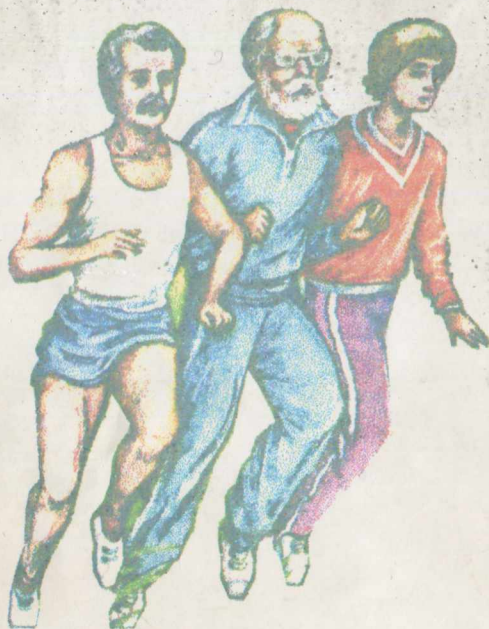


843331

ИЎҚУВ АДАБИЁТИ
ИЎҚУВ АДАБИЁТИ

Б. ЙЎЛДОШЕВ

КЛИНИК ГЕРИАТРИЯ



843331

ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН

ЎҚУВ АДАБИЁТИ

Б.ЙЎЛДОШЕВ

КЛИНИК ГЕРИАТРИЯ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим
вазирлиги томонидан Тиббиёт институтлари талабалари
учун дарслик сифатида тавсия этилган.

Урганч
"Хоразм" нашриёти, 2002 й.

Йўлдошев Б. Клиник гериатрия: — Урганч, 2002 й. 228 б.
13 — жадвал. 75 — библиография.

Йўлдошев Б. — 1 ТошДавТИ Урганч филиали №2
Умумий амалиёт шифокори кафедраси ассистенти, тиббиёт
фанлари номзоди, кўплаб илмий мақолалар муаллифи.

Ушбу китобда кексайиш жараёни ва унинг билан боғлиқ бўлган организмдаги баъзи ўзгаришлар, уларнинг касалликлар келиб чиқишидаги роли, ички касалликларнинг кекса ёшдаги кишиларда клиник кечиши, ташхислаш, организмнинг компенсатор имконияти пасайган ва реакцияси ўзгарган бир шароитда ўтказиладиган даволашнинг ўзига хос хусусиятлари тўғрисида маълумотлар берилган. Шунингдек аҳолига гериатрик ёрдамни ташкил қилиш, рационал овқатланиш ва турмуш тарзининг инсон саломатлиги ва узоқ умр кўришга таъсири, профилактика масалалари тўғрисида маълумотлар келтирилган. Врач, ҳамшира ва бемор муносабатларига алоҳида эътибор берилган.

Дарслик Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг Гериатрия фани бўйича тасдиқланган дастурига асосан тузилган.

Тиббиёт институтлари ва билим юрглариининг талабаларига мўлжалланган. Шунингдек, терапевтлар, гериатрлар, бошқа соҳа врачлари учун фойдали бўлади. Дарсликда 13 та жадвал бор.

Библиография 75 ном.

Тақризчи: А.Л.Аляви — I ТошДавТИ госпитал ва факультет терапияси кафедраси мудури, тиббиёт фанлари доктори, профессор, ЎзРССВ Тиббий реабилитация ва физиотерапия илмий текшириш институти директори.

© Борис Йўлдошев

© "Хоразм" нашриёти, 2002 й.

Азиз юртимизнинг зийнати — кексалар ва қариялар саломатлигини сақлашдек олижаноб мақсадга хизмат қилувчи ҳамкасбларимизга бағишланади.

Муаллиф.

СЎЗ БОШИ

Аҳоли таркибида кексалар ва қариялар ёшидаги гуруҳнинг тез суръатлар билан ошиб бориши тиббий ва тиббий — ижтимоий муаммолардан бўлиб, қатор вазифаларни илгари суради. Гериатрик беморларга тиббий хизматни ташкил қилиш, реабилитация, уларни касбий меҳнатга жалб этиш, оиладаги ва жамиятдаги ўрнини белгилаш шулар жумласидандир.

Гериатрик амалиётда кексаликга касаллик нуқтаи — назаридан ёндошишдан холи бўлган тарзда мурожаат қилувчи ҳар бир шахсда касалликни топиш ва унинг белгиларини кексалик билан боғлиқ ўзгаришлардан ажрата билиш, патологик жараённинг ривожланиш даражасини аниқлаш, организм учун янги бир шароитда даволаш усулларини қўллаш лозим бўлади. Бу эса ташхис қўйишда алоҳида ёндашиш, даволаш воситаларининг кекса ёшдаги одамларда таъсирини ҳисобга олиш каби муҳим ва мураккаб вазифани тиббий ходим олдига кўндаланг қилиб қўяди. Ундан ташқари тиббий ходим кексайишнинг биологияси, эрта кексайишнинг олдини олиш, гериатрик беморларни парвариш қилишнинг ўзига ҳос хусусиятларини билиши каби кенг доирадаги билимларга ҳам эга бўлиши зарур.

Ҳозирги вақтда клиник гериатрия амалий тиббиётнинг турли соҳаларига кириб келди — гериатрик кардиология, гериатрик неврология, гериатрик эндокринология ва ҳақозо тушунча кенг қўлланилмоқда. Шунингдек, гериатрик фармакология ва фармакотерапия ташкил топиб, бугунги кунда биологик фаол воситалар эрта кексайишнинг олдини олишда ва даволашда кенг равишда қўлланилмоқда.

Кексайиш жараёнининг умумий қонуниятларини ва ундаги мураккабликларни фақат чуқур билимга эга бўлган ҳолда ўзлаштириш мумкин.

Юқори малакали тиббий ходимлар тайёрлаш билан бир қаторда юқори касбий эътиқодга ҳам эга бўлишларини таъминлаш масаласига катта эътибор бериш лозим бўлади.

Ўз она тилимизда илк бор яратилган ушбу қўлланмада юқорида кўтарилган масалаларга алоҳида эътибор берилган.

Қўлланмада соҳа бўйича мавжуд бўлган кенг миқёсдаги маълумотларни содда, қисқа, тушунарли ва етарлича ҳажмда талабаларга етказиш, амалий тиббиётда ишловчи кўп сонли ходимларнинг диққатини гериатрик хизматни ривожлантиришдек муҳим ва долзарб масалага жалб этиш асосий мақсад қилиб қўйилган.

Президентимиз И.А.Каримов томонидан 2002 йил Республикамизда «Қарияларни қадрлаш» йили деб эълон қилинди. Шундай бир вақтда қўлланманинг пайдо бўлишининг алоҳида аҳамият касб этиши, соҳа бўйича кадрлар тайёрлаш, кексалар ва қариялар саломатлигини сақлашдек олийжаноб мақсадга хизмат қилиши шубҳасиздир.

Б.О.ДУСЧАНОВ.

Тиббиёт фанлари доктори,
профессор.

К И Р И Ш.

Инсоният узоқ йиллар давомида умрни узайтиришдек муҳим масалага алоҳида эътиборни қаратиб келади. Бу борадаги изланишлар натижасида қариллик ҳаддини чеклантирувчи ва ҳаётни узайтирувчи қўплаб чоралар топди.

Ибн Сино саломатликни сақлаш ва умрни узайтириш масаласида самарали изланишлар олиб борган. Унинг бу йўналишдаги қарашлари ниҳоятда аниқ ва равшан бўлган. Кексалар организмида ёш билан боғлиқ ўзгаришларни эътиборга олган ҳолда гигиеник қоидалар, овқатланиш ва жисмоний ҳаракат режимимни тавсия этган.

Ибн Сино таълимотида саломатликни сақлаш алоҳида санъат бўлиб, унинг асосида организм учун маъқул бўлган шароит яратиш уни табиий ўлим давригача етказиш ётади. Саломатликни сақлашда одам табиатининг вазминлиги, мақсадга мувофиқ овқатланиш ва жисмоний машқлар, организмни ошиқча ва зарарли моддалардан холи этиш ва лозимларини сақлаш, гавда тузилишининг нормал ҳолатини сақлаш, соф ҳаводан нафас олиш, меҳнат ва дам олишнинг мўътадиллиги аҳамиятлидир.

Ибн Сино ёш давларини жуда аниқлик билан тузган ва туркумлаган. Ҳар бир ёш даврига мансуб одамларда организмдаги ўзгаришларни ва уларда касалликларнинг кечишини ўрганган. Унинг қариялар саломатлиги тўғрисидаги таълимоти кейинчалик гериатрия фани томонидан ўрганилди ва ривожлантирилди.

Клиник гериатриянинг бошланиши С.П.Боткин ва унинг шогирдлари томонидан 1890—йилларда нашр этилган асарларига бориб тақалади. С.П.Боткиннинг одам кексайишининг механизлари, ёш билан боғлиқ ўзгаришларнинг хусусиятлари, кексалар ва қарияларда атеросклероз ва бошқа касалликларнинг ривожланиши ва кечиши тўғрисидаги фикрлари унинг ходимлари (Кадьян.А.А, 1890, Алеликов А.Н, 1892) ишларида ўз аксини топди.

Клиник гериатрияга доир ишларнинг тўла маълумотини 1909 йилда Schwalbe эълон қилади. 1914 йилда АКШда J.L.Nascher кекса ёшдагилар касалликлари бўйича биринчи қўлланмани нашр этган. Биринчилардан бўлиб у

«Гериатрия» терминини таклиф этади ва гериатрияни мустақил клиник соҳага ажратиш талабини тўла асослаб беради. Кейинги 10-йилликлар давомида «Гериатрия» муваффақиятли ривожланиш йўлидан боради. 1930 йиллардан бошлаб, «Гериатрия» соҳасидаги изланишлар одам кексайишининг биологияси билан яқин алоқада олиб борилади. А.А.Богомолец томонидан ташкил этилган ва Н.Д.Стражеско ва унинг шогирдлари — В.Х.Василенко, И.М.Туровец, В.В.Базилевич, В.А.Эльбергларнинг актив иштирокида 1938 йилда Киевда ўтказилган «Кексайиш» мавзусидаги конференция бу изланишларга яқун ясайди. Конференцияда юрак-томир системаси ва узоқ яшовчиларда баъзи модда алмашувларининг, кексалар ва қарияларда касалликларнинг кечиши тўғрисидаги маълумотлар умумлаштирилади.

1958 йилда Киевда Геронтология илмий-текшириш институтининг йирик гериатрия бўлими билан ташкил этилиши йирик тадқиқотларнинг кенг миқёсда ўтказилишига сабаб бўлди. Ҳозирги пайтда гериатрия муаммолари кўпчилик Илмий-текшириш институтларида, тиббиёт олийгоҳларининг кафедраларида, шунингдек қатор даволаш муассасаларида синчиклаб ўрганилмоқда.

Гериатрия клиник тиббиётнинг алоҳида соҳаси сифатида кўпчилик тиббий мутахассисликларга кириб бормоқда. Унинг ривожланиши, бир томондан, экспериментал геронтологиянинг ютуқлари билан узвий боғлиқ бўлса, иккинчи томондан — одам кексайишининг биологияси, геронтология ва герогигиенанинг такомиллаштирилиши, катта ёшдаги кишиларга тиббий-ижтимоий ёрдам ҳажмининг кенгайиши лозимлиги билан боғлиқдир.

Геронтология ҳозирги кунда энг мураккаб фанлардан бўлиб, дифференциация ҳолати юз берди — кексайиш биологияси, гериатрия, ижтимоий геронтология ва герогигиена каби соҳаларга бўлинди. Бунда уларнинг умумийлиги ва боғлиқлигини ҳисобга олиш даркор.

Гериатриянинг кексалар ва қариялар ёшидаги касалликлар тўғрисидаги фан сифатида ривожланиши кексайиш биологияси, кексаяётган одам организмнинг физиологияси билан узвий боғлиқдир. Ташқи муҳит

омилларининг таъсирини ҳисобга олмасдан унинг муаммоларини ечиш мумкин эмас.

Кейинги ўн йилликлар давомида жамиятда юзага келган ўзгаришлар, инсон турмуш тарзи хусусиятлари, илмий—техникавий революция одамнинг муҳит билан алоқасини ўзгартирди. Гигиена фани, айниқса ижтимоий гигиена ва герогигиена оддига алоҳида муаммоларни қўйди.

Аҳоли узоқ яшашининг географияси ва экологияси борасидаги изланишлар бўйича маълум муваффақиятлар қўлга киритилди. Геронтология институтида ишлаб чиқилган усуллар ва режалар асосида узоқ яшовчи аҳолининг географиясини аниқлади, узоқ яшовчиларнинг турмуш тарзи, бу жараёнда ижтимоий ва биологик омилларнинг роли ўрганилди. Бундай йўналиш, айниқса Украина, Грузия, Белорусия ва бошқа республикаларда фаол ривожланмоқда.

Ўзбекистонда геронтология илмий—текшириш институти ва «Геронтология маркази»нинг ташкил этилиши бу соҳада унумли илмий изланишлар ўтказишга асос бўлади.

Ижтимоий—геронтологик изланишларда айрим ижтимоий—иқтисодий омилларнинг кексалар саломатлиги ва узоқ яшашига таъсирини ўрганиш алоҳида ўрин тутади.

Геронтологияда кекса ва қариялар ёшидаги шахсларнинг саломатлиги ва унинг турмуш тарзи билан боғлиқлиги, бўш вақтдан қандай фойдаланишлари ҳам жадал ўрганилмоқда. «Кекса одамнинг оиладаги ва жамиятдаги ўрни»ни аниқлаш бўйича ишлаб чиқилган дастурни амалга ошириш жараёнида қатор қизиқарли маълумотлар аниқланди.

Ижтимоий геронтология бўйича ўтказилаётган изланишлар шаклланиш ва ижодий изланишлар босқичида турибди. Бу соҳа оддида ўртача умрни узайтириш ва аҳоли кексайишининг динамикасини ўрганиш, бу жараёнда ижтимоий ва тиббий оқибатларни ўрганиш, «ногиронлик касаллиги»нинг олдини олиш бўйича тадбирларни илмий асослаш, «ҳавфли гуруҳ»га кирувчи шахсларнинг ижтимоий хизмат турларини такомиллаштиришдек йўналишларни ривожлантириш, чуқурлаштириш ва кенгайтиришдек катта вазифалар турибди.

Аҳолининг кексайиши ва ўртача умр кўришнинг узайишидек бир шароитда, саломатликни ва меҳнат қобилиятини сақлаш, нафақахўрларни иш билан таъминлаш, касби бўйича меҳнат нормаларини ишлаб чиқиш муаммолари алоҳида аҳамият касб этади.

Бу йўналишда, геронтологиянинг таркибий қисми бўлган меҳнат герогигиенаси изланишлари кенг ривожланмоқда. Замонавий ишлаб чиқаришда аҳолининг кекса ёшидаги гуруҳининг меҳнат герогигиенаси изланишлари кенг ривожланмоқда. Бунда кекса ёшдаги гуруҳнинг меҳнат қобилияти даражасини аниқлашда изланишларнинг ижтимоий — демографик аспекти ривожлантириш муҳимдир.

Ишловчилар ёши таркибининг шаклланиши ва меҳнатга лаёқатлилиги чегараларини аниқлаш қонуниятларини билиш кексаларни меҳнатга жалб этишда фаолият турларининг даражаси табақалаштиришга йўл очиб беради. Бундай маълумотлар билан давлат ва хўжалик ташкилотларини қуроллантириш лозим бўлади.

Герогигиенанинг бирламчи масалалари қаторига қуйидагилар киради:

1) аҳоли ўртасида айрим касб гуруҳларининг биологик ёшини баҳолашнинг ҳолисона мезонларини ишлаб чиқиш;

2) профессиограмманинг қисмларини тузиш — машғулотнинг оғирлиги, зўриқишлар, зарарли ва хавфлилиги ёши ва жинсини эътиборга олган ҳолда уларнинг туркумини тузиш;

3) ишлаб чиқариш муҳитининг айрим касб жамоаларида кексайиш даражаси ва характериға таъсир қилувчи омилларини ўрганиш;

4) ишловчи аҳолининг ёши ва жинси турлича бўлган гуруҳлари учун мос бўлган иш, иш шароити, меҳнат ва дам олиш тартибини аниқлаш;

5) кекса ёшдаги одамларнинг, ҳамма учун лозим бўлган ишнинг бир текисда боришини удалай олмайдиган гуруҳи учун мос бўлган иш шакли ва ҳажмини танлаш ва ташкил қилиш;

6) меҳнат қобилиятини узоқ вақт сақлаш ва меҳнат унумдорлигини ошириш мақсадида ишлаб чиқаришда ишловчиларнинг қайта касб танлаш ва ўқитишнинг ташкилий шакллари ишлаб чиқиш;

7) турли касб гуруҳларининг ўртасида биологик кексайишнинг эрта бошланишининг олдини олишга қаратилган тадбирларни ташкил этиш — тиббий-санитария, санитария тарғиботи ва диспансеризация ўтказиш.

Турмуш тарзини мақсадга мувофиқ равишда тузишда меҳнатни ташкил этишдан ташқари, кексаяётган организмга мос келувчи ҳаракат фаолиги (иш пайтида ва дам олишда) ва унинг билан боғлиқ бўлган рационал овқатланиш, одамлар ўртасидаги муносабатларда кескин хаяжонланишларни, сурункали рухий жароҳатларни олдини олиш катта аҳамиятга эга бўлади.

Кексайиш жараёнининг ривожланиб бориши билан овқатланиш ва модда алмашинуви, кекса организмнинг функциялари ўртасида янги муносабат юзага кела бошлайди. Турмуш тарзини мувофиқлаштириш ва рационал овқатланиш одамларнинг ҳақиқий овқатланиш ҳолатини ўрганишга асосланган бўлиши керак. Овқатланишнинг яшаш жараёнида қандай тузилганлигини ҳисобга олмасдан кекса ёшдаги одамларнинг овқатланишини кескин ўзгартириб бўлмайди.

Геронтологик изланишларнинг гигиеник ва ижтимоий режадаги натижалари кенг миқёсда амалиётга жорий этилмоқда.

Эрта кексайишнинг, ҳаётнинг иккинчи ярмида касалликлар ривожланишининг олдини олишда профилактик принципларни амалга ошириш катта аҳамиятга эгадир. Гериатрик беморларга ёрдам кўрсатувчи врач профилактиканинг умумий принципларини ҳисобга олмоғи лозим. Бу принциплар турли ёшдаги гуруҳларда меҳнат ва дам олишда, овқатланиш режими ва ҳаракат фаолигида ўз хусусиятларига эга бўлади.

Кексалар ва қариялар психологиясини билмасдан туриб натижали гериатрик ёрдам кўрсатиб бўлмайди.

Тиббий ёрдамнинг юқорилик даражаси ижтимоий хизмат билан ҳам боғлиқ бўлади, шунинг учун ҳам соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот ташкилотлари бу борадаги интилишларини мувофиқлаштиришлари лозим. Врач ижтимоий ёрдамга муҳтож бўлган гериатрик беморга бу масалада ташкилий ёрдам кўрсата билиши керак.

Кексалар ва қариялар ёшидаги шахсларга кўрсатиладиган амалий тиббий ёрдам ижтимоий таъминот муассасаларида (кексалар учун уйлар), тегишли шифохоналар ва уларнинг бўлимларида, амбулатория—поликлиника муассасаларида гериатр—врачлар бўлиши зарурлигини кўрсатади. Бироқ аҳолининг кексалар ва қариялар ёшидаги гуруҳига малакали тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси умумий тизимдаги врачларнинг билим ҳажмига ҳам боғлиқ бўлади.

УМУМИЙ ҚИСМ

I – БОБ

КЕКСАЙИШ

Аҳолининг кексайиши — бу аҳолининг катта ёшдаги гуруҳининг нисбатан кўпайишидир. Бу гуруҳдаги (60—65 ёш) одамлар сонининг ошиши, агарда бошқа ёшлардаги аҳоли гуруҳи сони тез кўпая борса кексайиш кўрсаткичига катта таъсир кўрсатмайди. Аҳоли кексайиши жараёнига таъсир кўрсатувчи омиллар — туғилишнинг турғун пасайиши, кичик ва катта ёшдаги аҳолининг бир жойдан иккинчи жойга силжиб туришидир.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотиغا қараганда дунё аҳолисининг 60 ёшдагилари 2000 йилга келиб, 1970 йилга нисбатан 8 % дан 9 % га, яъни 291 млн.дан 585 млн.га ошиши керак. Агарда 80 ёш ва ундан юқори бўлган кишилар сонининг ундан ҳам тез суръатлар билан ошиши ҳисобга олинса, бунинг аҳамияти янада ошади.

Демографик тахминларга қараганда Франция аҳолисининг 65 ва ундан катта ёшдаги қисми 2000 йилда 1970 йилга нисбатан 29% га, 80 ва ундан катта ёшдагилар — 42 % га, ундан ҳам катталар эса — 122 % га кўпайиши кутилган.

Аҳолининг кексайиши иқтисодий жиҳатдан ривожланган давлатларнинг барчасида қайд этилмоқда. Франция, Англия, Дания, шунингдек, Болтиқ бўйи Республикаларида (Латвия, Литва) аҳолининг 60 ёшдан ошган қисми 16—18% га етгани маълум. АҚШ аҳолисининг 13% 65 ёшдан катта одамлар ташкил этади. Умумий ишлатиладиган дори — дармонларнинг 25%, интенсив хизмат кўрсатувчи касалхоналарда 40%, Федерал соғлиқни сақлаш бюджетининг 50 % шу ёшдаги кишилар ҳисобига ажратилади.

Кейинги ўн йилликлар давомида аҳолининг янада кексайиши кутилмоқда.

Демографик текширишлар бўйича аҳолининг кексайишига ижобий таъсир кўрсатувчи омиллардан биттаси болалар ёшида ўлимнинг кескин пасайишидир. Бу

ўринда албатта, илгари мавжуд бўлган ҳавфли, юқумли касалликларнинг йўқ қилинишини ҳам эътиборга олиш зарур. Бу омиллар албатта инсон ўртача умрининг ошишига ижобий таъсир кўрсатади.

Булардан ташқари аҳолининг моддий ва маданий аҳволининг ўсабориши, тиббий хизматнинг, санитария ва ободонлаштиришнинг яхшиланишини ҳам ижобий омиллар сифатида қараш зарур.

Ҳозирги вақтда Ўзбекистонда 1.605.500 мингдан ошиқ кексалар ва қариялар истиқомат қилади. Бу деярли 6,5 % ни ташкил қилади. Бу кўрсаткичнинг нисбатан пастлигини туғилишнинг баландлиги, аҳоли таркибида ўсмирлар ва ўрта ёшдагиларнинг кўплиги билан боғлаш мумкин.

Булар албатта улкан демографик силжишлар бўлиб, жамият ва давлат ташкилотлари томонидан эътиборга олиниши ва ҳамийша диққат марказида бўлиши зарур.

Аҳоли кексайишининг оқибатлари. Бунда нафақахўрларнинг меҳнат фаолиятдан фойдаланиш энг масъул масалалардан бири ҳисобланади. Бу нафақат иқтисодий, балки кекса ёшдаги кишиларнинг соғлигини сақлаш жиҳатдан ҳам, узоқ фаол яшашнинг ҳам гаровидир. Ижтимоий фойдали меҳнат билан банд бўлиш уларнинг фаол бўлишига ёрдам беради, ҳаётий тонусини оширади «ногиронлик касаллиги»дан сақлайди. Касби бўйича фаолиятини тўхтатган одамлар муҳитга нисбатан қизиқишни йўқотади, унинг ҳаёт тарзи ўзгаради, янги шароитга мослашиши қийин кечади.

Аҳолининг кексайиши, шунингдек, қатор ижтимоий — гигиеник муаммоларни ҳам олдинга суради. Булар жумласига меҳнат билан таъминлаш, кексалар ва қарияларнинг оиладаги ва жамиятдаги ўрнини белгилаш, яккаликни билдирмаслик ва бошқаларни киритиш мумкин.

Чуқур демографик силжишлар, барча ривожланган давлатларда геронтологиядан алоҳида бир бўлим — ижтимоий геронтологиянинг ажралиб чиқишига сабабчи бўлди. Унда ижтимоий — демографик сиёсат, ижтимоий — таъминот, соғлиқни сақлаш ва герогигиена узвий боғлиқ бўлади.

Организм кексайиши — табиий биологик жараён. Инсон умри давомида баъзи таркибий элементлари кексайиб янгилари пайдо бўлиб туради. Организм

ривожланишини икки даврга бўлиш мумкин — ўсиш (ривожланиш) ва пасайиш даврлари.

Ривожланиш даври 30—35 ёшгача давом этади, кейин пасайиш даври бошланади. Шу даврдан бошлаб турли модда алмашинувлари аста—секин ўзгара боради, турли функционал системалар ҳолати ўзгаради. Бу ўзгаришлар ўз навбатида организмнинг мослашиш қобилиятини чеклаб қўяди ва унинг касалликларга чалиниш эҳтимolini оширади. Кексайиш касаллик деб қаралмаслиги керак.

С.П.Боткин ва И.И.Мечников кексайишнинг икки тури — физиологик ва патологик (эрта кексайиш) мавжудлигини кўрсатган эдилар.

Физиологик кексайиш ақлий ва жисмоний соғлиқнинг сақланиб қолиши, меҳнат қобилиятининг сақланиши, замонга қизиқиши билан характерланади. Организм аста—секин ўзининг пасайган имкониятларига мослашиб боради, янги компенсатор механизмлар ишга киришади ва турли аъзолар ва системалар фаолиятини сақлаб туради.

Патологик кексайиш, кўпчилик кишиларда учрайди ва кексайиш ёшига қараганда эрта бошланади. Бунинг сабаблари ўтказилган касалликлар, атроф—муҳитнинг салбий таъсирлари бўлиши мумкин. Такрорий ва кескин зўриқишлар, стресс ҳолатлар бошқарув механизмларга нисбатан кексайиш жараёнининг кечишини ўзгартиради, мослашиш механизмларини издан чиқаради, патологик жараёнлар ва касалликларга сабабчи бўлади. Кексаяётганда организм ҳолати ёшига ҳамма вақт ҳам тўғри келмаслиги, ҳар кимда ҳар хил кечиши туфайли, хронологик ва биологик кексайиш деган тушунча мавжуд.

Биологик ёш хронологик ёшдан олдин юриши мумкин, бунда вақтдан илгари кексайиш юзага келади. Хронологик ва биологик ёш ўртасидаги фарқ эрта кексайишнинг даражасини кўрсатади.

Ёш чегараларини, айниқса умрнинг иккинчи даврида, аниқ чеклаш имконияти йўқ. Кекса ёшни қария ёшидан, қарияни узоқ яшовчидан ажратиш мураккаб масала, чунки кексайиш даврида кескин ўтишлар бўлмайди, организм функциялари ва модда алмашинуви кескин ўзгармайди.

Ёшни даврларга бўлиниши. Ленинградда бўлиб ўтган симпозиумда (1962) ва Киевдаги халқоро семинарда (1963),

ЖССТ нинг геронтология масалалари бўйича ёш даврларининг туркумланиши қабул қилинди.

Бунга биноан 3 та хронологик давр ажратилди.

1. Ўрта ёш — 45—59 ёш

2. Кексалик даври — 60—74 ёш

3. Кариялик даври — 75 ва ундан катта ёшдагилар

Кейинги даврда 90 ёш ва ундан охиқ яшовчи кишилар бўлиб улар алоҳида туркумга ажратилиб *узоқ яшовчилар* дейилади.

Организм ривожланишининг пасайиш даври 30—35 ёшда бошлансада, И.В. Давыдовский ва И.Троян жиддий ўзгаришлар 45 ёшдан бошланади деб кўрсатадилар.

Ўрта ёшда (45—59 ёш) эндокрин функцияларни бошқарувчи марказий механизмлар бузилиши билан боғлиқ бўлган бошқарув механизмларда жадал силжишлар юзага келади. Гипоталамус — гипофиз — жинсий безлар системасидаги ўзгаришлар климактерик даврнинг ривожланишида муҳим ҳисобланади. Ёш билан боғлиқ нейрогуморал силжишлар модда алмашинуви ва тўқима функциясига таъсир кўрсатади, кексайиб бораётган организмда дистрофик ва дегенератив ўзгаришларни келтириб чиқаради, унинг янги шароитга мослашувини пасайтиради. 50—60 ёшларда киши организмда кексайишнинг келгуси даврини аниқловчи ўзгаришлар юзага келади. Бу ўзгаришлар ўрта ёшда нейрогуморал бошқарувдаги қайта қурилиш билан боғлиқ бўлган организм мослашувининг даражасига боғлиқ. Бу даврда ўзгаришлар асосан юрак—томир, асаб тизимларида юзага келиб тўқималар ва аъзоларда ўзгаришларга олиб келади. Агарда ўша даврда одам касб фаолиятининг тугашини, оила ва жамиятдаги ўрни ўзгаришини ҳисобга олинса, эрта кексайишни олдини олишга қаратилган тадбирлар ишлашда ва амалга оширишда бу даврга алоҳида эътибор бериш лозим бўлади.

Кексайишнинг замонавий назариялари. Асосан оқсиллар биосинтези ва ундаги нуклеин кислоталарнинг роли билан боғлиқ. Дезоксирибонуклеин кислотаси (ДНК) ҳужайра ядросидан ажратиб олинганига 100 йилга яқин бўлсада унинг наслий белгиларни кўчириш маъсулияти ва оқсиллар синтезидаги роли фақат кейинги йилларда маълум

бўлди. Ҳужайра бўлиниш жараёнида ҳар бир ДНК молекуласи ўзига ўхшаш бошқа ҳужайра ҳосил қилади, шунинг билан бирга наслий белгиларни янги ҳужайрага ўтказди. Ҳаёт фаолиятида ДНК молекуласида янги бирикма — рибонуклеин кислотаси (РНК) ҳосил бўлади, бу ҳам ДНК белгиларига эга бўлади. Бу РНК «матричный» деб аталади ва штамп (матрица) вазифасини ўтайди. У аминокислоталардан оқсил молекулаларини ҳосил қилади, улар РНК га жойлашиб олади. Демак, РНК оқсил молекулаларини штамплайди.

Ҳозирги давр тушунчасига кўра, организм кексайиши генетик аппаратдаги бузилишлар туфайли оқсиллар биосинтези жараёнидаги ўзгаришлар билан боғлиқ. Бу жараёнга турлича қаралади:

1. ДНК молекуласи кодида ёш ўтиши билан «ҳатолар» тўпланиб боради, бу эса оқсиллар биосинтезининг тўла бўлмаслигига сабаб бўлади;

2. ДНК нинг оқсиллар (гистонлар) билан алоқаси кучайиб боради, бу эса генларнинг ишини блокада қилади;

3. ДНК молекулалари ўртасида чорси алоқалар пайдо бўлиб, уларнинг фаолиятини тўхтатиб қўяди.

4. ДНК молекуласида микроэлементлар йиғилиб қолади ва унинг физико—кимёвий хусусиятларини ўзгартиради.

Макенодан (1971, 1972) назариясига кўра организмга бактериялар ва бошқа ёт моддалар тушганда антителалар ҳосил бўлади, кексайиш жараёнида иммун система ўзгаргани туфайли, улар нафақат ёт элементлар, балки организмнинг мўътадил ҳужайраларига ҳам шикастлантирувчи таъсир кўрсатади, кексайиш жараёнини тезлатади.

Ҳужайраларда модда алмашинувига ҳам алоҳида эътибор берилади. Уларнинг мўътадил фаоллик кўрсатиши доимий энергия билан таъминланишига боғлиқ. Кексаларда ҳужайралардаги энергетик жараён ўзгаради, нафас ферментлари фаолияти опади, ҳужайраларда энергияни тўловчи митохондрийлар сони камаяди.

Шундай қилиб геронтологияни кексайиш жараёнининг турли соҳаларига — тиббий, ижтимоий, иқтисодий, экологик илмий қараш деб аташ мумкин.

Гериатрия, ЖССТнинг аниқлашича, геронтология ва тиббиётнинг бир бўлими бўлиб, кекса ёшдаги кишилар соғлигининг турли соҳаларини: профилактик, клиник, даволаш, қайта тиклаш ва диспансер назоратни ўз ичига олади.

Юқорида қайд қилинганидек, кексалик касаллик билан бароварлаштирилиши керак эмас. Кўпчилик кишиларнинг кекса ёшда ҳам амалий жиҳатдан соғлом бўлиб қолиши бунинг исботидир. Геронтология илмий — текшириш институти томонидан ўтказилган текширишларда (1961—1962) 40000 кишидан деярли 36% соғлом кишилар бўлган.

Кексайиш организм ривожланишида табиий бир ҳолат, касаллик организм фаолиятидаги бузилиш бўлиб турли ёш давларида бўлиши мумкин. Бундай нуқтаи назар кенг тарқалган.

Кексалар ва қарияларда касалликларнинг ривожланиши ёш билан боғлиқ ўзгаришларнинг генлар билан алоқасида бўлади. Бу ўзгаришлар маълум давргача касаллик белгиларисиз кечиши мумкин. Маълум шароитда, ташқи сабабларга кўра, улар касалликнинг асосини ташкил этади. Бундай сабабларга ўта зўриқиш, юқумли касалликлар ва бошқалар киради.

Гериатрия алоҳида клиник бўлим бўлиб, тиббиётнинг кўпчилик соҳасига киритилган.

Гериатрияда илмий ва амалий масалалар қуйидагилар:

1. Кексайиш биологияси асосида касалликнинг ривожланиши ва кечиши, ташхиси, даволаш ва профилактика ишларини ўрганиб бориш.

2. Кекса организмда физиологик жараёни мўтадиллаштириш имкониятини аниқлаш, эрта кексайишнинг олдини олиш усуллари ва воситаларини қўллаш.

Гериатрия амалий тиббиётга жорий қилиниб алоҳида эътибор талаб қилади, айниқса участка терапевтлари

томонидан. Поликлиникаларга мурожаат қилувчи аҳоли ўртасида 60 ёшдан катталар — 25—30% ни ташкил қилади. Стационарларга ётқизилганлар ўртасида 25—30%, уйда ёрдам олувчилар ўртасида эса — 40 % ни ташкил этади. Кексалар томонидан терапевтларга мурожаат қилиш 43,5%, шифохонага ётувчиларнинг 45% терапевтик стационарларга ётқизилади.

Шундай қилиб кексалар ва қарияларга тиббий хизматни яхшилаш терапевтик ёрдам кўрсатиш билан узвий боғлиқдир. Гериатрияда кексаларни даволашда барча мутахассилар риюя қилиши лозим бўлган қатор қоидалар мавжуд.

Биринчиси — патологик жараённинг кўплиги, битта кишининг ўзида 3 та ва ундан ортиқ касаллик топилиши мумкин. Бу эса терапевт врачлардан нафақат кексаларда ички касалликларнинг кечиб хусусиятларини, балки бошқа касалликларнинг ҳам белгиларини билишни тақоза этади.

Иккинчиси — кексалар ва қарияларда организмда янги сифатлар пайдо бўлиши билан боғлиқ ҳолда касалликнинг ривожланиш ва кечиб хусусиятларини эътиборга олиш. Кексайиш жараёни компенсатор механизмларни сақлаб қолишга қаратилган янги сифатларни пайдо қилади, чунки адаптация (қайта мослашув) жараёнини тўла қувватлай олмайди.

Кексалар ва қариялар сурункали касалликларнинг зўрайиши ёки ўткир касалликлар билан касалланишлари мумкин.

Н.Д.Стражеско (1940) қуйидагиларни қайд қилганди:

- 1) кексаларда турли касалликларнинг белгилари, етук ёшдагига қараганда, анча қашшоқ бўлади;
- 2) барча касалликлар кексаларда сушт ва чўзилган шаклда кечади;
- 3) касаллик даврида уларда зарарли нарсаларга нисбатан курашиши лозим бўлган физиологик тизим тез издан чиқади;

4) юқумли касалликларда ҳимоя аппарати гуморал ва ҳужайра иммунитетини тез ривожлантириш ҳолатида бўлмайди. Ундан ташқари кексаларда энергетик жараён касалликларда, етук ёшдагига нисбатан, паст бўлади.

Ўткир касалликлар кўп ҳолларда субхроник шаклга ўтади, шикастланиш даражаси касалликнинг кўзга кам ташланувчи белгиларига мос келмайди.

Учинчи ҳолат — кексаларда ва қарияларда дори — дармонлар билан даволашнинг ўзига ҳос хусусиятларини врачлар яхши билиши шарт. Кексайиб бораётган организмда дори интоксикацияси тез ривожланади. Шу муносабат билан, кексаларда, ёшларга қараганда, доривор воситаларнинг салбий таъсири катта бўлади. Дорилар билан даволаш врач томонидан катта эҳтиёткорликни талаб қилади, ҳар бир доривор воситага организмнинг сезгирлиги баҳоланиши, реактивлик ҳолати эътиборга олинаши лозим.

Тўртинчи ҳолат — касалликлардан кейин қайта тикланиш жараёни кексаларда секин кечади ва узоқ давом этади, даволаш натижаси пастроқ бўлади. Бу эса қайта тиклаш тадбирлари ўтказишда врачдан катта чидам талаб этади. Реабилитация кексаларда мураккаб жараён ҳисобланиб қуйидагиларни ўз ичига олади: 1) тиббий реабилитация — беморни даволаш; 2) психологик реабилитация — беморни руҳий депрессия ҳолатидан чиқариш; 3) ижтимоий ва жамоат реабилитацияси — оилада ва жамиятда қайта тиклаш; 4) меҳнат, касб реабилитацияси — қисман ёки тўла меҳнат қобилиятини тиклаш. Кексаларга кўрсатиладиган юқори малакали тиббий ёрдамнинг сифати амалиёт шифокорининг билим ҳажмига боғлиқ бўлади.

