қачон йиғладимиз? Ўтган ҳафтада неча марта?

3. Ижобий воқеаларга реакциянинг йўқлиги. Бемор ёқимли воқеалар ёки янгиликлардан завқлана оладимиз?

4. Асабийлашиш. Бемор қанчалик осон ўзини йўқотади? Бу ҳафта беморда асабийлашиш ва мурасасизлик пайдо бўлдимиз?

В. Хулқ-атвор бузилиши

5. Ажитация, ташвиш. Бемор безовталиқни кўрсатдимиз, бу камида бир соат ўтира олмаслиқда намоён бўладимиз? Кўлларибизни сиқиш, лабларингизни тишлаш ёки сочларингиздан ўтиш каби ташвиш белгилари борми?

6. Летаргия (ҳаракат, нутқ, реакция).

7. Жисмоний ҳолати ҳақида шикоятлар. Бемор одатдагидан кўра ёмон овқат ҳазм қилиш, ич қотиши, диарея, мушақоғриғи, тез-тез сийиш, терлаш, бош оғриғи ёки бошқа муаммолардан шикоят қилганми? Бу шикоятлар қанчалик жиддий эди? Улар тез-тез содир бўлдимиз? (Агар муаммолар фақат овқат ҳазм қилиш трактига таъсир қилса, ҳеч қандай балл берилмайди).

8. Қизиқишни йўқотиш, одатий кундалиқ фаолиятдан воз кечиш. Охириги ҳафтадангиз қандай ўтди? Бемор мунтазам фаолият билан шуғулланганми? Оддий ҳажмда ёки ундан камроқми? (Агар сиз узоқ вақт давомида кундалиқ ишларга қизиқишни йўқотган бўлсангиз, ҳеч қандай балл берилмайди).

В. Жисмоний аломатлар

9. Иштаҳанинг пасайиши. Охирги ҳафтада иштаҳангиз пасайдими? Сиз беморни овқат ейишга ишонтаришингиз керак эди (агар ҳа бўлса, унда 2 балл берилади).

10. Вазн йўқотиш. Агар сиз икки килограммдан ортиқ вазн йўқотсангиз, 2 балл берилади.

11. Кучни йўқотиш, тез чарчаш. Бемор қанчалик тез-тез чарчоқдан шикоят қилган? Чарчоқдан келиб чиққан уйқу керакми? Оёқ-қўлларингизда оғирлик пайдо бўлди? (Фақат охирги ойда сезиларли ўзгаришлар бўлса, тахмин қилинади).

Г. Цикликфункциялар

12. Кундалик кайфият ўзгариши. Кайфият ёмонлашдими? Куннинг қайси вақти? Эрталабки бузилиш қанчалик оғир эди? (Фақат эрталабки соатларда кайфиятнинг ёмонлашиши тахмин қилинади).

13. Ухлаб қолиш, кейинроқ ётиш муаммолари (Муаммо вақти-вақти билан содир бўлган бўлса, 1 ни ва муаммо ҳар кеча содир бўлса, 2 ни киритинг).

14. Тунги уйғониш. Бемор ярим тунда уйғонганми? Ухлаб қолиш учун қанча вақт кетди? Сиз ётоқдан турдингизми? (Агар бемор ҳожатхонага бориш учун уйғонган бўлса, баҳолашмайди. Ноқонуний ва кичик кўринишлар учун битта нуқта, муаммоларнинг мунтазам пайдо бўлиши учун иккита нуқта).

15. Эрта тонгда уйғониш. Агар улар пайдо бўлган бўлса, бемор қанча олдин уйғонган? Эрталаб уйғонганингиздан кейин ётоқда қолдингизми ёки турдингизми? (Агар битта нуқта бўлса, бемор эрта уйғонди, лекин кейин яна ухлаб қолди. Эрта туриш учун иккита нуқта, чунки сиз ухлай олмайсиз).

Д. Идеатор бузилишлар

16. Ўз жонига қасд қилиш кайфияти. Бемор ҳаёт яшашга арзимайди деган фикрни билдирдими? У ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини кўрсатдими? Сиз ўзингизга зарар етказишга ёки ўз жонига қасд қилишга ҳаракат қилдингизми? (Пассив ўз жонига қасд қилиш тенденциялари учун битта нуқта, фаол намоишлар учун иккита нуқта).

17. Ўзини паст баҳолаш, айбдорлик, ўз-ўзини флагеллатион. Бемор ўзини танқид қилишга мойиллигини кўрсатдими? У қилган ҳаракатларини муваффақиятсиз ёки нотўғри деб баҳоладими? Сиз қилган ёки қилмаган ишингиз учун айбингизни билдирдингизми? (Ўз-ўзини ҳурмат қилиш ва ўзини танқид қилишни камайтириш учун битта нуқта. Муваффақиятсизлик ва қадрсизлик ҳисси учун иккита нуқта).

18. Пессимизм. Бемор энг ёмонидан умидларини билдирдими? Вазият яхшиланганини пайқаддингизми? Сиз яқинларингизнинг ижобий ёрдамини қабул қилдингизми? (Пессимизм учун битта нуқта, умидсиз ҳис қилиш ва ташқи ёрдамни қабул қила олмаслик учун иккита нуқта).

19. Зарар, касаллик ёки қашшоқлик ҳақидаги алданишлар. Бемор ғалати фикрларни билдирдими? У касаллигини юқоридан жазо деб ҳисоблайдими? Бу муаммо учун бошқа мантиқсиз тушунтиришлар берадими? У мавжуд бўлмаган молиявий ёки бошқа моддий муаммоларга ишонадими?

Калит (талқин):

Агар умумий балл 10 қийматидан ошса, бемор тушкунликка тушганига шубҳа қилиш учун асос бор. 18 баллдан ортиқ балл оғир депрессияни кўрсатади.

ИЛОВА Г 12 РАҚАМЛИ ОҒРИҚ РЕЙТИНГ ШКАЛАСИ

Асл номи: оғриқнинг рақамли рейтинг шкаласи, рақамли рейтинг шкаласи.

Бижур Р. Е., Latimer С. Т., Gallagher Е. J. фавқулодда ёрдам бўлимида фойдаланиш учун ўткир оғриқнинг оғзаки бошқариладиган рақамли рейтинг шкаласини тасдиқлаш. Академик шошилинич тиббиёт. 2003, 10: 390-392. doi:10.1111 / ж. 1553-2712. 2003.т601355.х.

Тури: шкала рейтинг шкаласи.

Мақсад: оғриқ интенсивлигини баҳолаш.

Таркиб (Андоза):

Шкала 0 дан 10 гача бўлган кетма-кет рақамлар қаторидан иборат. Беморлардан оғриқ интенсивлигини қуйидаги рақамлар билан баҳолаш сўралади: 0 – оғриқ йўқ, 5 – ўртача оғриқ ва 10 – тасаввур қилинадиган энг оғир оғриқ.

Калит (талқин):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
оғриқ йўқ				ўртача оғриқ						жуд. а қаттиқ оғриқ

ИЛОВА Г 13 ОҒРИҚ ИНТЕНСИВЛИГИНИ БАҲОЛАШ УЧУН ЮЗ ШКАЛАСИ

Сарлавҳа: оғриқ интенсивлигини баҳолаш учун юз шкаласи.

Асл номи: юзлар оғриқ кўлами.

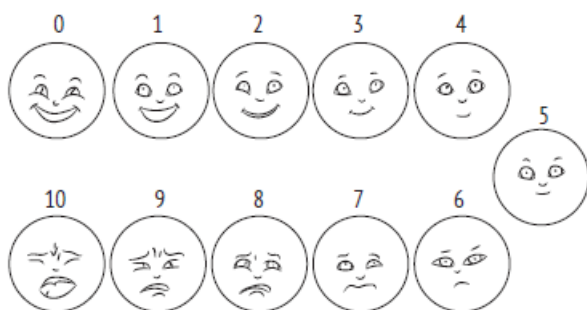
Фадаеватан Р., Ализодеҳ-Кҳоеи М., Ҳессами-Азар С. Т., шарифи Ф., Ҳагҳи М., Кабоуди Б. сурункали оғриқ билан Ерон кекса жамиятда 11-юз юзлари оғриқ шкала ҳақиқийлиги ва ишончлилиги. Ҳиндистон Ж Паллиат Сақлаш. 2019; 25(1): 46-51. doi:10.4103 / ИЖПС.ИЖПС_126_18.

Тури: шкала рейтинг шкаласи.

Мақсад: оғриқ интенсивлигини баҳолаш.

Таркиб (Андоза):

Беморга 11 юзнинг тасвири таклиф этилади. Бемор унинг ҳолатига энг мос келадиган юзни танлайди.



Калит (талқин):

Беморга 11 юзнинг тасвири таклиф этилади. Чапдан ўнгга биринчи юз тинч ва бахтли бўлиб, оғриқ йўқлигига мос келади, охириги юз жуда кучли оғриқни ифодалайди.