Гериятрик беморга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифати, у қаерда кўрсатилмасин, аввалом бор врачнинг ёш билан боғлиқ ўзгаришларни патологик ўзгаришлардан ажрата билишига ва кексалар психологиясини қанчалик билишига боғлиқ бўлади. Кексайиш жараёнини ҳар ким турлича қабул қилади, бировлар ўзларини тўла соғлом ва

кучга эга деб қарайди ва истаган бир жисмоний етишмовчиликни касаллик белгиси деб қаралишига ҳафа бўлади. Бошқалар эса, бунга танқидий нуқтаи назардан қарайди ва меҳнат, дам олиш, овқатлик режимини ўзгартиришга ҳаракат қилади. Психология нуқтаи — назаридан бу тушунарли, албатта кекса ёшдаги киши учун руҳий жароҳат — яқин кишисини йўқотиш, оғир низолар, одатдаги муҳитнинг ўзгариши, инфекция жисмоний ва руҳий декомпенсацияга сабаб бўлиши мумкин.

Шифохонага ётқизиш. Агарда бемор тез ёрдамга муҳтож бўлмаса, ўйда парвариш қилиш учун шароит мавжуд бўлса, иложи борича узоқроқ уй шароитида бўлгани мақул. Бемор касалликнинг ўткир даврини ёки унинг асоратини ўтказгандан кейин қайта тиклаш учун ётқизилади. Кўпчилик беморлар шифохонага ётишни аҳволининг оғирлигидан бўлса керак деб қарайди. Шунинг учун ҳам яқинлари ва қариндош уруғлари ёрдамида бу тадбирларнинг вақтинчалик, қисқа муддатга эканини тушунтириш керак бўлади. Шифохонага ётқизиш лозим бўлган беморлар врач ёки тиббий ҳамширанинг фаол қатнови туфайли аниқланади. Алоҳида диққатга муҳтож гуруҳга киради: 70 ва ундан ошиқ ёшдаги шахслар, яқин вақтда яқин кишисини йўқотганлар, шифохонадан чиқиб кетганлар, яқинда нафақага чиққан кишилар (ҳавф солувчи гуруҳ).

Гериятрик ёрдамни ташкил қилиш муносабати билан тиббиёт муассасалари кадрлари таркибида ва тиббиёт ҳодимлари муносабатида ҳам ўзгаришлар юзага келди.

Врач алоҳида шахс бўлиб қолмасдан, ўрта ва кичик тиббиёт ҳодимларини кексалар ва қарияларга алоҳида муносабатда бўлиш каби туйғуларни уйғотиш руҳида тарбиялашдек масъулият ҳам олиб боради. Худди шундай руҳда беморларни уйда тарбияловчи дипломсиз бошқа ҳодимлар ҳам тарбияланиши даркор. Тиббий ҳодимлар беморларнинг оилавий ва ижтимоий аҳволини ҳам яхши

билиб олишлари керак. Шунингдек, шифохона ёки қариялар уйи нима сабабдан уларнинг вақтинчалик ёки доимий уйи бўлганини ҳам аниқлаш керак. Беморда ишонч туйғусини уйғотиш ва яккаланиб қолмаслигига ёрдамлашиш керак бўлади.

Тиббий ҳодим беморнинг диққат ва ишончига кира билиши керак, бунга ҳамма ва ҳар доим эришиб бўлмайдиган ҳолдир, лекин интилиш муҳим тадбир. Агарда бунга эришилса бемор тузалиб кетишига тўла ишонч ҳосил қилади. Бемор ва тиббий ҳодимлар ўртасида тегишли муносабат бўлмаса, бемор доимий ҳавотирда бўлади, эътиборсиз қолмаслик учун тиббий ҳамширани ҳадемай чақириб туради, консилиум ўтказишни талаб қилади, янги дорилар тайинлашни сўрайди. Тиббий ҳодим ва бемор муносабатларига алоҳида тўхталамиз. (VII — боб). Беморларга мурожаат қилганда уларга яхшиси исми — шарифлари билан атаган маъқул.

Кекса ёки қариялик ёшидаги бемор шифохона ёки интернат уйида узоқ вақт давомида бўладиган ҳолларда, маълум эркинликларга, баъзи одатларини сақлаб қолиш, атроф — муҳитнинг айрим элементларини сақлашга эътироз билдирилмагани маъқул.

Хизмат кўрсатувчи тиббий ҳодимлар бемор учун ноқулайликларни иложи борича камайтиришга интилиши даркор. Шифохона кун тартибининг муҳим бўлмаган унсурларини бажаришни қаттиқ талаб қилмаган маъқул, чунки бу беморни асабийлаштириши мумкин. Этика ва деонтология асосларига тўла риоя этиш лозим.

II — БОБ.

УМУМИЙ ПАРВАРИШ

Умумий парвариш, кекса ва қария ёшдаги беморларда, анча мураккаб бўлиб одатдаги парваришдан кўра тиббий ҳодимлардан кўпроқ вақт ва эътибор талаб қилади. Уни амалга оширишда кўпчилик психологик ва ижтимоий омилларни ҳисобга олиш керак бўлади. «Беморларни парваришlash» кенг тушунча бўлиб — жисмоний парвариш, руҳий ва жисмоний функцияларнинг бузилишларини қайта тиклаш, беморнинг оиладаги ва жамиятдаги алоқаларини ривожлантириш, ижтимоий таъминот ва шифохона билан алоқасини мустаҳкамлаш каби тадбирларни ўз ичига олади.

Агарда гериатрик бемор интернат—уйларида ёки амбулатория ва шифохона шароитида бўлса бу вазифаларни тиббий ҳамшира бажаради. Тиббий ҳамшира ва унинг ёрдамчилари бемор ва врач ўртасидаги боғловчи звено вазифасини бажарадилар.

Парваришнинг асосий негизини бемор шахсига бўлган ҳурмат ташкил этади. Тиббий ҳодимлар беморни унда мавжуд бўлган барча камчиликлари билан қабул қилишлари керак ва уларнинг касаллик билан боғлиқ эканлигини тўла тушуниб етишлари зарур. Чунки кексалардаги камчиликлар кексайиш билан боғлиқ бўлмасдан, тегишли даволаш ва парвариш натижасида ўтиб кетиши ва саломатлик тикланиши мумкин.

Кексалар ва қариялар буйруқбозликни ёқтирмайдилар, шунинг учун ҳам тиббий ҳодимнинг кўпчилик талабларини асоссиз деб қарашлари мумкин.

Шифохона ва интернат—уйларида узоқ вақт даволанувчи беморларга, уларнинг руҳий саломатлигини сақлаш мақсадида, умумий ва шахсига тегишли бўлган ахборот ва маълумотлар билан таъминлаш ҳам тиббий ҳодимнинг вазифаларидан биттасидир.

Гериатрик парваришни тўғри ташкил қилиш тиббий ҳодимдан кексалар ва қарияларнинг феъл—атворининг хусусиятларини, уларнинг касалликлар белгилари билан чатишиб кетганини билишларини талаб этади.

Кексаларда уйқунинг бузилиши тез — тез кузатиладиган ҳолат. Улар кундуз кунлари оз — оздан такрорий уҳлаб олишлари мумкин, кечалари эса кам уҳлайдилар. Кечалари ўқиш билан машғул бўлишлари, палатада туриб юришлари, агарда уй шароитида бўлсалар, ҳаттоки овқатланишлари ва уни тайёрлашлари ҳам мумкин. Уйқуни мўътадиллаштириш мақсадида уҳлатувчи ва тинчлантирувчи дорилар бериш ўрнига, яхшиси уларни кундузига қизиқарли машғулотлар билан банд қилиб уйқудан озод қилиш афзалроқдир. Ундан ташқари, уйқусизликнинг сабабларини аниқлаш лозим.

Кекса ёшдаги шахсларда спондилоартроз, остеохондроз мавжудлигида тана оғирлиги туфайли букланмайдиган қаттиқ тўшак ёки бошқа биронта тахта оғриқдан холис этиши мумкин. Шунингдек, соф ҳавода юриш ёки тинч ҳолат, чақирув сигналининг аниқ ишлаши кабилар уйқунинг яхшиланишига ёрдам қилиши мумкин.

Беморнинг бемалол ўқишига шароит яратиш учун кровати ёнига электр лампаси қўйиш ва ёруғликни яхшилаш кўриш зўриқишларидан сақлайди. Баъзида қисқа муддатли ўқиш ҳам уйқуни яхшилайти. Кўзойнаклар беморнинг кўриш функциясининг бузилишига мос бўлиши ва тоза ҳолда бўлганда кўз зўриқмайди.

Кексайиш жараёнида буйрақлар ва сийдик ажратиш системаси фаолияти ҳам анча ўзгаради. Буйрақлар йиғиш қобилияти пасаяди, натижада кекса ёшдаги кишиларда кечаси сийдик ажралиши опади. Бунинг устига кексаларда уйқу пайтида сийдик ҳосил бўлиш жараёнининг сусайиши бўлмайди. Кечаси сийдик ажралишга мойиллик қилувчи сабаблардан простата безининг аденомасидир. Кардиологик беморларда кечаси сийдик миқдорини ошишига сабаб, ётиш ҳолатида буйрақларда қон айланишининг яхшиланишидир.

Тиббий ҳамшира беморда кечаси қанча миқдорда сийдик ажралишини, қанча марта уйқусининг бузилишини аниқлаши ва кечасига махсус идиш ажратиши керак бўлади. Ярим уйқудаги кекса бемор, агарда йўлаклар етарлича ёруғ бўлмаса йиқилиши ва жароҳат олиши мумкин. Худди шу сабабли бошқа палатага кириб қолиши ва бўш ўринда ётиб олиши низога олиб келиши мумкин. Тиббий ҳамшира ва унинг ёрдамчилари беморнинг қайта хожатга боришига эътироз билдирмасликлари керак.

Тунги диурезнинг ошишида беморга кечқурунлари суюқлик истеъмол қилиш тавсия этилмайди. Аммо беморнинг куннинг иккинчи ярмидан бошлаб суюқлик истеъмол қилмаслиги ёки суюқ овқатликлар қабул қилмаслиги унда суткалик қабул қилиниши лозим бўлган суюқлик миқдорини ва сийдик ажралишини камайтиради. Кекса ёшдаги беморларда сув балансини ҳисобга олиш лозим, модда алмашинуви маҳсулотларини организмдан чиқариш учун улар камида суткасига 1 л сийдик ажратишлари керак бўлади.

Кексалар эҳтиёткор бўлишларига қарамасдан уларда бахтсиз ҳодисалар учраб туради. Бундай ҳодисалар, айниқса шаҳар кўчаларида, чорраҳаларни кесиб ўтишда, ҳаттоки уйда ванна хоналарида, шифохонада йўлакларда бўлиши мумкин. Жароҳатлар йиқилиш туфайли суяк синишларига, бошнинг лат ейиши билан характерлидир. Кексалар қулашининг сабаби — кўриш ва эшитишнинг пастлиги, мувозанатни сақлаш қобилиятининг етарли эмаслиги ва суяк тўқимасидаги ёш билан боғлиқ ўзгаришлар (остеопороз) бўлиши мумкин.

Ёруғликнинг етарли эмаслиги, ёруғ хонадан қоронғи жойга ўтиш, таянчиқларнинг йўқлиги бахтсиз ҳодисаларнинг даражасини оширади.

Кексалар яшайдиган жойлар ёруғ, тахта ва линолиум тўшалган, пол нам ва силиқ бўлмаслиги, зинопояларнинг пастки қисми сариқ ранга бўялган бўлиши керак. Буларнинг ҳаммаси йиқилишнинг олдини олади. Кексалар ва қариялар хонада юрганларида кўришдан кўра кўпроқ ўз кўникишларига таянадилар. Шунини эътиборга олган ҳолда, кекса бемор шифохонага ёки интернат — уйларига тушганда чора — тадбирлар кўриш лозим бўлади.

Баъзида бахтсиз ҳодисалар ванна хоналарида чўмилиш жараёнида, иссиқ сувдан куйиш ёки сирпанчиқ полда йиқилиш туфайли бўлиши мумкин, юрак хуружи ёки мияда қон айланишининг бузилиши ҳам сабаб бўлади. Бемор ванна ёки душ қабул қилишдан олдин сувни ҳароратини аниқлаши, кейин чўмилиши тўғрисида огаҳлантирилиши керак. Гериатрик амалиётда, одатда беморларга душ тавсия этилади, уни бемор ўз аҳволига қараб тикка ёки ўтирган ҳолатда қабул қилади, ёки уни ҳодим чўмилтиради. Сувнинг ҳарорати 35 градусдан баян

бўлмаслиги ва душ бошга йўналтирилмаслиги керак. Гериатрик бемор гигиеник душ ёки ванна оладиган хонада резина гиламча ва сигнализация лозим бўлган инвентар ҳисобланади.

Мебель ва таянч учун мосламалар — кекса одам юрганда қийинчилик сезади ва жароҳат олиши мумкин. Шунинг учун, кекса ёшдаги беморлар кўп бўлганда шифохона йўлакларида баръерлар, ҳожатхоналарда таянч учун мосламалар ўрнатилиши лозим. Гилдиракли ҳаракат қилувчи курсилар зарур. Гериатрик беморлар учун функционал кроватлар бўлгани мақул, тўшаклар озгина қаттиқликда (умуртқа поғона текис бўлиши учун), катта бўлмаган иккита ёстиқча ва енгил иссиқ кўрпа бўлиши мақсадга мувофиқ келади. Ундан ташқари кроват ёнида столча ва лампа—ёритгич бемор учун лозим бўлган жиҳозлар ҳисобланади.

Замонавий даволаш муассасаларида палаталар учун сигнализация ва икки томонлама алоқа учун телефон аппаратлари мўлжалланган бўлиб беморлар учун қулайликлар туғдиради.

Вентиляция (ҳаво алмаштириш ускуналари). Кексалар совуққа сезувчан бўладилар, ўткинчи шамолни ёқтирмайдилар. Бундай омилар уларда фиброзитлар мавжудлиги туфайли мушакларда оғриқ бериши мумкин. Ҳаво алмашинувининг пастлиги, айниқса терида микроциркуляциянинг пастлиги, тери ҳароратининг пасайишига сабаб бўлиб, кексаларнинг совуқотишига олиб келади. Шу туфайли улар хонани тез—тез шамоллатишдан қўрқадилар. Хона ҳароратининг маъқул бўлган даражаси 20—23 градус. Марказий иситгичдан таъминланувчи хоналардаги қуруқ ҳаво сурункали бронхит мавжуд беморларда йўтал пайдо қилади. Хонадаги ҳавони намлаб туриш мақсадида иситгич батареялар ёнида совуқ суви бўлган идишлар қўйилади.

Тери гигиенаси. Кексайиш даврида ёш билан боғлиқ ўзгаришлар терида 40—ёшдан бошланади. 60—ёшларга етганда терининг барча қатламлари кўринарли даражада юпқа бўлади (эпидермис, дерма, гиподерма). Кексалик ёшида (75 ёш ва катта) эса терининг деярли барча қатламлари кескин нозиклашади, гиподерма бўлса кўпчилик жойларда йўқолади. Ёғ ва тер безлари, сочлар катта

атрофик ва дегенаратив ўзгаришларга учрайди. Қон томирлари камаяди, лимфа капиллярларининг ўтказувчанлиги пасаяди, баъзилари тиқилади, вена томирлари кенгаяди. Бундай ўзгаришлар терининг механик, ҳарорат ва кимёвий қитиқлагичларга бўлган реакциясини ўзгартиради. Шунингдек, терининг ҳимоя реакцияси ҳам кескин пасаяди.

Кексалар, айниқса қарияларда гигиеник ванналар совун ишлатилганда ва тез—тез такрорланганда, терининг қуруқ бўлиши ва қичиқ пайдо бўлишига олиб келади. Ҳафтасига 1—2 марта чўмилиш кифоя қилади. Таркибида ёғи кўп бўлган совунлар тавсия қилинади. Бош терисининг қуруқлиги, кепак ва тери қичиши бошни тез—тез совун билан ювганда юзага келади. Бош кепаги пайдо бўлганда ойига 1—2 марта бошни сульсен совуни билан ювиш тавсия этилади. Баъзи ҳолларда терининг бузилган жойларини преднизолон ёки гидрокортизон мой дориси билан суркалади. Эҳтиёткорлик билан қилинган массаж яхши таъсир кўрсатади, бунда терига жароҳат етказмаслик керак. Терининг қуруқ жойларини крем билан суркалади. Оёқларда жароҳат туфайли пайдо бўлган яллиғланишлар, айниқса қандли диабет беморларда, оғир асоратларга сабаб бўлиши мумкин (оёқлар гангренаси).

Герокосметология. Гериатриянинг муҳим бўлими ҳисобланади. Ташқи кўриниш, яхши кайфиятни сақлаш учун муҳимдир. Кексалик билан боғлиқ бўлган ташқи қиёфадаги ўзгаришлар, айниқса юз ва бўйин қисмида, одамнинг руҳий—эмоционал муҳитига салбий таъсир кўрсатади.

Аёлларда сочларнинг чиройли кўриниши, эркакларда эса соқол олингач яхши кайфият туғдиради. Бўлимларда беморларга ўзларининг шахсий кийимларида юришга рўхсат берилиши беморлар хоҳишига мос келади.

Ётиш режимидаги бемор парвариши.

Бундай режим гериатрик амалиётда муҳим масала. Узоқ ётиб қолган беморларда кўплаб функциялар бузилади ва асоратларга сабаб бўлади. Беморларда гипостатик зотилжам, тромбоземблик асоратлар, сийдик ажралишининг қийинлашиши ва сийдик йўллари инфекцияси, ётоқ яраси, иштаҳанинг бузилиши ва тана вазнининг камайишига олиб келади. Мушаклар атрофияси туфайли оқсил йўқотиш

ошади, кальций ажралиб чиқиши ошади, буғимлар ҳаракатсизлиги юзага келади.

Узоқ ётувчи беморларда модда алмашувлари ва юрак — томир системаси фаолияти бузилади. Симпато — адренал системасининг мослашув имконияти кескин пасаяди. Камҳаракатсизлик шароитида, кексаларда организмнинг функционал ҳолати бузилишлари тез ва кескин кечади.

Катта ёшдаги одамлар гуруҳининг соғлигини тезроқ тиклашда энгил массаж, ётган жойида даволаш гимнастикаси ўтказиш катта аҳамиятга эга.

Ётоқ яралари. Парваришнинг етарли даражада эмаслиги, шунингдек организмнинг умумий аҳволи — ёмон овқатланиш, озиб кетиш, организмнинг сувсизланиши ҳам муҳим роль ўйнайди. Ётоқ яраларининг ривожланишига ноқулай ва нотекис тўшак, чойшаблардаги бурилмалар, терини тозалаб турмаслик сабаб бўлади. Оғир беморларда ётоқ яралари пайдо бўлиши мумкин бўлган жойларни ҳар куни текширувдан ўтказиш керак. Овқатланишга алоҳида эътибор берилади, дегидратацияга қарши — физиологик эритма, лозим бўлганда аноболик гормонлар қилинади.

Сийдик ушлаб тура олмаслик. Кўпчилик ҳолларда маҳаллий сабаблар билан боғлиқ бўлади (сийдик пуфаги яллиғланиши). Гериатрик беморларда марказий нерв системаси касалликларида — церебрал атеросклероз, инсульт, мия ўсмалари, миелит ва бошқаларда кўпроқ учрайди. Беморларга остига қўйиб ётиши учун ҳаво билан тўлдирилувчи резина судно, юриши мумкин бўлганларга эса — сийдик йиғувчи резервуарлар берилади.

Ичак функцияси. Ичак ҳаракат функцияси секинлашуви (кабзият) кексалар ва қарияларда жиддий муаммолар туғдиради. Кўпчилик ҳолларда овқатликлар таркибида сабзоват ва мевалар етишмаслиги, кам ҳаракат, суюқлик кам истеъмол қилиш, тинчлантирувчи ва оғриқ қолдирувчи дорилар сабаб бўлади. Даволашда тозаловчи клизма ва суппозиторийлар ичакни қитиқлаши эътиборга олинishi лозим.

III — БОБ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация (қайта тиклаш) мураккаб жараён бўлиб, ўз ичига қуйидагиларни олади: тиббий реабилитация — беморни даволаш; психологик — беморни руҳий депрессия ҳолатидан чиқариш; ижтимоий — оила ва жамиятдаги ўрнини тиклаш; меҳнат — касбий меҳнат қобилиятини қисман ёки тўла тиклаш.

Даволашнинг бошланиши тиббий реабилитациянинг бошланиши бўлиб, қанча эрта амалга оширилса шунча натижалари бўлади. Реабилитациянинг барча турлари узвий боғлиқ бўлиб, беморнинг соғлигини одатдаги ҳолатига қайтаришга қаратилгандир. Кексаларда, айниқса қарияларда қайта тиклаш жараёни секин кечади ва кам такомиллашган бўлади. Организмни соғломлаштириш, унинг қайта тиклаш имкониятларини ишга солиш, функциясини тиклаш бўйича даволаш кам натижа беради. Шунинг учун ҳам кексаларда реабилитация ўтказишда уларнинг ёши, жисмоний ва руҳий ҳолатини ҳисобга олиш керак бўлади.

Айниқса, мия инсульти ва миокард инфарктдан кейин қайта тиклаш жараёни айрим қийинчиликлар туғдиради. Шунга қарамасдан ўз вақтида бошланган ва системали равишда ўтказиладиган реабилитация тадбирлари кўпчилик ҳолларда беморларни ўзини — ўзи эплаш даражасигача кўтаришга имкон яратади.

Кексалар ва қарияларда қайта тиклаш бўйича даволаш иқтисодий тарафдан ҳам фойда келтиради. Тиббий ҳодимларнинг ва бемор қариндош — уруғларининг беморга сарфлайдиган вақтини камайтиради.

Гериятрик амалиётда даволаш эффекти врачнинг обрўси ва беморнинг соғайиб кетишига бўлган ишончга боғлиқдир. Беморнинг келажакга ишонч руҳида қараши муҳим омил ҳисобланади.

Кексалар, кам даражада қарияларда, организмда маълум резерв имконият ва қайта тиклаш қобилияти мавжуд бўлиб, тўғри машқ қилиш натижасида ўз функцияларини яхшилаши мумкин. Буни кексаларни даволашда ҳисобга олиш лозим.

Реабилитация тадбирларини ўтказишда илгаридан тузилган ва пухта ўйланган режа бўлиши керак. Бундай режани бемор билан биргаликда таҳлил қилиб асослаш керак бўлади. Бундай тадбир беморнинг кайфиятини кўтаради ва ишонч туғдиради. Беморнинг аҳволи яхшилаши билан келгуси режалар тузилади, бунда беморнинг келгусидаги турмуш тарзи, ижтимоий ҳолат эътиборга олинади.

Реабилитация жараёнининг турли этапларида, лозим бўлса дори воситалари қўшилади — гериатрик воситалар. Кейинчалик, ҳаракат режими, жисмоний машқлар асосий ўрин олади.

Инсульздан кейинги асоратлар мавжуд бўлганда (гемипарез, паралич) беморга доимий машқлар қилиш тавсия этилади. Бемор ўзи қилиши мумкин бўлган нарсани унинг учун қилиш, ўзига — ўзи хизмат қилишини чеклайди. Беморга доимо ёрдамлашиш ярамайди. Бу эса қайта тиклаш режасига салбий таъсир кўрсатади.

Организмнинг бир бутун эканлигини эътиборга олиб ва соғлом қисмидан бемор қисмига рефлектор таъсирини ҳисобга олиб машқларни фақат шискастланган жойда эмас, балки соғлом қисмида ҳам қилиш керак. Актив ҳаракат етарли бўлмаганда, айниқса кексаларда, соғлом қисмида ҳам бўғимларнинг ҳаракатсизлиги, суяк ва мушаклар атрофияси пайдо бўлади. Бундай ўзгаришлар шикастланган қисмнинг қайта тикланиш имкониятини камайтиради.

Машқларни тўғри бажариш катта аҳамиятга эга. Бошланғич даврда улар аста — секинлик билан, машқларни тўғри бажаришни текшириб ишонч ҳосил қилгандан кейин тезлатилади. Бундай усул инсульздан кейинги гемипарез ва параличларда ҳам қулайдир. Машқларнинг беморлар гуруҳида ўтказилиши аҳамиятлидир, бу эса беморнинг яққаланиб қолишига чек қўяди.

Қайта тиклаш бўлимларида махсус жиҳозлар — сурилувчи кресло ва курсилар ва бошқалар бўлиши керак. Беморни дастлаб қисман, кейинчалик тўла ўзини — ўзи эплаш даражасига етказиш лозим.

Қайта тиклаш давосида яхши йўлга қўйилган меҳнат давоси муҳим омиллардан биридир. Бунда тиббий кўрғазмалар, касб малакаси ва руҳий аҳволи ҳисобга олинади. Меҳнат билан даволаш беморнинг бошқалар

ёрдамига бўлган муҳтожлигини олиб ташлайди, унинг тўла қийматлилигини оширади. Бемор функциялари тиклана борган сари у маълум меҳнат (иш) билан шуғулланиши керак, (ўз хоҳиши билан). Албатта, бемор алоҳида аҳамиятга эга бўлган иш билан шуғулланиши шарт эмас, муҳими ўзи севиб бажарадиган одатдаги машғулотини бажаришдир. Бу қаноатланиш ва ҳурсандчилик туйғусини туғдиради.

Қайта тиклаш бўйича даволаш комплексида физиотерапия, массаж, сув ва иссиқлик муолажалари катта аҳамиятга эга. Бундай даволаш ўтказилганда, айниқса ҳаракатда, алоҳида эҳтиёткорликга амал қилиш лозим. Чунки кексалар ва қариялар организмидаги мослашув имкониятлари паст даражада бўлади.

Фаол ҳаракат режими қон айланиш системасининг функционал имкониятларини кенгайтиради, организмнинг кислород билан таъминланишини яхшилайдди, қоннинг ивиш ва ивишга қарши ҳолатини ижобий томонга ўзгартиради. Қайта тиклаш давосининг ютуғи маълум даражада ижтимоий, жамоат йўналишидаги реабилитацияга боғлиқ бўлади. Бу гемипарез ва параличи бор беморлар учун алоҳида аҳамиятга эга. Бунинг учун врачнинг бемор ва унинг яқин кишилари ўртасидаги психологик алоқа яхши бўлиши керак. Беморнинг оила аъзоларини касалликнинг моҳияти, унинг оқибатлари, қайта тиклашнинг келажақдаги истиқболлари, беморни парвариш қилиш хусусиятлари билан таништириш керак.

Бемор уйга қайтгандан кейин врач ва ҳамширанинг вақти — вақти билан бўладиган назоратига муҳтож бўлади. Бундай алоқалар беморнинг аҳволи яхшиланишига бўлган ишончини сақлайди ва оширади. Акс ҳолда бемор унга тайинланган режимни, машқларни ва меҳнат давосини тўхтатиб қўйишлари мумкин. Бунинг натижасида беморда тикланган функциялар фаолияти аста — секин йўқола бошлайди, аҳволи янада ёмонлашади, бемор депрессия ҳолатига тушади.

Кекса ёшдаги беморлар учун кундузги шифохоналарнинг ташкил этилиши катта аҳамиятга эга. У ерда беморлар кундузи турли муолажаларни оладилар, меҳнат билан шуғулланишади, тайинланган режимни бажаришади.

IV — БОБ.

ГЕРИАТРИК БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Барча ихтисослашган хизмат турлари врачлари кекса ёшдаги беморларда фармакологик даволаш принципларини, дори препаратларининг кексалардаги таъсирини билишлари лозим. Доривор моддаларнинг таъсири ва токсик таъсири унинг сўрилиши ва организмдан ажралиб чиқишига боғлиқ.

Кексалар ва қарияларда ошқозон — ичаклар орқали дориларнинг сўрилиши паст даражада бўлади. Тери остига ва мускул ичига юбориладиган дорилар сўрилиши секинлашуви туфайли кечикиб таъсир этади.

Гериятрик беморларда буйрақларнинг ажратиш функцияси, жигар, тери функцияси, ўзгариши туфайли дориларнинг ажралиб чиқиши ҳам сусаяди, модда алмашинув жараёни суст кечади. Натижада дорилар билан боғлиқ интоксикация юзага келади.

Организм кексайиши туфайли оқсиллар ва аъзоларнинг доривор моддалар билан боғланиши ва реакция қобилиятида ўзгаришлар юз беради. Оқсиллар таркибида альбуминлар миқдорининг камайиши ва глобулинлар кўпайиши, шунингдек, липопротеидлар таркибидаги ўзгаришлар доривор моддаларнинг ҳаракатланишига таъсир этади, тўқима — томирлар орқали сўрилишини сусайтиради. Шунинг учун ҳам кексаларда, ёшларга қараганда, осмо — даволаш (гипертоник эритмаларни в/и юбориш) кам натижа беради.

Ёш ошиши туфайли ферментлар активлиги сусаяди. Бу эса ярим парчаланиш маҳсулотларининг тўпланишига олиб келади. Паренхиматоз ҳужайраларнинг инволюцияси тез ва зўр кечади, шунинг учун ҳам тана оғирлиги дорилар дозасини аниқлашда асос қилиб олинмаслиги керак.

Фармакологик даволаш принциплари.

Врачнинг асосий вазифаси дори препаратларини эҳтиёткорлик билан тайинлаш. Дориларни тайинлашдан

аввал бошқа даволаш усулларини ўрганиб чиқиш керак. Профилактика ва даволаш тадбирлари асосида компенсация ва адаптация жараёнларини мустаҳкамлаш ётиши даркор. Уларни жалб этишда меҳнат, рационал режим, махсус машқлар, психотерапия ва бошқалар катта аҳамиятга эга. Бу тадбирлар, медикаментоз даволаш билан биргаликда, кенг қўлланилиши мумкин. Полипрагмазия ва симптоматик даволаш усулига йўл қўймаслик керак, чунки кексаларда бирнеча касалликлар бўлиши мумкин, уларнинг белгилари ҳам кўп бўлиши мумкин. Шунинг учун ҳам даволаш асосий касалликга қаратилган бўлиши лозим. Доривор моддалар кам дозаларда тайинланади, аста-секинлик билан дозаси ошириб борилади, иложи борича организмнинг уларга бўлган сезувчанлигини аниқлаш керак бўлади. Бу кўпинча юрак гликозидлари, седатив, гипотензив, нейроплегик, опий препаратларига тааллуқлидир. Уларнинг дозалари икки баровар камайтирилади, даволаш эффекти олингач дозалари пасайтирилиб давом этувчи дозаси аниқланади.

Дориларнинг қабул қилинишига алоҳида эътибор берилади. Кексалар, айниқса қариялар, дори қабул қилишни унутишлари ёки уни қисқа муддатда такрорий қабул қилишлари мумкин (ҳотира пастлиги туфайли). Шифохона шароитида ҳамшира дорини беморга ёнида туриб ичириши керак. Уй шароитида дорини ичишлар сонига қараб бўлинади ва тақсимланади, бемор қолган сонига қараб неча марта қабул қилиш кераклигини аниқлайди.

Гериатрик воситалар — алоҳида гуруҳга ажратилган. Улар даволаш ва профилактика учун қўлланилади. Бу гуруҳга биологик актив моддалар, дори воситалари йиғиндиси киради, организмда модда алмашинуви ва функцияларини мўътадиллаштиришга ёрдам беради, асаб системаси тонусини оширади. Бундай воситаларга асосан витаминлар киради. Витаминлар кенг тарқалган ва турли ўзаро йиғиндиларда ишлатилади. Улар модда алмашинувида катализатор вазифасини ўтайди.

Кексалар ва қарияларда ошқозон — ичак, жигар, ошқозон ости беши функциясининг етишмовчилиги туфайли эндоген гиповитаминоз келиб чиқади. Бунга янада улардаги микрофлора, ялиғланиш ва атрофия сабабчи бўлади. Шунинг учун гериатрик беморларда витаминларга эҳтиёж катта бўлади. Витаминлар ва липотроп моддалар метионин,

лецитин, холин ва тўйинмаган ёғ кислоталари витамин «Г» номи билан атеросклероз профилактикасида ишлатилади.

Юрак ишемик касаллигида никотин кислотаси қўлланилади, холестерин миқдорини мўтадиллаштиради, буйрак ва мияда қон айланишини яхшилайдди. А ва Е витаминлари ҳам яхши таъсир кўрсатади. Поливитамин Декамевит 2 таблеткадан кунига 1–2 марта ишлатилади. Даволаш курси 20 кун. Танаффус 2–3 ой. Поливитамин Ундевит узоқ тайинланиши ва оралиқдаги танаффус қисқа бўлиши мумкин (дозалар кам бўлгани учун).

Гериятрия амалиётида Руминия олими А.Аслан таклифи бўйича новокаин билан даволаш ҳам кенг қўлланилади. Даволаш даври: 12 инъекция 2% новокаин 5,0 млдан мускул ичига кун оша қилинади. Биринчи 3 цикл оралиғидаги танаффус – 10 кун, келгуси даволаш давлари орасида 1–3 ой. Даволашни бошлашдан бир кун аввал синаб кўрилади – сезувчанликни билиш учун тери остига 0,5 мл 2% новокаин юборилади.

Оқсиллар ва минераллар алмашинувини мўтадиллаштириш учун анаболик гормонлар кенг қўлланилади.

Метандростенолон ичишга 0,005–0,01 г дан тайинланади кунига 1–2 марта 4–8 хафта давомида. Такрорий курс 3–4 ойдан кейин ўтказилади. Жигар, простата шишида тайинланмайди.

Неробол 10 кун давомида 2,5 мг. даң кунига 2 марта, 10 кун 2,5 мг дан 1 марта, кейин 5 кун 1 мг дан тайинланади. Жами 80 мг. Йилига 1–2 даволаш даври ўтказилади.

Апилак умумий аҳволни яхшилаш учун берилади. 0,01 г дан кунига 2 марта тил остига қўйилади, даволаш 20 кун давом этади.

Биоген рағбатлантирувчилари – плацента воситаси 1 млдан 3 марта, ҳар 10 кунда бир марта қилинади. Йил давомида 2 даволаш даври, 4–5 ойдан тавсия қилинади. Юракнинг қисқариш қобилиятини оширади, коронар қон айланишини яхшилайдди, буйраклар фаолияти ошади. Организмнинг иммунобиологик реактивлиги ва буйрак усти безида ижобий силжишлар кузатилади.

Биологик фаол моддалар (адаптогенлар) — женьшен илдизи ва элеутерококк гипотония, ҳолдан тойиш ҳолатларида қўлланилади.

Ҳозирги вақтда таркибида комплекс витаминлар дўлана ва арслонқуйруқ экстракти мавжуд бўлган Биовитал ва Геровитал (Германия) кенг қўлланилиб, улар юрак — томир ва асаб системаси фаолиятини яхшилайти ва организм фаолиятига ижобий таъсир кўрсатади.

Баъзи дори воситаларининг таъсири хусусиятлари

Тинчлантирувчи, ухлатувчи воситалар. Уйқусизлик ва аччиқлантирувчи муҳит барбитуратлар ва бошқа тинчлантирувчи воситаларни қабул қилишнинг асосий сабабларидан биридир. Кекса ёшдаги одамларда, яширин буйрак етишмовчилиги мавжудлигида бу воситаларни узоқ ишлатиш уларнинг йиғилиб боришига ва заҳарланишига сабаб бўлади. Барбитуратлар узоқ муддат қабул қилинганда оғир кабзият, бош мия томирлари атеросклерози бўлганда нафас маркази кўзгалувчанлиги пасаяди, Чейн — Стокс туридаги нафас, онгнинг хираланиши ривожланади.

Барбитуратлар тайинланганда, кам дозада берилиб уларга нисбатан организмнинг сезувчанлиги аниқланади ва қисқа муддатга берилади.

Аминазин, резерпин препаратлари эҳтиёткорлик билан тайинланади; узоқ вақт қабул қилинса, улар заҳарланиш туфайли сариқ, қалтироқ параличи, ошқозон — ичаклар фаолиятининг бузилишларига сабаб бўлади.

Кексалар ва қарияларда бром препаратлари узоқ ишлатилса — бромизм ривожланади. Бунинг сабаби буйрақларнинг ажратиш фаолиятининг бузилишидир. Организмда хлоридлар миқдори пасайиши бромизм ривожланишини тезлаштиради. Парҳез таркибида ош тузи чекланганда, сийдик ҳайдовчи воситалар тайинланганда бром тайинланмайди.

Тинчлантирувчи дориларни тайинлашдан аввал уйқусизликнинг сабабини аниқлаш ва иложи борича четлатиш лозим. Кексаларда уйқусизликнинг сабаби айрим ҳолларда мия гипоксияси бўлиши мумкин (атеросклероз).

Бундай ҳолларда эуфиллин, теофиллин ва оз миқдордаги барбитуратлар қўшилмаси яхши натижа беради.

Сийдикнинг тез-тез ажралиши, остеохондроз туфайли оғриқ, қоринда газлар йиғилиши уйқусизлик сабаби бўлиши мумкин. Бу сабабларни чеклаш уйқуни муътадиллаштиришга ёрдам беради.

Морфин. Кексаларда морфин тезроқ нафас марказини чарчатади, қайт қилиш марказини эса қўзғатади. Беморга тайинланганда одатдаги дозаси камайтиради. Дорини тайинлашда беморни ёши, умумий ҳолати, касалликнинг характери, оғриқнинг кучлилиги ва тана вазни ҳисобга олинади. Организмда парентерал усулда юборилганда унинг дозаси 10–15 мг тенг бўлади. Вена орқали юборилганда 4–6 мг ташкил этади. Нафас йўллари ва ўпка касалликларида (бронхиал астма, эмфизема, пневмосклероз) морфин ва унинг препаратлари эҳтиёткорлик билан тайинланади. Ҳолсизланган беморларда қайт пайтида нафас йўллари тиқилиши мумкин. Антидиуретик таъсир кўрсатиши мумкин. Барбитуратлар, алкоголь морфин таъсирини кучайтиради. Коразол, кордиамин, камфора билан биргаликда ишлатиш тавсия этилади.