ИЛОВА Г 14

ОҒИР ДЕМЕНЦИЯ УЧУН ОҒРИҚНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Сарлавҳа: оғир деменция учун оғриқни баҳолаш шкаласи.

Асл сарлавҳа: ривожланган Деменцияда оғриқни баҳолаш. **ADVANCED dementia (Pain - Ad)** шкаласида оғриқни баҳолашни ривожлантириш ва психометрик баҳолаш. *Amerika тиббиёт директорлари ассоциацияси журнали. 2003; 4: 9-15. doi: 10.1016/C1525-8610(04)70258-3.*

Тури (пастки чизик): шкала рейтинг шкаласи.

Мақсад: оғир деменциядаги оғриқни баҳолаш.

Таркиб (Андоза):

Ўлчов тиббий мутахассис томонидан оғирлик даражасига қараб баҳоланадиган бир қатор мезонларни ифодалайди, агар қариндошлар беморнинг аҳволи ёмонлашганини қайд қилсалар, лекин улар бу ҳақда мустақил равишда айта олмайдилар.

Хатти	0	1	2
нафас	қони қарли	баъзан қийин нафас олиш, қисқа даврдаги гипервентиляция	баланд қийин нафас, узок вақтдаги гипервентиляция, Чайн-Стокс нафаси
салбий товуш чиқариш	Йўқ	битта нафас ёки нола; сокин овоз, салбий ёки мантиқсиз нутқ	такрор хайқириб, баланд хўрсиниб ёки нола қилиш, йиғлаш
юз ифодаси	жил майиб ёки ифодасиз	қайғули, кўрқиб, жахилдор	Юзини чимаштиради қошларини чимириб
та на тили	Тинч холатда	Танаси таранг, кимирлаб, ҳаракатсиз	Кишанланганга ўхшаш, қўллрини мушт қилиб олган, тиззаларини букиб олган, безовта билан текширувчини итариб юбормоқда
Ўзгани юпатиш ига мухтожлик	Юпа тишга талаб йўқ	Ўзгаларни юпатишига жавоб қайтаради	Юпатиш, чалғитиш ёки рағбатлантиришнинг имконияти йўқ

Калит (талқин):

– 1-3 балл – енгил даражадаги оғриқ.

- 4-6 балл – ўртача даражадаги оғриқ.
- 7-10 балл – қаттиқ даражали оғриқ.

Илова Г 15
MORSE ШКАЛАСИ

Сарлавҳа: Morse шкаласи.

Асл исм (агар мавжуд бўлса): Morse шкаласи.

Манба (ишлаб чиқувчиларнинг расмий веб-сайти, тасдиқлаш билан нашр):

Morse Ж. М., Morse Р. М., Тилко С. йиқилишга мойил беморни аниқлаш учун шкала ишлаб чиқиш. Мумкин. Ж. Қариш. 1989; 8(4): 366-377.

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: касалхонага ётқизилган кекса ва кекса беморларда йиқилиш хавфини баҳолаш.

Таркиб (Андоза):

САВОЛ	БАЛЛ
1. Сўнги 3 ой ичида йиқилдингизми?	Йўқ – 0; Ҳа – 25
2. Йўлдош хасталиклар мавжудлиги? Тиббий хужжатлар таҳлили	Йўқ – 0; Ҳа – 15
3. Юргандаги мустақиллиги: – ўзи юради (ўзгалар ёрдами билан бўлса ҳам) ёки ётоғига боғланган, ҳаракатсиз – Қўлтиқ таёқ/юругувчилар/таёқча – Юрганида уй жихозларга (мебел) ёки деворларга суянади	- 0 -15 -30
4. Вена ичига инфузия буюрилган / вена ичига катетер ўрнатилган	Йўқ – 0; Ҳа – 20
5. Юриш фаолияти – қоникарли (эркин юради) – бироз эркинсиз (тўхташлар билан юради, қадамлар қиска, баъзан тўхтаб қадам босади) – юриш фаолияти бизилган (туролмайдди, суяниб юради, оёғлари остига қарайди)	- 0 - 10 -20
6. Руҳий ҳолат – узининг ҳаракат қилиш қобилиятини аниқ билади – ҳаракатланаётганда ёрдамга муҳтожлигини билмайди ёки унутиб қўяди	- 0 - 15

Калит (талқин):

0 - 24 балл – йиқилиш хавфи йўқ,

25 - 50 – йиқилиш хавфи паст,

51 балл ёки ундан кўп – йиқилиш хавфи юқори

ИЛОВА Г16
ОНГНИ ТАРТИБСИЗЛИГИНИ (ДЕЛИРИЙНИ) БАҲОЛАШ
ШКАЛАСИ

Асл номи: тартибсизлик баҳолаш усули, САМ. Манба: иноуе С., ван Дйск С., Алесси С., ва бошқ. Чалкашликларни аниқлаштириш: чалкашликларни баҳолаш усули. Ички тиббиёт йилномалари 1990; 113 (12): 941-948.