Салицилатлар, бутадион. Кексалар ва қарияларнинг кўпчилигида аспирин, бутадион, натрий салицилатга нисбатан бўлган толерантлик пасайган бўлади. Улар катта дозада ишлатилганда, кўнгил айниш, қайт қилиш, қоринда оғриқ, қулоқлар шанғиллаши пайдо бўлиши мумкин. Мавжуд бўлган ошқозон яраси, дуоденит, дивертикулит касалликларининг авж олиши, қон кетишлари юзага келади. Фенацетин дорисининг аспирин билан биргаликда узоқ вақт ишлатилиши буйрак функциясини пасайтиради. Буйракнинг ажратиш функцияси паст бўлганда — бош айланиши, эшитишнинг пасайиши, онгнинг хираланиши белгилари келиб чиқиши мумкин. Бутадион ош тузининг тўпланиши ва шишларга мойиллик туғдиради ва юрак декомпенсациясининг ривожланишига олиб келади.

Антибиотиклар ва сульфаниламидлар. Кексаларда юкумли ва яллиғланиш касалликларини даволаш учун ишлатилади. Буйрак касалликларида сульфаниламид препаратлар ишлатиш тавсия этилмайди. Стрептомицин, неомицин препаратларининг эшитиш нервига салбий

таъсирини ҳисобга олиш керак. Антибиотиклар тайинланганда кандидоз, атрофик глоссит ривожланиш хавфи борлигини ва ичаклардаги микрофлорага салбий таъсир кўрсатишини ва витаминлар (В—гуруҳи) етишмовчиликига олиб келишини назарда тутмоқ керак. Шунинг учун кексаларда антибиотиклар тайинлашда биргаликда нистатин ва витаминлар берилади.

Кортикостероидлар. Кексаларда узоқ вақт давомида ишлатиш тавсия қилинмайди. Эҳтиётлик билан ўткир томирлар етишмовчилигида, бронхоспазмда ишлатилади. Электролитлар балансининг бузилишига, шишлар пайдо бўлишига, ошқозон—ичакларда яралар ривожланишига сабаб бўлади. Ундан ташқари яширин кечувчи юқумли касалликларнинг ривож топишига, иммун реакцияларнинг бузилишларига олиб келади, организмда суюқлик йиғилиши юрак етишмовчилигининг авж олишига сабаб бўлади.

Холинолитик, спазмолитик моддалар. Атропин, платифиллин, скопаламин кўз ичкараси босимини оширади, шунинг учун глаукома мавжудлигида тавсия қилинмайди. Бу дориларни тайинлаганда офталмологик текширишлар ўтказиш лозим ва кўз тубида босим йўқлигига ишонч ҳосил қилиш керак.

Адреналин ва адреномиметик воситалар. Бундай воситалар тайинланганда кам дозада бўлиши керак. Периферик томирларни торайтириши туфайли салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Коллапс ва шок бўлса, мезотон, эфедрин, бронхиал астма хуружида изадрин қўлланилади. Бундай касалликларда бурунга томизиш учун қўлланиладиган санорин, нафтизин қўллашда ҳам эҳтиёткорлик талаб қилинади.

Физиотерапия.

Кексалар ва қарияларда физик усулларни қўллаганда улар организмнинг хусусиятларини, реактивлигини айниқса юрак—томир системасининг ўзгаришларини эътиборга олиш лозим бўлади. Физик усуллар билан даволашнинг барча турлари нафақат маҳаллий, балки марказий нерв системаси орқали умумий таъсир ҳам

кўрсатади. Бу эса организмнинг катта имкониятларини ишга солишни талаб этади, кекса ёшдаги кишиларда эса бундай имконият кам бўлади.

Беморнинг аҳволини эътиборга олган ҳолда муолажанинг давомийлиги, кучлилик даражаси ва таъсир майдонини аниқлаш лозим. Кўпчилик ҳолларда, сеанслар оралигидаги вақтни узайтириш талаб қилинади. Муолажадан кейин кўпроқ дам олиш керак бўлади, кун тартибини ва бошқа даволашларни характерини ҳам эътиборга олиш лозим.

Кам кучли ток билан бериладиган гальванизациялаш ва электрофорез усуллари яхши натижа бериши аниқланган. Кексалар ва қариялар ёшидаги беморларда иссиқлик қитиқловчилар, баъзида ғайри—табiiй таъсир кўрсатиб, периферик томирларни кенгайтириш ўрнига торайтириши мумкин. Уларда ультрафиолет нурларига сезувчанлик баланд бўлади. Гериатрик беморлар дорилар электрофорезини, ультратовуш билан даволашни, айниқса тери орқали берилганда, яхши ўтказадилар. Худди шунингдек, ультрабаланд частотали ва диадинамик тоқлар паст кучланишда берилса яхши таъсир кўрсатади.

Новокаиннинг 2% эритмаси билан даволаш ўрнига 5% эритмасини электрофорез орқали юбориш эквивалент ўрнини босиши мумкин.

Электрдаволаш усулини қўлаганда тери рецепторларининг сезувчанлиги пастлигини ва трофик ва енгил жароҳатланишлар юзага келишини ҳам ҳисобга олмоқ керак. Электродларни нотўғри улаш ва дозанинг ошиқлиги туфайли бўладиган куйишлар қайта тикланишнинг узоқ давом этишга сабаб бўлишини ҳам эътиборга олиш лозим бўлади.

Кекса ёшдаги беморлар, одатда кислород, азотли, йодобромли ванналарни яхши қабул қиладилар. Сероводород ванналарини оёқларга маҳаллий муолажа шаклида берилади, чунки улар юрак—томир системасига кучли зўриқиш туғдиради. Углекислотали (нарзан) ванналари коронар қон айланишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ёши 60 дан ошган шахсларга улар тайинланганда юрак—томир системаси фаолияти яхшилаб текширилиши ва ЭКГ хулосаси ўрганилиши керак. Агарда углекислотали ванналар тайинланса, ундан олдин беморга

Ҳозирги тиббиётда ишлатиладиган дориларнинг 40% дан ошиғини ўсимлик маҳсулотлари ташкил этади.

Марказий Осиёдаги доривор ўсимликлар кенг ўрганилмоқда. Олимларимиздан А.Ф.Гаммерман, О.С.Содиқов, С.Ю.Юнусов, Х.Х.Холматовларнинг бу соҳадаги хизматлари каттадир.

Ўзбекистон шифобахш ўсимликлар маскани сифатида машҳур.

Шифобахш ўсимликлар билан даволашга бўлган қизиқишнинг қатор сабаблари мавжуд. Ўсимлик табиатли дори воситалари кучсизроқ таъсир кўрсатади, уларда иккинчи даражали таъсири камроқ. Уларнинг потенциал имкониятлари каттадир — турли касалликларда турлича таъсир кўрсатадилар (оғриқ қолдириш, қон босимини кўтариш ва тушириш, иштаҳани очиш, балғам кўчириш, бактерицид ва бактериостатик ва ҳ.).

Моҳирлик билан ўсимликлар йиғиндисидан олинган дориларни узоқ вақт қабул қилиш мумкин, бу айниқса сурункали касалликларни даволашда қўл келади. Узоқ вақт парҳезда юрувчи беморларни авитаминоз ва ичак дисбактериозидан асрайди.

Доривор ўсимликларни қўлланиш натижасида организмда модда алмашинуви яхшиланади, холестерин миқдори мўътадиллашади, токсик моддаларнинг чиқиши кучаяди, натижада атеросклероз ривожланиши секинлашади.

Мақсадга мос равишда ишлатилган фитотерапия нерв системаси фаолиятини мўътадиллаштиради, қон босимини пасайтиради, бош мия ва коронар артерияларда қон айланишини яхшилайд.

Кўпчилик ўсимликлар сийдик ҳайдаш қобилиятига эга, синтетик препаратларга қараганда буйраклар функциясини қашшоқлаштирмайди ва гиперкалийурия чақирмайди.

Ўсимликларнинг даволаш таъсири механизмлари тўлалигича очилмаган. Уларнинг даволаш таъсири таркибида мавжуд бўлган алколоидлар, аминокислоталар, антибиотиклар, витаминлар, гликозидлар, органик кислоталар, ёғлар, микроэлементлар, пигментлар, смолалар, фитонцидлар, эфир ёғлари ва бошқалар билан боғлиқ.

Алкалоидлар — таркибида азот бўлган органик асослардир. Ўсимликларнинг турли қисмида органик кислоталар тузи шаклида бўлади. Алкалоидлар кам дозада муҳим доривор моддалар ҳисобланади: морфин, атропин, хинин, кофеин, кокаин, папаверин, стрихнин, пилокарпин, эфедрин, платифиллин, никотин, курарин, теобромин ва бошқалар. Булар кўпчилик ички аъзоларнинг ва баъзи асаб касалликларини даволашда ишлатилади. Алкалоид сақловчи ўсимликлардан қиёмлар, экстракт, порошоклар тайёрланади.

Гликозидлар — ўсимлик табиатли органик моддалар, таркибида қандсимон компонент ва қандсиз қисми — агликон бўлади. Қайнатганда ёки ферментлар таъсирида гликозидларнинг физиологик активлигини белгилайди. Гликозидлар тиббиётда юрак касалликларини даволашда қўлланилади. Улар жуда заҳарли бўлгани учун қаттиқ тиббий назорат остида қўлланилади.

Тиббиётда баъзи бошқа гликозидлар ҳам ишлатилади. Гликозид арбутин антибактериал хусусиятга эга бўлиб сийдик йўллари яллиғланишида ишлатилади, гликозид гесперидин — қон томирлари деворини мустаҳкамлайди.

Эфир ёғлари — азотсиз мураккаб учувчан аралашма, хушбўй ҳидга эга бўлиб терпенлар ва уларнинг маҳсулотларидан таркиб топган. Спиртда, ёғларда ва бошқа эритувчиларда яхши эрийди. Бактерицид, спазмолитик, яллиғланишга қарши, балғам ҳайдовчи, овқат ҳазм қилиш шираларини ажралишини яхшилайди. Эфир мойлари ялғиз, мойчечак, шалфей, қизилгул, лимон, мандарин ва бошқалар таркибида мавжуд.

Витаминлар — биологик фаол моддалар, кимёвий тузилишига кўра модда алмашинувининг мўътадил кечишига, ҳужайра ва тўқималарнинг ўсиши ва фаолиятига таъсир кўрсатади. Витаминлар етишмовчилиги организмда гипо — ва авитаминоз ҳолати келиб чиқишига сабаб бўлади.

Ҳозирги вақтда 20 дан ортиқ витаминлар ўсимликлардан олинади. Улар тиббиётда фақат гипо ва авитаминозларни даволаш учун эмас, балки қатор бошқа касалликларни даволашда ҳам ишлатилади. Витаминларга бой ўсимликлар — наъматак, грек янғоғи, лимон, пиёз, сабзи, узум ва қатор бошқа мевалар ва сабзавотлар таркибида бўлади.

Флавонлар ва флавоноидлар — гетероциклик бирикмалар, сувда ёмон эрийди. Улар капиллярлар деворининг ўтказувчанлигини ва мўртлигини камайтиради ва бундай белгилари бўлган касалликларда ишлатилади. Ундан ташқари флавоноидлар спазмолитик хусусиятга эга бўлиб, ошқозон ва ичак ярасини даволашда ишлатилади. Бу моддалар заҳарсиз, ўсимликлардан арслонқуйруқ, баргизуб ва бошқалар таркибида бўлади.

Танидлар — кўп атомли феноллар маҳсулоти, заҳарсиз, оғриқсизлантирувчи, бактерицид, томирларни торајтирувчи таъсир кўрсатади. Ошқозон — ичак касалликларида, стоматит, фарингит, ангина, куйиш ва тери касалликларида ишлатилади. Танидлар мармарак, мойчечак, сариқчој ва бошқа ўсимликлар таркибида кўп бўлади.

Органик кислоталар — ўсимликларда эркин ҳолатда, шунингдек тузлар ва эфир ҳолида бўлади. Бу моддалар модда алмашинувида фаол қатнашадилар, сўлак, ўт, ошқозон ширасининг ажралишини кучайтиради. Кўпчилик органик кислоталар лимон, олма, наъматак ва бошқа ўсимликлар таркибида бўлади.

Дори таъсирига, шунингдек, валериан ва изовалериан кислоталар ҳам эга. Улар мойчечак, бўймодорон, қулмоқ ўсимлигида бўлади, салицил кислотаси — мойчечак, бўймодорон ва бошқалар таркибида бўлади.

Тўйинмаган ёғ кислоталари — олеин, линолен, палмитин кислоталари атеросклероз ривожланишини олдини олади. Улар кўп миқдорда кунгабоқар, зигир уруғларида бўлади.

Пектинлар — полисахаридлар гуруҳига киради. Уларга микробга қарши ва антитоксик фаоллик хосдир. Организмдан ортиқча холестеринни чиқаради. Пектинлар ошқозон — ичак фаолиятини яхшилајди, перисталтикасини мўътадиллаштиради, ичаклардаги касаллик чақирувчи микрофлорани бостиради.

Фитонцидлар — турли химиявий таркибга эга бўлган учувчан, микробларга қарши хусусиятга хос моддалар. Ангина, оғиз бўшлиғи касалликлари, терининг йирингли касалликлари ва бошқаларида ишлатилади. Амалий тиббиётда саримсоқ, пиёз ва ўсимликлар фитонцидлари қўлланилади.

Ўзбекистонда ўсадиган ўсимликлардан олинган 100 дан ортиқ кучли таъсир кўрсатувчи доривор воситалар илмий тиббиётда ишлатилмоқда. Фармакологик текширишлар натижасида 94 ўсимликнинг 49 тасида юқори сийдик ҳайдаш хусусияти аниқланган, улардан 17 таси амалий тиббиётда ишлатишга тавсия қилинган. Кардиопротекторлардан экдистерон препарати юрак мушакларига анаболик таъсир кўрсатади, экспериментал шароитда миокард инфарктида ижобий таъсир кўрсатиши аниқланган. Шунингдек, экдистерон липидлар алмашинувига мўтадиллаштирувчи ва антиангиал таъсир кўрсатиши маълум бўлди (Курмуков А.Г., 1983, Хушбақтова З.А., 1987).

Клиник амалиётда антиаритмик восита аллапинин кенг қўлланилмоқда. Унинг қон айланиши бузилиши шароитида антиаритмик таъсири аниқланган (Каценович Р.А. ва б.). Миокард инфарктининг ўткир босқичида антифибриляр таъсири ҳам маълум (Пирназаров И.М., 1989).

V — БОБ.

ГЕРИАТРИК ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ.

Катта ёшдаги аҳолининг саломатлигини сақлаш катта ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятга эга. Кекса ёшдаги кишиларнинг ишлаб чиқаришда ва ижтимоий фойдали меҳнатда қатнашуви, соғлиқни сақлаш ва социал таъминотга сарфланадиган ҳаражатлар, шунингдек меҳнатга қобилиятли оила аъзоларининг уларга парвариш қилиш учун кетадиган вақти уларнинг соғлигини сақлаш даражасига боғлиқ бўлади.

Гериатрик беморларнинг саломатлигини мустақамлашга қаратилган касалликнинг олдини олиш, даволаш ва ижтимоий чоралар системаси — меҳнатга лаёқатли даврни узайтириш, фаоллик даврини сақлаш, ўзига — ўзи хизмат қилиш қобилиятини сақлашни таъминлаши лозим.

Саломатлик ҳолати ва касалликларнинг хусусиятлари кексаларда, бошқа ёшдагиларга қараганда кескин фарқ қилади. Ёш ошиши билан ўткир касалликларнинг улуши камайиб боради, сурункали касалликларнинг сони эса ошадоради, бу фарқ 60 ёшдан кейин яққол намоён бўлади.

Кексалик ва қариялик ёшидаги аҳолини тиббий ёрдам билан таъминлашнинг асосини қуйидагилар ташкил этади: 1) гериатрик ёрдам даволаш — профилактик тадбирлар умумий системасининг таркибий қисми бўлиши лозим; 2) уммавий ва кенг имкониятли бўлиши шарт, чунки меҳнатга қобилиятли аҳолининг кўпчилик қисмини катта ёшдагилар ташкил қилади; 3) тиббий ёрдам катта ёшдаги аҳолига яқинлаштирилган бўлиши лозим, бу поликлиникаларда гериатрик врачлик хоналари ташкил этиш билан амалга оширилади; 4) участка терапевти гериатрик беморларни олиб боришда етакчи роль ўйнаши ва даволаш тактикасини аниқлаши керак; 5) даволаш тадбирлари нафақат касалликни даволашга, балки меҳнатга бўлган қобилиятни тиклаш, беморнинг ўзини — ўзига хизмат қилиш қобилиятини кўтаришга қаратилган бўлиши лозим; 6) кексаларга тиббий ёрдамнинг ҳажми — беморнинг ёши,

яшаш жойининг хусусиятлари, соғлигининг ҳолати ва бошқа омиллارни табақалаштириш билан аниқланиши керак.

Поликлиник гериатрия муассасалари. Буларга гериатрик врачлик хоналари ва поликлиникалар киради. Кўпчилик ҳолларда улар турли даволаш — профиклатика муассасалари базасида ташкил этилади.

Гериатрик хоналар кексалар ва қарияларга тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича ташкилий — методик марказ ҳисобланади. Уларнинг фаолияти икки йўналишда бўлади:

1. Ташкилий — методик иш: геронтология ва гериатрия соҳаси бўйича врачлар малакасини ошириш тадбирларини ўтказиш, фан ютуқларини амалиётга жорий қилиш, санитария — оқартув ишларини ўтказиш.
2. Даволаш — профилактика ишлари: турли мутахассислик врачларига малакали маслаҳатлар бериш, гериатрик беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш ва диспансер кузатуви олиб бориш (эрта кексайиш аломатлари бор беморлар, нафақа ёшидаги ишчилар, узоқ яшовчилар ва б.).

Гериатрия хонаси врачлари ўз фаолияти давомида участка, соғломлаштириш пункти, шифохоналар ва ижтимоий таъминот муассасалари врачлари билан алоқада бўладилар. Худди шундай алоқа саломатлик гуруҳлари ва врачлик — физкультура диспенсерлари билан ҳам ўрнатилади.

Кекса ва қариялик ёшдагиларга тиббий хизмат кўрсатишда саломатлик зоналари, алоҳида поликлиникалар ёки бўлимлар, кундузги гериатрик шифохоналар ташкил этилса мақсадга мувофиқ бўлади. Хизмат кўрсатишнинг бундай турларини иқтисод томонидан ҳам фойдали эканлиги шубҳа туғдирмайди.

Гериатрик беморларга шифохоналардаги ёрдам одатдаги мавжуд даволаш муассасаларида ёки махсус гериатрик шифохоналарда кўрсатилади. Бундай беморлар терапевтик, неврологик, хирургик, онкологик бўлимларда даволанувчиларнинг кўпчилик қисмини ташкил этади.

Реабилитация. Кексалар ва қарияларни даволаш усулларидан қайта тиклаш бўйича даволашга алоҳида эътибор берилади. Бу усул қуйидаги мақсадларга хизмат қилади: касаллик даврида ногирон бўлиб қолишнинг олдини

олиш ва ногиронларга жисмоний, руҳан, касб бўйича, ижтимоий ва иқтисодий томондан муносиб бўлишига ёрдамлашиш (имкони борича мавжуд касаллик доирасида)

Қатор геронтологларнинг фикрича (Болгария, США, Италия, Бельгия) гериатрик реабилитациянинг мақсади — беморларнинг кундалик мажбуриятларини бажаришга имконият яратиш, оила ва жамиятда ўз ўрнини топишга кўмаклашиш. Реабилитация бўлимлари умумий шифохоналар қошида, гериатрик марказларда ва алоҳида муассаса шаклида ташкил топиши ва хизмат кўрсатиши мумкин.

Интернат — уйлари. Кўпчилик кексалар ва қариялар махсус хизмат турлари мавжуд бўлганда (озик—овқат маҳсулотлари ва иссиқ овқат ташиш, кийим—кечак ювиш ва уйга ташиш, касалланганда парвариш қилиш ва ҳоказолар) уй шароитида яшашни давом эттиришлари мумкин. Ногиронлар, ўзини—ўзи эплотмайдиган (жисмоний ва руҳий аҳволи туфайли) шахслар учун махсус интернат уйлари ташкил этилади. Бу муассасада бепул маиший, тиббий ва маданий хизмат кўрсатилади, овқат ва кийим—кечак билан таъминланадилар. Интернат—уйларда ёпиқ турдаги хизмат кўрсатилади, маълум режа ва кун тартиби белгиланади.

Ҳозирги вақтда қуйидаги турдаги интернат—уйлари фаолият кўрсатади: 1) умумий турдаги — ўзлари эркин ҳаракат қилиши ва қисман ўзига—ўзи хизмат қилиши мумкин бўлган шахслар учун; 2) шифохона туридаги — сурункали касалликлари бўлган ва доимий ёрдамга муҳтож шахслар учун; 3) соғлом кишилардан ажратиш лозим бўлган, руҳий касалликлари бўлган шахслар учун.

Интернат—уйларни тиббий ходимлар билан таъминлашда — бу масалага турлича ёндашишлар мавжуд. Бундай муассасаларда, кўпчиликнинг фикрича махсус тайёргарликдан ўтган ўрта тиббиёт ходимлари ишлаши лозим. (40 ўринга 1,0 тиббий ҳамшираси). Интернат—уйларнинг иккинчи турида тиббий ҳамширалар муассаса штатининг 11%, парвариш бўйича ҳамширалар — 35%, санитаркалар — 53% га тенг бўлиши лозим.

Интернат—уйларида раҳбарлик лавозимини врач ёки махсус тайёргарликдан ўтган бошқа мутахассис эгаллаши мумкин.

Тиббий ходимларни ўқитиш ва тайёрлаш.

Гериатрия соҳасида ходимларни ўқитиш ва тайёрлаш тўғрисидаги фикрлар деярли бир турда бўлиб, барча фанларнинг геронтологик ва гериатрик жиҳатлари Олий ва Ўрта махсус ўқув юртларида ўқитилиши кераклиги қайд қилинади. Бундай ўқитиш деярли 1—курсдан бошланиши лозимлиги тўғрисида барчанинг фикри ягонадир.

Гериатрия бўйича тайёрлаш барча кафедраларнинг режа ва дастурларига киритилиши ва ички касаликлар кафедрасининг гериатрия бўйича шуғулланувчи доценти томонидан мувофиқлаштирилиши кўзда тутилади.

Маърузаларнинг намуналари.

1. Гериатрия—клиник тиббиётнинг янги бўлими. Унинг инсон организми кексайиши биологияси, ижтимоий геронтология, герогигиена, психологияси билан боғлиқлиги.
2. Аҳолининг демографик кексайиши билан боғлиқ бўлган — ижтимоий ва иқтисодий, тиббий—ижтимоий муаммолари.
3. Кекса ёшдаги кишилар саломатлигининг хусусиятлари, касалланиш, ногиронлик, ўлим.
4. Кексайиш бўйича нафақалар ва нафақа ёшидаги меҳнат. Нафақага чиқишга тайёрлаш. Нафақа ёшида меҳнат гигиенаси ва физиологияси.
5. Кекса ва қариялик ёшида реабилитация (қайта тиклаш) — тиббий, ижтимоий, меҳнат касби бўйича.
6. Ўрта ва кекса ёшдагиларда эрта кексайишнинг олдини олишда ҳаракат фаоллиги ва мақсадга мувофиқ овқатланишнинг роли.
7. Оилада ва жамиятда кекса одамнинг ўрни.
8. Гериатрик ёрдамни ташкил қилишнинг (тиббий—ижтимоий) умумий масалалари.
9. Гериатрик беморларни амбулатория—поликлиника ва шифохона шароитида даволаш. Ижтимоий ва маиший хизмат турлари.
10. Тиббий ходим ва гериатрик бемор.
11. Кекса ва қариялик ёшидаги беморларни парвариш қилишнинг хусусиятлари.

12. Дорилар билан даволашнинг хусусиятлари, гериатрик воситалар.

Демографик кексайишнинг оқибатлари, касалликлар таркибидаги силжишлар ва янгича ёндашиш, соғлиқни сақлашни ташкил қилишнинг янги шакларида, айниқса аҳолининг кекса ва қариялар ёшидаги қисмига тиббий хизмат кўрсатувчи врачнинг ўрнини анлаганимиз сари, гериатр — врач тутган ўрни шунчалик намоён бўлади.

Профилактик тадбирлар. Кексайишни касалликка чалиниш муқаррар бўлган давр деб қаралмаслиги лозим. Кекса ёшдаги шахсларни санитария маорифи ёрдамида келгусига қурқув билан қараш керакмаслигига ишонтириш керак бўлади. Оммавий ахборот воситалари (радио, телевидение, газета ва ҳ.) орқали кекса ёшдагилар учун махсус маслаҳатлар ташкил этиш ва кексалар учун мавжуд бўлган хизмат турлари тўғрисида ахборотлар бериб туриш лозим. Кекса ёшдаги шахсларнинг аҳоли таркибида тобора кўпая бориши муқаррарлиги тўғрисида кенг жамоатчилик хабар олиши ва уларнинг жамиятда ўз ўрнини эгаллашига ҳуқуқли эканини билишлари даркор.

Кексалар ва қариялар қаторидан ҳаёти учун хавфли омилар мавжуд бўлган гуруҳни ажратиш, гериатрик ёрдам кўрсатишда аҳоли учун лозим бўлган эҳтиёжларни қондириш дастурнинг таркибий қисми ҳисобланади.

Биринчи навбатда боғланиш лозим бўлган шахсларни аниқлашда маълум мезонлар ишлаб чиқилган бўлиши лозим. Бундай боғланишлар тиббий ҳамширалар ёки ижтимоий — таъминот ходимлари томонидан амалга оширилиши мумкин. Соғлиқни сақлаш ходими кекса ёшдаги шахсларда уларнинг жисмоний ва руҳий ҳолатини, турмуш тарзини аниқлаши ва булар тўғрисида врачга маълумотлар бериши мумкин. Тиббий ҳамширалар ва ижтимоий — таъминот ходимлари ятроген асоратларнинг олдини олиш борасида махсус тайёргарликдан ўтган бўлишлари керак. Учрашувлар ва текшириш жараёни кексалар ва қарияларнинг хоҳиши бўйича амалга оширилади. Текширишнинг бошланғич давларида унчалик мураккаб бўлмаган масалалар олдинга сурилади, бу эса келгуси ишлар учун пойдевор яратади.

Кексалар ва қарияларни уй шароитида кўрганда уларни бахтсиз ҳодисалардан сақланиши бўйича,

овқатланиш ва мавжуд гериатрия хизматлари бўйича маслаҳатлар берилди. Уларнинг эҳтиёжлари тўғрисида аста-секинлик билан тўпланган маълумотлар кейинчалик тўла қонли гериатрик хизматни режалаштиришга ёрдам беради. Тегишли маълумотларга эга бўлган кекса ёшдаги шахслар ўзлари хизмат жойларига келадилар.

Кексаларда соматик, руҳий ёки ижтимоий касалликларнинг ривожланиш эҳтимоли катта бўлади. Бундай касалликлар умумий тиббий кўрикларда ҳам аниқланиши мумкин (врач гериатр маслаҳатчи вазифасини ўтайди). Касалликлар дастлабки босқичларда аниқланганда уларни даволаш, жуда бўлмаганда турғунлаштириш имкони баланд бўлади.

Барча профилактик тадбирлар, агарда яхши йўлга қўйилган гериатрик хизмати бўлмаса, вақтинчалик ва тўла бўлмаган натижага эга бўлади.

Гериатрик беморларни терапевт текширувидаги ўзига ҳос хусусиятлар

Аҳолининг кексайиши барча иқтисодий ривожланган давлатларда демографик ва ижтимоий муаммолардан ҳисобланиб, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимига ҳам ўз таъсирини ўтказди. АҚШ да катта ёшдаги гуруҳ беморларига соғлиқни сақлаш тизимига ажратилган маблағнинг 30% га яқин миқдори сарфланади. Бу эса врачнинг ўз касби доирасида буни назарда тутиб иш кўришларини талаб қилади. Ҳозирги вақтда гериатрия соҳасига алоқаси бўлмаган биронта ҳам мутахассис врач қолмади деса ҳато бўлмайди. Шунинг учун ҳам замонавий врачларни тайёрлашда гериатрик беморлар билан ишлаш малакасини ошириб бориш олдиндан режалаштирилиши керак бўлади.

Гериатрик беморлар билан доимий алоқада бўлувчи врачлар учун малакасини ошириш лозим бўлган соҳа психиатриядир. Кекса ёшдаги шахсларнинг жисмоний саломатлиги ва руҳий бузулишлари ўртасида узвий боғланишлар мавжудлиги аниқланган. Бундай функционал ўзгаришлар турғун сақланиши маълум (3,8–11,1%), органик

Ўзгаришлар ривожланиш даражаси 65 ёшдаги шахсларда — 5%, 80 ёшдагиларда эса — 23,8% га етиши аниқланган. Кексаларда деменция ҳолатлари кўплаб учрайди. Демак терапевтга мурожаат этувчи беморлар гуруҳида касалликнинг оғирлик даражасини мавжудлигидан бошқачароқ тасаввур этувчи, эшитиши яхши бўлмаган, кўриши паст ва муомалада нуқсонли бўлган шахслар билан иш кўришга тўғри келади. Бу эса врачдан чидамлилиқ ва вазминликни талаб этади.

Шифокорларнинг кексалар ва қариялар ёшидагиларга ижобий муносабатда бўлиши гериатрик ёрдамнинг сифатли бўлишининг асосий омилларидан бўлиб — тиббиёт талабаларини танлашда ҳам ҳал қилувчи мезон ҳисобланади. Чунки раҳм — шавқатлилиқни ва олийжаноблилиқни раҳмсиз одамларга сингдириб бўлмайди, бўлганда ҳам узоқ давом этмаслиги турган гап.

Гериатрик беморлар билан ишлашга тайёрлашда психологик (руҳий) томонлама тайёргарлик тавсия этиш мумкин. Булар жумласига кексайишга доир адабиётларни ўқиш, раҳм — шафқатли бўлишга, тарихий асарнинг асосий мазмуни билан танишишни киритиш мумкин. Замонавий врач дунё адабиёти ва унинг кексаларга нисбатан ардоқловчи муомаласига доир қисмидан хабардор бўлиши керак.

Бемор билан бўлган биринчи муомала текширишнинг бошланишидир. Беморнинг юришидаги нуқсонлар унинг нерв системасидаги органик бузилишлардан дарак бериши мумкин, ўзини тута билиши ва гапиришга хос усул ва қилиқлари ундаги идрок ва фаросат тўғрисида тасаввурга эга бўлишга ёрдам беради.

Амбулатория ва поликлиника шароитида бемор билан суҳбатнинг классик тури — шикоятларни аниқлаш, касаллик ва ҳаёт тарихини ўрганишдир. Бу усул мақсадга мувофиқ бўлиб, тиббий ёрдамга муҳтожликнинг асосини аниқлашда жуда муҳимдир. Бунинг билан бирга ўз доирасидан ташқарида суҳбат қилиш ниятида бўлган шахсларни ажратишда ҳам қўл келади. Терапевт амалиётида бундай шахсларнинг кўплаб учраши сир эмас.

Беморни сўроқ қилиш шифохона шароитида алоҳида аҳамият касб этади. Бунда бемор тўлалигича ўрганилади — унинг зарарли одатлари, наслий омиллар ва б. Ижтимоий

таъминот системаси шифохоналарида ва интернат — уйларда беморни тўлалигича ҳар томонлама ўрганиш касаллик тарихини тўлдиришнинг асосини ташкил этади, беморнинг келиб тушишигача бўлган умрни ёритишга ёрдам беради. Кексалар билан ишлашнинг биографик усули унинг янги шароитга мослашувини енгиллаштиради, қайта тиклашнинг ўзига мос лойиҳасини ишлашга асос бўлади. Шикоятларни аниқлашда ва беморни сўроқ қилишда беғаразлик талаб қилинади ва улар турмушнинг турли даврларига мос бўлиши лозим. Бу ҳотираси сусайган беморларда ўз касалини аниқлаб олишда енгиллик туғдиради.

Айрим аъзолар ва системалар шикастланганига асос бўлмаган тақдирда ҳам улар тўғрисида қисқа қилиб сўроқ ўтказган маъқул. Бундай методик ёндашув кексаларда бутун организм тўғрисида маълумот тўплашга ва касалликлар тўғрисидаги нуқтаи назаримизни шакллантиришга ёрдам қилади.

Кексалар ва қариялар руҳий ва соматик ўзгаришлар туфайли оғриқдан шикоят қилганда уни бошқача сезишлари мумкин. Улар кўпчилик ҳолатларда оғриқни қорин бўшлиғида, кейинчалик эса кўкракда ва ниҳоят охириги навбатда бошда сезадилар. Оғриқ ангиноз характерга эга бўлганда уни эҳтиёткорлик билан аниқлаш ва дастлабки сабаблар билан боғлаш ва сусайиш пайтларини билиб олиш лозим.

Текширишларнинг келгуси этапида — беморнинг функционал мавқеини, кундалик фаолиятини (ўзини — ўзи эплашини, руҳий, соматик ва ижтимоий ҳолатини ва иқтисодий аҳволини) ўрганиш лозим. Бунда врач фақат ташхислаш томони билан чекланиб қолмасдан, келгусида натижали даволашни ҳам ўйлаши керак бўлади. Чунки даволашнинг натижаси ана шу омилларга боғлиқ бўлади. Якка шахсларга кечаси банка ва горчичник каби муолажалар тавсия этилмайди, дароматсиз шахсларга — қимматбаҳо дорилар, хотираси паст бўлганларга — кундалик қабул қилинадиган дори воситалари тайинлаш мақсадди эмас (марказий альфа — адреноблокаторлар, бета — адреноблокаторлар ва б.)

Беморнинг ички аъзоларини текшириш — ташхислашнинг энг масъул даври ҳисобланади. Бу тўғридаги маълумотларни тўплашда беморни

чарчатмайдиган усуллардан фойдаланилади. Бунда врач яхши йўлга қўйилган ташхислаш усуллари қўллаши ва текширишларнинг узоқ давом этмаслигига алоҳида эътибор бериши лозим. Асосий вазифани функционал ташхислаш врачига юклаш, фаолиятсизлик кўрсатиш врачнинг клиник амалиёти пасайишига олиб келади — йўл қўйиб бўлмайдиган ҳолат. Бундай ёндошиш, айниқса гериатрик беморларда бўлиши мукин эмас. Кўпчилик кассаллик белгилари пайпаслаб кўриш, эшитиб кўриш ва ҳ. орқали аниқланиши мумкин, бу эса бемор тўғрисида ҳолисона маълумотга эга бўлишга ёрдам беради. Ҳар бир мутахассис ўз қобилиятини эътиборга олган ҳолда (кўриш, эшитиш ва ҳ.) бу усулдан фойдаланишни ривожлантириб бориши керак. Чунки олинган маълумотлар хатосиз тиббий маълумотларда кўрсатилиши даркор.

Кейинги текширишлар клиник ва лаборатор усулларда ўтказилади (рентген, функционал, ультракзвук, иридоскопия, аурикулоташхислаш ва ҳ.) бу усуллардан нафақат ташхислаш жараёнида, балки даволаш натижасини аниқлашда ҳам қўлланиш мумкин.

Якуний хулоса эса ташхис қўйишда асос бўлиб хизмат қилади. Албатта, бу беморни клиник текширишда ақл-идрок билан боғлиқ бўлган яширин кечувчи ва из қолдирмайдиган жараёндир. Аммо ҳар бир айрим олинган ҳодисада врач ўз якуний фикрини бемор тўғрисидаги хулоса режаси сифатида тузиши лозим бўлади. Шунда врач беморга тўғри ташхис қўя олади ва даволашнинг тўғри йўлини танлаган бўлади.

VI – БОБ.

БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Беморларни аппаратлар орқали текшириш

Электрокардиография (ЭКГ) – юракдаги электр жараёнларини график йўл билан қайд қилиб олиш усулидир. Бунинг учун турлича электрокардиограф аппаратлари мавжуд. Улар бир каналли ва кўп каналли, термохимик ва сиёҳ билан ёзувчи хилда ишлатилади.

Электрокардиограммани ёзиш пайтида хона иссиқ ва бемор совуқ сезмаслиги, қалтирамаслиги керак. Бемор тиббий кушетка ёки кенг кравотда тинч ҳолатда ётиши даркор. ЭКГ ни ёзишдан аввал аппаратнинг электр тармоғига уланганлиги, ер билан уланганлиги, ўлчов тизимининг сезувчанлиги (1мв 10 мм га тенг бўлиши) текширилади.

Электр импульси синус тугунидан келиб чиқиб бутун юрак бўйлаб тарқалиб борар экан, уни электрокардиограф характерли тишлари ва оралиқлари бўладиган электрокардиограммалар кўринишида қайд қилиб олади. ЭКГ нинг ана шу тишлари билан оралиқлари юрак бўлмалари билан қоринчаларининг кўзғалиш ва аслига келиш жараёнларини акс эттиради.

Электродлар бемор танаси юзасининг қайси жойларига қўйилишига қараб электрокардиограмма олишнинг учта стандарт (асосий) – I, II, ва III усуллари, бир қутбли учта усул – aVL, aVR, aVF ва олтига кўкрак усули – V₁–V₆ тафовут қилинади. Шу усуллар ёрдамида миокарднинг у ёки бу қисмида патология бор–йўқлиги тўғрисида маълум ахборот олинади.