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: беморнинг чалкашлик ҳолатини ташхислаш (делириум).

Андоза ва натижалари талқини:

- босқич	<p>Рухий ҳолатдаги ўткир ва тўлқинсимон ўзгаришлар: Рухий ҳолатда бошланғич даражасига нисбатан ўзгаришлар борми? ЁКИ Охирги 24 соат давомида рухий ҳолатда тўлқинли ўзгаришлар кузатилдими?</p>	<p>Агар иккала саволга ҳам жавоб “йўқ” бўлса, —ДЕЛИРИЙ “йўқ” хисобланади, Саволларнинг бирига жавоб “Ҳа” бўлса, 2-босқичга ўтиш</p>
- босқич	<p>Диққат бузилиши: “Ҳар сафар А ҳарфини айтганимда қўлимни сиқиб қўйинг” куйидаги ҳарфлар кетма-кетлигини ўқинг «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ХАТОЛАР: А ҳарфига сиқилмасдан бошқа ҳарифларга тадқиқотчини қўлини сиқ</p>	<p>Агар 0-2 хато бўлса—ДЕЛИРИЙ “йўқ” хисобланади, бошқа ҳарфларга эътибор берса ҳам; Агар 2тадан ортиқ хатога йўл қўйса 3 босқичга ўтилади.</p>
- босқич	<p>Ҳозирги онг даражаси (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS* - пастга қаранг) бўлса, онг даражасини ўзгартиришнинг</p>	<p>Агар RASS 0 дан фарқ қилса ва делириум бўлса, Агар RASSx 0 бўлса, 4-босқич</p>
- босқич	<p>Тартибсиз фикрлаш: 1.Тош сув устида турадими? 2.Балиқлар денгизда яшайдими?</p>	<p>Агар 0-1 хато бўлса—ДЕЛИРИЙ “йўқ”</p>

<p>3. Бир килограмм оғирлиги икки килограммдан ошадими?</p> <p>4. Болға билам михни ура оласизми?</p> <p>Буйрук: “Бир хил миқдордаги бармоқларни кўрсатинг” (2 бармоқни кўрсатинг) “энди бошқа кўл билан ҳам худди шундай қилинг” (намойиш қилманг) ЁКИ “яна бир бармоқ кўшинг” (агар бемор иккала кўлини ҳам қимирлата олмаса)</p>	
---	--

*The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS **Ричмонд ажитация шкаласи:**

-4 урушқоқ: урушқоқ, тажовузкор, бошқалар учун хавфли (бу ҳодисалар ҳақида дарҳол шифокорга хабар беринг).

-3 жуда ҳаяжонланган: тажовузкор, найчаларни, суний вентиляция аппаратининг катетрларини ёки бошса катетерларни тортиб олишга ҳаракат қилмоқда (шифокорга айтинг).

- 2 ҳаяжонланган: тез-тез мақсадсиз ҳаракатлар, процедураларга қаршилиқ.

- 1 безовта: ташвишли, тажовузкор бўлмаган ҳаракатлар.

0 ХОТИРЖАМ ВА ДИҚҚАТЛИ.

– 1 уйқусираб: бепарво, уйқусираб, лекин ҳар доим овозга жавоб беради.

– 2 енгил седация: қисқа вақт давомида овозга уйғонади.

– 3 ўртача седация: кўзни ҳаракатга келтириш ёки овозга очиш, лекин кўз билан алоқа қилмаслик.

– 4 чуқур седация: овозга жавоб йўқ, лекин жисмоний стимуляция учун бироз ҳаракат бор.

– 5 уйғониш йўқ: овоз ёки жисмоний стимулга жавоб йўқ.

ИЛОВА Г 17
КУНДАЛИК ҲАЁТДАГИ ИНСТРУМЕНТАЛ ФУНКЦИОНАЛ
ФАОЛЛИКНИ БАҲОЛАШ (ЛОУТОН ШКАЛАСИ)

Сарлавҳа: кундалик ҳаётда инструментал-функционал фаолиятни баҳолаш кўлами (Лоутон шкаласи)

Асл исми: кундалик ҳаёт ўлчовининг Лоутон инструментал фаолияти (ИАДЛ).

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: кундалик вазифаларни бажаришда (кундалик ҳаётдаги фаолият) беморнинг функционал ҳолати бузилишининг оғирлигини баҳолаш.