Мўътадил электрокардиограммада юқорига йўналган учта (P,R ва T) ва пастга йўналган иккита (Q ва S) тишча бўлади. Бундан ташқари PQ, QT, TR ва RR оралиқлари ва QRS комплексларини тафовут қилиш керак. P тишчаси бўлмалардаги кўзғалиш жараёнини акс эттиради. Бу тишчанинг муддати 0,08–0,1 секундни ташкил этади. P тишчасидан кейин PQ оралиғи келади у бўлмалардан

импульс ўтиб, қоринчаларнинг қўзғалиши бошланадиган вақтга тўғри келади. PQ оралигининг муддати нормада 0,12—0,18 секундни ташкил этади. Қоринчалар қўзғалишини QRS комплекси акс эттиради, шу комплексдан кейин ST тўғри чизиги ётади. Т тишчанинг аста юқорига кўтарилиб борадиган тиззаси, думолоқланган учи ва бирмунча тикроқ пастга тушиб борган тиззаси бўлади. Бу тишчанинг муддати 0,12—0,16 секундни ташкил этади. QT оралиги қоринча систоласига тўғри келади. Унинг муддати 0,32 секунддан 0,40 секундгача боради ва юрак қисқаришлари сонига боғлиқ бўлади, RR оралиги юракнинг бир қисқариш цикли вақтига тўғри келади.

Электрокардиографиянинг клиникада жуда зўр аҳамияти бор. Юрак—томирлар системаси зарарларган беморларни функционал текширишнинг бу методи энг муҳим методлардан биридир. Юрак ритми ва коронар қон айланиши камчиликларини ташхислашда у бениҳоят катта ёрдам беради.

Рентгенологик методлар — ўпка касалликларини ташхислашда асосий методларнинг бир тоифасидир. Рентгеноскопия, рентгенография, томография, бронхография, флюорография қўлланилади. Шу методларнинг ҳар бириси ўз ўрнида тадбиқ қилинади.

Радиоизотоплар билан текшириш усуллари ёрдамида ўпка вентилляцияси, диффузияси, ўпкада қон айланиши аниқланади. Ташқи нафас функциясини ўрганиш ва ўпкада қон айланишини аниқлаш учун радиоактив инерт газлар (^{133}Xe , ^{85}K) қўлланилади, сканерлаш учун эса одам зардоби альбуминининг радиоактив йод ёки техниций билан нишонланган микроагрегатлари венадан юборилади.

Бронхоскопия — трахея ва бронхлар шиллиқ пардасини кўздан кечириш, ўсмалар, яралар диагностикаси, ёт жисмларни чиқариб олиш ва полисларни олиб ташлаш, бронхоэктазларга даво қилиш учун қўлланилади.

Гастроскопия ва дуоденоскопия — меъда ва ўн икки бармоқ ичак шиллиқ пардасини кўздан кечириш ва шиллиқ парданинг суратларини тушириш ва ундан мўлжаллаб туриб биопсия олишга имкон туғдиради. Ўн икки бармоқ ичакни эндоскопик йўл билан текшириш учун дуоденофиброскопдан фойдаланилади.

Амбулатор ЭКГ мониторинг — беморнинг кундалик шароитида, махсус олиб юриладиган монитор ёрдамида ЭКГ магнит лентасига ёзиб олинади. Одатда юрак олди (прекардиал) уланишлар V_1 ва V_2 ёзиб олинади. Текшириш давомида бемор стенокардия хуружларини ва бошқа сезгиларни, бажарган иши ва вақтини ёзиб боради. Дешифратор, компьютер ёрдамида экстрасистолиялар сонини, ST эпизодлари ва унинг силжиш даражасини, юрак уришлар сонини вақтнинг маълум бир қисмида аниқлашга ёрдам беради.

Бу усул стенокардия пайтида юрак уришлар сонини аниқлаш ва кислородга бўлган муҳтожликни аниқлашга ҳам ёрдам қилади. Агарда ST сегменти силжишидан олдин юрак уришлар сони кескин кўтарилган бўлса бу стенокардия хуружи деб қабул қилинади (зўриқиш стенокардияси). Агарда миокард ишемияси оддиндан юрак уришлар сони, жисмоний зўриқиш усули пайтидагидан паст бўлса, ундай хуружлар алоҳида стенокардия деб қабул қилинади.

Амбулатор шароитда ЭКГ мониторинг стенокардиянинг айрим турларини ташхислашда (оғриқсиз, зўриқиш стенокардияси IV ФС, алоҳида стенокардия) муҳим аҳамият касб этади.

Коронар ангиография. Юрак ишемик касаллигини аниқлашда муҳим усул ҳисобланади. Бу усул юрак тож артерияларининг анатомияси тўғрисида, қон айланишининг тури, торайишлар бор—йўқлиги ва ён қон айланишлар тўғрисида муҳим ахборот беради.

Коронар ангиографияси коронар артериялар шикастланишининг кам тури — аневризма ҳолидаги кенгайишларни аниқлашда ҳам ёрдам беради.

Коронар ангиография қуйидаги ҳолатларда ўтказилмайди: 1) юқори ҳарорат бўлганда; 2) паренхиматоз аъзоларнинг оғир шикастланишларида; 3) юрак ритмининг оғир турларида; 4) юракнинг кескин кенгайиши ва қон айланишининг оғир шаклида; 5) мияда қон айланишининг ўткир турида; 6) полицитемиянинг оғир турида; 7) йод препаратларига катта сезувчанлик мавжуд бўлганда.

Эхография. Бу инвазив бўлмаган усул ультратовуш тўлқинларининг турли зичликдаги биологик муҳитларнинг чегарасидан қайтарилиш (акс эттириш) ва суоқликлардан ўтиш ҳусулиятига асосланган.

Ташхислашда қўлланиладиган ультратовуш тўлқинларининг манбалари салбий биологик таъсир кўрсатишдан ҳолидирлар. Бу усул амбулатория шароитида, такрорий кузатувлар ўтказиш мақсадида, шунингдек, бўйрак етишмовчилигининг яққол кўзга ташланувчи турида ҳам қўлланилиши мумкин.

Эхография вена урографиясини тўлдиради, шишларни бўйракнинг солитар кистасидан ажратишда, шишларнинг бўйракда ёки бўйрак ташқарисида эканлигини аниқлашда ёрдам беради.

Эхокардиография. Юрак чап қоринчаси бўшлигини, аорта диаметрини, қоринчалараро деворнинг қалинлигини, чап қоринча орқа деворини, митрал ва аортал клапанлар табақасининг ҳаракат аномалиясини топишга, юрак бўшлиқларида тромблар ва перикард бўшлиғида суюқлик мавжудлигини аниқлашда ёрдам беради.

Шунингдек, ЭхоКГ қисқаришнинг маҳаллий бузилишларини, чап қоринча орқа девори ва қоринчалараро девордаги чигал ва ишемик ўзгаришлар билан боғлиқ бузилишларни аниқлашда қўлланилади. Бу усул ёрдамида чап қоринча олд девори, юрак учи зоналари мушакларининг қисқариш функциясини баҳолаш мумкин бўлади.

Эхокардиографик текширишда сифат ва сон жиҳатдан кўрсаткичларга алоҳида баҳо берилади.

Юрак фаолиятига сифат жиҳатдан баҳо берилганда миокарднинг қисқариш қобилияти, унинг бўшлиқларининг аҳволи, клапан аппарати, қон оқимининг характери эътиборга олинади.

Миқдор жиҳатдан баҳоланганда — чап қоринча қисқаришлари ўрганилади: охириги диастолик ўлчами (ОДЎ), қоринчалараро девор қалинлиги, қоннинг тепки ҳажми, охириги систолик ўлчам, охириги систолик ҳажм, қон отиб чиқариш фракцияси, қисқариш фракцияси анализ қилинади. (ЭхоКГ мўътадил кўрсаткичлари илова қисмида келтирилади).

Велозргометрия синови юрак фаолиятини рағбатлантирувчи физиологик усуллардан биттаси жисмоний зўриқишдир. Юрак зўриқиб ишлаганида унинг мушакларида модда алмашинуви кучаяди ва кислородга бўлган талаб ошади. Соғлом одамларда бунга биноан мос

равишда коронар артерияларга оқиб келувчи қон миқдори ошади, натижада юрак—томирлар томонидан патологик реакция қайд этилмайди.

Юрак ишемик касаллигида торайган артериялар ҳавзасида кислородга бўлган муҳтожликнинг қондирилиши, бир томондан жисмоний зўриқишнинг даражасига боғлиқ бўлса, иккинчи томондан торайган артериядан ва ён артериялардан оқиб келувчи қон миқдорига боғлиқ бўлади. Жисмоний зўриқиш пайтида торайган артерия ҳавзасида ишемик ўчоқ пайдо бўлади, бу эса юракда оғриқ бўлиши ва ЭКГ да миокард ишемияси белгилари билан намоён бўлади. Синов пайтида ишемик ҳолат нафақат юракда оғриқ сезилиши билан, балки нафас сиқиши, юрак ритмининг бузилиши ёки чап қоринча етишмовчилиги шаклида намоён бўлиши мумкин.

ВЭМ синови пайтида юзага келувчи миокард ишемияси беморда бўладиган одатдаги стенокардия хуружига тенг аҳамиятли бўлади. Бу синов орқали беморнинг ишемик ҳолатсиз қабул қилиши мумкин бўлган жисмоний зўриқишнинг даражасини ҳолисона аниқлаш мумкин бўлади.

ВЭМ синови, бошқа зўриқиш синовларидан, қатор устунликларга эга: синов пайтидаги зўриқиш даражаси беморнинг жисмоний тайёргарлигига мос бўлади; жисмоний иш аниқ дозаланади; зўриқиш даражаси кенг диапазонда бўлиши мумкин.

Велоэргометрлик синов юрак ишемик касаллигини ташхислашда ва стенокардия хуружларини кўкракдаги бошқа оғриқлардан (кардиалгия) ажратишда муҳим аҳамиятга эга.

Синов функционал текшириш бўлимларида махсус тайёргарликдан ўтган врачлар томонидан ўтказилади.

ВЭМ синови ўтказилганда беморнинг жисмоний зўриқишларга бўлган чидамлилиги унга берилган зўриқиш даражаси ва бажарилган ишнинг ҳажми билан аниқланади: агарда беморга берилган зўриқиш 150 кГм/мин (25 Вт) ни ташкил этса, бу зўриқиш стенокардиясининг IV ФС га мос келади; 300 кГм/мин (50 Вт) – паст, 450-600 кГм/мин (75-100 Вт) – ўртача ва 750 кГм/мин (125 Вт) бўлса, жисмоний зўриқишга бўлган чидамлилик юқори ҳисобланади.

Беморларда ФС ни аниқлашда, шунингдек, юрак уришлари сони ва қон босимининг баландлиги — ЮУС.КБс/100 эътиборга олинади.

Реовазография (РВГ). Периферик (реовазография), церебрал (реознцефалография) ва умумий гемодинамикани ўрганишда қўлланилади. РВГ осциллография, капиллярскопия, термометрияга нисбатан ташхис қўйишда муҳимроқ маълумотлар беради. Бу усул текширилувчи соҳадан 10 мА юқори частотали ток ўтишига асосланган бўлиб, тўқималарнинг қон билан тўлишига боғлиқ ҳолда электр қаршилигини график равишда ёзиб олинади. Бунда ток частотаси 20 — 40 кГц/га баровар бўлади. Текширилувчи соҳанинг қон билан тўла бўлишининг ошиши электр токига қаршилиқни пасайтиради, қон билан тўлишнинг пасайиши — аксинча қаршилиқни оширади.

Реограммада реографик индекс (РИ) — асосий тишчанинг ток калибровчи импульси (мм да) га нисбати, эгри чизиқнинг баландликга кўтарилиш вақти (қон билан тўлиш жараёнининг авжига чиқиши), пульс тўлқинларининг тарқалиш вақти аниқланади. Бунда қон билан тўлиш кўрсаткичи РИ катта эътибор берилади. Реовазография функционал синовлар билан ҳам ўтказилиши мумкин. Кўпинча нитроглицерин синови қўлланилади.

Кекса ёшдаги кишиларда электрокардиограмманинг хусусиятлари.

Кексалар ва қариялар ёшидаги кишиларда юрак мушакидаги ўзгаришлар биоэлектрик ҳодисаларнинг кечишига таъсир кўрсатади ва бу электрокардиограммада ўз аксини топади. Кекса одамларда юрак ўқининг чапга силжиши ЭКГ нинг ҳос хусусиятларидан биттаси ҳисобланади. Шунингдек, уларда тишчалар амплитудасининг пастлиги, QRS комплексининг кенгайиши, PQ ва QT интервалларининг узайиши қайд этилади. Юрак ўқининг чапга силжиши (левограмма) ва ЭКГ тишчаларининг амплитудаси пастлиги мушак толаларининг атрофияси ва тобора ривожланувчи юрак мушакларининг фибрози билан боғлиқ бўлади. Қоринчалар комплексининг

кенгайиши ва қоринча — бўлмачалар оралигидаги ўтказувчанликнинг узайиши юрак ўтказувчи системасида импульсларнинг секин тарқалишига боғлиқ бўлади. Т тишчасининг яссиланиши чап қоринча билан боғлиқ 1 намуна ва кўкрак уланишларида яққол кузатилади.

Ёшларда учрайдиган ЭКГ нинг ортостатик ўзгаришлари, кексаларда кам бўлади ва уларда юрак — томир системасининг адаптациялаш қобилиятининг чекланганлигидан далолат беради.

Коронар артериялар атеросклерози белгилари бўлмаганда ёш билан боғлиқ ЭКГ ўзгаришлар тана вазни, қон босими, юрак шикастланишлар даражасига боғлиқ бўлмаслиги аниқланган.

Кексаларда учрайдиган юрак ритмининг бузилишлари хос белгилар деб қаралмаслиги ва йўлдош касаллик — атеросклероз белгиси деб қаралиши лозим.

Кавей, ёши 70 дан ошиқ бўлган 200 нафар одамда ЭКГ ўзгаришларни текширганда уларда мўътадил синус ритм 123, тахикардия — 25, брадикардия — 5, синус аритмияси — 11, бўлмачалар пир — пир учиши (фибриляция) — 29, бўлмачалар қалтираши (трепетание) — 1, бўлмача пароксизмал тахикардияси — 1, қоринчалар тахикардияси — 1 ҳодисада топилган.

Атриовентрикуляр қўзғалиш вақтининг мўътадил бўлиши — 11, қисқарган — 1, озгина узайган — 29, кўпроқ узайган — 23 ҳодисада қайд этилган. Юракнинг тўла блокадаси — 4, Гисс тутами чап оёқчаси блокадаси — 5, ўнг оёқча блокадаси — 5 ҳолатда учраган. 71 одамда Р тишчаси ўзгарганлиги, 11 да QRS комплекси кенглиги, 6 нафарида — бу комплексида тутанувлар топилган. Намуна уланишларда 122 ҳодисада Q тишчаси аниқланмаган. Мусбат Т тишчаси учала намуна уланишларда фақат 47 ҳодисада, манфий Т тишчаси — 30, яссиланган ёки икки фазали Т₁ — 48 ҳодисада топилган. U тишчаси 30 ҳолатда кузатилган. Тишчалар амплитудаси пастлиги — 11, баланд бўлиши — 7 ҳодисада топилган. Электр ўқининг ўнгла силжиши — 7, чапга силжиши 142 ҳодисада кузатилган.

Бўлмачалар экстрасистолияси 13 ҳодисада, қоринчалар — 31, бўлмача ва қоринча — 5, тугунча экстрасистолияси эса 2 ҳодисада қайд этилган.

Терапевтик беморларни ташхислашда ўтказилиши
лозим бўлган текширишлар

Касалликлар	Текширишлар
Барча касалликларда умумий текширишлар	Беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, тўқиллатиб уриб кўриш, эшитиб кўриш, лаборатор текшириш — қонни умумий текшириш, сийдикни текшириш, аҳлатни текшириш; асбоблар билан текшириш — кўкрак қафаси рентгеноскопияси.
Юрак ишемик касаллиги. Гипертония касаллиги	Ўзига ҳос текширишлар: электрокардиография, велоэргометрия, эхокардиография, ЭКГ мониторинг, коронар ангиография; лаборатор текширувлар — протромбин индекси, холестерин, липопротеидлар; врач — офтальмолог кўруви (тўр пардасини текшириш).
Нафас аъзолари касалликлари	Лаборатор текширув — балғамни текшириш (макроскопик ва микроскопик) микрофлорани аниқлаш; микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш, сил микобактерияларини излаш, атишк ҳужайраларни излаш. Бронхиал астмада — эозинофиллар, Шарко — Лейден кристалларини излаш. Куршман спиралларини излаш. Лозим бўлганда рентгенография, томография ўтказиш. Бронхоскопия.
Ошқозон — ичак касалликлари — ни аниқлаш: Сурункали гастрит Ошқозон яраси	Лаборатор текширув — меда ширасини текшириш, (зонд орқали, ацидотест орқали), сут кислотасини аниқлаш, меда суюқлигини микроскопик усулда текшириш (лейкоцитлар, эритроцитлар, бижғитиш таёқчаларини излаш). Лозим бўлганда — рентгеноскопик текшириш, гастроскопия ўтказилади.
Дуоденит Ўн икки бармоқ ичак яраси	Ўн икки бармоқ ичак ширасини текшириш, дуоденоскопия.
Жигар ва ўт йўллари касалликлари	Ўн икки бармоқ ичак ширасини текшириш; жигарни ультратовуш ёрдамида текшириш, холецистография; биокимёвий текширувлар — протромбин, холестерин, фибриноген, қанд миқдорини қонда аниқлаш, мочевиना миқдорини аниқлаш, антитоксик функциясини аниқлаш, билирубинни аниқлаш.

Касалликлар	Текширишлар
Буйрак касалликлари Сурункали нефрит Пиелонефрит	Лаборатор текширув — қонда мочевина, креатинин, азот қолдиғини аниқлаш; Каковский – Аддис синамаси, Зимницкий синамаси; асбоблар билан текширувлар — изотоп ренография, экскретор урография, цистоскопия, буйракнинг пункцияси биопсияси.
Қандли диабет	Лаборатор текширувлар: суткалик сийдик ва қонда қанд миқдорини аниқлаш; диабет комасига шубҳа бўлганда — сийдикда кетон таначаларини аниқлаш, ацетонни аниқлаш. Қандли диабетнинг яширин формаларида глюкоза нагрукаси берилади. Кўз тўр пардаси текширилади (офтолмолог кўруви). Буйрак функцияси текширилади. Атеросклерозга ҳос текширувлар ўтказилади.
Қон касалликлари Камқонлик	Умумий қон анализи, лозим бўлса тўш суяки ва лимфа тутуни пункция қилинади ва суртмалар текширилади.

VII — БОБ.

ВРАЧ, ҲАМШИРА ВА БЕМОР МУНОСАБАТЛАРИ

Ўзаро муносабат ва алоқаларнинг ахлоқий масалалари

Тиббиёт ҳодимининг ҳулқи (иродаси) қандай хусусиятларда намоён бўлишиги тўғрисидаги баҳслар узоқ вақтдан бери давом этиб келади. Кўпчилик олимлар ва врачлар буни одамларга, беморларга бўлган моилликда, инсонпарварликда, раҳмдилликда деб кўрсатадилар. Исталган бир тиббий ҳодимнинг беморни оғирини енгил қилишга доим тайёр бўлиши ҳам ана шу хусусиятлар билан бевосита боғлиқдир.

Албатта, инсонга бўлган мойиллик яхши тарбияга эга бўлган, виждонли ва халол одамларнинг ҳаммасига ҳос хусусиятдир. Врач ва ҳамшира бундан ташқари касби жиҳатдан ҳам юксак инсонпарварлик хусусиятига ҳам эга бўлмоқлари лозим. Айни ананшу туйғуни тарбиялаш ва ривожлантириш — олий ва ўрта билим юртларида кадрларни тайёрлашда энг оғир ва масъул масалалардан биридир. Беморга бўлган муҳаббат қуруқ ва шовқинли сўзлар, фаолсиз ёш-тўкишлар билан амалга оширилмайди.

Врачнинг инсонга бўлган муҳаббати — бемор учун жанг, барча имконият ва воситаларни ишга солиш, оғир аҳволдан чиқариш учун тинимсиз ўйлаш, лозим бўлса барча куч ва имкониятларни ишга солиш билан мақсадга эришиш мумкин. Албатта, бундай фаолият юксак омилкорлик, тажриба, аниқ ва кенг билимга асосланган бўлиши керак. Беморга бўлган бундай мойиллик барча беморларга нисбатан бир хил бўлиши керак. Врач учун алоҳида «эркатойлар» ва «яқин бўлмаганлар» тоифаси бўлмаслиги лозим. «Бошқаларга йўл ёритиб, ўзим ёнаман» деган сўзлар врачга тўла таалуқлидир.

Кўпчилик врачлар ва олимлар беморга бўлган мойилликни инкор қилмаган ҳолда, врачнинг асосий хусусиятларидан бири — ўз бурчини сезишида деб кўрсатадилар. Айнан врачнинг ўз бурчини сезиши ҳамма

нарсани нуқсонсиз бажаришни талаб этади. Врач беморга таалуқли бўлган барча ишларни — текширишлар, муолажалар ва бошқа ҳаракатларни, лозим бўлганда, қайта — қайта текширишдан ўтказиши керак бўлади. Бу борада, йирик немис шифокорларидан биттаси бундай деган эди: «Агарда мен касаллансам, мени буюк врач эмас, балки пухта (батартиб) врач даволаши мумкин».

Бурч ҳиссиёти беморни текшириш, муҳим масалаларни ва таъсирчан даволаш воситаларини, жаррохлик операцияларни кечиктиришга йўл қўймайди.

Демак, врачнинг беморга бўлган мойиллиги унинг фаолиятида, ҳаракатида, унинг ҳаётини сақлаб қолишда кўрсатган ёрдамида намоён бўлади.

Врачга ҳос хусусиятлардан яна биттаси — ўз касбига вафодорлик, ишончлилик ва ўз сўзининг устидан чиқишидир. У ўз вазифаларини, мажбуриятларини, ваъдаларини сўзсиз бажариши лозим. Врачнинг ўз сўзи устидан чиқмаслиги, беморнинг унга нисбатан ишончини йўқотиш билан баровар.

Врачлик характерга тегишли яна битта қараш мавжуд (учинчи қараш) — ўз билимлари устида доимий ишлаш. Ўз даврида, М.Я.Мудров таъкидлаганидек: «Врачлик ишида, ўз билимини тугатганлар бўлмайди», ўқишни ва билим олишни тўхтатган тиббий ҳодим врач бўлмай қолади. Ҳозирги вақтда бу сўзлар, айниқса актуал, чунки клиник тиббиётда илмий ахборотлар ҳар 3—5 йилда ярмига янгиланиб боради. Врач ўз устида доимий ва узлуксиз ишлаши лозим. Юқорида келтирилган врач хулқ — атворига ҳос хусусиятларнинг учаласи ҳам тиббий ҳодимда мужассамлашган бўлиши лозим.

Тиббий ходимнинг бемор билан учрашуви қандай юзага келади? Бемор ва врач ўртасидаги боғланиш (алоқа) амбулатория — поликлиника шароитида, шифохонада, даволашиб чиққандан кейин бўлиши мумкин. Бунда энг муҳими тиббий ходим ва бемор ўртасида юзага келувчи муносабат даволаш жараёнида муҳим роль уйновчи психологик омиллардан ҳисобланади.

Врач беморни текширишда уни сўроқ қилишдан ташқари тинглаб билиш қобилиятига ҳам эга бўлиши керак. Беморни чидам билан тинглай билиш нафақат касаллик ташхисини аниқлашда, балки улар ўртасида тегишли

муносабат ўрнатилишига ҳам ёрдам беради. Кундалик иш фаолиятида ҳаттоки беморнинг кўз ташлашидан ундаги эшитишга бўлган эҳтиёжни сезиб олиш мумкин. Бунга бефарқ бўлиш унинг норозилигига ёки шикоят қилишига сабаб бўлади «ҳаттоки тингламади». Бундай вазият, одатда врач қабулидан кейин (саволлар кўп — у, тинглаш кам) келиб чиқади. Баъзи ҳолларда эса ундан ҳам оғирроқ айбнома «ҳаттоки текширмади», чунки врач етарлича эътибор бермади, бемор томонидан қўйилиши мумкин.

Ўзаро яхши алоқа ўрнатилганда бемор ўз даволовчисини ҳурмат қилади, ўз истакларини билдиради, унинг сўзларини узоқ давр эслаб юради, даволаш яхши натижа беради, асоратлар кам бўлади.

Беморнинг врачга бўлган муносабати салбий бўлиши ҳам мумкин. Одатда бундай вазият врач маъмурий — соғуқ муносабат билдирганда, кўнгилсизлик қилганда юзага келиб чиқади. Врач ва бемор ўртасидаги муносабатнинг шаклланишида врачнинг шахсига катта эътибор берилади, у турлича муносабат билдириши мумкин: ҳурмат, беморга мойиллик, эътироз билдирилиб бўлмайдиган шахс, оддий дўст сифатида ва ҳ. Беморга психологик таъсир ўтказиш нуқтани назаридан эса даволашда дўстона муносабат муҳимроқдир.

Бемор томонидан врачни тез — тез алмаштириб туриши — ишончсизлик белгисидир.

Бемор ва врач ўртасидаги муносабат даволаш фаолиятининг асосини ташкил этади. Бошқа томондан, врач ҳамширалар учун ўрнак кўрсатади, улар фаолиятини бошқариб боради. Демак, врач ва бемор муносабати тиббий ҳамшираларга ҳам таъсир ўтказади.

Ҳамшира ва бемор. Тиббиёт фанининг ривожланиб бориши билан тиббий ҳамширанинг роли ва фаолияти ҳам ўсиб ривожланиб боради. Ҳозирги кунда беморларни парвариш қилиш учун ҳамшира мураккаб тиббий, табиий ва техник билимларга эга бўлиши лозим.

Ҳамшира ва бемор ўртасидаги алоқанинг муҳимлиги шундаки, даволаш жараёнида у доимо бемор ёнида бўлади. Текширишлар, врач ва ҳамшира ишида, бемор билан ишлаш давомида турлича эмоционал алоқалар юзага келади, бунга даволаш муассасасидаги муҳит ҳам сабабчи бўлади. Ҳамшира ва бемор ўртасидаги алоқа, даволаш жараёнида

врач — ҳамшира — бемор ўртасидаги алоқанинг таркибий қисмидир. Ҳамширанинг касби бўйича виждонан вазифасини бажариши унинг касалликдан соғайиб кетишига ишонч туғдиради. Беморни парвариш қилиш психологик таъсир ҳам кўрсатади. Беморга ҳамшира томонидан кўрсатиладиган ёрдам, эътибор ва ғамхўрлик фақат ишда эмас, балки унинг сўзида ҳам намоён бўлади. Сўзнинг қандай айтилишидан, жаранглашидан бемор ҳамширадан нимани кутиш мумкинлигини англаб олади. Мулойимлик, меҳрибонлик, ҳушмуомалалик — яхши иш услубининг ажралмас элементларидир.

Беморнинг соғайишига бўлган ишончи муҳим омил. Агарда бемор ҳамшира ва врачга ишонса, унинг соғлиги хавф остида эмаслигини сезади, соғайиб кетиш учун барча нарсани олишга ишонч ҳосил қилади. Агарда бундай ҳолат мавжуд бўлмаса, бемор сержаҳл бўлади ва турли талабларни қўя бошлайди, эътиборсиз қолмаслик учун ҳадемай ҳамширани чақиради. Беморни талабларини бажармаслик, ҳамширанинг кечикиб келиши — булар барчаси беморнинг ожиз ва бошқаларга қарам эканлиги сезгисини чуқурлаштиради.

Беморни тинглай билиш қобилияти ҳамширанинг ишида ҳам муҳим ва қимматлидир. Суҳбат давомида бемордаги қўрқув, ишончсизлик ҳолати ва бошқаларни билиб олиш мумкин. Агарда ўзаро суҳбат лозим бўлган даражада ўтса беморда бўлган ҳавотирлик, ички жиддийликлар пасаяди, бемор тинчийди. Етарли тажрибага эга бўлган ҳамшира бемор саволларига қандай жавоб қайтаришни билади, лозим бўлганда айрим саволлар билан врачга мурожаат қилишни тавсия қилади.

Бемор шифохонада даволаниш жараёнида ўз турмуш тарзида мавжуд бўлган хатоликларни тушуниб олади, касаллик ундан янги турмуш тарзини амалга оширишда ёрдамлашади ва беморнинг кейинчалик уни ривожлантиришига кўмаклашади.

Ҳамширанинг иши, фикри ва нуқтаи назари бўлимнинг руҳий ҳолатига мос бўлиши лозим.

Врач ва ҳамшира томонидан ўтказиладиган яққа усулдаги психотерапевтик иш усулидан ташқари, уни даволаш коллективда ўтказиш ҳам мумкин. Ҳамшира ва врач иш давомида палатадаги беморлар билан учрашиб

туради. Палатадаги беморлар йиғилиб қолганда ҳамшира билан суҳбат бошланиши мумкин. Бундай вазиятда беморлар гуруҳига психотерапевтик таъсир ўтказиш имконияти вужудга келади. Суҳбат мавзуси эса, палатада мавжуд бўлган одатлар, беморлар тартиби, айрим беморнинг янги жамоага мослашув муаммоси бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда ҳамшира оддий суҳбат билан чекланиб қолмасдан, тарбиявий ва санитария — оқартув ишлари билан ҳам шуғулланади.

Беморлар билан келиб чиқадиган баҳслар зарарли таъсир кўрсатади. Бундай шароитда ҳамширалар ўзининг ҳақлигини тасдиқлаб туриб олишига ўрин бўлмаслиги керак. Агарда ҳамшира етарли билим ва тажрибага эга бўлса ўз ҳақлигини исботлаб ўтиришга асос қолмайди.

Беморларга турли илтимос ва тошшириқлар бермаган маъқул. Агарда бемор манфаати учун бундай зарурат туғилиб қолса, яхшиси унда беморда бу масалага нисбатан қизиқиш уйғотган маъқул, фақат шундан кейингина унга маълум тошшириқлар бериш мумкин бўлади. Баъзи ҳолларда бемор касалхонадан муддатдан олдин кетиши, шифохонадан чиқиш муддати етиб келганда қолиш иштиёқини билдириши мумкин. Шунинг учун ҳам беморларни шифохонадан чиқиб кетишдан олдин маълум тайёргарлик ишлари ўтказилади. Беморларнинг шифохонадан қандай кайфиятда кетишига бефарқ қарамаслик керак ва барча тушунмовчиликларни олдиндан ечиш керак.

Ҳар қандай алоқа икки томонлама бўлиб, унда врач ёки ҳамшира етакчи ва ташаббускор ҳисобланади. Лекин беморнинг вазифаси ва ўрни ҳам муҳимдир. Тиббий ходимларга нисбатан беморнинг ҳуқуқ ва ахлоқий мажбуриятлари нимада? Н.В.Эльштейн (1983) замонавий терапевтик беморни қуйидагича таърифлайди: касалликларнинг кўплиги; неврозлар даражасининг кўплиги; аллергозлар; семизлик; сурункали ўчоқли инфекция; касалликларнинг атипик ва суст кечиши.

Л.А.Лещинский (1989) юқоридагилардан ташқари қуйидагиларни қайд этади: бемор ёшининг катталиги; кўп нарсадан хабардорлиги (ташхислаш, даволаш ва ҳ.).

Келтирилган омиллар, қатор деонтологик нуқсонлар билан биргаликда (ходимлар ва моддий—техника базанинг қолақлиги ва ҳ.) беморлар томонидан шикоят ва эътирозга пойдевор яратади.

Беморларнинг қуйидаги ҳуқуқлари мавжуд: юқори малакали тиббий ёрдам олиш; ташхислар ва даволаш усулларини танлаш; даволаш—профилактика муассасасини танлаш; ахборот олиш ҳуқуқи ва ҳ.

Албатта, бу ҳуқуқларни амалга оширишда маълум чегара ва деонтологик томонлари борлигини унутмаслик керак. Жумладан, беморга касаллиги тўғрисида ахборот берувчи ходим уни тушунарли қилиб етказиши, ятрогения ва қўрқув ҳолатини сингдирмаслиги лозим. Даволаш усуллари, албатта бемор билан келишиб ўтказилиши керак. Бемор онгини йўқотиб қўйган, ҳаётига ҳавф солувчи ҳолат мавжуд бўлса, беморнинг ҳеч кими бўлмаган тақдирда даволаш усули врач томонидан коллектив билан келишган ҳолда тайинланиши мумкин.

Бемор ўз касаллиги бўйича барча ҳақиқатни врачга айтиши лозим. Касалликни ташхислашда ва даволашда бемор тиббий ходимлар билан бирга фаол қатнашиши керак бўлади.

Беморнинг яна битта этик мажбурияти — унга тайинланган режимни бажариши лозим. Бундай мажбуриятнинг аҳамияти, бемор ишдан озод этилиб касаллик варақасида юрганда, янада ошади. Бемор шифохона шароитида даволанганда шифохона кун тартибини тўла бажариши, тайинланган дори—дармонларни қабул қилиши ва аксинча, тайинланмаганларини қабул қилмаслиги шарт. Албатта, тиббиёт ходимлари ҳеч қандай асоссиз, оғир бўлган беморлар, асаб—руҳий касаллиги бўлган беморларга нисбатан ҳеч қандай норозилик билдирмайдилар. Шунинг билан бир қаторда, бемор ўз ҳуқуқ ва мажбуриятларидан четга чиқиш ҳолатларига чек қўйилиши керак бўлади.

МАХСУС ҚИСМ

VIII — БОБ.

ҚОН АЙЛАНИШ СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Юрак ишемик касаллиги

Юрак мушакларининг озуқа моддалар ва кислородга бўлган муҳтожлиги ва коронар артериялардан оқиб келувчи қон миқдори ўртасидаги номувофиқлик туфайли юзага келувчи касалликдир. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) коронар артерияларнинг органик (торайтирувчи атеросклероз, тромбоз) ёки функционал ҳолат (қисқариш) билан боғлиқ ўткир ўткинчи ва хроник шикастланишларни ўз ичига олади. ЮИК омиларнинг характериға қараб турлича намоён бўлиши мумкин: кўкрак қисиши, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги, юрак ритмининг бузилишлари ва ҳақозо.

Жаҳоннинг ривожланган давлатларида ЮИК аҳоли ўртасида ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади ва ёш ошиши билан кўпайиб боради.

Юрак ишемик касаллиги кўпинча атеросклероз билан боғлиқ бўлади ва унинг хавфли омилари атеросклерозникиға ўхшайди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертлари томонидан таклиф қилинган туркумлашға биноан ЮИК 6 гуруҳға бўлинади.

1. Тўсатдан ўлиш (бирламчи юрак тўхташи)
2. Стенокардия
 - 2.1. Зўриқиш стенокардияси
 - 2.1.1. Биринчи марта пайдо бўлган зўриқиш стенокардияси
 - 2.1.2. Турғун зўриқиш стенокардияси (1 дан IV гача бўлган функционал синф кўрсатилади)
 - 2.1.3. Ривожланувчи зўриқиш стенокардияси
 - 2.2. Бирданиға (алоҳида) бўлувчи стенокардия
3. Миокард инфаркти
 - 3.1. Катта ўчоқли (трансмурал)
 - 3.2. Майда ўчоқли
4. Инфарктдан кейинги кардиосклероз

5. Юрак ритмининг бузилишлари (шакли кўрсатилади)

6. Юрак етишмовчилиги (шакли ва босқичи кўрсатилади)

Тўсатдан ўлиш (бирламчи юрак тўхташи) миокарднинг қон билан таъминланиши турғун бўлмаганлиги сабабли қоринчалар фибрилляциясига олиб келади. Агарда беморда илгарилари стенокардия хуружлари мавжуд бўлган бўлса ёки миокард инфаркти ўтказганда ташхис қўйиш анча енгилашади. Тўсатдан ўлиш бошқа сабаблар туфайли ҳам бўлиши мумкин.

Зўриқиш стенокардияси жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўлади. Такрорланиб туриши, миокард инфарктдан олдинги даврда бўлиши ёки орқага ривожланиши ва такрорланмаслиги мумкин. Миокард метаболизми бузилишларига олиб келувчи эмоционал бузилишлар ва бошқа омиллардан кейин ҳам бўлиши мумкин.

Зўриқиш стенокардиясининг турғун шакли бир ойдан кўп давом этганда ташхислашда функционал синфи кўрсатилади ва у беморнинг жисмоний зўриқишларини бажариш қобилиятига боғлиқ бўлади.

I синф. Бемор одатдаги жисмоний зўриқишларни яхши ўтказиши. Стенокардия хуружлари одатдагидан катта бўлган жисмоний зўриқишларда пайдо бўлади.

II синф. Одатдаги жисмоний фаоллик чекланган. Стенокардия хуружлари текис жойда 500 м дан ошиқ юрганда ёки бир этаждан баланд кўтарилганда пайдо бўлади. Совуқ ҳавода юрганда, шамолга қарши юрганда, эмоционал зўриқишларда хуружлар пайдо бўлиш эҳтимоли баланд бўлади.

III синф. Одатдаги жисмоний фаоллик анча чекланган. Хуружлар текис жойда 100—500 м юрганда ёки бир этагга кўтарилганда пайдо бўлади.

IV синф. Стенокардия хуружлари енгил жисмоний фаолликда, текис жойда 100 м гача юрганда ва тинч ҳолатда ҳам бўлиши мумкин. Тинч ҳолатда камдан—кам учрайдиган хуружлар бу синфга киритиш учун мажбурий критерий ҳисобланмайди.

Ривожланувчи зўриқиш стенокардияси хуружларнинг тез—тез такрорланиши, тобора оғирлашиши ва давомийлигининг узайиши билан характерланади (бунда одатдаги жисмоний фаоллик назарда тутилади).

Бирданига (алоҳида) бўлвчи стенокардия. Тинч ҳолатда, миокардда метаболик талаб бўлмаганда ҳам пайдо бўлади. Одатдаги хуружлардан узоқ ва оғир давом этади, нитроглицерин натижа бермайди. Стенокардиянинг бу шакли асосида коронар артерияларнинг қисқариши ётади. Хуружлар эркин равишда ёки зўриқиш стенокардияси билан биргаликда кечиши мумкин. ЭКГ да хуруж пайтида S—T сегментининг ўткинчи кўтарилиши ёки пасайиши, T тишчанинг ўзгариши бўлади. QRS комплексида инфарктга хос ўзгаришлар, ферментлар миқдорининг ўзгаришлари кузатилмайди.

Инфарктдан кейинги кардиосклероз. Миокард инфаркти ўтказгандан 2 ойдан кейин ташхисланади. Бунда ЭКГ да мавжуд бўлган ўзгаришлар (чандик), анамнез, тиббий ҳужжатлар, ўша даврдаги ферментлар ўзгаришлари асос қилиб олинади.

Юрак ритмининг бузилишлари. Касалликнинг ягона белгилари бўлиши мумкин. Бунда ЮИК ташхиси функционал синовлар ва коронароангиография натижалари билан аниқланиши лозим.

Юрак етишмовчилиги (шакли ва босқичи кўрсатилади). Касалликнинг барча шаклини асоратлаши мумкин. Агарда юрак етишмовчилигида ЮИК нинг клиник ва ЭКГ белгилари бўлмаса (ўтмишда ёки ҳозирда) тапхис шубҳали бўлади.

Коронар артериялар етишмовчилиги атеросклеротик шикастланишларнинг қайси қисмида жойлашганлиги ва унинг даражаси, ён артерияларнинг ҳолатига ҳам боғлиқ бўлади.

Катта ёшдаги кишиларда коронар етишмовчилик патогенезида салбий эмоциялар аҳамияти камроқ бўлади. Улар психикасининг хусусияти, ҳодисаларни бошқачароқ қабул қилиш, асаб—экстракардиал бошқарувнинг заифлиги, рефлектор реакциялар кучи пастлиги бунга сабаб бўлади. Жисмоний зўриқиш, метеорологик омиллар вегетатив нерв системаси бошқарувини енгил издан чиқарувчи омил сифатида аҳамиятлидир.

Ошиқча қабул қилинган овқатликлар ошқозон ва ичакларнинг тўлиб кетишига сабабчи бўлади ва кўкрак қисиши ва миокард инфарктини келтириб чиқариши мумкин. Бунда диафрагманинг ўта юқори жойлашиши,

қоннинг қайта тақсимланиши натижасида юрак мушакларининг кам озуқаланиши, ошқозон ва ичак трактининг рецепторлари қитиқланиши туфайли рефлектор таъсир катта роль ўйнайди. Овқатлик характери ва қабул қилинган вақти, айниқса ухлашдан олдин истеъмол қилинса хавфи катта бўлади. Ёғлик овқат қонда ёғлар миқдорининг ошишига, холестериннинг ошишига ва қон ивишининг тезлашишига сабаб бўлади. Қон ивишининг ошишига мойиллик кўпинча овқатдан 3—5 соат ўтгандан кейин бўлади. Кўкрак қисиши ва миокард инфарктининг тунги соатларда бўлиши ҳам шу омиллар билан боғлиқ.

Катта ҳаяжонланишлар, жисмоний зўриқишларда, организм ўта совуққотганда қонда катехоламинлар миқдори ошади ва миокарднинг кислородга бўлган талаби ҳам ошади. Бу эса кексаларда коронар артериялар етишмовчилиги туфайли миокард гипоксиясига сабаб бўлади.

Ташхислаш ва клиник кечиши. Кексалар ва қарияларда атипик кечиши туфайли ташхислар қийинчилик туғдиради. Коронар етишмовчиликнинг хусусиятларидан бири аста—секин бошланиши, клиник белгиларнинг кам кўзга ташланиши, узоқ давом этиши ва қайта тикланиш даврининг чўзилишидир. Кексаларда коронар етишмовчилиги ўтгандан кейин ҳам миокардда модда алмашинув жараёни секин тикланади. Узоқ давом этувчи стенокардия хуружлари майда ўчоқли миокард шикастланишларига олиб келади, бундай ҳолат кўпинча ташхисланмайди. Стенокардиянинг оғриқсиз турлари кўплаб учрайди. Бунда оғриқ эквиваленти сифатида нафас сиқиши, астматик ҳолат бўлиши мумкин. Стенокардияга ҳос оғриқларнинг бўлмаслиги, бемор онгининг хираланиши, руҳий реакциянинг сустлиги сабабдир. Кўпчилик ҳолларда атипик оғриқ синдроми кўкракда босим, енгил оғриқ, беморни тинчлик сақлашга чақирувчи, сифатида кўриниши мумкин.

Коронар етишмовчилик кексаларда эпигастрал соҳада Дискомфорт сезиш, ҳаттоки қориннинг пастида оғриқ сезиш ва сийдик ажралишига чақириқ билан ҳам бўлиши мумкин. Стенокардия оғриғи сифатида, шунингдек, ҳаяжонланишлардан кейин пайдо бўлувчи, қисқа давом

этувчи ва валидол, нитроглицерин қабул қилгандан кейин ўтувчи оғриқларни ҳам қараш керак.

Лекин кўкрак қафасидаги ҳамма оғриқларни ҳам коронар оғриқ деб қарамаслик керак. Бундай оғриқлар умуртқа поғонаси (остеохондроз), бўғимларда (чап елкада) юзага келиб кўкрак қафаси соҳасида сезилиши мумкин. Оғриқлар қобирғалар оралиғида, уларнинг тўш суягига бириккан жойида бўлиши мумкин. Лекин шуни унутмаслик керакки, оғриқ кўкрак қафасининг қаерида бўлмасин, бўйинда, чап елка бўғимида врач уларнинг коронар артериялар билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини унутмаслиги керак. Баъзида овқат ютишда қийинчилик бўлиши ёки овқат тўхтаб қолиши (тўш суяки орқасида) стенокардия ёки миокард инфаркти аломати бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда кўкракдаги енгил ва атипик, анальгетиклардан кейин ўтиб кетувчи оғриқлар маҳаллий нервлар билан боғлиқ оғриқлар деб қабул қилиниши мумкин. Бундай оғриқлар ҳар томонлама текширувлардан кейин, уларнинг характерици ва коронаролитикларга жавоб реакциясини текширгандан кейин ташхисланиши керак.

Катта ўчоқли кенг инфарктлар кексаларда кам кузатилади (29,3%), бир вақтнинг ўзида 40 ёшгача бундай инфарктлар (63,3%) учраши мумкин (Е.И.Чазов, 1972).

Шундай қилиб, миокард инфарктини кексалар ва қарияларда ташхислаш мавжуд бўлган клиник белгиларни чуқур баҳолаш ва дифференциал ташхислашни талаб қилади. Кўп ҳолларда МИ мия инсульти билан дифференциал ташхислашга тўғри келади. Чунки врач диққатини кўпинча неврологик белгиларга қаратади (юз нерви парези, лагоофтальмус, гемипарез ёки паралич, баъзида онгини йўқотиш), гемодинамика бузилишига, жумладан мияда ҳам, сабачи бўлган миокард инфаркти (МИ) билинмасдан қолиб кетади. Дифференциал ташхислашнинг ЭКГ критерийлари 2—жадвалда келтирилган.

Инсульт ва миокард инфарктида ЭКГ ўзгаришларнинг
дифференциал — ташхислаш мезонлари
(Б.В.Ильинский ва С.П.Астраханцева, 1971)

ЭКГ белгилар	Инсултида	Миокард инфарктида
QRS комплекси ўзгаришлари (кенг чуқур Q ёки QS)	Бўлмайди (илгари ўтказган миокард инфаркти туфайли бўлиши мумкин)	Қоида сифатида бўлади
S — T сегментининг тумбазсимон кўтарилиши (монофаз эгри чизик)	Бўлмайди (баъзида ўтказилган инфаркт туфайли аневризма бўлганда кузатилади)	Қоида сифатида яққол кўринади
S — T сегментининг пасайиши	Камдан кам	Тез — тез такрорланувчи, яққол намоён бўлади
T тишчасининг ўзгариши	Кўпинча кескин каттайган («жуда катта»)	Одатда инверсия
T ва U тишчаларнинг бирлашиши, кенг шакли жуда катта мусбат ёки манфий T+U тишча ҳосил бўлиши	Характерли	Кузатилмайди
Юрак уришлар сони	Секин ёки норманинг пастки кўрсаткичи	Одатда тез — тез уради
Интервал P — Q	Ҳаттоки брадикардияда ҳам норманинг паст кўрсаткичи ёки қисқарган	Нормада ёки узайган
Тесқари динамика	Одатда тез бўлади (қулай кечганда 1 — 7 кун давомида)	Бир неча ҳафта ёки ой давомида

Юқорида айтганимиздек, миокард инфарктини ташхислаш нафақат клиник белгилар асосида, ҳаттоки ЭКГ

белгилар асосида ҳам айрим қийинчиликлар туғдиради. Ҳаттоки соғлом кексаларда ҳам ЭКГ ўзининг хусусиятларига эга бўлади. Жумладан P—Q интервалининг узайиши (0,20—0,22 с), P тишчасининг пасайиши стандарт ва кўкрак уланишларида бунга мисол бўлади. Ёш ўтиши билан ЭКГ—нинг чап тури кузатилиб боради. QRS ва T тишчалари амплитудаси пасайиб боради ёки ажратиш чизиқида ётиши мумкин. QRS комплексидаги нотекисликлар ва унинг кенгайишини, Гисс тутамининг ўнг оёқчаси блокадаси ҳам физиологик бурилиш деб қараш мумкин. Юрак тож артериялари ва юрак мушаклари атеросклерози ривожланиб бориши билан ЭКГ ўзгаришлар ҳам яққол кўзга ташлана боради. Чапга силжиш, барча тишчаларнинг вольтажи пасаяди, айниқса T тишчаси I, AVL, кўкрак уланишларида, яққол кўзга ташланади. Шунингдек, икки фазали T тишчаси ва S—T масофасининг ажратиш чизигидан пастга силжиши пайдо бўлади. QRS комплекси кенгайди.

Р.Харрис (1970) кексалар ва қарияларда ЭКГ ўзгаришларининг уч турини ажратади. Биринчи тури — классик, биринчи сутка давомида S—T сегментининг ажратиш чизигидан ҳаддан ташқари кўтарилиши ва кейинчалик T тишчасининг ажралиши ва манфий шаклланиши, Q ёки QS тишчасининг шаклланиши билан характерланади. Бундай ўзгаришлар кўпинча трансмурал инфарктларида қайд қилинади. Иккинчи тури — ЭКГ да комплекс QRS ўзгармасида ундаги T тишчаси тобора манфий ва чуқурлашиб боради, бундай ўзгаришлар трансмурал инфаркт йўқлигидан далолат беради. Аввалига S—T сегменти ажратиш чизигидан кўтарилиши кейинчалик чуқур манфий T тишчалари билан алмашинади, бундай ўзгаришлар қатор ЭКГ уланишларида кўзга ташланиши мумкин. T манфий тишчалар ҳафталаб ва ойлаб давом этиши мумкин. Бундай ҳолат субэндокардиал миокард инфарктларида учрайди. Учинчи тури — S—T сегменти ажратиш чизигидан тобора пастга силжий бошлайди 1—2 мм га ва манфий T тишчаси шаклланади, бу оёқ ва кўкрак уланишларида яхши кўринади. Бундай ўзгаришлар ҳам субэндокардиал инфарктларга ҳосдир.

Маида ўчоқли инфарктларда ЭКГ да QRS комплекси муҳим ўзгаришларга учрамайди, патологик Q тишчаси

аниқланмайди, R тишчаси амплитудаси пасаймайди. Ўзгаришлар асосан ST сегменти ва T тишчасига хос бўлади. Шикастланган соҳани ёзиб олувчи уланишларда ST сегментининг изоэлектрик чизиқдан пастга силжиши ва T тишчасининг манфий ва чуқур бўлиши кузатилади. Бундай ўзгаришлар субэндокардиал инфарктларга хосдир.

Температура реакцияси, лейкоцитоз ва СОЭ кўтарилишлари, ёшлардагига нисбатан, унча кўзга ташланмайди. Қайд қилиш керакки, СОЭ нинг баланд бўлиши соғлом кишиларда ҳам учраши ва оқсиллар таркибининг ўзгариши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Аммо бундай ўзгаришлар ёш билан боғлиқ физиологик силжишлардан четга чиқмаслиги керак.

Агарда ЭКГ кексалар ва қарияларда ўткир миокард инфарктида 50–65% ҳолатларда ижобий натижа берса, қон энзимлари миқдорининг ошиши – 85–90% ҳолатда ёрдам беради. Айниқса глютаминшавелуксус трансминаза миқдорининг ошиши катта аҳамиятга эга. Фермент ошишининг бошланиши миокард инфарктдан 6–12 соатдан сўнг бошланиб 24–48 соатдан кейин юқори нуқтасига кўтарилади, кейинчалик аста–секин пасайиб 7–10 кундан кейин нормага қайтади. Нормада ГШТ 8–40 ед.га тенг. Кенг тарқалган инфарктларда ГШТ активлиги 100–500 ед., баъзида 1000 ед. гача кўтарилади ва миокардда некроз ўзгаришларнинг катталигини кўрсатади. Фермент ўзгаришларини баҳолашда ГШТ миқдорининг ошқозон ости бези (панкреатит) ва жигарнинг паренхиматоз касалликларида ҳам ошишини ҳисобга олиш керак бўлади.

Миокард инфарктида, шунингдек, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), креатинфосфокиназа (КФК), альдолаза ферментларининг активлиги ҳам ошади.

Миокард инфарктида ЛДГ ферменти активлигини аниқлаш асосий лаборатор усуллардан ҳисобланади. Миокард инфарктининг ўткир даврида ЛДГ ферментининг қон зардобдаги миқдори 2–10 бароварга ошади ва миокард сатхининг шикастланишига параллель кечади, бунда 10 марта ва ундан ошганда касалликдан ўлиш ҳолатлари ўта баланд бўлади (А.А.Згурский ва авт., 1982). Кекса ва қариялик ёшида миокард инфаркти типик равишда кечганда ЛДГ миқдорининг баландлик даражаси

унча юқори бўлмайди, оғир рецидивларида эса анча баланд бўлиши кузатилади. Маълумки кексайиш жараёнида турли аъзоларда, шунингдек юрак мушакларида ҳам бирлаштирувчи тўқима миқдори кўп бўлади. Эҳтимол, кексаларда АДГ ферментининг некроз участкасидан секин ажралиши ва миқдорининг паст бўлиши шунинг билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Миокард инфаркти кексалар ва қарияларда кечишининг характерли белгилари — секин ривожланиши; суст кечиши, кам белгили бўлиши, клиник белгиларнинг хос бўлмаслиги, оғриқсиз турининг тез — тез такрорланиши, юрак етишмовчилигининг тез ривожланиши, стресс омиларга чидамсизлиги, юрак аритмиялари ва тромбоземболик асоратлар пайдо бўлишидир (К.Ю.Юлдашев, 1987).

Кекса ёшдаги одамларда миокард инфарктида бўлмача ва қоринча экстрасистолиялари, хилпироқ аритмия, ўтказувчанлик функциясининг бузилиши ҳолатлари кўплаб учрайди. Миокард инфаркти бу шахсларда миокард қисқариш қобилиятининг пасайиши туфайли, юрак — томирлар етишмовчилиги билан кечади. Бунда қоннинг тепки ва минутлик ҳажми камаяди. Юрак етишмовчилиги чап қоринча етишмовчилиги шаклида намоён бўлади.

Миокард инфаркти ўтказган беморларда касаллик ўтказгандан кейинги ҳолати (прогноз) унинг ёшига боғлиқ бўлади ва ёш қанчалик баланд бўлса бу ҳолат шунчалик оғир бўлади. Чайновский ва авт., (1973) К.Ю.Юлдашев, (1987) маълумотларига кўра миокард инфаркти ўтказган беморларда 5 йил давомида стенокардия ва юрак етишмовчилиги 35%, 40 ёшгача 12,5 — 17% ўлган бўлса, 60 ёш ва охиқ бўлганда бу кўрсаткич — 65% ташкил этади. Биринчи йил давомида ўлим кўрсаткичи анча баланд бўлади.

Даволаш. Юрак ишемик касаллигини даволашнинг умумий принциплари гериатрик амалиётда ҳам сақланиб қолади. Касалликнинг олдини олиш атеросклерознинг олдини олиш тадбирларига ўхшаш бўлади. Диспансеризация катта аҳамиятга эга.

Миокард инфарктини даволаш умумий принципларга асосан ўтказилади. Бу ўринда кекса ёшдаги шахсларда бир нечта касалликнинг бир вақтда бўлиши, организм

компенсатор ва резерв имкониятларининг пасайиши, дори препаратларининг ва кексалар организмнинг хусусиятларини эътиборга олиш лозим.

Юрак ишемик касаллигида (кўкрак қисиши, миокард инфаркти) фармакологик даволашни миокарднинг кислород билан таъминланишига эмас, балки унинг кислородга бўлган муҳтожлигини камайтиришга қаратиш керак, чунки коронар артериялар склерозида миокардни кислород билан тўла таъминлашга эришиш қийин масала. Ўтказиладиган тадбирлар юракдаги оғриқни йўқотишга ва юрак етишмовчилигига қарши қаратилган бўлиши лозим. Коронар артерияларнинг пасайган функцияси беморнинг зўриқишларига мос бўлиши керак.

Кўкрак қисишларида медикаментоз даволашнинг асосини нитратлар, бета-адренергик блокаторлар, дигиталис препаратлари ташкил қилади. Бу препаратларнинг ўзаро комбинацияси яхши натижа беради. Нитратлар юракнинг кислородга бўлган муҳтожлигини камайтиради. Улар таъсирида томирларнинг, юрак томирларининг кенгайиши юзага келади. Вена томирлари тонусининг пасайиши веналар орқали юракка оқиб келувчи қон миқдорини камайтурса, артериолалар кенгайиши периферик қаршиликнинг пасайишига, қон босимининг пасайишига сабаб бўлади. Натижада юракнинг чўзилиши ва деворларнинг таранглашиши камаяди. Нитроглицерин стенокардиянинг бошланишида яхши натижа беради. Хуруж бошланишидан қанча кўп вақт ўтса, унинг дозаси шунча баланд бўлади. Нитроглицерин тез парчаланиши туфайли ҳар 4—5 минутдан ёки 15—20 мин. тил остига қабул қилиш мумкин бўлади. Беморда қон босимини бирданига тушириб юбормаслик учун уни назорат қилиб турилади. Нитроглицерин ва гипотензив препаратлар тайинлаганда кексалар ва қарияларда қон босимини кескин тушишига йўл қўймаслик керак, коронар артериялар ва мия томирларида қон айланишининг кескин бузилишлари юзага келиши мумкин. Бундай препаратлар қабул қилингандан кейин бемор ётиш ҳолатида бўлгани маъқул.

Кўкрак қисиши хуружларини олдини олиш мақсадида ҳозирги вақтда узоқ вақт таъсир кўрсатувчи препаратлар (нитросорбид, моносан ва б.) қўлланилади.

Миокард инфарктида оғриқ синдромини олиш мақсадида 1% морфин эритмаси 1—2 мл м/и 0,1% —0,5 мл атропин эритмаси билан қўлланилади. Нафас маркази фаолияти пасайишини олдини олиш мақсадида бир вақтда кордиамин 2—3 мл миқдорида қилинади. Ундан ташқари морфин гипотония, сийдик ажралишининг пасайиши, кўнгил айнаши ва қайт қилиш каби салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Морфиннинг ваготоник таъсирини олдини олиш мақсадида в/и нолоксон 0,4 мл (умумий дозаси 1,2 мг гача) қилиш мумкин, айниқса нафас маркази фаолияти қашшоқлашганда. Омнопон, пантопон, промедол салбий таъсирга камроқ эга бўлиб интенсивлиги камроқ оғриқларда ишлатилади.

Кардиоген шок мавжуд бўлганида в/и 1% мезатон ёки 1 мл 0,2% норадреналин эритмалари томчилаб юборилади (250—300 мл 5% глюкоза ёки физиологик эритмада). Бунда қон босими ҳар 3—5 минутда ўлчаб турилади ва қон босими 120 мм тенг бўлганда томчилар сони камайтирилади, натижа бўлмаса томчилар сони 20 тадан 40 тагача оширилади.

Чап қоринча етишмовчилиги бўлганда в/и 0,05% строфантин эритмаси 0,5 мл томчилаб юқоридаги эритмаларда юборилади.

Миокард инфарктининг ўткир даврида гепарин 10000—15000 ед в/и, кейинчалик 5000—10000 еддан м/и суткасига 3—4 марта қилинади, қон ивиш вақти назорат қилиб турилади. Иккинчи суткадан бошлаб билвосита таъсир кўрсатувчи антикоагулянтларга ўтилади (пелентан, фенилин, синкумар). Гепарин 2—3 сутка давомида қон ивиши жараёнини назорат қилган ҳолда қўлланилади. Билвосита антикоагулянтлар билан даволаш давом эттирилади.

Гепарин билан даволашда қоннинг ивиши 2—2,5 марта, билвосита антикоагулянтлар қўлланилганда протромбин индекси 40—50% пасайиши эффе́ктив деб ҳисобланади. Кекса ва қариялик ёшидаги беморларда даволашдан олдинги қон ивиши кўрсаткичларини ўрганиш керак.

Кексалар ва қарияларда, миокард инфарктида антикоагулянтлар билан даволаш фақат шок мавжудлигида, тромбоземболик асоратларда, юрак декомпенсациясида,

бемор узоқ вақт ётиш режимида бўлганда ишлатилиши мақсадга мувофиқ деган фикрлар ҳам мавжуд. Бундай фикр кексалик ва қариялик ёшидаги беморлар антикоагулянтларга ҳамма вақт ҳам муҳтож бўлмайдилар деган хулоса асос қилиб олинган.

Антикоагулянтларни ишлатишга мутлоқ қаршиликлар: қон касалликлари, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси, жигар ва буйракнинг хроник касалликлари. Нисбий қаршиликлар — кексалик ва қариялик ёши, яқин вақтдаги ошқозон ва урогенитал қон кетишлар, қон босимининг баландлиги (200/120 мм.сим.уст. баланд), ҳомиладорлик, аорта аневризмасига шубҳа ва б. Нисбий қаршиликлар мавжуд бўлганда тромболитик даволаш миокард инфаркти асоратининг ҳавфи билан таққослаб кўрилади.

Кексалар ва қариялар ёшида миокард инфаркти касаллигида ҳаракат режими узоқ чекланмаслиги керак. Ётоқ режими уларда салбий таъсир кўрсатиши мумкин (димланиш пневмонияси, тромбофлебит, ўпка артерияси эмболияси). Шунингдек ётоқ яралари, сийдик ажралиши бузилиши, мушакларда атрофия ва артрозлар ривожланиши мумкин. Гериатрик амалиётда ҳаракат режимининг ўртача муддатлари қўлланилади.

Гериатрик амалиётда беморларга нафақат жисмоний, балки руҳий тинчлик ҳам тавсия этилади.

Миокард инфарктининг ўткир даврида, айниқса оғриқ мавжудлигида, овқатланиш кам миқдордаги улушларда ($1/4 - 1/3$ стакан) енгил ҳазм бўладиган овқат тавсия этилади. Ош тузи ва суюқлик миқдори чекланади.

Кейинги кунлар давомида творог, бугда пишган котлет, мева ва сабзавотлар пюре шаклида, суюқлик 600—800 мл миқдорида руҳсат этилади. Юрак функциясига салбий таъсир кўрсатувчи, қоринда газ тўшловчи ширинликлар ва ҳамир овқатликлар берилмайди. Овқатликлар калоражи аста—секин тўла қийматли оқсиллар (гўшт, балиқ қайнатилган) ва углеводлар (бўтқа, қора нон, ҳўл ишқаланган мевалар) ҳисобига оширилади.

Кейинги йилларда миокард инфарктида ўлимни камайтириш (айниқса тўсатдан ўлиш), инфарктнинг қайталанишини олдини олиш ва хроник юрак етишмовчилигини бартараф қилиш мақсадида АУФ

ингибиторларига бўлган қизиқиш каттадир. Бу борада ўтказилган текширишлар миокард инфарктининг дастлабки мuddатларида қўлланилганда бу препаратлар (монелик бўлмаганда) натижали ва ҳавфсиз эканлиги қайд қилинмоқда.

АУФ ингибиторлари миокард инфарктида 3—кундан бошлаб (монелик бўлмаганда) чап қоринча дисфункцияси пайдо бўлганда қўлланилади. Чап қоринча олд деворининг Q—тўлқинли инфарктида АУФ ингибиторлари узоқ вақт давомида тавсия этилади.

Каптоприл (капотен) 6,25—12,5 мг суткасига 3 марта (оптимал доза 25—50 мг), эналаприл (ренитек) 2,5 мг суткасига 2 марта (оптимал доза 5—10 мг) суткасига 2 марта берилади.

Бета—адреноблокаторлар миокарднинг кислородга бўлган муҳтожлигини камайтиради, юрак уришлар сонини пасайтиради, қон босимини туширади. Миокард инфарктида некроз зонасининг камайганлиги ва ўлимнинг пасайиши тўғрисида маълумотлар мавжуд. Бета—блокаторлар симпатик нерв етишмовчилиги бўлмаганда эффеkтив таъсир кўрсатади.

Бета блокаторлар қуйидаги схема бўйича қўлланилади: метапролол 5 мг в/и ҳар 5 минутда, умумий дозаси 15 мг гача, кейинчалик 50—100 мг 12 соатдан ичишга берилади; пропранолол умумий дозаси 0,1 мг/кг, бу доза в/и учга бўлиб ҳар 5—10 минутдан юборилади, бир соатдан кейин 20—40 мг ҳар 6—8 соатдан ичишга берилади; атенолол 5—10 мг в/и, кейинчалик 100 мг суткасига 1 марта ичишга берилади.

Бета блокаторлар қуйидаги ҳолларда тавсия этилмайди: ЮУС тинч ҳолатда минутага 50—55дан кам бўлганда, систолик қон босим 95 мм сим.уст. кам бўлганда, АВ блокада 1 даражаси (PQ 0,24 с катта бўлганда), ўпканинг обструктив касалликларида, текшириш пайтида ўпкада шовқинлар эшитилганда, юрак етишмовчилиги мавжуд бўлганда.

Бемор шифохона шароитида реабилитация давосини ўтагач барча текширишларнинг динамикасини ҳисобга олган ҳолда, юрак—томирлар системасининг кундалик эҳтиёж учун лозим бўлган ҳаракат режимига реакциясини ўрганиб руҳсат берилади. Қайта тиклашнинг кейинги этапи

шифохонадан ташқари шароитда ўтказилади (поликлиника ёки уй). Бемор диспансер ҳисобида ва кузатувда бўлади. Беморни уй шароитида кузатиб бориш врач ва тиббий ҳамширанинг вазифасига киради.

Кардиосклероз

Кардиосклероз юрак мускулида бириктирувчи тўқимадан иборат чандиқ пайдо бўлиб борадиган касалликдир. Кардиосклероз атеросклероз ёки миокардит оқибатида бўлиши мумкин. Шу муносабат билан атеросклеротик ва миокардитик кардиосклероз тафовут этилади. Атеросклеротик кардиосклероз узоқ давом этган миокард ишемияси туфайли ёки миокард инфарктдан кейин пайдо бўлиши мумкин. Миокард инфарктдан кейин пайдо бўлган кардиосклероз инфарктдан кейинги кардиосклероз деб аталади.

Атеросклеротик кардиосклерознинг иккита шакли — ўчоқли ва кенг тарқалган (диффуз) шакли ажратилади. Кардиосклерознинг ўчоқли шакли кўпчилик ҳолларда, миокард инфарктининг натижаси ҳисобланади. Унинг диффуз шакли эса узоқ давом этган миокард ишемияси туфайли юзага келади. Бунда чандиқ тўқиманинг тарқалиши миокардда бир текисда бўлмайди, чунки коронар артериялар атеросклерози ҳамма жойда бир хил ривожланган бўлмайди.

Атеросклеротик кардиосклероз одатда қуйидаги учта клиник синдром билан намоён бўлади. 1) оғриқ синдроми (стенокардия); 2) ўтказувчанлик ва юрак ритмининг бузилишлари; 3) қон айланиши етишмовчилиги билан аниқланади.

Атеросклеротик кардиосклероз доимо ривожланиб боради, бунда беморнинг аҳволи вақтинча яхшиланиб турадиган даврлар ҳам қайд этилади. Оғриқли шаклида такрорий миокард инфарктлари юзага келиб касалликнинг кечиши ва беморнинг аҳволини оғирлаштириб қўяди.

Кардиосклерознинг оғриқсиз формасида юрак ритмининг бузилишлари (экстрасистолия, титроқ аритмия, пароксизмал тахикардия) ва ўтказувчанлик функциясининг

бузилиши ёки қон айланишининг бузилиши билан намоён бўлиб беморда хансираш, юрак тез—тез уришлари, жигарнинг катталашуви, оёқларда шиш пайдо бўлиши мумкин.

Агарда беморларда инфарктдан кейин юракда аневризма пайдо бўлса юрак етишмовчилиги тез ривожланиб оғир кечиши мумкин.

Атеросклеротик кардиосклерози бор беморлар узоқ вақт яшаши ва ишлашлари мумкин. Баъзи беморларда ўтказувчанлик функциясининг кескин бузилишлари Адамс—Стокс—Морганъи синдроми ривож топишига олиб келади. Тўсатдан пайдо бўлувчи қоринчалар фибрилляцияси беморнинг тўсатдан ўлиб қолишига сабаб бўлади.

Атеросклеротик кардиосклероз ва миокардитик кардиосклерозни дифференциал ташхислаш лозим бўлади. Бунда беморнинг анамнези, ЭКГ ва рентгенологик текширишлар, касалликнинг белгиларини синчиклаб ўрганиш ёрдам беради.

Даволаш. Юрак ритмининг бузилишлари, қон айланишининг бузилишини даволаш тегишли бўлимларда келтирилган.

Катта ёшдаги кишиларда склеротик (систолик) гипертония

Артериал қон босими ёш ошиши билан ўзгариб боради. Ёшларда асосан диастолик қон босим ошиб боради. Ўрта ёшдаги кишиларда систолик қон босим тез суръатлар билан ошабориши кузатилади. Кекса ёшдаги кишиларда систолик қон босимнинг ошиши давом этиб боради, диастолик қон босимнинг ошиши эса тўхтаб ёки пасаяди. Қарияларда эса систолик қон босимининг ошиши тўхтаб, диастолик қон босими аста—секин пасая боради.

Систолик гипертония 50—59 ёшдаги кишиларда ўртача 10%, 60—69 ёшда—22%, 70—79 ёшда—38% ҳолларда учрайди.

Систолик гипертония билан беморлар одатда шифохонага «гипертония» ёки «атеросклероз» ташхиси билан юбориладилар, кейинги текширишлар натижасида

эса уларнинг ҳар 3—4 нафарида систолик гипертония мавжудлиги аниқланади. 60—69 ёшдаги кишиларда систолик ва систолик—диастолик қон босими (гипертония касаллиги) аёллар ва эркеклар ўртасида барабар учрайди; 70 ва ундан катта ёшдагиларда систолик гипертония икки марта кўп учрайди.

Қандли диабет беморларида систолик гипертония тез—тез учрайди.

Гипертония касаллигининг шаклланиши ва ривожланишида нейроген назария (салбий психо—эмоционал зўриқишлар, стресс ҳолатлар)га алоҳида эътибор берилади, бунда туғма—конституционал хусусиятлар ҳам ҳисобга олинади (Г.Ф.Ланг, 1950, А.Л.Мясников,1965). Гипертония касаллигининг келиб чиқишида генетик омилларнинг муҳим роли маълумдир.

Катта ёшдаги кишиларда шахснинг психологик хусусиятлари систолик гипертониянинг кечишига таъсир кўрсатади, унинг этиологик роли узил—кесил ҳал этилган эмас.

Шунингдек, гипертония касаллигининг этиологиясида роль ўйновчи қатор омилларнинг систолик гипертониянинг келиб чиқишига таъсири ҳам тўла ўрганилмаган. Булар қаторига географик муҳит, урбанизация, семизлик, ош тузини кўп миқдорда истимол қилиш, жисмоний фаоллик даражаси ва бошқаларни киритиш мумкин. Кўрсатилган омиллар систолик гипертониянинг келиб чиқишида маълум роль ўйнасаларда уларни мойиллик қилувчи омиллар қаторига киритиш мумкин.

Катта ёшдаги кишиларда систолик гипертониянинг патогенезида—унинг периферик қаршиликнинг ошишига ёки юрак отиб чиқарувчи қон миқдорига боғлиқлиги масаласи муҳимдир. Маълумки кексайишнинг физиологик турида юрак отиб чиқарувчи қон миқдори (минутлик ва тепки) пасаяди, умумий периферик қаршилик эса ошади (А.В.Токарь,1977, О.В.Коркушко,1980).

Артериал гипертониянинг истаган турида қуйидаги иккита омил етакчи роль ўйнайди: томирлар қаршилигининг ошиши ва юрак отиб чиқарувчи қон миқдорнинг ошиши. Ҳар иккала омил биргаликда бўлиши мумкин.

Ҳаракатдаги қоннинг умумий миқдори, қон ёпишқоқлиги, кўкрак ва қорин бўшлигидаги қон тебранишлари, гидростатик кучлар ва б. билвосита патогенетик роль ўйнасада томирлар қаршилиги билан биргаликда умумий периферик қаршилик деб қаралади.

Гипертония касаллигининг дастлабки босқичларида юрак отиб чиқарувчи қоннинг миқдори ошган бўлади. Касалликнинг ривожлана бориши билан, унинг II босқичида, бу кўрсаткич нормадан пасаяди, ва умумий периферик қаршилик ошаборади, қон босимининг кўтарилишига сабаб бўлади. Гипертониянинг бу босқичида икки гуруҳ беморлар ажратилади: юрак отиб чиқарувчи қон миқдорининг устунлиги билан ва периферик томирлар қаршилигининг ошиши устунлиги билан. Биринчи, гиперкинетик шаклида кўпроқ систолик қон босими кўтарилади, иккинчисида эса — диастолик қон босими ошади.

Юрак отиб чиқарувчи қон миқдори ошиши билан кечувчи систолик артериал гипертонияларга қуйидаги касалликларни киритиш мумкин: аорта клапани етишмовчилиги, артерио — веноз аневризма, токсик зоб, анемия, ҳомиладорлик ва б.

Систолик гипертония кекса ёшдаги кишиларда артериал системада, айниқса аортада ва унинг йирик шахобчаларида диффуз склеротик жараённинг юзага келиши билан боғлиқ бўлади. Натижада у ўз эластиклигини йўқотади.

Соғлом кишиларда эластик аорта ва йирик артериялар юрак қонни отиб чиқарган пайтда анча кенгаяди. Бу эса систолик қон босимнинг нисбатан камайишига сабаб бўлади. Кейинчалик аорта аста — секин тораяди ва диастолик қон босимни бир меъёрда сақлаб туради. Аортада склероз ривожланиши ва унинг эластиклигининг йўқолиши натижасида бу механизм сустроқ кечади. Систолик қон босимнинг баланд бўлиши ва диастолик босимнинг паст бўлишига шароит яратилади. Систолик гипертония ривож топади.

Систолик гипертонияда асосий патогенетик омил — аорта ва йирик артериялар атеросклерози ва унинг эластиклиги йўқолишидир.

Ёрдам қилувчи омилларга микроциркулятор оқимдаги ўзгаришлар, юрак қисқаришлар сонининг нисбатан камайиши, бош мия ишемиyasi, прeссор ва депрeссор системадаги ўзгаришлар — эркин норадрeналиннинг адрeналинга нисбатининг камайиши, ренин — ангиотензин системаси активлигининг ошиши, кинин системаси активлигининг пасайиши ва бошқаларни киритиш мумкин.

Асосий омил, монелик кўрсатувчи бошқа омиллар мавжуд бўлмаганда, ўзи ҳам склеротик гипертония келтириб чиқариши мумкин. Асосий омил етарлича бўлмаганда, склеротик гипертония ривожланиши учун битта ёки бир нечта ёрдамчи омиллар қўшилиши лозим бўлади. Асосий омил етарлича ривожланганда ёрдамчи омиллар систолик гипертониянинг даражаси ошишига сабабчи бўладилар, клиник кечишини ва характерини ўзгартиради.

Систолик гипертониянинг келиб чиқишига сабабчи бўлувчи омилларни учта гуруҳга бўлиш мумкин: 1) фақат систолик гипертониянинг ривожланишига ёрдам этувчи; 2) систолик ва диастолик гипертонияга олиб келувчи; 3) қон босимининг ошишига олиб келмасада, диастолик босимнинг пасайишига ёрдам берувчи, систолодиастолик қон босими натижада систолик гипертонияга айланади.

Катта ёшдаги кишиларда систолик гипертониянинг турғун ва турғун бўлмаган турлари ажратилади. Турғун тури — қаршилиқ гипертониянинг классик тури сифатида аорта атеросклерози ва унинг эластиклиги йўқолиши билан боғлиқ. Систолик гипертониянинг турғун бўлмаган тури патогенезида, асосан гиперкинетик механизмлар — юрак отиб чиқарувчи қоннинг нисбатан бaлaнд бўлиши ва аорта эластиклигининг батамом йўқолмаганлиги аҳамиятга эга бўлади.

Клиник манзараси. Систолик гипертонияда бир тарафлама ва бетараф белгилар мавжуд бўлиб, уларнинг баъзилари гипертония билан, бошқалари эса атеросклероз билан боғлиқ бўлади. Ташхис қуйишда қон босимининг ошиши асосий роль ўйнайди. Систолик артериал гипертония (САГ) деб систолик артериал босимнинг (САБ) симоб устуни ҳисобида 160 мм дан ортиқ ва диастолик артериал босим (ДАБ) нинг 90 мм дан паст бўлишига айтилади. Катта ёшдаги кишиларда систолик гипертонияга СКБ бaлaнд бўлган ва диастолик қон босим унча бaлaнд

бўлмаган ҳолатларни ҳам киритиш тавсия этилади, масалан 200/100 мм.сим.уст. тенг КБ. Ҳозирги вақтда бундай қон босими алоҳида ажратилиб диспропорционал деб белгиланади.