Андоза:

Телефон кўнғироқлари	1	Телефондан ўз ташаббуси билан фойдаланади, рақамларни теради
	1	Бир нечта маълум телефон рақамларини теради
	1	Телефон кўнғироқларига жавоб беради, лекин рақамларни ўзи термайди
	0	Телефондан умуман фойдаланмайди
Харидлар	1	Барча керакли харидларни ўзи амалга оширади
	0	Мустақил равишда кичик харидларни амалга оширади
	0	Дўконга ҳар қандай ташриф учун ўзгаларни ёрдами талаб қилинади
	0	Тўлиқ харид қила олмайди
Овқат тайёрлаш	1	Керакли овқатни ўзи мустақил режалаштиради, тайёрлайди ва бошқа овқат тайёрлаш жараёнини бажаради
	0	Агар максаллиқлар тақдим этилган бўлса, керакли овқатни тайёрла олади
	0	Овқатни иситади ва бошқа овқат тайёрлаш жараёнини бажаради ёки овқат пиширади, лекин керакли парҳезга риоя қилмайди
	0	Овқат тайёрлаш ва хизмат қилиш учун кимдир ёрдам бериши керак
Уй ҳаётини бошқариш	1	Уйни ишларини мустақил равишда бажарсада оғир ишларни бажаришида камдан-кам ҳолларда ўзгаларни ёрдамига мухтож

	1	Ювиш каби оддий кундалик вазифаларни бажаради
	1	Мустақил равишда идиш тавоқларни ювиш ёки тўшакни тўғирлаш
	0	Оддий кундалик вазифаларни бажаради, лекин қила олмайди уйда керакли тозалик даражасини сақланг. Барча уй ишларида ёрдам керак Ҳеч қандай иқтисодий ишларда катнашмайди
Кир ювиш	1	Мустақил равишда барча керакли буюмларини ўзи юва олади
	1	Пайпоқ шунга ўхшаш буюмлариник нарсаларни юва олади
	0	Барча кир ювиш бошқа биров томонидан амалга оширилиши керак
Жамоат транспортдан фойдаланиш	1	Жамоат транспортдан мустақил фойдаланади ёки мустақил автомашина хайдайди
	1	Ўзи таксида юришни ташкил қила олади, лекин жамоат транспортдан фойдаланмайди
	0	Агар бир вақтнинг ўзида , жамоат транспортдан фойдаланишда, такси ёки машинада саёҳат қилиш бошқа одамхамроҳ бўлади. Ҳаракат қилмайди.
Дори-дармонларни қабул қилиш	1	Мустақил равишда керакли дори-дармонларни қабул қилади
	0	тўғри дозаларда ва ўз вақтида
	0	Агар у бошқа биров томонидан тайёрланган бўлса, керакли дозани олиш учун дори олади Ўз-ўзидан дори-дармонларни қабул қила олмайди
Молиявий операциялар	1	Молиявий масалаларни мустақил назорат қилади
	1	Бюджет, уй-жой учун тўлов, банкга ташрифларини ва даромадни назорат қилади.
	0	Кундалик харидлар, эҳтиёжлар, банк асосий харидларни амалга оширишда ёрдам бериш Пулни мустақил бошқариш имкони йўқ

Калит (талқин):

Умумий натижа 0 баллдан (ташқи ёрдамга боғлиқлик, кундалик ҳаётда ташқи ёрдамга катта эҳтиёж) 8 баллгача (беморнинг ташқи ёрдамдан мустақиллиги) ўзгариши мумкин.

Илова Г18
АСОСИЙ ФУНКЦИОНАЛ ФАОЛИЯТНИ БАҲОЛАШ
ШКАЛАСИ (БАРТХЕЛ ШКАЛАСИ)

Сарлавҳа: асосий функционал фаолиятни баҳолаш шкаласи (Бартел шкаласи).

Асл номи: кундалик ҳаёт индекси Бартхел фаолияти (АДЛ Бартхел индекси).

Манба: Mahoney Ф., Бартхел Д. функционал баҳолаш: Бартхел индекси. Мериленд Штати Тиббиёт Журнали. 1965; 14: 56-61.

Тури: Индекс.

Мақсад: беморнинг кундалик маиший фаолиятини баҳолаш.

Калит (талқин):

0-20 балл: тўлиқ гиёҳвандлик.

25-60 балл: қаттиқ қарамлик.

65-90 балл: ўртача гиёҳвандлик.

95 балл: енгил гиёҳвандлик.

100 балл: тўлиқ мустақиллик.

Тушунтириш:

Анкетани тўлдиришда сиз қуйидаги қоидаларга амал қилишингиз керак:

– Беморнинг мўлжалланганларини эмас, балки ҳақиқий ҳаракатларини акс эттиринг.

– Назоратга бўлган эҳтиёж беморнинг ёрдамга муҳтож бўлмаганлар тоифасига кирмаслигини аниқлатади (бемор мустақил эмас).

– Фаолият даражаси бемордан, унинг қариндошларидан сўраш орқали муайян вазият учун энг мақбул аниқланади, аммо тўғридан-тўғри кузатувлар ва соғлом фикр муҳимдир. Тўғридан-тўғри синов талаб қилинмайди.

– Беморнинг фаолияти одатда олдинги 24-48 соат давомида баҳоланади.

– Ўрта тоифалар беморнинг маълум бир функцияни бажариш учун зарур бўлган ҳаракатларнинг 50 фоиздан ортигини бажаришини аниқлатади.

– “Мустақил” тоифаси ёрдамчи воситалардан фойдаланишга имкон беради.

Илова Г19
ИЖТИМОЙ ЁРДАМ ВА ҒАМХЎРЛИККА ЕҲТИЁЖ ВА
ҲАЖМИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Сарлавҳа: ижтимоий ва маиший ёрдам ва ғамхўрликнинг еҳтиёжлари ва ҳажмини баҳолаш шкаласи.

Манба: ўлчов Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Пирогов номидаги Россия Миллий тадқиқот тиббиёт университети ОСП Россия геронтологик тадқиқот ва клиник маркази мутахассислари томонидан ишлаб чиқилган.

Тури: ўлчов.

Мақсад: ижтимоий ва маиший ёрдам ва ғамхўрликка бўлган эҳтиёжни баҳолаш ва уларнинг ҳажмини аниқлаш.

Андоза:
1-қисм. ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТ

Мобилликни текшириш. Йиқилиш	
1. Қўлбола воситалар билан ва/ёки улар йўқлигида юришда мустақил	0
2. Ногиронлар аравачасидан фойдаланганда мустақил / ётоқдан туришда ёрдам керак / қаватдан юқорига кўтарилишда ёрдам керак	0,5
3. Стулдан ёки каравотдан туришда доимий ёрдамга муҳтож / ногиронлар аравачасидан каравотга ўтишда ёрдамга муҳтож, аммо ҳаракатланаётганда ногиронлар аравачасидан фойдаланганда мустақил	1
4. Кўчиб ўтишда ва ўтирган жойдан тик турган жойга туришда доимий ёрдамга муҳтож; тушади > ойига 1 марта	1,5
5. Доимий юриш ёрдамига муҳтож; йиқилиш >ҳафтасига 1 марта	2
6. Бутунлай ҳаракатга боғлиқ; ногиронлар аравачасида, ётган ҳолда	7
Кийиниш	
7. Ёрдамсиз либослар	0
8. Кийиниш учун ўртача ёрдам керак	0,5
9. Кийиниш учун максимал ёрдам керак	1
Шахсий гигиена	
10. Ёрдამисиз ювинади	0
11. Ҳаммом пайтида бошқа одам ҳозир бўлиши шарт	0,5
12. Ўртача чўмилиш ёрдамига муҳтож	1
13. Ҳаммом пайтида максимал ёрдамга муҳтож, юзингизни тўлиқ ювиш керак	1,5

Озиқ-овқат ва ичимлик. Дори-дармонларни қабул қилиш	
14. Мустақил равишда иситилади ва озиқ-овқат олади ва дори-дармонларга ёрдам керак эмас	0
15. Овқатни столга иситиш/хизмат қилишда ёрдамга муҳтож, лекин мустақил равишда овқатланади ва / ёки дори-дармонларнинг бир қисмини тайёрлашда назорат ва ёрдам талаб этилади	1,0
16. Ўз-ўзидан ейиш ёки ичиш мумкин эмас ва / ёки дори-дармонларни тўлиқ назорат қилиш керак	1,5
Ҳожатхонадан фойдаланиш	
17. Мустақил равишда ҳожатхонадан фойдаланади, гигиенани бажаради. Дефекация ва сийишни назорат қилади	0
18. Ҳожатхонадан мустақил фойдаланади, лекин унга ҳамроҳлик қилиш ва назорат қилиш керак	1,0
19. Ҳожатхонадан фойдаланади, лекин унга ҳамроҳлик қилиш, гигиена ва / ёки кийинишда ёрдам бериш керак.	2
20. Биз ҳожатхонадан фойдаланиш учун ташқи ёрдамга тўлиқ боғлиқмиз. Ҳеч қандай элементни назорат қилмайди	7
Жами	