Диспропорционал гипертония, ажратилган систолик гипертонияга нисбатан, тез — тез учраб туради. САБ доимий бўлмаслиги, баъзида нормада бўлиши мумкин, лекин у тез — тез ошиб туради ва узоқ давом этади. САГ классик турида систолик гипертониянинг ошиши доимий ва характерли белги ҳисобланади. Катта ёшдаги одамларда систолик гипертония қон босимининг 160—200/60—90 мм.сим.уст. атрофида бўлиши билан намоён бўлади. Баъзи беморларда КБ 300/50—40 мм.сим.уст. тенг бўлиши ҳам мумкин. Лекин бундай қон босими кам учрайди.

Систолик гипертония 1 ва 2 турга, турғун ва турғун бўлмаган шаклига бўлинади. 1 тури — бирламчи систолик гипертония. Касалликнинг бу турида беморнинг анамнезида ва кузатув жараёнида диастолик босимнинг ошиши қайд қилинмайди, баъзида тасодифан камдан — кам ошиши мумкин. Касаллик топилган даврдан бошлаб доимий равишда систолик босимнинг баландлиги кузатилади мўътадил қон босими билан алмашиб туриши мумкин. II тури — систоладиастолик гипертониянинг (гипертония касаллиги) аста — секинлик билан склеротик (систолик) гипертонияга айланишидир. Йиллар давомида мавжуд бўлган систоладиастолик гипертония систолик гипертония билан алмашади. Бундай беморларни кузатув жараёнида диастолик босимнинг қисқа муддатга унча баланд бўлмаган даражада ошиб туриши қайд этилади.

Систолик гипертонияни I ва II турларга ажратиш амалиётда катта аҳамиятга эга. Касалликнинг II турини ажратмасдан туриб катта ёшдаги одамларда систолик гипертонияни гипертония касаллигидан ажратиш қийин кечади.

Шартли равишда, систолик гипертониянинг яна битта турини ажратиш мумкин. Бу систолик гипертониянинг систоладиастолик турига ўтишидир. Касалликнинг бу тури аввалгиларига нисбатан анча кам учрайди. Бундай ҳолларда систолик гипертониянинг гипертония касаллигига ўтиши эмас, балки ташхисланмаган симптоматик систоладиастолик

гипертония мавжудлиги тўғрисида ўйлаш лозим, масалан реноваскуляр гипертония тўғрисида.

Систолик гипертонияни турғун ва турғун бўлмаган шаклга ажратилиши ҳам амалиётда аҳамиятлидир. Касалликнинг биринчи шаклида систолик босим доимий ошган бўлади, диастолик босим ошмаган, гипертоник кризлар бўлмайди ёки кам учрайди. Иккинчи турида систолик босим ўзгариб туради ва кескин бўлади (диастолик босим кам ўзгаради), кун давомида қон босими ўзгариб туради, нормага тушиши мумкин, гипертоник кризлар тез — тез кузатилади.

Касалликнинг турғун бўлмаган шакли турғун шакли олди босқичи ҳисобланади, прогнози яхши, интенсив гипотензив даволашни талаб қилмайди.

Турғун бўлмаган кризли шаклида, турғун шаклига нисбатан, интенсив гипотензив даволаш талаб қилинади.

Склеротик (систолик) гипертонияда кўпчилик беморлар шикоят қилмайдилар. Иккинчи бир гуруҳ беморлар унчалик кучли бўлмаган бош оғриғидан шикоят қиладилар, оғриқ мианинг турли қисмида жойлашган бўлиши мумкин.

Бош оғриғи систолик босим кўтарилганда кучаяди ва аксинча. Худди шунингдек, бош айланишидан шикоят қилишлари мумкин. Агарда систолик босим пасайгандан кейин бош айланиши тўхтамас, у бош мия томирлари атеросклерози билан боғлиқлигини кўрсатади. Беморларда хотиранинг сустлиги, янги нарсаларни ўзлаштириш, меҳнат қобилиятининг пастлиги, уйқунинг бузилиши кузатилади. Беморларнинг учдан бир қисмида стенокардия хуружлари қайд этилади ва унинг қон босимига боғлиқлиги турлича бўлади. Стенокардия хуружлари коронар артериялар атеросклерози билан боғлиқ бўлади.

Нафас сиқишлари, одатда атеросклеротик кардиосклероз билан боғлиқ бўлиб, систолик гипертония ошганда кучаяди ва аксинча. Чап қоринча етишмовчилиги кескин намоён бўлса систолик гипертония пасаяди.

Касалликнинг бетараф белгилари бевосита систолик гипертония ва пульс босимининг катталиги билан боғлиқ бўлади. Одатда билак артериясида пульс катта, пульс тўлқини сакраб чиқадиган ва баланд бўлади, капиллярнинг

уриб туриши, уйқу артерияларининг кучли уриши, кам ҳолларда Мюссе симптоми кузатилади.

Атеросклероз аломатлари намоён бўлади. Бунда артерияларда аа. *Tibialis posterior, dorsalis pedis, carotis* уришининг пасайиши, уйқу, сон артериялари ва бошқаларда систолик шовқин эшитилади. Йирик артериялар тепасидаги систолик шовқин атеросклероз билан боғлиқ бўлиб, систолик босим ошганда кучаяди ва аксинча босим пасайганда шовқин кучsizланади. Шовқин артерияларга стетоскоп орқали босим кўрсатмаганда ҳам яхши эшитилади.

Марказий нерв системаси томонидан унинг томирлари шикастланиши белгилари: майда ўчоқли ёки ўтказган инсульт аломатлари, кўз қорачиғининг торайиши ва уларнинг ёруғликга нисбатан реакциясининг пастлиги, юз нервининг енгил парези, пай рефлексларининг ўзгариши кузатилади. Паркинсонизм белгилари бўлиши мумкин.

Баъзи беморларда систолик босимнинг ошиши марказий нерв системаси томонидан ўчоқли белгиларнинг авж олишига сабаб бўлади. Бундай ҳолат систолик қон босими пасайганда ҳам юзага келиши мумкин.

Кўпчилик беморларда марказий нерв системасининг органик шикастланиши белгилари кузатилмайди.

Перкуссия қилганда айрим ҳолларда юрак чегарасининг чапга кенгайганини кўрсатади. Аускультацияда I тон сусайган, беморларнинг ярмида II тон аорта устида кучайгани, учдан бир қисмида юрак учида ва аорта устида систолик шовқин эшитилади. Юрак шовқинлари турли характерга эга бўлади, аортадан томирларга тарқалади. Баъзи беморларда характерли бўлмаган юрак учида I тон кучайиши (титроқ аритмиясиз), II тоннинг ўпка артерияси устида кучайиши учраб туради. Бу ўзгаришлар систолик гипертония билан эмас, балки мавжуд бўлган кардиосклероз, митрал ва аорта клапанларининг, аортанинг атеросклеротик шикастланиши билан боғлиқ бўлади.

Беморларнинг ярмида ЭКГ да электр ўқининг чапга силжиши ва чап қоринча гипертрофияси кузатилади. Бундай ўзгаришлар баъзида ўпка эмфиземаси туфайли юзага келиши мумкин. ЭКГ да шунингдек чигал

ўзгаришлари белгиси, сурункали коронар етишмовчилиги кузатилади.

Систолик гипертонияда ўзига хос рентгенологик ўзгаришлар юрак ва томирлар томонидан қуйидагилар: юрак кўндалангига унчалик кенгаймаган, талия сақланган, чап қоринча ёйи узайган; чап проекцияда чап қоринча оз — мунча думалоқланган ва умуртқа поғонасига энгашган ҳолда; аорта узайган, дарчаси ёйилган; беморларнинг ярмида аортада ва уйқу артериясида кальциноз топилади.

Кўз таги артериялари ўзгарган бўлади. Улар калибри нотекис, эгри — бугри, микроциркулятор йўлда микроаневризмалар кўрилади. Аммо бу ўзгаришларни систолик гипертония учун хос деб бўлмайди, чунки бундай ўзгаришлар катта ёшдаги кишиларда мўътадил қон босим бўлганда ҳам, гипертония касаллигида ҳам учрайди.

Буйрак шикастланишлари оддий сийдик анализида топилмайди. Лекин улар функцияси бузилган бўлади. Ренограммада II секретор ва III экскретор сегментларнинг алоҳида ёки биргаликда нормадан четлашиши намоён бўлади.

Гипертоник кризлар систолик гипертонияда тез — тез учрайди ва гипертония касаллигидаги кризларга яқин бўлади. Кризлар қон босимининг тўсатдан бирданига кўтарилиши, марказий нерв системаси, кам даражада — юрак томонидан бир тарафлама ва бетараф белгилар билан характерлидир.

Кризлар систолик гипертониянинг II ва I турларида ва касалликнинг турғун бўлмаган турига алоҳида хосдир. Камдан — кам учрайдиган ва унчалик намоён бўлмайдиган кризлар систолик гипертониянинг турғун шаклини ташхисидан воз кечишга сабаб бўлмайди.

Қон босимининг характерига қараб систолик ва систолодиастолик кризлар ажратилади. Кризларнинг биринчи турида фақат систолик босим ошади, диастолик босим мўътадил ёки одатдагидан (10—20 мм сим.уст.) ошади, лекин 90 мм сим.уст. баланд бўлмайди. Кризларнинг иккинчи турида систолик ва диастолик босим ошади, систолик қон босими анча кўтарилади.

Битта беморнинг ўзида ҳам систолик, ҳам систолодиастолик кризлар алмашиб туриши мумкин.

Кризлар аниқ бир сабабсиз ёки салбий ҳаяжонланишлардан кейин ривожланиши мумкин.

Кризлар клиник жиҳатдан яққол кўзга ташланадиган симпатико—адренал реакциялар билан кечиши мумкин. Кризлар систолик гипертонияда тинч ўтиши ёки бемор учун хавф тўғдириши мумкин. Бундай ҳолларда кечиктириб бўлмайдиган тезкор гипотензив даволаш ўтказиш лозим бўлади.

Склеротик гипертония мавжуд беморларда гипертоник кризлардан ташқари гипотоник кризлар ҳам учраб туради. Бундай ҳолларда илгари мавжуд бўлган балең қон босим сабабсиз равишда (миокард инфаркти, инсульт, қон кетишлар, медикаментлар қабул қилишсиз) бирданига пасаяди. Гипотоник кризларнинг механизми унчалик маълум эмас. Криз беморнинг аҳволи ёмонлашиши—ҳолсизлик, бош айланиши, юракда оғриқ пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Иккиламчи миокард инфаркти, ишемик инсульт пайдо бўлиши мумкин. Гипотоник кризлар бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Эркин равишда ёки қон босимини кўтаришга қаратилган даволашдан кейин ўтиб кетади.

Артериал гипотония деб қатта ёшдаги кишиларда қон босими эракаларда 110/70, аёлларда—105/65 мм сим.уст. паст бўлган ҳолат айтилади. Гипотоник кризлар бундан балең қон босимида ҳам бўлиши мумкин.

Гипотоник криз учун систолик босимнинг пасайиши ахамиятлидир. Бундай кризлар кам учрасада катта эътибор ва тезкор даволаш тадбирларини талаб этади.

Склеротик (систолик) гипертонияда кризлар ривожланиши механизми тўғрисида бирлаштирувчи тўқима коллоид хусусиятининг ўзгариши, катехоламинларнинг аорта эластиклигига таъсири билан тушунтирувчи маълумотлар мавжуд.

Кечиши. Гипертония касаллигидагига ўхшайди. Қон босими мўътадил бўлган катта ёшдаги кишиларга нисбатан, систолик гипертонияда, инсульт ва миокард инфракти тез—тез учраб туради. Умр кўриш давомлиги пасаяди. Шунинг билан бир қаторда яхши сифатли кечувчи турлари ҳам мавжуд.

Дифференциал ташхиси. Қуйидаги касалликлар систолик гипертония билан кечади: 1) аорта клапани етишмовчилиги, 2) тўлиқ атриоventрикуляр блокада, 3) артериовеноз аневризма, 4) аорта коарктацияси, 5) токсик зоб, 6) анемия, 7) ҳароратнинг баландлиги, 8) ҳомиладорлик ва б. касаллик ва ҳолатлар.

Ҳомиладорлик катта ёшда бўлмагани сабабли дифференциал ташхислашда унчалик аҳамиятга эга бўлмайди. Систолик гипертония ҳомиладорлик ҳолатида бачадонда томирлар шунти мавжудлиги билан боғлиқ бўлади. Нефропатия билан боғлиқ гипертонияга муносабатда бўлмайди.

Аорта клапани етишмовчилиги туғма ёки кейин пайдо бўлган бўлиши мумкин (ревматизм, бактериал эндокардит, сифилис, атеросклероз, жароҳат). Порокнинг туғма турларида агарда у чап қоринчага катта зўриқиш туғдирмаса беморлар катта ёшларга яшашлари мумкин.

Аорта клапани етишмовчилигида унинг клиник манзараси яхши маълум. Нуқсон учун систолик гипертония мавжудлиги характерлидир. Энг характерли томони диастолик босимнинг пасайишидир, систолик босим нормада бўлиши ҳам мумкин. Бундай ҳолда систолик гипертония бўлмасдан, пульс босими катта бўлади. Хирургик даволашдан кейин қон босими нормага тушади.

Аорта клапани етишмовчилигида систолик гипертония юракнинг тепки ва минутлик ҳажмининг ошиши туфайли пайдо бўлади. Бунинг асосий сабаби чап қоринчага диастола пайтида қон одатдаги йўналишда ва клапан етишмовчилиги туфайли аортадан тескари йўналишда тушадиган қон ҳисобига унинг ҳажми ошади. Диастола пайтида аортадан қон одатдаги йўналишда ва орқага қайтиб тушиши натижасида диастолик босим пасаяди.

Диастолик босимнинг бошқарувида барорецепторлар ролини ҳам эътиборга олинади. Агарда юрак қонни отиб чиқариш пайтида аорта ҳаддан ташқари чўзилса перифериядаги майда томирларнинг кенгайишига сабаб бўлади ва диастолик босим янада пасаяди. Барорецепторлар ўзгарганда, масалан аортитда, бу рефлекс йўқолади. Шунинг учун ҳам аорта клапанининг бир хил даражадаги етишмовчилигида, ревматизм туфайли бўлганда диастолик

босим нольгача тушиши, мезоаортитда баландроқ сақланиши кузатилади.

Аорта клапани етишмовчилигида систолик гипертония катта ёшдаги кишиларда дифференциал ташхислашда қийинчилик туғдиради. Бундай вақтда беморнинг анамнези, лаборатор ва аппаратлар билан текширувлар, чап қоринчанинг яққол кенгайганлиги ва аортадан қоннинг катта миқдорда чап қоринчага қайтиб тушиши масалани аорта етишмовчилиги фойдасига ҳал қилади.

Тўлиқ атриовентрикуляр блокада туғма ва кейин ҳосил бўлган шаклда учрайди. Бирламчи (идиопатик), ишемия туфайли (атеросклеротик), яллиғланиш, интоксикация, эндокрин бузилишлар, аорта нуқсонларида ва бошқа сабаблар туфайли учрайди.

Туғма а/в блокада кам учрайди ва нисбатан яхши сифатли бўлади.

Юрак ритми минутига 50—60 ни ташкил этади ва беморлар узоқ яшайдилар.

Туғма а/в блокада 3/4 ҳолларда атеросклеротик — ишемик характерга эга деган нуқтаи назар мавжуд бўлсада, уларнинг кўпчилиги идиопатик бўлади ва иккинчи ярмида катта ёшдаги одамларда кўплаб учрайди. Бундай блокада юрак ишемик касаллигининг хроник турида, шунингдек ўтқир миокард инфарктидан кейин ҳам ривожланади.

Яллиғланиш сабабли ривожланувчи а/в блокада — ревматизм, идиопатик миокардит, аллергик миокардит, сифилис, терлатма, дифтерия ва бошқа инфекцияларда учрайди, турли ёшдаги беморларда кузатилади.

Интоксикация (алкоголизм), эндокрин касалликлар (токсик зоб, қандли диабет) сабабчи бўлиши мумкин.

Тўлиқ а/в блокада патогенезида (туғма анатомик нуқсондан ташқари) ўтказувчи система ёки уни қуршаб олган тўқималарда ишемия, қон қуйилишлар, шиш, яллиғланиш инфильтрацияси роль ўйнайди.

Тўлиқ а/в блокада доимий ва ўтиб кетувчи бўлади.

Беморлар юракнинг қаттиқ уришидан, бошда томир уришидан, бош оғриқи ва айланиши, онгни йўқотишдан шикоят қиладилар. Артерияларнинг кучли уриши, бўйин веналарининг бўртиши ва улар пульсацияси кузатилади.

Томир уришлар сони 30—40 атрофида, сакраб чиқувчи ва баланд бўлади. Юрак чегаралари кенгайган, уриши кучли бўлади. Бўлмачалар ва қоринчалар қисқариши биргаликда бўлиб қолганда I тон ўта кучли эшитилади. Юрак учида ва аортада кўпчилик ҳолларда систолик шовқин эшитилади. Аста—секинлик билан қон айланиши бузилиши ривожланади.

ЭКГ да бир—бирига боғлиқ бўлмаган иккита ритм: синусли (тез) ва қоринча (кам) ритмлар кузатилади. Фредерик синдроми ривожланиши мумкин. Гисс тутами блокадаси ёки идиовентрикуляр ритм туфайли QRS комплекси кенгайган бўлади.

Тўлиқ а/в блокадада Адамс—Стокс—Морганьи хуружлари юзага келади. Бунинг асосий сабаби юрак уришлар сонининг кескин пасайиши туфайли келиб чиқадиган мия ишемиясидир, асистолия бўлиши мумкин. Бемор ҳушини йўқотади, томир тортишишлар, оғиздан кўпик келиши, нафаснинг секин ва шовқинли бўлиши хуруж учун характерли ҳисобланади.

Тўлиқ а/в блокадада гемодинамик бузилишларнинг моҳияти қуйидагилардан иборат: юрак қоринчалари қисқариши сонининг кескин камайиши туфайли уларда қон ҳажми ошади ва систола пайтида аортага (ва ўпка артериясига) кўп миқдордаги қон ўтади. Бу эса ўз навбатида систолик босимнинг кўтарилишига сабабчи бўлади. Диастола узоқ давом этиши туфайли диастолик босим пасаяди. Баъзи ҳолларда майда қон томирлари қаршилиги ошиши туфайли тўлиқ а/в блокадада юрак уришлар сони кам бўлишига қарамаздан систолик босим кўтарилсада, диастолик босим пасаймайди.

Электростимуляция ёрдамида юрак уришлар сони ошганда систолик гипертония ўтиб кетади.

Артериовеноз аневризма. Клиник манзараси жараёнида қатнашувчи томирлар калибри, уларнинг юракга яқинлиги, туташувнинг катта—кичиклигига боғлиқ бўлади. Клиник белгилари маҳаллий ва умумий бўлади. Агарда аневризма оёқда жойлашган бўлса унинг ташқи кўриниши ўзгаради, парестезия, оғриқ пайдо бўлади. Тахикардия, нафас сиқиши, кейинчалик юрак етишмовчилигининг бошқа белгилари намоён бўлади.

Аневризмадан пастки қисмида вена томирлари кенгайди, шиш, трофик яралар ривожланади. Аневризма устида тери ҳарорати ошади. Артериялардан веналарга қон ўтиши туфайли тинимсиз шовқин эшитилади ва тепага ва пастга тарқалади. Шовқин юрак соҳасигача ўтиши мумкин. Аневризма юракдан узоқ жойлашган бўлса унғача фақат систолик шовқин етиб келади.

Контрастли артериография артериовеноз аневризма жойлашувини, характери ва катталигини аниқлашга ёрдам беради.

Аневризмани қисиб қўйиш ҳам диагностик аҳамиятга эга, шовқиннинг йўқолишига ёки камайишига, пульс пасайишига, қон босимининг ўзгаришига олиб келади.

Аневризмани хирургик усулда даволашдан кейин артериал қон босим ва гемодинамиканинг бошқа кўрсаткичлари мўътадиллашади.

Аорта коарктацияси — аорта ривожланишининг туғма аномолияси бўлиб, нисбатан кам учрайди, катта ёшдаги кишиларда жуда кам учрайдиган касаллик. Бу касаллик юрак нуқсонлари ва йирик томирлар ўртасида 5—10% ташкил этади деган маълумотлар келтирилади.

Беморлар бош оғриш, бош айланиш ва артериал гипертония учун ҳос бўлган бошқа белгилардан шикоят қиладилар.

Касалликнинг бетараф белгилари учта синдромдан иборат: гипертония ва тана юқори қисмининг қон билан ошиқча ёки етарлича таъминланиши; гипотония ва тана пастки қисмининг қон билан кам миқдорда таъминланиши; коллатерал қон айланиш.

Одатда беморлар жисмоний яхши ривожланган, баъзида тана юқори қисми яхши ривожланган бўлиб, пастки қисми кам ривожланган бўлади. Тананинг юқори ярмида артериялар кучли уриши кузатилади. Оёқлар артерияларида томир уриши суст бўлади, териси совуқ, атрофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Бу ўзгаришлар пайпаслаб кўрганда ёки осциллография ўтказганда аниқланади.

Катта ёшдаги одамларда бу касаллик кам учраши туфайли дифференциал ташхислашга муҳтожлик кам бўлади. Юрак аускультацияси, ЭКГ ва рентгенологик текширишлар ташхис қўйишга ёрдам қилади.

Токсик зоб. Барча ёшдаги одамларда кенг тарқалган касаллик ҳисобланади. Касалликнинг клиник манзараси яхши маълум. Токсик зобни ташхислаш одатда қийинчилик туғдирмайди. Баъзи ҳолларда систолик гипертония ва токсик зобдаги систолик гипертонияни ажратиш анча қийинчилик туғдиради. Катта ёшдаги одамларда токсик зоб (айниқса қалқонсимон без катта бўлмаганда, кўз белгилари ва озиб кетиш бўлмаганда) юрак касаллигига ўхшаб кечади. Тремор паркинсонизм белгиси деб қабул қилиниши мумкин.

Бундай ҳолларда қалқонсимон беzi функциясини радиоактив йод ёрдамида аниқлаш файдо келтиради. Склеротик (систолик) гипертония учун қалқонсимон беzi функцияси ва асосий алмашинувнинг ошиши ҳос эмас. Склеротик гипертонияда холестерин миқдори ошган ёки мўътадил бўлади, токсик зобда — миқдори камаяди.

Камқонлик (анемия) — барча ёшдаги одамларда тез — тез учрайди. Касалликнинг асосий моҳияти қонда гемоглобин миқдорининг камайиши ва эритроцитлар сонининг пастлигидир. Анемиянинг ҳақиқийлиги ёки гидремия билан боғлиқлигини аниқлаш мақсадида гемоглобин ва эритроцитлар миқдори тана вазнининг ҳар бир кг. массасига нисбатан аниқланади. Анемияда қон босими мўътадил, паст ёки систолик гипертония учраши мумкин. Систолик гипертония асосида юрак отиб чиқарувчи қон миқдорининг ошиқлиги ва периферик қаршилиқнинг майда томирлар оқимида уларнинг кенгайиши ва қон ёпишқоқлигининг камайиши туфайли пасайиши ётади. Анемияни даволаш қон босимини мўътадиллаштиради.

Классификацияси. А.З.Цфасман ва Н.Х.Хамидов (1980) Тожикистон терапевтларининг II съездида систолик гипертониянинг қуйидаги ишчи туркумланишини тақлиф қилишди.

1. Катта ёшдагиларда систолик гипертония (склеротик):

а) келиб чиқиши бўйича: I ва II турлари;

б) кечиши бўйича: турғун бўлмаган ва турғун

шакллари.

2. Эссенциал (симптоматик бўлмаган) гиперкинетик систолик гипертония (ёшларда).

3. Маълум касалликлар ва ҳолатлардаги симптоматик систолик гипертониялар:

а) қаршилик гипертонияси — аортитда, Менкеберг склерозида, аорта коарктациясида;

б) гиперкинетик гипертониялар — аорта клапани етишмовчилигида, тўлиқ атриоventрикуляр блокадада, артериовеноз аневризмада, очиқ артериал протоқда, токсик зобда, каротид хемодектомасида, Педжет касаллигида, бери — берида, ҳомиладорликда, анемияда, лихорақдада.

Даволаш. Катта ёшдаги одамларда склеротик (систолик) гипертонияни гипотензив воситалар ёрдамида даволаш масаласи узил — кесил ҳал этилмаган бўлиб бу тўғрида турлича фикрлар мавжуд.

Энг кенг тарқалган нуқтаи назар, гипотензив даволашни бошлашда диастолик босимнинг юқорилигини эътиборга олишдир. Бунда қуйидаги тавсиянома берилади: мутлақо лозим — диастолик босим 110 мм сим.уст.балаңд. Нисбатан лозим: диастолик босим 95 — 110 мм сим.уст. — эркақларда, 100 — 110 мм сим.уст. — аёлларда. Бундай ёндашишда диастолик босим балаңд бўлмаган гипертониялар гипотензив даволашни талаб қилмайди.

Қариялар ёшида (75 ёш ва балаңд) гипотензив даволашни бошлаш тавсия этилмайди. Агарда бундай даволаш бошланган бўлса уни давом этирилади.

Катта ёшдаги одамларда систолик гипертонияда гипотензив даволашдаги эҳтиёткорлик қуйидагилар билан асосланади:

1. Систолик гипертония асосида аорта ва йирик артериялар эластиклиги йўқолиши (ригидлиги) ётади; гипотензив воситалар бу ўринда патогенетик таъсир кўрсата олмайди ва қон босимини туширмайди.

2. Систолик гипертония компенсатор жараён ҳисобланади. Артерияларнинг атеросклеротик шикастланишига қарамасдан ҳаётий муҳим аъзоларни қон билан таъминлашга ёрдам беради. Шу туфайли қон босимининг пасайиши ишемияга сабаб бўлади ва миокард инфаркти, инсульт каби асоратларни келиб чиқиши хавфини тўғдиради. Ўз навбатида мия, буйрақлар ишемияси прессор механизмлар фаолиятини кучайтиради.

3) артериал гипертония диастолик босим 90мм сим.уст. балаңд бўлмаганда хавф туғдирмайди.

Катта ёшдаги одамларда систолик гипертонияни даволашда уларда мавжуд бўлган бир томонлама ва беғараз белгиларни эътиборга олиш лозим бўлади. Булар қаторига: бош оғриши, бош айланиши, нафас сиқиши, чап қоринча етишмовчилиги белгилари, қон босимининг 180 мм сим.уст ва ундан баландлигини киритиш мумкин. Ушбу белгилар ёққол намоён бўлганда гипотензив даволашни қон босими пастроқ (160 мм сим.уст.) бўлганда ҳам бошлаш мумкин. Агарда юқоридаги шикоятлар бўлмаса ёки кам намоён бўлганда даволашни қон босими 200 мм сим.уст. тенг бўлганда ўтказиш мумкин бўлади.

Қуйидаги ҳолатларда гипотензив даволаш тавсия этилмайди:

1. кексалик деменцияси,
2. инсулт ўтказганда ва миянинг хроник ишемик касаллиги белгилари мавжуд бўлганда,
3. юракнинг хроник ишемик касаллиги (инфарктдан кейинги кардиосклероз, стенокардия) коронар артерияларда торайтирувчи атеросклероз мавжудлигида,
4. хроник буйрак етишмовчилигида
5. систолик босим 180 мм сим.уст. паст ва юқоридаги асоратлар йўқ бўлганда
6. агарда гипотензив препаратларга жавоб бўлмаса ёки иккиламчи асоратлар пайдо бўлганда.

Юқорида келтирилган тавсияномаларнинг айрим моддалари мунозарали ва уни беморнинг аҳволини эътиборга олган ҳолда, ҳар бир айрим олинган шароитда гипотензив даволашнинг фойдали ва зарарли томонларини ҳисобга олган ҳолда ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Даволаш умумий тадбирлардан бошланади. Руҳий тинчлантирувчи ва кам миқдордаги ҳаракат режими аҳамиятга эга. Ош тузи чекланган ҳолда овқат режими тайинланади. Семиз беморларда овқатликлар калорияси камайтирилади. Геродиететика принципларига риоя этилади. Гипотензив препаратлардан Девинкан ёки Винкаторн суткасига 60 мг тайинланади. Иккинчи босқич препаратлари — Резерпин ва Раунатин ҳисобланади. Раунатин 2 мг суткасига 3—4 таблетка тавсия этилади. Гемитон 0,075 мг суткасига 3—4 марта берилди. Кам дозада сийдик ҳайдовчи воситалар — гидрохлортиазид ва триамтерен қўлланилади.

Гипертоник кризларда Лазикс, Урегит қўлланилиши мумкин. Анаприлин суткада 120 мг гача, айниқса экстрасистолия, хилпирок аритмия, синусли тахикардия мавжудлигида яхши натижа беради.

Катта ёшдаги одамларда систолик гипертонияни даволашда бета-блокаторлардан трандат, кейин тенормин ва ниҳоят коргард ва анаприлин қўлланилади.

Гипотензив даволашда кексалар ва қарияларда герофармакология принципларига риоя этиш тавсия қилинади. Қон босими аста-секинлик билан камайтириб борилади. Қон босими 140–150 мм сим.уст. камайтирилмаслиги керак, мия ишемик касаллигида—160 мм сим.уст. пасайтирилади. Даволаш кекса организмнинг реакциясини эътиборга олган ҳолда ўтказилади.

Юрак ритмининг бузилишлари—кардиосклероз белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Уларнинг келиб чиқишида коронар артерияларда қон айланишининг етишмовчилиги, миокард ишемияси, баъзида клиник белгилари бўлмасада, аҳамияти каттадир. Атеросклероз ривожланиши билан синус тугунида, юрак ўтказувчи системасининг турли бўлимларида ўзгаришлар юзага келади. Синус тугунида фиброз ўзгаришлар келиб чиқади ва унинг функциясига таъсир кўрсатади.

Юрак ритмининг бузилишлари склеротик ўзгаришларсиз метаболик бузилишлар туфайли ҳам бўлиши мумкин.

Кексалар ва қарияларда ёши ва атеросклеротик ўзгаришлар туфайли ҳаттоки унчалик катта бўлмаган модда алмашинуви бузилишлари юрак ритмининг бузилишларига олиб келиши мумкин. Бунда гипоксия, электролитлар баланси бузилишлари, айниқса калий ва натрий, етакчи роль ўйнашлари мумкин.

Экстрасистолия—катта ёшдаги кишиларда асосида органик ўзгаришлар ётади. Экстрасистолияни келтириб чиқарувчи омилларга—миокард гипоксияси, интоксикация, ўчоқли инфекция, сийдик йўллари инфекцияси, бронх ва ўпка системаси инфекцияси, қорин бўшлиғи, простата бези аденомаси ва бошқалар киради. Кўпчилик ҳолларда асаб системаси зўриқиши, руҳий жароҳат, кофе, тамаки, чой сууистъемол қилиш, дигиталис интоксикацияси экстрасистолияга туртки бўлади.

Даволаш коронар артерияларни кенгайтиришга, миокардни қон билан таъминланишини яхшилашга ва гипоксияни камайтиришга қаратилиши лозим.

Бўлмачалар экстрасистолиясида, кам дозада дигиталис, строфантин ёрдам беради. Тинчлантирувчи препаратлар, транквилизаторлар тайинланади. Панангин, хлорид калия 10% эритма 3—4 ош қошиқ кунига ичишга тавсия этилади.

Новокаинамид 10% эритмаси 5—10 мл м/и ёки таблеткада 0,5г ҳар 4—6 соатда тайинланади. Қон босими паст бўлса мезатон 0,5—1,0 мл м/и ёки т/о қилинади. Изоптин (верапамил) 1 таблеткадан (0,04г) кунига 2—3 марта, индерал(обзидан) 0,01 кунига 3—4 марта, шунингдек, кокарбоксилаза, АТФ тайинланади.

Хилпироқ аритмия—уч хил турда намоён бўлади: тахисистолик, брадисистолик ва хилпироқ аритмия пароксизми бир неча минутдан бир неча кунгача давом этади.

Хилпироқ аритмиянинг сабаби юрак мушакларида коронар қон айланишининг бузилиши туфайли келиб чиқувчи дегенератив ўзгаришлардир. Хилпироқ аритмиянинг сурункали ва кўпдан мавжуд бўлган, вақти—вақти билан такрорланувчи турлари интенсив даволашни талаб қилмайди, чунки юрак ритмини мўътадил ҳолатга келтириш қийин бўлади, бунга муваффоқ бўлинганда ҳам бемор аҳволи яхшиланмайди. Шунинг учун ҳам коронар қон айланишини яхшилашга, миокардда модда алмашинувини яхшилашга қаратилган даволаш тадбирлари ўтказилади.

Хилпироқ аритмиянинг тахиаритмик турида аритмияга қаратилган даволаш ўтказилади, чунки у тезда қон айланишининг бузилишига, томирларда тромблар ҳосил бўлишига олиб келади. Дори препаратларининг йиғиндиси қўлланилади—юрак гликозидлари, панангин, изоптин.

Миокард инфарктида даволаш в/и 1% лидокаин эритмаси 5,0—10,0 мл. секин юборишдан бошланади, кейинчалик физиологик эритма ёки 5% глюкоза эритмасида томчилаб берилади. Агарда бундай даволаш натижасиз тугаса электроимпульс даволаш масаласи қўйилади. Бунинг учун беморни олдиндан тайёрланади қон айланишини

нормага келтирилади, электролитлар балансини мувофиқлаштирилади, юрак гликозидлари тўхтатилади. Коронаролитиклар, тинчлантирувчи воситалар, электроимпульс даволаш арафасида хинидин 0,2 г дан 2 марта 2 соат интервал билан берилади ва 2 соат ўтгач электроимпульс даволаш усули ўтказилади. Кейинчалик бир неча ой давомида хинидин суткасига 0,6 г дан давом эттирилади.

Юрак етишмовчилиги

Юрак етишмовчилиги турли сабабларнинг оқибати туфайли келиб чиқади, уларни шартли равишда икки гуруҳга бўлиш мумкин: бирламчи ва иккиламчи сабаблар. Бирламчи сабабларга юрак мушакларининг шикастланишига олиб келувчи (ўткир ва сурункали миокардит, миокардиодистрофия, юрак ишемик касаллиги) ни киритиш мумкин. Иккиламчи сабаблар кичик ва қатта қон айланиш доирасида гипертензия, йирик қон томирларининг атеросклерози, юрак клапанлари нуқсонлари, ўпкадаги сурункали жараёнлар механик қаршиликлар туфайли юрак мушакларининг ҳолдан тайишига олиб келади. Кексалар ва қарияларда юрак етишмовчилигининг асосий сабаблари юрак ишемик касаллиги ва гипертония касаллиги ҳисобланади. Ревматик ва туғма нуқсонлар кексаларда камроқ учрайдиган сабаблар қаторига киради.

Клиник кечиши. Юрак етишмовчилиги, кексаларда яширин аста — секин ривожланади. Фақат синчковлик билан тўғри йиғилган анамез ва кузатувлар тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Унинг ривожланиши ва кечиши коронар артериялар склерози ва юрак шикастланишининг даражаси, марказий нерв системаси, ўпка ва умуман қон айланишининг ҳолатига боғлиқ бўлади.

Клиник белгиларининг хусусияти қуйидагиларга боғлиқ бўлади: ёш ва мия артериялари склерози билан боғлиқ миёда қон айланишининг бузилиши; ўпкадаги сурункали касалликлар туфайли ундаги томирлар

қаршилигининг ошиши; буйрақларда қон айланишининг бузилиши ва бу аъзолар функциясининг бузилишлари.

Юрак отиб чиқарувчи қон ҳажмининг пасайиши туфайли қон билан таъминланишнинг бузилиши, даставвал мияда бошланади. Бунинг сабаби уйқунинг бузилиши, бош айланиши, қулоқда шанғиллаш, тез чарчаш каби белгиларда кўринади. Онгнинг хираланиши, нотинчлик, ҳаяжонланиш, уйқунинг бузилиши мия қон айланиши етишмовчилигининг бошланғич белгилари бўлиши мумкин.

Юрак чап қоринчаси сустлигининг биринчи белгилари енгил йўтал, айниқса жисмоний ҳаракатдан кейин кучайганда, ёки тикка ҳолатдан ётиқ ҳолатга ўтганда ўпкада қон димланишининг асорати бўлиши мумкин.

Жисмоний ҳаракат пайтида нафас сиқиши юрак декомпенсациясининг белгисидир. Кекса ёшдаги одамларда нафас сиқишини баҳолашда фақат юрак томир системаси эмас, балки нафас системаси функциясининг ҳолатини ҳам ҳисобга олиш керак. Тинч ҳолатдаги нафас сиқиши, унинг тунги пайтда пайдо бўлиши юрак декомпенсацияси белгисидир.

Кейинчалик ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланади. Даставвал иштаҳанинг бузилиши, кўнгил айнаши, қусиш, метеоризм, ўнг қобирға остида оғирлик сезиш каби белгиларда намоён бўлади. Оёқ кафтида енгил шиш пайдо бўлади.

Объектив текширишлар натижаси юрак етишмовчилигининг одатдаги ҳолатига ўхшайди. Ёшларга қараганда, кексаларда юрак етишмовчилигида хилпироқ аритмия кўпроқ учрайди. Аритмиянинг бу тури юрак етишмовчилигининг оғирлигини кўрсатади. Баъзида хилпироқ аритмия, кексаларда юрак декомпенсациясининг ягона белгиси бўлиши мумкин.

Юрак ва ўшка—юрак етишмовчилигининг асосий клиник дифференциал ташхислаш белгилари 3—жадвалда келтирилган.