2-қисм. КОГНИТИВ ҲОЛАТ	Ҳа	Йўқ
Тўғри гапиреди ва ўзини тутди, алоқада, тажовузкор эмас, тушкун ёки тушкун кайфиятда эмас		
У ўз вақтида (кундузи ва кечаси, эрталаб ва кечқурун) ва таниш маконга йўналтирилган, умумлаштириш қобиляти сақланиб қолган	0	3
Жами		

Калит (талқин)

<p style="text-align: center;">Миқдо ри 1-қисм ва 2- қисмнинг нуқталари анкета лар</p>	<p style="text-align: center;">Тавсиф</p>
<p style="text-align: center;">0,5-1,5 балл А Гуруҳи</p>	<p>Шахсий махфийлик сиёсатига риоя қилиш учун чекланган ёрдамга мухтож.</p> <p>гигиена, овқат тайёрлаш ва тозалаш.</p> <p>Одатда, ушбу гуруҳдаги беморлар ўз-ўзига хизмат қилиш қобилиятини қисман йўқотадилар, улар маълум ҳаётий эҳтиёжларни қондириш учун озгина ёрдамга мухтож, бориш қийин бўлган жойларда тозалашда ёрдам беришади ва тоза кирларни осиб қўйишда ёрдам беришади.</p> <p>Ушбу тоифадаги беморларда когнитив функциялар қўпол равишда бузилмайди.</p> <p>Ушбу беморларнинг соғлиғи барқарор, дори терапияси билан назорат қилинади. Эҳтимол, тез-тез касалхонага ётқизиш талаб қилинмайди, аммо улар диспансер назорати остида.</p> <p>Даража преастения грависига тўғри келади, изоляция қилинган гериатрик синдромлар бўлиши мумкин (масалан, уларнинг функционал ривожланишида кескин чекловларга олиб келмайдиган ҳиссий нуқсонлар).</p> <p style="text-align: center;">ҳолати).</p>
<p style="text-align: center;">2-4 балл Б Гуруҳи</p>	<p>Ўз-ўзига хизмат кўрсатиш қобилияти камаяди. Ушбу тоифадаги беморлар уй атрофида ҳаракатланишда ёрдамга мухтож гуруҳлар техник реабилитация воситаларидан фойдаланадилар. Кийиниш ва шахсий гигиена бўйича ёрдам талаб қилинади-чўмилишда қисман ёрдам талаб қилинади.</p> <p>Одамнинг қўли етадиган жойда фақат қисман тозалашни амалга ошириш мумкин ва етарли яшаш шароитларини сақлаш учун ёрдам керак.</p> <p>Овқат пиширишда ёрдам кўпинча керак.</p> <p>Когнитив функциялар қўпол равишда бузилмайди.</p>
<p style="text-align: center;">4,5–7,0 С Гуруҳи</p>	<p>Қисман ўз-ўзига хизмат кўрсатиш қобилиятини йўқотди</p>