Юрак ва ўпка етишмовчилигини дифференциал
ташхислашнинг асосий клиник белгилари
(Н.М.Мухарямов бўйича, 1973)

Белгилар	Ўпка — юрак етишмовчилиги	Юрак етишмовчилиги
Нафас сиқиши	Кўпинча нафас оғирлашуви нафас чиқаришнинг узайиши билан характерланади, айниқса жисмоний ҳаракатда	Нафас одатда оғирлашмаган, нафас олиш узаймаган
Кўқариш	Яққол кўринади ва кенг тарқалган; оёқ — қўллар иссиқ	Чеккада жойлашган (бармоқлар учиди, бурун, лаб), оёқ — қўллар совуқ
Беморни ўрни	Кўпинча ётув ҳолатида	Ярим ўтирув ҳолатида
Бўйин веналари шишиши	Нафас олганда анча кучаяди	Нафас олишда ва чиқаришда бир ҳил
Хилшироқ аритмия	Жуда кам	Ниҳоятда кўп учрайди
Касалликнинг бошланиши	Йўтал, анамнезида яллиғланиш касалликлари	Нафас сиқиш, йўтал кейин пайдо бўлади, ўпкада қон димланиши сабабли; анамнезида у ёки бу юрак касалликлари
Юрак товушлари	Одатда паст; камдан — кам ўпка артериясида II товуш кучайган	Юрак шикастланишининг характерига боғлиқ бўлади.
Эпигастрал соҳада томир уриши	Қоида бўлгандек	Кам ва юрак касаллигининг характерига боғлиқ бўлади.
Ўпка шикастланишининг характери	Кўпинча обструктив ёки обструктив — рестриктив аралаш; қутисимон товуш, хириллашлар тарқоқ, кўпинча ўпканинг барча қисмида, чўзилган нафас муҳитида қуруқ, хуштаксимон	Одатда рестриктив; қутисимон товуш кам бўлади, хириллашлар намай бўлади ва ўпканинг пастки қисмида жойлашади; нафас чиқариш чўзилмаган

ЭКГ	Правограмма, ўпкага хос юрак эл. ўқи Р тишчаси, ўнг қоринча кенгайиши. Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси	Ўзгаришлар турлича ва юрак касаллигининг характерига боғлиқ. Ўпкага хос Р тишчаси бўлмайди.
Рентгенологик белгилар	Юракнинг ўнг бўлимлари кенгайиши; ўпка артериясининг ўзаги ва йирик шахобчалари катталашуви: томограммада майда шахобчалар торайган ва тез – тез топилмайди	Юракнинг яққол етишмовчилигида юракнинг барча бўлимлари катталашган; кичик доирада қоннинг ўта димланиши, ҳаттоки майда капиллярлар ва ўпка веналарида ҳам
Кичик қон айланиш доирасида гипертония характери	Прекапилляр	Посткапилляр
Эритроцитоз, полиглобулия	Тез – тез	Кам

Юрак етишмовчилигини даволаш одатдагидек ўтказилади, бунда кексаларга ҳос хусусиятларни эътиборга олиш керак.

Юрак етишмовчилигини даволашда миокардда кислород етишмовчилигини камайтиришга интилиш керак. Бу юрак мушакларига оптимал даражадаги зўриқишни аниқлаш ва кислородга бўлган муҳтожликни таъминланишини ошириш билан амалга оширилади.

Даволаш натижасининг критерийлари; бемор аҳволининг яхшиланиши, нафас сиқишнинг камайиши, шишларнинг пасайиши, веноз босимнинг камайиши, юрак фаолияти кўрсаткичларининг яхшиланиши. Чап қоринча етишмовчилигида муҳим белгилардан – кечалари нафас сиқишининг йўқолиши, ўпкада қон димланишининг йўқолиши, тез чарчашнинг бўлмаслиги даволашнинг эффективлигини кўрсатади.

Кексалар ва қарияларни даволашда умумий парварииш катта аҳамиятга эга. Узоқ вақт ётиб қолиш режими беморларда зотилжам, ётоқ яралари, флебит, тромбоземболия (ўпка артериясида)га сабаб бўлиши мумкин.

Кекса ёшдаги беморларга кундуз кунлари қулай курсида (кресло) ўтиргани маъқул.

Хавотирлик ёки уйқусизлик мавжудлигида седатив препаратлар тайинланади. Барбитуратлар, кексаларда онгни хиралаштириши ва турган жойни аниқлашни қийинлаштириши туфайли тайинланмагани маъқул.

Кабзият (ич қотиши) мавжуд бўлганда ични юритувчи ўсимлик препаратлари, простата беzi гипертрофияси сабабли сийдик ажралиши қийинлашганда — доимий катетер солишга муҳтожлик пайдо бўлади.

Даволаш парҳези (№ 10, 10 а) тайинланади. Ётиш режимидаги беморларда суткалик рацион калорияси 1500 — 2000 ккал. ошмаслиги лозим. Бунда калориянинг пасайиши мураккаб бўлмаган углеводлар, ва ҳайвон ёғлари ҳисобига бўлади. Оқсиллар миқдори етук ёшдаги одамлар нормасида (1г) кг вазнга қолдирилади. Бунда оқсиллардан ёғсиз сут, ёғсиз гўшт, тухум, творог, балиқ маҳсулотлари ишлатилиши лозим.

Юрак гликозидлари ва сийдик ҳайдовчи препаратлар билан бир қаторда калий препаратлари тавсия этилади. Агарда юрак етишмовчилиги семизлик билан биргаликда кечса ҳафтасига 1—2 марта енгиллаштирувчи парҳез тавсия этилади.

Кексалар ва қарияларда гипоксияга қарши оксигенотерапия ўтказилади. Бунда оксидланиш жараёнини рағбатлантириш мақсадида поливитаминлар тайинланади. Кислород аралашмаси ингаляциясини кислороднинг кам миқдорида (50%) бошланади. Бронхоспазмда оксигенотерапия бронхолитиклар билан биргаликда ўтказилади. Гипербарик оксигенация усули яхши натижа беради.

Агарда беморнинг аҳволи кечиктириб бўлмайдиган тадбирларни талаб қилмаса кексаларда юрак гликозидлари тўйинтиришнинг секин усулида қўлланилади. Юрак гликозидларини кам дозада (кексаларда ўртача дозанинг 3/4, қарияларда — 1/2 қисми) қўллашни тавсия этилади. Гликозидлар билан биргаликда калий ва метабolik препаратлар тайинланади. Сийдик ҳайдовчи препаратлар кам дозада, бошқа воситалар билан биргаликда тайинланади. Комплекс даволашда узоқ таъсир кўрсатувчи

нитратлар ва бета — блокаторлар қўлланилади. Кекса ёшдаги беморларда (вазодилататорлар) нитронг ёки сустак, апрессин яхши ёрдам беради. Нитронг ўпкада қон димланишида ва юрак олди зўриқишларда, апрессин — капиллярлар тизимида қон ўтишининг камайишида даволаш комплексига қўшиб тайинланади.

Юрак етишмовчилигида изосорбид 5 — моносан билан даволанган беморларда (40 — 80 мг сут., 4 ҳафта давомида) клиник белгиларнинг даражаси пасаяди ва жисмоний зўриқишларга чидамлилиги ошади.

Гериатрик беморларда гликозидлар билан даволашда уларга нисбатан рефрактерлик пайдо бўлади. Бундай ҳолларда, юрак гликозидлари юракда энергетик жараёни рағбатлантирувчи воситалар — витаминлар, панангин, АТФ, инозин, кокарбоксилаза, анаболик гормонлар билан биргаликда қўлланилади.

Сийдик ҳайдовчи препаратлардан, агарда катта шишлар бўлмаса, теофиллин, эуфиллин қўлланилади. Бу препаратлар коронар, буйрак, мия артерияларида қон айланишини яхшилади, бронхоспазмда яхши натижа беради.

Гериатрик амалиётда сийдик ҳайдовчи препаратларнинг барчасини қўллаш мумкин. Уларга нисбатан рефрактерлик мавжуд бўлганда 2 — 3 кун давомида калий препаратлари суткасига 2 — 3 г тайинланади. Салуретиклар ва альдостерон антагонистлари бундай ҳолларда яхши натижа беради.

Шунингдек, сийдик ҳайдовчи препаратларнинг таъсир механизмлари турлича бўлган комбинацияси тайинланганда маълум муддатга рефрактерлик камайиши мумкин. Бу гуруҳ препаратларнинг қуйидаги бирлашмаси қўлланилиши мумкин: гипотиазид — диакарб, фуросемид — триамтерен, этакрин кислота — гипотиазид. Бундай ҳолларда ҳар иккала препарат дозаси камайтирилиши лозим.

Кексалар ва қарияларда сийдик ҳайдовчи препаратларга бўлган сезувчанлик глюкокортикоид препаратлар тайинланганда ошади. Агарда монелик кўрсатувчи омиллар бўлмаса глюкокортикоидлар кам дозада 10 — 15 мг суткасига салуретиклардан 2 — 3 кун олдин даволашга қўшилади.

Замонавий кардиология ва клиник фармакологиянинг йирик ютуқларига қарамасдан юрак етишмовчилиги актуал муаммолардан бўлиб қолмақда. Унинг ривожланиш даражаси ошиб бормоқда, кексалар ва қарияларда ўсиш даражаси 6—10% ташкил этади. Чап қоринча дисфункцияси яширин тури, клиник намоён турига қараганда, 4 марта ошиқдир.

Ҳозирги вақтда беморларнинг яшаш даврини узайтиришда ва ҳаёт сифатини яхшилашда АУФ ингибиторлари асосий воситалардан ҳисобланади. Уларни узоқ вақт қўлланишда кам дозада бошлаш ва 1—2 ҳафтада дозасини икки баравар ошириш тавсия этилади. Йирик масштабдаги текпиришларда эффектив деб топилган қуйидаги препаратлар тавсия этилади.

Каптоприл—бошланғич дозаси 6,25 мг суткасида 2—3 марта, кейинчалик дозаси оширилиб 25 мг кунига 2—3 марта тайинланади.

Эналаприл—бошланғич дозаси 2,5 мг кунига 1—2 марта, кейинчалик 5—10 мг кунига 2 марта тавсия этилади.

Фозиноприл—бошланғич доза 2,5 мг кунига 1—2 марта, кейинчалик 10 мг кунига 2 марта қабул қилинади.

Капотен билан даволашнинг ёз пайтида ўзига ҳос хусусиятлари борлиги маълум. Биринчи дозасига нисбатан беморларда 15% ҳолларда артериал гипотензия ривожланади. Капотеннинг бундай салбий таъсири, айниқса гипертониянинг оғир ренинга боғлиқ турларида ва юракнинг сурункали етишмовчилигида, баланд дозаларда сийдик ҳайдовчи дорилар қабул қилувчи беморларда кузатилади. Капотеннинг бундай салбий таъсири диуретиклар дозасини камайтириш ёки капотен тайинлашдан 4—7 кун аввал уларни тўхтатиш орқали четлатилиши мумкин. Препаратнинг салбий таъсири ёз пайтларда иссиқ ҳарорат омилининг периферик томирларга нисбатан вазодилататор таъсиридир.

АУФ ингибиторлари монелик бўлмаганда, улар юрак етишмовчилигининг барча турларида ва босқичларида: чап қоринча систолик дисфункциясида, белгисиз дисфункциясида, юракнинг систолик ва насос функцияси сақланган декомпенсацияларда қўлланилиши мумкин. Шишларда диуретиклар билан биргаликда; хилпироқ аритмияда — диуретиклар ва юрак гликозидлари билан

биргалиқда; тўшпасдан ўлиш хавфи мавжудлигида — қўшимча равишда бета—блокаторлар билан биргалиқда қўлланилади.

Қон айланиши бузилишлари мавжуд бўлган хроник юрак ишемик касаллигида АУФ ингибиторлари ва нитратларнинг биргалиқда қўлланилиши яхши натижа беради.

Каптоприл—изосорбид—5—мононитрат, каптоприл—метапролол (75% беморларда) тайинлаганда беморларда ФС пасайиши ва стенокардия хуружларининг камайиши кузатилади.

Юқори тоғлик шароитида дигоксин билан даволанган беморларда, паст тоғлик шароитдагига нисбатан интоксикация 2 марта кўпроқ кузатилади. Комплекс фармакотерапия ўтказишда тоғ шароитида, юрак гликозидлари қўлашда эҳтиёткорлик талаб қилинади, периферик вазодиятаторлар нитратлар, молсидомин, нифедипин ва АУФ ингибиторларининг комплекс даволашда қўлланилиши яхши натижа беради.

АУФ ингибиторлари (каптоприл, эналаприл) юрак етишмовчилиги билан асоратланган миокард инфаркти беморларида биринчи суткадан бошлаб аста—секин оширилган дозаларда тайинланганда гемодинамика кўрсаткичларига, СИ ошиши, периферик томирлар қаршилигининг камайишига ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, Q—тўлқинли миокард инфарктида капотен клинико—гемодинамик эффекидан ташқари, иммунорегулятор таъсир кўрсатади, В—лимфоцитлар сони ошади, табиий киллерлар, антиген боғлавчи лимфоцитлар сони камаяди.

Кексалар ва қариялар ёшида миокард инфарктининг хавфи ва оғир асоратларидан биттаси *ўпканинг ўткир шишидир*. Миокард инфарктида бу асорат 36,6—48,8%, ҳатто—88,8% ҳолларда кузатилади. Такрорий трансмурал инфарктларда, аввалгиларга нисбатан кўпроқ учрайди. Ўпканинг альвеоляр шишида, ингерстициал шишига қараганда, ўлим ҳолати балең бўлади (63 ва 18%).

Ўпка шишининг патогенетик механизмида юрак чап қоринчаси қисқариш қобилиятининг пасайиши ва бунинг билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар, ўпка капиллярлари ва оралиқ тўқимада гидростатик ва коллоид—осмотик босим миқдорининг ўзгариши, симпатико—адренал системаси

фаолиятининг қўзғалиши, юрак мушакларининг кислородга бўлган муҳтожлиги ва б. муҳим роль ўйнайди.

Беморларни текширганда тери қатламининг оқаргани, периферик цианоз, қўрқув аломатлари кузатилади. Ояғнинг хираланиши, нафас олишлар сони минутига 40—60 мартагача етади, бунда нафас олиш ва чиқариш нисбати ўзгармаган бўлади.

Ўпкани тўқиллатиб уриб кўрганда қутисимон товуш ва пастки сатҳида унинг пастлиги аниқланади. Эшитиб кўрганда—ўпканинг пастки қисмида намли жарангловчи, паст хириллашлар эшитилади.

Альвеоляр шиш ривожланганда ўпкада вақирловчи нафас пайдо бўлади, йўтал орқали катта миқдордаги (соатига 2—3 л) кўпиксимон қизғиш рангда балғам ажралади. Юрак чегаралари чапга томон кенгайган бўлади, юрак товушлари ўта паст, галоп ритми, систолик шовқин ва ўпка артерияси устида II товушнинг кучайиши ва парчаланиши характерли бўлади.

Ўпка шишида прогноз ҳамиша хавфли ҳисобланади. Ҳаттоки уни даволаб йўқ қилинганда ҳам, юрак етишмовчилигининг такрорий пайдо бўлиш имконияти эҳтимолдан ҳоли бўлмайди.

Даволаш. Асосий даволаш тадбирлари қуйидаги тартибда ўтказилади.

1. Бемор ўтирув ёки ярим ўтирувчи ҳолатга кўчирилади.
2. Юқори нафас йўлларидаги кўпик сўриб олинади.
3. Кислород ва кўпик ўчирувчи препаратлар аралашмаси билан нафас берилади.
4. Вена ичига морфин юборилади.
5. Вена ичига тез таъсир кўрсатувчи сийдик ҳайдовчи препаратлар фуросемид (лазикс) этакрин кислотаси юборилади.
6. Вена ичига тез таъсир кўрсатувчи юрак глюкозидлари (агарда бемор ун­гача дигиталис препаратлари ол­маган бўлса) строфантин, коргликон юборилади.
7. Кичик қон айланиш доирасида қон айланишини яхшиловчи препаратлар (зуфиллин) тайинланади.
8. Қон босимини назорат қилган ҳолда периферик вазодиятаторлар (натрий нитропруссид, нитроглицерин, гидролазин) тайинланади.

Периферик вазодилататорлар дозасини мос равишда аниқлаш қийинлиги ва қон босимини етарлича назорат қилиб бўлмагани учун кексалар ва қариялар ёшидаги кишиларга уларни эҳтиёткорлик билан тайинланади.

Вена томирларидан юракга оқиб келувчи қонни камайтиришнинг тезкор ва эффектив усуллари мавжуд бўлмаганда (монелик бўлмаганда) қон олиб ташланади.

Тромбоэмболик асоратлар. Кекса ёшдаги одамларда миокард инфаркти касаллигида тромбоз — эмболик асоратлар хавфи кўпаяди. Одатда ўпка артерияси, аортанинг қорин бўлими, оёқлар артерияси, мезентериал артериялар, мия томирлари шикастланади. Тромбоз — эмболиянинг ривожланишида қоннинг ивишига қаршилик кўрсатувчи системанинг депрессияси, қон ивишига ёрдам қилувчи омилларнинг миқдори ошиши, қон айланишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди.

Шуни ҳам қайд қилиш керакки, антикоагулянтларнинг кенг қўлланилиши, тромбларни эритувчи препаратлар миокард инфарктида тромбоз — эмболик асоратларнинг оғирлик даражасини кескин камайтиради. Шунинг билан бир қаторда кексаларда бундай асоратлар тез — тез учраб туради.

Ўпка артерияси ва унинг тармоқлари тромбоэмболияси кўпчилик ҳолларда оёқлар тромбофлебити ёки флеботромбозга туфайли келиб чиқади. Бунга гемодинамиканинг бузилиши, бир вақтда қон ивишдаги ўзгаришлар, ҳаракатнинг чекланганлиги ёрдам қилади. Юрак етишмовчилиги туфайли ўпка — артерияси системасида қоннинг димланиб қолиши ҳам тромбоз пайдо бўлишига шароит яратади.

Юрак ичидаги тромблар кўпчилик ҳолларда ўзини маълум қилмайди. Лекин баъзи ҳолларда тромб зарралари узилиб чиқиб, тромбоэмболияга сабаб бўлади. Тромблар ўнг қоринчада бўлган маҳалда, шунингдек, тромбофлебитларда эмболлар ўпкага кетиб қолиб, ўпка инфарктларига сабаб бўлади. Тромблар чап қоринчада бўлса, катта қон айланиш доирасида — мия, буйрак, қўл — оёқлар томирларида эмболия вужудга келади.

Даволаш. Ҳозирги вақтда миокард инфарктида, монелик бўлмаганда, тромболитик ва антикоагулянт препаратларини эрта тайинлаш масаласи тан олинган.

Антикоагулянтлар, айниқса гепарин, нафақат қон ивишига қаршилиқ кўрсатади, балки оғриқни йўқотишга ҳам ёрдам беради, томирлар ўтказувчанлигига ижобий таъсир кўрсатади, қон юришини тезлаштиради, периферик қон айланишини ҳам яхшилади. Аммо антикоагулянтлар билан даволашдаги асоратлар, кексаларда уни кенг миқёсда қўллашга йўл қўймайди. Кексаларда мавжуд бўлган жигар ва буйрақлар функциясининг бузилишлари антикоагулянтлар таъсирини кучайтиради. Уларни тайинлашда бошқа дорилар билан ўзаро таъсирини ҳам ҳисобга олиш керак бўлади. Масалан, клофибрат, урегит, салицилатлар, хинидин ва бошқалар кумарин препаратларининг таъсирини кучайтиради. Баъзи антибиотиклар (канамицин, неомицин, стрептомицин, сульфаниламидлар) витамин К синтезини пасайтиради ва антикоагулянтлар дозасини ошириши мумкин.

Организмда монелик бўлмаганда, гепарин 10000ед. вена ичига юборилади, кейинчалик эса 5000 еддан мушаклар ичига ҳар 6 соатдан қилинади. Бундай вақтда фибринолизин (стрептаза, урокиназа) қўлланилади. Бундай даволаш 3—5 кун давом этади. Коагулограмма назорат қилиб турилади. Билвосита антикоагулянтлар тайинланганда протромбин индекси 40—50%, гепарин билан даволашда қоннинг ивиши 2—2,5 марта камайиши керак.

Асоратлар пайдо бўлганда викасол, аминаокапрон кислотаси, кам миқдорда қон қуйилади.

Кексалар ва қариялар ёшида юрак клапани нуқсонлари (пороклар)

Юракнинг ревматик порокларини ташхислаш етук, кекса ва қариялар ёшидаги одамларда қийинчилик туғдиради. Бу қуйидагилар билан боғлиқ. Биринчидан, юқоридаги гуруҳга мансуб шахсларда йўлдош касалликлар: атеросклероз, гипертония, ўткир миокард инфаркти, юрак ишемик касаллиги, сурункали пневмония, ўпка эмфиземаси мавжуд бўлиб уларда нафақат клапан аппарати, балки юрак миокарди ҳам шикастланади; иккинчидан уларнинг анамнезида ўтмишда ревматик атака қайд этилмайди.

Д.М.Терещенко ва М.А.Шалевич (1976) кўрсатишларида ревматик пороклар ҳаёт пайтида беморларнинг 64% тўғри топилган, 26% эса ташхис қўйилмаган. Кўпчилик ҳолатларда нотўғри ташхис қўйиш юракнинг уч табақали ва аорта клапани порокларида қайд қилинади.

Юрак порокларини аниқлашда ҳатоликларнинг асосий сабаблари — юрак аускультациясининг сифатсиз ўтказилиши, ревматик анамнезнинг аниқланмаганлиги, иккиламчи текшириш усуллариининг етарлича ўтказилмаслиги, олинган маълумотларни тўғри таҳлил қилмасликдир.

Кекса ва қариялар ёшидаги беморларда ревматик пороклар ёшлардагидек, жинси, порок табиати, тораиши даражаси бўйича кўрсаткичлар сақланиб қолади.

Бу гуруҳ беморларда ревматик порокларни ташхислашда хилпироқ аритмиянинг ва клапанлар табақасининг кальцинози мавжудлиги маълум таъсир кўрсатади. Ҳар иккала омил ҳам митрал тешиги тораишининг оҳангини ўзгартиради. Митрал клапан кальцинозида митрал клапан очилиши товуши йўқолади, систолик товушнинг пайдо бўлишини ёки илгаридан мавжуд бўлган систолик товушни кучайтиради. Хилпироқ аритмиянинг қўшилиши эса митрал тораишда диастолик шовқиннинг сусайиши ёки батамом йўқолиб кетиши билан кечади. Натижада, митрал клапанининг биргаликда кечувчи порокидан (тораиш ва етишмовчилик) фақат иккита эшитиш белгиси: 1 садонинг кучайиши ва юрак учда дағал систолик шовқин қолади. Бундай ҳолда ташхисни аниқлаш мақсадида йўналтирилган рентгенологик, фонографик ва эхокардиография усулларидадан фойдаланилади.

Ревматик жараённинг фаоллик даражасини аниқлаш ҳам қийин кечади.

Чунки кексалар ва қариялар ёшида бирламчи ревматизм жуда кам учрайди, кўпчилик ҳолларда бу ёшдаги ревматизм ёшлик даврдаги касалликнинг такрорланишидир.

Кексалар ва қарияларда ревматизм хуружининг яққол кўриниши кам бўлсада янги пороклар ҳосил бўлишига ёки эскисининг мураккаблашишига сабаб бўлади. Ревматик жараённинг суст кечиши янги порок ҳосил қилмайди ва аста — секинлик билан жараён ўчади. Ревматизмнинг

такрорланиши (рецидив) суст кечувчи кардит ёки полиартрит шаклида, тана ҳароратининг ошиши шаклида бўлиши мумкин. Бунда экссудатив ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин.

Лейкоцитлар сони ошмайди, СОЭ тезлашиши бўлмайди ёки кам учрайди. Биокимёвий ва иммунологик силжишлар қайд қилинмайди. АСЛ — О, АСГ, ДФА — реакция нормада бўлади. Қонда С — реактив оқсил ижобий бўлади.

Ревматик жараённинг фаоллик даражасини аниқлаш критерийлари бўйича кексаларда ревматизм активлигини аниқлаш қийинчилик туғдиради. Катта ёшдаги шахсларнинг 14,3% ревматик жараён фаол кечади.

Кекса ва қариялар ёшида ревматизм (порок) кечишининг хусусиятларига тромбозболик асоратларнинг ривожланишини киритиш мумкин ва буни даволашда ҳисобга олиш лозим. Бу ёшдаги шахсларда ревматизм хуружлари орасида ремиссия узоқ давом этади, касаллик суст ва чўзилиб давом этади, меҳнат қобилияти узоқ сақланади, юрак етишмовчилиги кеч ривожланади.

Касалликнинг бундай кечишини узоқ яшашнинг наслий омиллари, организмнинг стрептококк микробларига нисбатан чидамлигиги ва кекса организмнинг реактивлик хусусияти билан боғлаш мумкин.

Катта ёшдаги шахсларнинг юрагини физикал усулда текширганда митрал тешигига хос бўлмаган белгилар топилади. Бундай ҳолларда анамнез, такрорий декомпенсациялар, I садонинг кучайиши, ўпка артериясида II садонинг кучайиши, хилпироқ аритмиянинг тахиаритмик тури борлиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Юрак пороки билан касаланган беморларда, ёшларга қараганда, гипостатик ва ўпка яллиғланишлари тез — тез учрайди.

Кекса ёшдаги беморларда ташхисни аниқлашда қуйидаги клиник белгиларни эътиборга олиш лозим: эпигастрал соҳада томир уриши (пульсация); ўпка артерияси соҳасида томир уриши; ўпка артерияси устида II садонинг кучли бўлиши; митрал клапан очилишининг садоси; Q—I садо интервалининг ўзгариши; II садо — QS; порок мавжудлигида ЭКГда бўлмачалар титрашининг йирик тўлқинли бўлиши (0,2 мм ва катта), атеросклероз мавжудлигида эса майда тўлқинли бўлиши.

Ревматизм мавжуд бўлган кекса ёшдаги беморларда клапан тешикчасининг чекланган торайиши тез—тез учраб туради. Кекса ёшдаги шахсларда аортал клапани етишмовчилигини аниқлашда юракни эшитиш муҳим аҳамиятга эга, чунки артериал пульс ва қон босими яққол ўзгаришлар билан намоён бўлмайди. Шунинг учун ҳам бу ўринда камайиб борувчи протодиастолик шовқин тапхис қўйишда асосий ўрин эгаллайди. Шовқиннинг давомлилиги клапан нуқсонининг оғирлик даражасини кўрсатади. Шовқин тикка ҳолатда, тана корпуси сал олдинга эгилган, экспиратор тўхталиш даврида эшитилади. Аорта клапани етишмовчилигининг баланд даражасида систолик шовқин юрак асосида аорта клапани проекциясида эшитилиб, аорта нисбий торайиши билан боғлиқ бўлади.

Кекса ёшдаги кишиларда аорта клапани етишмовчилиги аортанинг сифилитик шикастланиши билан боғлиқ бўлишини ҳам назарда тутмоқ лозим. Бундай ҳолларда серологик текширишлар юрак нуқсонини тапхислашда ёрдам беради.

Митрал тешиги торайишининг бошқа касалликлар билан биргаликда кечишида уни тапхислаш анча қийинчилик туғдиради. Митрал стенози артериал гипертензия билан бирга кечиши мумкин. Бундай беморларда қон босимининг баланд бўлиши буйрак ишемияси туфайли ренин—ангиотензин механизмининг қўшилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда эса бевосита гипертония касаллиги билан боғлиқ бўлади. Митрал стенози ва гипертония касаллиги биргаликда кечганда ва митрал стеноз даражаси унчалик ярқин намоён бўлмаса, биринчи ўринга гипертония касаллиги белгилари чиқиб олиши мумкин: бош оғриш, бош айланиш, қулоқ шанғиллаши, юрак соҳасида оғриқ. Бу белгилар қон босими ошганда кучаяди. ЭКГ ва рентгеноскопияда чап қоринча гипертрофияси аниқланади. Синчковлик билан аускультация ўтказилганда митрал стенози клапан белгилари (1 тон тақиллаши, митрал клапани очилиши товуши, диастолик шовқин, диастолик қалтираш) аниқланади.

Бундай ҳолларда (гипертония белгилари устуналигида) аускультацияга алоҳида эътибор берилмаса митрал стенози тапхисланмасдан қолиши мумкин.

Кексалар ва қариялар ёшида митрал стенози ўпканинг хроник обструктив касалликлари билан биргаликда кечиши ҳам мумкин. Бундай ҳолларда юрак ўнг қоринча етишмовчилиги белгиларининг бўлиши сурункали ўпка — юрак етишмовчилиги (сog-pulmonale) деб баҳоланиши мумкин. Яққол эмфизема шароитида ва нуқсоннинг клапан белгилари синчиклаб изланмаса касаллик ташхисланмаслиги мумкин.

Юрак клапан аппаратининг ревматик ва атеросклеротик шикастланишларида дифференциал ташхислаш маълум қийинчиликлар туғдиради (хусусан ревматик анамнез бўлмаганда). Бундан ташқари, кексалик ва қариялик ёшида дағал систолик шовқин, клапан аппаратининг ревматик шикастланиши бўлмасада, ёш билан боғлиқ ўзгаришлар туфайли эшитилиши мумкин.

Атеросклерозда аортал клапаннинг, айрим ҳолларда митрал клапаннинг склеротик шикастланишлари кузатилади. Юрак папилляр мушакларининг ва пай ипларининг атеросклеротик шикастланиши митрал клапани етишмовчилигининг сабаби бўлиши мумкин.

Кексалар ва қарияларда атеросклероз ва гипертонияда систолик товуш юракнинг турли соҳаларида — асосида, учида, аортада эшитилади. Шовқин дағал бўлиб, кўпинча ревматик шовқин тарқаладиган нуқталарга ўтмайди. Аортадаги систолик шовқин аорта бўйлаб тарқалади ва аортанинг қорин қисми ва бўйиндаги томирларда эшитилади. Унинг ревматизм билан боғлиқлиги эса анамнез, касалликнинг кечиши, инструментал текширишлар (фоно ва эхокардиография, қизилўнгачни контраст орқали рентгенда текшириш) орқали аниқланади. Кексаларда митрал клапан нуқсонлари, аортаникига қараганда, 3 марта кўп учрайди.

Ревматик порокларда прогноз клапан аппарати шикастланишининг даражаси, ревматик жараённинг такрорланиш тезликига, ўпка артерияси ва паренхимасидаги ўзгаришларга боғлиқ бўлади. Митрал стенози, аорта порокларига қараганда оғир кечади. Баъзи беморлар юрак пороки билан 60 ёшгача ва ундан ҳам узоқ яшайдилар. Кўпчилик аёллар, митрал стенози борлигига қарамай бир неча ҳомиладорликни ва туғишни асоратсиз ўтказадилар. Ревматизмнинг ҳар бир янги такрорланиши касаллик прогнозини ёмонлаштиради, юрак пороки ва

миокарддаги шикастланишлар янада мураккаблашади. Хилпироқ аритмиянинг турғун бўлиши касалликнинг кечки босқичларининг белгиси ҳисобланади.

Беморнинг умри демкомпенсация пайдо бўлгандан кейин тегишли даволаш ўтказилганда, 3—5 йил давом этади. Беморда юрак етишмовчилиги ва хилпироқ аритмия бўлганда тромбозболиянинг пайдо бўлиши маъқул бўлмаган белги ҳисобланади. Мия томирлари эмболиясида ўлим 50% этади, мезентериал томирларда бўлганда ундан ҳам балоғат бўлиши мумкин.

Юрак пороки коронар артериялар склерози билан қўшилганда прогноз ёмонлашади. Юрак етишмовчилиги бўлган беморларда ўпка яллиғланишининг ривожланиши ўлимга сабаб бўлиши мумкин.

Митрал стенозида умрнинг давомлиги нафас системасининг функционал ҳолатига ҳам боғлиқ. Узоқ вақт қоннинг димланиши, кичик қон айланиш доирасидаги гипертензия альвеолаларда газлар алмашинувининг бузилишига олиб келади, ўпканинг ҳаётий ҳажми камаяди.

Пороклар демкомпенсациясида ЭКГ да Гисс тутамининг ўнг оёқчаси блокадасининг пайдо бўлиши прогноз ёмонлашуvidан далолат беради.

Касаллик прогнозига ижобий таъсир кўрсатувчи омиллар—ревматик жараённинг фаол бўлмаслиги, демкомпенсация аломатлари йўқлиги, юракнинг унча катта бўлмаслиги, хирургик даволашнинг яхши натижа беришидир.

Беморнинг меҳнат ва турмуш шароити, руҳий ва жисмоний зўриқишларнинг олдини олиш, иқлимнинг салбий таъсиридан сақланиш ҳам аҳамиятга эга.

Даволаш. Кексалар ва қарияларда ревматик табиатли юрак нуқсонларини даволашда этаплилик принципи (шифохона, поликлиника, диспансер кузатуви) сақланиб қолади. Ревматизмнинг актив даври ва унинг такрорланиш жараёнида, ёшларда қабул қилинган усуллар ва схемалар кексаларга тўғри келмаслиги мумкин. Чунки бу ёшдаги беморларда гормонал препаратлар, салицилатлар, антибиотикларга нисбатан юқори сезувчанлик ёки монеликлар бўлиши мумкин (артериал гипертония, қандли диабет, ошқозон яраси ва б.). Шунингдек, стероид бўлмаган яллиғланишга қарши препаратлар кексаларда бошқа

касаликлар туфайли қўлланилувчи препаратлар (АУФ ингибиторлари ва б..) таъсирини ўзгартириши мумкин. Масалан, иссиқликни туширувчи ва оғриқни қолдирувчи препаратлар Энап билан биргаликда қабул қилинганда унинг эффективлигини камайтиради ва буйраклар фаолиятини ёмонлаштириши мумкин.

Кексалар ва қарияларда ревматизмни даволашда гериаатрик препаратлар нафақат организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини оширади, балки дори препаратларининг иккиламчи таъсирини камайтиради, юрак етишмовчилигининг олдини олади. Юрак клапани нуқсонларида жарроҳлик усулини қўллашдаги вазминлик тактикаси ундан кейинги ўлимнинг юқорилиги билан боғлиқдир.

IX — БОБ.

НАФАС АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Ёш ошиши билан ўпка паренхимаси ўз эластиклигини йўқата боради, атрофияга учрайди. Натижада ўпканинг нафас сирти камаяди. Ўпка капиллярлари зичлашади ва мўрт бўлади. Томирлар ўзгариши ўпка тўқимасининг озуқаланишини ёмонлаштиради, газлар алмашинуви бузилади. Нафас йўлларида кескин ўзгаришлар юзага келади. Эпителийлар фаоллиги камаяди ва аста—секинлик билан атрофияга учрайди. Бронхлар шиллиқ пардаси рецепторларининг сезувчанлиги пасаяди. Булар барчаси бронхларнинг тозаланиш механизмларини бузилишига олиб келади, кекса ва қариялар ёшидаги одамларда такрорланувчи яллиғланишларга сабаб бўлади.

Кўкрак қафаси бочкасимон шаклга учрайди. Кўкрак қафаси мушакларида дистрофик ўзгаришлар юзага келади. Қобиргаларнинг умуртқа поғонасига бирлашиш жойларида склеротик ўзгаришлар келиб чиқиши сабабли қобиргалар ҳаракатчанлиги чекланади ва кўкрак қафасининг экскурсияси пасаяди.

Кексалик ёшида альвеолалар ўлчами каттаяди, ҳажми ошади, шу сабаби нафас майдони ўртача 40—45% камаяди. Бронхлардаги эпителий ва тоғай тўқима атрофияга учрайди, бу эса уларнинг нотекис сиқилишига олиб келади.

Нафас аппаратининг ёш билан боғлиқ ўзгаришларини кўпчилик тадқиқотчилар кексалик эмфиземаси деб баҳолайдилар. Ўнг қоринча гипертрофияси билан кечувчи гипертрофик обструктив эмфиземага қарама—қарши, кексалик эмфиземаси кам кўринишга эга бўлган белгилар билан кечади.

Ёш улғайиши билан ўпканинг диффузия қобилияти пасаяди, кислородни етказиб бериш ва углекислотани чиқариб юбориш қийинлашади. Шунинг натижасида газлар алмашинуви пасаяди, бу ҳол жисмоний зўриқиш пайтида, айниқса яққол кўзга ташланади. Кекса одамларда нафас марказининг углекислотага нисбатан сезувчанлиги ошади.

ЗОТИЛЖАМ кўпчилик вақтда ўткир ёки сурункали бронхитдан кейин ривожланади. Ўткир бронхит кексаларда юқори нафас йўллариинг респиратор касалликларидан кейин, уларнинг асорати сифатида ривож топади. Майда бронхларнинг тупик билан тиқилиши натижасида ўпка тўқимасида ателектаз соҳалар юзага келади. Яллиғланиш жараёни бронхларнинг охириги тармоқларигача етиб боради ва зотилжам ривожланишига шароит яратади.

Ўткир бронхитда беҳоллик, кўкрак сиқилиши, бронхлар устида қитиқланиш сезадилар. Қуруқ, кўпчилик ҳолларда оғир йўтал пайдо бўлиб, кейинчалик оз миқдорда йирингли балғам ажралабошлайди. Ўпкани эшитганда қуруқ ҳуштаксимон шовқинлар эшитилади (бронхларда ёпишқоқ секрет бор). Кўпчилик ҳолларда бронхоспазм гипоксия ривожланишига олиб келади.

С.П.Боткин зотилжамнинг ёшларда ва кексаларда турлича кечишини қайд қилган эди. Унинг кечиши ёш билан боғлиқ макроорганизмнинг реактивлигига боғлиқ бўлади.