	<p>касалликлар, шикастланишлар ёки нуқсонларнинг оқибатлари, ҳаёт фаолияти тоифаларидан бирини ёки уларнинг комбинациясини аниқ чеклашга олиб келадиган, лекин кўпинча ақлий мустақилликни сақлаб қолган тана функцияларининг доимий аниқ бузилиши билан соғлиқнинг бузилиши туфайли.</p> <p>Улар кундалик ҳаёт фаолиятини амалга ошириш учун ҳар куни ва қайта-қайта ёрдамга муҳтож (ҳаракатга ёрдам бериш, уйдан ташқарида қўллаб-қувватлаш, туришга ёрдам бериш, чўмилиш ва кийинишда муҳим ёрдам).</p> <p>Иссиқ овқатни тозалаш, ювиш ва пиширишда катта ёрдам керак.</p> <p>Дори-дармонларни қабул қилишда мониторинг/ёрдам талаб қилинади.</p>
7,5-9 балл Д Гуруҳи	<p>Беморлар ўз-ўзини парвариш қилиш ва ишлашга қодир эмаслар</p> <p>Улар кўпинча тўшак ёки стул билан чегараланади, лекин уларнинг ақлий функциялари тўлиқ бузилмайди ва улар кундалик ҳаётда турли тадбирларда ёрдамга муҳтож. Ушбу гуруҳга ақлий функцияларнинг сезиларли даражада бузилиши бўлган, аммо ҳаракат қилиш қобилияти сақланиб қолган беморлар кириши мумкин.</p> <p>Иккала ҳолатда ҳам, одамнинг қарамлик даражаси ташқи ёрдамдан воз кечиш ҳаёт фаолияти тоифаларидан бирини ёки уларнинг комбинациясини аниқ чеклашга олиб келади.</p> <p>Функционалик даражаси 1-2 ногиронлик гуруҳига тўғри келади. Муҳим ёрдам керак</p> <p>ёрдамчи воситалардан фойдаланган ҳолда ва /ёки бошқа шахсларнинг ёрдами билан ўз-ўзини парвариш қилишда: кийиниш/чўмилиш/овқатланиш/ ичиш режимига риоя қилиш/дори-дармонларни қабул қилишни кузатиш/ шахсий гигиена воситаларидан фойдаланишда ёрдам бериш/уй атрофида ҳаракатланиш/тиббий асбобларга ишлов бериш ва уларга ғамхўрлик қилиш.</p> <p>Вақт ва маконда ҳаракат қилиш қобилияти кўпинча бузилади, бу эса бошқа одамларнинг ёрдамини талаб қилади.</p> <p>Мулоқот қилиш қобилиятини ва қобилиятини сақлаб қолиш керак хулқ-атворингизни бошқаринг.</p>
9,5 балл ва яна Е гуруҳи	<p>Ушбу гуруҳдаги одамлар ётоқда ёки стулда ўтиришади.</p> <p>уларнинг ақлий функциялари сезиларли даражада бузилган ва улар доимий ёрдамчиларга муҳтож.</p>

	<p>Ушбу гуруҳдаги беморлар руҳий жиҳатдан барқарор бўлиши мумкин, аммо улар паллиатив ёрдам ва доимий ёрдамга муҳтож. Функционаллик даражаси 1-ногиронлик гуруҳига доимий равишда сезиларли даражада талаффуз қилинади тана функцияларининг бузилиши.</p>
--	---

Илова Г 20 УЙҚУВ СИЗЛИК ЗЎРҚИШ ИНДЕКСИ

Сарлавҳа: уйқусизлик зўриқиш индекси. Асл исми: уйқусизлик зўрақиш индекси.

Уйқусизликтадқиқотлари учун натижа ўлчови сифатида уйқу зўриқиш индексини тасдиқлаш. Уйқу Мед. 2001; 2: 297-307.

Тури: рейтинг шкаласи.

Мақсад: уйқусизликнинг оғирлигини баҳолаш. Андоза:

Ҳар бир элементда сизнинг жавобингизга энг мос келадиган рақамни айлантинг. Илтимос, ҳозирги (яъни, сўнгги 2 ҳафта ичида) уйқу муаммоларини баҳоланг:

Уйқу муаммолари	Йўқ	Ўпка	Ўрта ча	Оғир	Жуда оғир
	0	1	2	3	4

1. Уйқи муаммоси : 0 1 2 3 4.

2. Интервалгача уйқу муаммоси: 0 1 2 3 4.

3. Жуда эрта уйғониш муаммоси: 0 1 2 3 4.

4. Уйқу жараёнидан қанчалик мамнунсиз (ёки қониқарсиз)?

Жуда мамнун 0.

Ҳурмат билан мамнун 1.

Қониқарли 2.

Мамнун эмас 3.

Жуда норози 4.

5. Сизнингча, сизнинг уйқу муаммоларингиз ҳаёт сифатини бузиш нуқтаи назаридан бошқалар учун қанчалик сезиларли?

бутунлай кўринмас.

Бир оз 1.

Бир оз 2.

Кучли 3.

Жуда сезиларли 4.

Ҳозирги уйқу муаммолари сизни қай даражада ташвишга солмоқда? умуман безовта қилманг 0.

Фақат бир оз 1.

Бир оз 2.

Кучли 3.

Жуда безовта 4.

7. Сизнингча, сизнинг уйқу муаммоларингиз кундалик фаолиятингизга қай даражада ҳалақит беради (масалан, кундузги чарчоқ, иш/кундалик вазифаларни бажариш қобилияти, концентрация, хотира, кайфият ва бошқалар.) ҳозирги вақтда?

Улар билан умуман аралашмайди 0.

Фақат бир оз 1.

Бир оз 2.

Кучли 3.

Жуда кўп халақит 4.

УМУМИЙ БАЛЛАР:

Калит (натижаларни талқин қилиш):

0-7 балл ногта ҳисобланади.

8-14 балл - йенгил уйқу бузилиши.

15-21 балл-ўртача уйқу бузилиши.

22-28 балл-қаттиқ уйқу бузилиши.