Н.С.Молчанов(1965) таъкидлашича, 30 ёшгача крупоз пневмония барча пневмонияларнинг 18—20%, 50 ёшдан юқори кишиларда 5—6% ташкил этади. Кекса ёшда эса ўчоқли пневмония устунлик қилади ва 60 ёшдан юқори бўлган одамларда, крупоз пневмонияга қараганда 4 марта кўпроқ учрайди.

Зотилжамнинг клиник кўринишларида умумий белгилар устунлик қилади: беҳоллик, иштаҳанинг йўқолиши, кўпчилик ҳолларда қайт қилиш, ич кетиши кузатилади. Йўтал бўлмаслиги мумкин. Тана ҳарорати мўътадил ёки субфебрил бўлади.

Цианоз, нафас сиқиш диққатни жалб қилади. Перкутор товуш бўғиқлиги, товуш қалтираши, бронхиал нафас эшитилмайди. Ўпкани эшитиб кўрганда қаттиқ нафас, қуруқ хиррилаган товуш, шикастланган соҳа устида оҳангдор намли хириллаш бўлади. Яллиғланиш 60% ҳолларда ўпканинг орқа паст қисмида, кўпчилик ҳолларда ўнг ўпкада қайд этилади, баъзида эса икки томонлама бўлиши мумкин. Периферик қонда катта ўзгаришлар кўзга ташланмайди. СОЭ унчалик баянд бўлмайди. Кўпчилик беморларда нафаснинг паст эшитилиши характерлидир. Кексалар ва қарияларда объектив белгиларнинг бўлмаслиги ташхис

қўйишда қийинчилик туғдиради. Бундай беморларда ҳолсизлик ва тер босиш каби белгиларни эътиборга олиш лозим.

Рентгенологик текширишларда, ёшлар билан унчалик фарқ бўлмасада, кексаларда эмфизема, пневмосклероз, хроник ва юрак етишмовчилигига хос ўзгаришлар топилади.

Кексалар ва қарияларда ўпка яллиғланишларида юрак—томир системаси кўпроқ шикастланади (54—70%), ёшларда (10%). Атеросклероз, гипертонияси бор беморларда зотилжам хавfli ҳисобланади. Бундай беморларда цианоз, нафас сиқиши, тахикардия ва шиш пайдо бўлиши зотилжам ривожланишининг белгилари бўлиши мумкин.

Даволашда кексалар организмнинг хусусиятларини эътиборга олинади.

Ўткир нафас етишмовчилиги. (УНЕ). Врачлик аралашувни талаб этадиган оғир асорат. УНЕ—нафас функциясининг ўткир бузилиши бўлиб, бунда организм кислород билан кам таъминланади, углекислота эса кам чиқарилади. Бундай ҳолатга, шунингдек, лозим бўлган газ алмашинувининг ҳаддан ташқари энергия сарфлаши билан, компенсатор—мослашув аппаратининг қашшоқлашуви билан кечадиган жараённи ҳам киритилади. Зотилжам касаллигида кислороднинг альвеоляр—капилляр мембранага етиб бориши (вентиляция), шунингдек, бу мембрана орқали қон етказилиши ва газлар алмашинуви бузилиши мумкин. (перфузия ва диффузия).

УНЕ механизми—фақат ўпканинг нафас юзасининг қисқариши эмас. Бронхларнинг балғам билан тиқилиши, ўпкада қон юришининг бузилиши, альвеоляр—капилляр мембрананинг диффузион қобилиятининг бузилиши, ўпканинг фаол соҳасининг редукцияси (коллапс, ателектаз) муҳим роль ўйнайди. Бундан ташқари, нафас мушакларининг заифлиги, қисқариши, нафас маркази функциясининг бузилишлари ҳам ўткир нафас етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин. Аммо, ўткир нафас етишмовчилигининг асосий сабаблари вентиляция ва қон юриши ўртасидаги номувофиқликдир.

Ўпкада газ алмашинувининг бузилиши артериал гипоксемия билан (PaO_2 80 мм.сим.уст. кам) ва артериал гиперкапния ($PaCO_2$ 45 мм. сим.уст. баланд) билан намоён бўлади. Агарда артериал гипоксемия УНЕ оғирлигига мос

бўлса, артериал гиперкапния ҳамма вақт ҳам тўғри келвермайди ва УНЕ нинг турига боғлиқ бўлади.

УНЕ нинг 2 асосий тури қайд қилинади: вентиляция ва паренхиматоз. Вентиляция тури вентиляция етишмовчилиги натижасида келиб чиқади, қоннинг кислород билан тўйиниши ва углекислотанинг ажралиб чиқиши қийинлашади, бу артериал гипоксемия ва гиперкапния билан характерланади. Паренхиматоз тури — ўпка паренхимасининг кескин ўзгаришлари туфайли вентиляция қон юришига мос келмай қолади. Артериал гипоксемияга жавобан юзага келган гипервентиляция, шу миқдорда углекислота чиқаради. УНЕ нинг бу тури бронхларда ортиқча секрет ҳосил бўлганда ва уни чиқариб ташловчи механизм сусайганда пайдо бўлади.

УНЕ нинг аралаш тури, уларнинг биттасининг устунлиги билан кечади ва оғир варианты ҳисобланади, артериал гипоксемия ва гиперкапния тобора ривожланиб боради.

УНЕ нинг компенсация (ўрни қопланган) фазаси фарқ қилинади — ташқи нафас функциясининг асосий кўрсаткичларининг ёмонлашуви PaO_2 нинг мўътадил кўрсаткичларида гиперкапния даражаси унчалик эмас.

Декомпенсация фазаси доимий гипоксемия билан кечади, аҳволнинг ёмонлашувига қараб гиперкапния кўшилади.

Ўпкада газлар алмашинуви оғирлигига қараб ўртача, яққол кўринувчи ва оғир турлари ажратилади.

4 — жадвал

Ўткир нафас етишмовчилигининг ўрни қопланмаган вентиляция тури ичкарилик кўрсаткичи

Ҳолати	PaCO_2 , мм.сим.уст	PaO_2 , мм сим.уст.
Норма	36 — 44	80 — 96
Ўртача УНЕ	46 — 55	65 — 79
Яққол УНЕ	56 — 65	55 — 64
Оғир УНЕ	70 — 85	45 — 54
Гиперкапник кома	90 — 130	35 — 44

Ўткир нафас етишмовчилигининг ўрни қопланмаган паренхиматоз тури ичкарилиқ кўрсаткичи

Ҳолати	PaO ₂ , мм.си м. уст.	HbO ₂ %,	PaCO ₂ , мм.сим.уст
Норма	80—96	94—97	36—44
Ўртача ўНЕ	65—79	90—93	32—38
Яққол ўНЕ	50—64	80—89	30—40
Оғир ўНЕ	40—50	70—79	28—42
Гипоксемик кома	30—39	55—69	26—44

ўНЕ нинг кечишида шартли равишда 4 фаза ажратилади.

Ўткир нафас етишмовчилигининг биринчи фазаси клиник кам намоён бўлади. Нафас сиқиши кўзга ташланади. ўНЕ нинг бир неча соатдан бир неча суткагача давом этиши II—фаза бошланишидан далолат беради. Септик ҳолатларда ўлим билан тугаши мумкин. Клиникаси нафас сиқиши билан характерлидир. Цианоз ҳамма вақт бўлавермайди. Гипокапния ҳолати юз беради. Учинчи фаза яққол нафас етишмовчилиги билан характерли: тез ва оғир нафас қузатилади, ёрдамчи нафас мушаклари ишга тушади, бу эса катта энергия сарфлашга сабаб бўлади. Ўпка томонидан шимилган кислороднинг 75% анашу мақсадга сарфланади. Бемор териси ерсимон рангда, совуқ тер билан қопланган. Гипоксемия турғун бўлади. Трахея ва бронхларда секреция ошади, нафас йўлларида экспиратор бекилиши пайдо бўлади. Ўпканинг майда томирларида эмболлар юзага келади. Гипокапния гиперкапния ҳолатига ўтади. ўНЕ терминал фазага ўтади.

Терминал фаза бир неча соат давом этади. Бемор комага тушади. Организмдаги алколоз ҳолат метаболик ацидоз билан алмашади.

ўНЕ интенсив даволашни талаб қилади. Даволаш нафас йўлларидаги ўтказувчилигини таъминлаш, қонда газлар таркибини мўътадиллаштириш, апноэ ёки диспноэ ҳолатларда нафасни стимуляция қилишга йўналтирилади.

Даволаш. Агарда ЎНЕ ўпкада қон шунтланиши ёки плеврадаги оғриқ туфайли бўлса, уни 1:1 нисбатдаги босим остида бериладиган кислород—ҳаво аралашмаси билан четлатиш мумкин. Плеврадаги оғриқларга қарши аналгетиклар (аналгин ва б.), димедрол, новокаин блокадалари ёрдамида камайтириш мумкин бўлади.

Майда бронхлар ва бронхиолалар бронхлардаги тупик билан тиқилиши ателектазлар пайдо бўлишига, ўпкада қоннинг шунтланишига, янги зотилжам ўчоқларининг ривожланишига, юрак—томирлар декомпенсациясига олиб келади.

Даволаш мақсадида кислород берилади, нафас гимнастикаси ўтказилади (чуқур нафас), беморни йўталишга чақирилади, оғриқ синдроми доимо йўқатилиши лозим. Кислота—ишқор ҳолатини мўътадиллаштиришга қаратилган тадбирлар ўтказилади. Лозим бўлганда бронхлардаги тупиклар аспирация қилинади.

Кислород намланган ҳолда бурун катетерлари орқали берилади. Кислородга гелий аралаштириб бериш (80—60%гача) беморни аҳволини анча яхшилайти, кислороднинг оқимини кескин оширади, нафас олишга сарфланадиган энергияни камайтиради.

Агарда нафас етишмовчилиги камайса, унда даволаш учун бронхоскопия орқали трахео—бронхиал система ювилади.

Беморда оғир ЎНЕ мавжуд бўлганда ва у консерватив даволаш орқали натижа бермаса ўпканинг суний вентиляцияси ўтказилади.

Беморни суний вентиляцияга ўтказиш учун клиник кўргазма: кўзгалувчанликнинг пайдо бўлиши, онгни йўқотиш, цианоз ривожланиши, кўз қарачиғининг кенгайиши, нафас мушакларининг гиповентиляция натижасида фаоллашувидир.

Хроник бронхит, обструктив эмфизема.

Гериятрик амалиётда кўплаб учрайдиган касалликлар қаторига киради. Атеросклероз ва артериал гипертония билан бир қаторда эрта меҳнат қобилиятини йўқотиш ва эрта кексайишнинг асосий сабабларидан ҳисобланади.

Ёшларга қараганда, 40 ёшдан кейин 2 марта кўп учрайди.

Хроник бронхитда бронхлар ўзгариши турлича бўлиб деярли бронхлар ва ўпканинг барча элементларига тарқалади. Дастлабки даврларда бронхларнинг шиллиқ пардаси шикастланади, шиллиқ безлар ва боқалсимон хужайралар гиперплазияси, яллиғланиш инфильтрацияси кузатилади. Кейинчалик эса шиллиқ пардаларда ярачалар ва атрофия, оралиқ тўқимада чигал ва фиброз ўзгаришлар юзага келади. Бронхиолаларнинг торайиши эмфиземага олиб келади. Бронхларнинг секретор ва ҳаракатлантирувчи функциялари бузилади. Бронхоспастик хуружлар бронхлар тикилишига, чўзилишига, альвеолалар узилишига олиб келади, натижада нафас олиш майдони камаяди. Бир вақтнинг ўзида кичик қон айланиш доирасида капилярлар структураси бузилади, ўпка системасида ва бронхлар артерияларида облитерация (битишув) ривож топади. Ўпка эластиклигининг йўқолиши, кўкрак қафасининг деформацияси уни инспирация (нафас олиш ҳолатида) қолдиради. Буларнинг барчаси нафас олиш ва қон айланишини қийинлаштиради. Йўтал ва бронхлар тозаланиши пасаяди.

Хроник бронхитнинг асосий белгиси шилимшиқ ва шилимшиқ — йирингли балғам ажралиши билан бўладиган йўталдир. Касалликнинг ўткир даври йилнинг намгарчилик даврига тўғри келади. Аста — секинлик билан ривожланувчи структуравий ва функционал ўпка — юрак етишмовчиликига (cor — pulmonale) олиб келади. Касалликнинг ривожланиши бадан ҳароратининг субфебрил даражаси, беҳолик, СОЭ тезлашиши билан кечади. Бронхоэктазлар мавжуд бўлган тақдирда балғам қон аралаш бўлиши мумкин. Бундай ҳолатда ўпка раки ва туберкулез билан дифференциал ташхислаш ўтказиш керак бўлади.

Хроник бронхитда газ алмашинуви бузилиши ва гипоксия, шунингдек бош мия артериялари атеросклерози ва ундаги қон айланишининг бузилишлари кекса ёшдаги кишиларда церебрал бузилишларнинг бош айланиш, бош оғриш, руҳият бузилишининг сабаби бўлиши мумкин.

Хроник бронхит кўп ҳолларда клиник белгилари кўзга кам ташланадиган ўчоқли зотилжам ривожланишига сабабчи бўлади. Бундай ҳолларда температура, қон ўзгаришлари бўлмаслиги мумкин. Умумий аҳволнинг ёмонлашуви, қувватсизлик, нафас сиқишининг кучайиши ва

юрак қисқаришларининг тезлашуви ўчоқли зотилжамнинг мавжудлигидан далолат беради. Кўпчилик ҳолларда ХБ астмоид характерга эга бўлади.

Кексалардаги ўпка — юрак етишмовчилиги атеросклеротик кардиосклероз туфайли юзага келувчи юрак етишмовчилиги билан дифференциал ташхислашни таъқоза этади. Бу ўринда тўла йиғилган анамнез, ўтмишда стенокардия хуружлари ва миокард инфаркти, ЭКГ да чап тури, рентгенологик ва клиник текширувлар беморда тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Хроник бронхит (ХБ) ва унинг асоратларини даволаш кекса ёшдаги кишиларда баъзи хусусиятларга эга. Касалликнинг ўткир даврида антибиотиклар билан даволаш интенсив иккита препарат ёрдамида ёки сульфаниламидлар билан қўшиб ўтказилиши керак. Нейро ва ототоксик таъсир кўрсатувчи антибиотиклар қўлланилмайди (стрептомицин, неомицин ва б.); Кексалар ва қарияларнинг замбурғли касалликларга мойиллигини ҳисобга олиб антибиотикларни замбурғларга қарши препаратлар (нистатин) билан биргаликда тайинланади, дисбактериозни олдини олиш мақсадида поливитаминлар берилади. Ўпкада йирингли яллиғланишлар мавжуд бўлса антибиотиклар аэрозол шаклида тайинланади ва бронхларни кенгайтирувчи воситалар — папаверин, но-шпа, новокаин билан биргаликда қилинади.

Эфедрин, новодрин, эуспиран эҳтиётлик билан тайинланади. Аллергик компонент мавжудлигида, агарда бошқа воситалар ёрдам бермаса, кортикостероидлар тавсия этилади. Бу препаратлар билан узоқ даволаш мақсадга мувофиқ эмас. Балғам кўчирувчи воситалар 2—3% сода эритмаси, 10% аммоний хлорид, 0,1% калий йод физиологик эритмада аэрозол шаклида тайинланади.

Балғам ажралиб чиқишини енгиллаштириш мақсадида протеолитик ферментлар (трипсин, хемотрипсин, дезоксирибонуклеаза), шунингдек стрептокиназа, гиалуронидаза тайинланади. Бу препаратлар нафақат балғам ажралишига, балки бронхлар ўтказувчанлигини ҳам қайта тиклайди, нафас йўларининг шиллиқ пардаси регенерациясини ҳам таъминлайди. Нафас олишни яхшилаш ва чуқурлаштириш учун кордиамин, коразол тайинланади.

БРОНХИАЛ АСТМА.

Кейинги йилларда бронхиал астма билан касалланиш кўплаб учрайди. Бунинг асосий сабаблари қуйидагилар: аллергик реактивликнинг ошиши; кимё саноатининг ривожланиши, атроф — муҳитнинг ифлосланиши ва бошқа омиллар билан боғлиқ аллергенлар билан алоқада бўлиш; ўпканинг сурункали касалликларининг кўпайиши ва уларнинг бронхиал астма касаллигининг ривожланишига имкон туғдириши. Бронхиал астманинг ёш жиҳатдан таркиби ҳам ўзгарди. Касаллик барча ёшдаги одамларда учраши мумкин, беморларнинг ярмида у болалигида, 30% да 40 ёшгача учраган. (А.Г. Чучалин, 1985). Кекса ва қариялар ёшидагилар бронхиал астма билан касалланганларнинг 44% ташкил этади (А.Д.Адо, А.В.Богова, 1971).

Тошкент шаҳрида бронхиал астманинг тарқалиши 1000 аҳолига 2,9 ни ташкил этади, инфекцион — аллергик формаси 85%, атопик — 15% беморларда ташхисланган. Аёллар 59,3%, эркеклар — 40,7% ташкил этган (А.М.Убайдуллаев ва б. 1982).

Кексалар ва қарияларда, асосан инфекцион — аллергик формаси кўплаб учрайди. Бронхиал астманинг бу шакли сурункали яллиғланишлар туфайли ривожланади (сурункали пневмония, сурункали бронхит ва б.). Инфекция ўчоғидан организм сенсibiliзациялашади, бунда организм тўқималарининг парчаланиш маҳсулотлари, бактериялар ва уларнинг токсинлари роль ўйнайдилар. Сенсibiliзация ҳолати ривожланган сари, ташқи муҳит аллергенларига ҳам (саноат, рўзгор, ўсимлик, дорилар аллергенлари) сезувчанлик оша боради. Бошқача қилиб айтганда бир валентлик фазаси кўп валентлик фазага айланади. Астма хуружлари турли омиллар таъсирида бўлиши мумкин. Булар қаторига — эндокрин силжишлар, метеорологик таъсирлар, салбий ва ижобий тусдаги ҳаяжонланишлар киради. Кўпчилик ҳолларда жисмоний зўриқишлар астма хуружига туртки бўлиши мумкин.

Клиник белгилари. Кўпчилик беморларда бронхиал астма сурункали равишда кечади ва нафас олишнинг доимо қийинлиги ва нафас сиқиши билан характерланади. Бундай ҳолат жисмоний зўриқишларда кучайиши кузатилади. Бемор йўтал ва қуюқ, шилимшиқ балғам ажралишидан шикоят қилади.

Бронхиал астма хуружи одатда кечаси ёки тонгда бошланади. Бунинг сабаби кечаси бронхларда уйқу пайтида тупукнинг йиғилиши ва силлиқ пардадаги рецепторларнинг қитиқланишидир. Бу ўринда сайёр нерв тонусининг ошиши ҳам аҳамиятлидир. Астмада бронхлар торайишида ташқари, кексалар ва қариялар ёшидаги беморларда, унинг кечиши ўпка эмфиземасига олиб келади. Вақт ўтиши билан ўпка етишмовчилигига юрак етишмовчилиги ҳам қўшилади.

Кексаларда кўпчилик ҳолларда бронхиал ва юрак астмалари биргалиқда учрайди. Бунинг сабаби уларда бир вақтнинг ўзида атеросклеротик кардиосклероз ва гипертония касаллигининг мавжудлигидир. Бундай беморларда юрак чап қоринчаси етишмовчилиги бўлиб, ўпкадаги яллиғланиш жараёни унинг кескинлашишига сабаб бўлади.

Агарда бронхиал астма ёшлик давридан ривожланган бўлса, кексалик даврида астмоид бронхит шаклида кечади ва унчалик ўткир характерга эга бўлмайди. Уларда ўпканинг сурункали касалликлари — сурункали пневмония, сурункали бронхит, ўпка эмфиземаси, пневмосклероз анча эрта юзага келади (соғ — pulmonale ривожланади).

Хуруж пайтида беморда ҳуштаксимон нафас, нафаснинг қийинлашуви, йўтал, цианоз кузатилади. Бемор одинга эгилган ҳолда, қўлларига таяниб ўтиради. Нафас олишда иштирок этувчи барча мушаклар таранглашади. Ёшларга нисбатан, қарияларда нафаснинг тезлашуви гипоксия билан кечади.

Кўкрак қафасини уриб кўрганда қутисимон товуш, эшитиб кўрганда — ҳуштаксимон ва намли шовқинлар қайд қилинади. Хуружнинг бошланишида йўтал қуруқ ва оғир бўлади. Хуруж охирида эса йўтал билан оз миқдордаги шилимшиқ балғам ажралади. Кекса ёшдаги одамларда, хуруж пайтида бронходилататорларга бўлган реакция секин ва тўлиқ бўлмайди.

Юрак товушлари паст, тахикардия қайд қилинади. Хуруж авжида коронар артериялар спазми туфайли ўткир юрак етишмовчилиги келиб чиқиши мумкин. Бунга мавжуд бўлган йўлдош касалликлар (гипертония, кардиосклероз) ва кексаларда хуруж авжида юзага келувчи гипоксия мойиллик қилади.

Бронхиал астмада астматик ҳолат ривожланиши мумкин. Бунда хуруж бир неча соат ёки суткалаб давом

этиши мумкин. Кексаларда бу ҳолат юрак этишмовчилиги билан бирга кечади ва беморнинг аҳволини ўта оғирлаштиради.

Ташхис қўйишда клинико-аллергологик анамез, аввал ўтказилган даволашнинг натижаси, десенсибилизация тадбирлари таъсири эътиборга олинади. Периферик қонда эозинофиллар ошади, балғам таркибида — Шарко — Лейден кристаллари, Куршман спираллари мавжудлиги аниқланади. Худди шунингдек, қонда иммуноглобулинларни аниқлаш ҳам аҳамиятлидир. Албатта, рентгенологик текширишлар ўтказилади.

Даволаш. Хуружни йўқотишга ва унинг олдини олишга қаратилади. Хуруж пайтида ва хуружлар оралиғида пуринлар (эуфиллин, диафиллин, дипрофиллин) ишлатилади. Уларни нафақат инъекция шаклида, азрозол шаклида ҳам қўллаш мумкин. Бу препаратларнинг адреналиндан устунлиги шундаки, гипертония, юрак ишемик касаллиги, мия артериялари атеросклерозида ҳам қўллаш мумкин. Эуфиллин коронар артерияларда ва буйракда қон айланишини яхшилайти.

Уларнинг бундай таъсири гериатрик амалиётда кенг қўлланилишига сабаб бўлади. Адреналин астма хуружини тезда олсада, уни кексаларда қўлланишда эҳтиёткорлик талаб қилинади. Чунки бу ёшдаги одамларда гормонларга нисбатан сезувчанлик катта бўлади. Препарат дозаси 0,3 мл 0,1% дан ошмаслиги керак, натижа бўлмаган тақдирда ушбу дозани 3—4 соатдан кейин такрорлаш мумкин. Эфедрин секин ва узоқ таъсир кўрсатади, простата беши аденомасида ишлатилмайди (кекса ёшда кўп учрайди). Изадрин, новодрин гемодинамикага кам таъсир кўрсатади, иккинчи даражали таъсири камроқ.

Балғам кўчишини яхшилаш мақсадида ферментлар — трипсин, хемотрипсин қўлланилади. Лекин, парчаланиш маҳсулотлари сўрилиши туфайли аллергик реакциялар бўлиши мумкин. Шунинг учун бу препаратларни ишлатишдан олдин антигистамин воситалар тайинланади.

Баъзи ҳолларда холинолитиклар қўлланилади. Атропин 0,5 мл 0,1% эритмаси тери остига юборилади. Платифиллин холинолитик ва спазмолитик хусусиятга эга, 1 мл 0,2% эритмаси тери остига юборилади.

Бронхиал астмани даволашда антигистамин препаратлар — димедрол, супрастин, тавегил ҳам кенг қўлланилади.

Хуруж пайтида бронхолитиклардан ташқари юрак фаолиятини яхшиловчи воситалар қўлланилади.

Гормонал препаратлар хуружни даволашда ва унинг олдини олишда яхши ёрдам беради. Уларни қўллашда дозаси одатдагидан 2—3 марта камайтириб берилади, кексаларда 3 ҳафтадан узоқ ишлатиш тавсия этилмайди.

Ўпкадаги яллиғланиш жараёнига таъсир кўрсатиш мақсадида антибиотиклар қўлланилади. Бунда микрофлоранинг антибиотикларга бўлган сезувчанлигини аниқлаш лозим.

ЎПКА РАКИ.

Этиологияси узил — кесил ҳал бўлган деб бўлмайди.

Шунинг билан бир қаторда маълум экзоген омиллар (физикавий, кимёвий) ва яллиғланиш жараёни ва улар уюшмаси ва ўпка раки ўртасида боғлиқликлар мавжуд. Бундай омиллар қаторида чекиш алоҳида ўрин эгалайди.

Ёш қатъая бориши билан бронхлар шиллиқ пардасида метоплазия юзага келади, унинг озуқаланиши бузилади, бронхлар эпителийси канцероген моддалар таъсирига кўпроқ дучор бўлади. Кексайиш, чекиш ва ўпка раки билан касалланиш ўртасида боғлиқлик мавжуд. Ундан ташқари кексаларда хроник яллиғланиш жараёни ўпка ракиннинг ривожланишига мойилик кўрсатади.

Бронхлар шиллиқ пардасидан ўсувчи рак кўпроқ учрайди.

Клиник белгилари. Қаерда жойлашишидан, ўсма жараёнининг босқичига боғлиқ бўлади. Ўсма йирик бронхда (ўпка иддизига яқин жойда) юзага келадиган бўлса, буни марказий ёки иддиз ёни раки деб аталади. Ўсма бронхларда (периферияда) юзага келган бўлса, бундай раки периферик рак дейилади. Ўпка ракиннинг атипик шаклига — медиастинал, тармоқланган ва милиар турлари киради.

Шакли ва табиати жиҳатидан ракиннинг қуйидаги ҳиллари тафовут қилинади:

1) Тез метастаз берадиган кичкина (диаметри 0,5—1 см) рак;

2) Йирик бронхда пайдо бўлиб, бронхнинг битиб қолишига ва ўпканинг пучайиб қолишига (ателектазига) сабаб бўладиган обтурацияловчи рак;

3) Перибронхиал равишда ўсиб, ўпка тўқималарида тугун ҳосил қиладиган тугунсимон рак;

4) Бронхлар йўналиши бўйлаб тарқалиб борадиган бронхоген рак, бу қўшилган пневмонияга ўхшайдиган бўлади.

Ўпка раки бирламчи ва метастатик бўлиши мумкин. Бирламчи рак ўпкада юзага келади ва бошқа аъзоларга метастазлар беради. Метастатик рак ўпкадан ташқарида (суяклар, меъда, тухумдонлар, бачадон танаси ва б.) пайдо бўлади, кейин эса ўпкага метастаз бериб тез ўсиб боради.

Ўпка раки лимфоген ёки гематоген йўл билан метастаз беради. Лимфоген метастазлар одатда регионар лимфа тугунларида топилади, метастазлар рак лимфангаитини ҳосил қилади. Ўпка ракининг гематоген метастазлари одатда суяклар, жигар, буйрак усти безлари, тухумдонлар, буйрақлар, бош миyani зарарлайди.

Ракнинг клиник белгилари хилма-хил бўлиб бирламчи (ўсманинг ривожланиши) ва иккиламчи (ўсма ривожланишига йўлдош бўлган) белгилар — ўпка ателектази, ўткир ва сурункали пневмония, бронхоэктазлар, плевра шикастланишлари ва; умумий белгилар — қувватсизлик, иштаҳанинг пасайиши, тез чарчаш, озиб кетиш ва интоксикациянинг бошқа белгиларидан иборат бўлади.

Марказий раkning белгилари шикастланган бронхнинг диаметри билан бевосита боғлиқ бўлади. Ракнинг бу шаклида тез-тез такрорланувчи ва доимий белгиси йўталдир. Йўтал озар берувчи, кўк йўталсимон характерга эга бўлади. Касалликнинг кейинги босқичларида балғам қон аралаш бўлиши мумкин. Ўпканинг бир қисми нафас актида қатнашмаслиги туфайли беморларда нафас сиқиш кузатилади. Шикастланган томонда оғриқ пайдо бўлади. Ўсманинг қўшни тўқималарга босим ўтказиши ва метастазлар тарқалиши билан боғлиқ қўшимча белгилар пайдо бўлади. Бемор озиб кетади. Ташхис рентгенологик текширишлар орқали аниқланади. Беморни текширишда бронхоскопия, биопсия ва цитологик усуллари қўшимча маълумот беради.

Ўпка ракининг периферик шакли кексалар ва қарияларда узоқ вақт ўзини клиник намоён этмасдан кечади. Унинг белгилари кам ва бир ҳил бўлади.

Кўкрақда ноаниқ оғриқ, оз миқдорда балғам ажралиши билан бўладиган йўтал, балғам ҳамиша қон аралаш бўлади. Тана ҳарорати субфебрил бўлади.

Касалликнинг биринчи белгилари ўсманинг қўшни тўқималарга босим ва организмга ёмон сифатли ўсманинг таъсири билан боғлиқ бўлади.

Марказдан узоқдаги (периферик) ўсманинг катта бронхларга ўсиб ўтиши унинг белгиларини ўзгартириши натижасида марказий рақдан, деярлик ажратиш қийин бўлиб қолади.

Кексалар ва қарияларда периферик рақнинг 2 тури ажратилади; 1) ўпка учи шакли — Пенкост—Тобис ўсмаси — (симпатик ўзакнинг бўйин қисми белгилари) Горнер симптоми ва қўлларда томирчалар белгиси; 2) инфекцияли — каверна шакли, субфебрил ҳарорати ва йирингли балғам ажралиши билан характерланади.

Рентгенологик текширишда ўпкада бўшлиқ кузатилади ва уни ўпка абсцесси ва бошқа бўшлиқлардан дифференциал ташхислаш лозим бўлади.

Ўпка ракининг атиш шакли медиастинал турида лимфа тугунлари жуда катталашган ёки ўпка раки бевосита ўсиб ўтган бўлади. Бунда юқори кавак вена системасида қон димланиши юзага келиб, венанинг бўртиб чиқиши, бўйинда шиш, юзнинг шишиши кузатилади. Кейинчалик шиш қўлларга тарқалади, кўкракнинг шикастланган томонида тери ости веналари кенгайди. Шунингдек, қизил унғач сиқилиши белгилари ривожланади. Рақнинг кенг тармоқли турида ўсма бронхлар бўйлаб тобора инфилтратив ўсиши кузатилади. Бунда бемор озиб кетади, кўкрақда оғриқлар пайдо бўлади. Ташхислашда бронхоскопиядан фойдаланилади.

Периферик қонда характерли белгилар қайд этилмайди, СОЭ балан бўлади. Ялиғланиш жараёни қўшилганда лейкоцитоз, интоксикация мавжудлигида анемия кузатилиши мумкин. Диспротеинемия, йирик тромбоцитлар сони ошади.

Кексалар ва қарияларда нафас сиқилишининг турғун бўлиши, йўтал, кўкрақда оғриқ, бир томонлама бронхит,

плеврит, битта қўлда шиш ва венада қон айланишининг бузилиши каби белгилар ўпка ракига шубҳа туғдиради.

Дифференциал ташхислаш ўпканинг специфик ва носпецифик касалликлари хроник бронхит, плеврит ва бошқалар билан ўтказилади.

Даволаш. Жаррохлик усулда даволаш эффектив ҳисобланади. Аммо кекса ёшдаги шахсларда соғлигининг аҳволи туфайли бундай даволаш мумкин бўлавермайди. Беморнинг ёши қанчалик катта бўлса операциядан кейинги ўлим шунча баланд бўлади (8—20%).

Оператив усулда даволаш мумкин бўлмаганда нур билан даволаш ўтказилади. Кексалар ва қарияларда нур ёрдамида даволаш тезда иммунобиологик ҳимоя системасини сусайтиради, қон ишлаб чиқарувчи системани қашшоқлаштиради, натижада даволаш тўхтатилади. Бундай асоратларнинг олдини олиш мақсадида гериатрик воситалардан фойдаланилади, қон плазмаси қуйилади. Метастазлар пайдо бўлганда, раkning майда ҳужайрали шаклида кимётерапия ўтказилади.

Х — БОБ.

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Ошқозон ва ичак трактидаги ёш билан боғлиқ морфологик ўзгаришлар асосан атрофия шаклида намоён бўлиб, дегенератив ўзгаришлар унчалик катта бўлмайди. Скелет мушаклари, қорин девори ва бирлаштирувчи аппаратнинг сустлашиши қорин бўшлиғи аъзоларининг пастга тушишига олиб келади.

Ошқозон секретор аппаратининг, ичаклар, жигар, ошқозон ости безининг активлиги пасаяди. Уларда ажралиб чиқувчи шира ва унинг активлиги камаяди. Ошқозон — ичак трактининг ҳаракат фаолияти пасаяди. Ҳазм қилиш ва сўрилиш жараёнлари пасаяди. Овқат қабул қилишдаги зўриқишлар функционал етишмовчиликлар туфайли овқат ҳазм қилиш етишмовчилигига сабаб бўлади.

ИЧКИ АЪЗОЛАРНИНГ ПАСТГА ТУШИШИ. Кекса ёшдагилар учун хос касаллик. Айрим аъзоларнинг ёки барча аъзоларнинг пастга силжиши билан намоён бўлади. Касалликнинг ўзига хос белгилари — қорин бўшлиғида оғирлик сезиш, эрталабдан кўнгил айниши, кабзият бўлиши мумкин. Қоринда оғриқ бўлиши жисмоний зўриқишда пайдо бўлиб, тинч ҳолатда ёки горизонтал ҳолатда ўтади. Буйрақлар пастга тушганда буйрақ оғриғи хуружи шаклида, уретра букилганда гидронефроз юзага келади. Ошқозон ва ичаклар пастга силжиганда кабзият учун шароит туғилади.

Даволаш. Гимнастика, қорин мушакларини мустаҳкамлаш, овқатланишни нормага солиш, ичаклар фаолиятини мўътадиллаштириш яхши ёрдам беради. Оғирлик кўтариш, жисмоний зўруқишлар тавсия этилмайди. Беморлар бандаж қўллашлари мақсадга мувофиқдир.

ОШҚОЗОН ЯРАСИ КАСАЛЛИГИ. Кексаларда кўплаб учрайди (20% ҳолларда). Ошқозон яраси «эски», кўпинча 30—40 ёшларда пайдо бўлган ва кексалик даврида юзага келган «кексалик» яраси ажратилади.

Яралар асосан катта бўлиб баланд жойда ўрнашади.

Ошқозон яраси патогенезида ошқозон ширасининг роли катта бўлмасдан, ундаги қон томирлари атеросклерозининг ва қон билан таъминланишининг биокимёвий жараённинг пасайиши ошқозон шиллик пардасининг қаршилиқ кўрсатишини сусайтиради ва трофик ўзгаришларга мойилиқ туғдиради. Касалликнинг анамнези қисқа бўлади, ташхис яра асоратида ёки мурдани очиш пайтида қўйилади. Ошқозон яраси атипик кечади ва кам белгили бўлади. Қорин бўшлиғининг ўнг томонида ёки кўкрак қафасида оғриқ пайдо бўлиб стенокардия деб қабул қилиниши мумкин. Одатдагидек баҳор ва куз фасларида касалликнинг қўзиши қайд қилинмайди. Оғриқ ва овқат қабул қилишнинг алоқаси бўлмайди. Бемор ёши қанчалик катта бўлса яра шунчалик кам белгили кечади ва ўзини қон кетиши ва ошқозон девори тешилишидек (перфорация) асоратлари билан намоён қилади. Шунингдек, ошқозон яраси ҳаракат—эвакуация ва рак ривожланишидек асоратларни бериши мумкин. Катта ёшдаги шахсларда яра соҳасидаги томирларнинг атеросклеротик ўзгаришлар бўлганлиги туфайли қон кетишлар оғир ва катта миқдорда бўлиши мумкин. Бунга томирларнинг зичлашиши ва қисқариш қобилиятининг пастлиги сабаб бўлади. Қон кетишлар ошқозон деворининг тешилиши билан биргалиқда кечиши мумкин. Бундай ҳолларда гастродуоденоскопия қон кетиш сабаби ва яранинг жойлашишини ташхислашга ёрдам беради. Асоратларни ташхислашда қийинчилик туғдирувчи сабаблар яра тешилишида беркитувчи аъзолар касаллиги мавжудлигидир.

Кекса ёшдаги кишиларда ошқозон тешилиши ва пенетрацияси белгилари миокард инфаркти белгиларини симуляция қилиши мумкин. Бунда синчковлик билан йиғилган анамнез, клиник кузатув ва ЭКГ ўзгаришлар динамикасини ўрганиш тўғри ташхислашга ёрдам беради.

Даволаш. Касалликнинг патогенетик хусусиятларини ва босқичини ҳисобга олган ҳолда ўтказилади. Беморни даволаш бир неча этапда (шифоҳона, реабилитация, поликлиника, санаторий) ўтказилади. Даволаш уюшмаси—мақсадга мувофиқ режим, даволаш парҳези, доривор препаратлар, физиотерапевтик муолажалар, психотерапия ва даволаш гимнастикасидан иборат бўлади.

Кексалар ва қарияларда ошқозон ва ўн икки бармоқ ярасини жарроҳлик усулда даволаш терапевт ва хирург томонидан биргаликда ҳал этилади.

ДИАФРАГМА ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ДАББАСИ.

Кексалар ва қариялар ёшида тез — тез учраб туради. Касаллик диафрагма мушаклари тонусининг пасайиши, қорин бўшлиғида босимнинг ошиши (кабзият, асцит, йўтал ва б.) туфайли юзага келади.

Касалликнинг учта тури тафовут этилади:

1. брахизофагия сабабли юзага келувчи даббалар;
2. параэзофагал, ошқозон кардиа қисми ўз ўрнида тургани ҳолда, кўкрак қафасига унинг чап томонидаги бир қисми жойлашиб олади;
3. «сирғанчиқ» — кардиал ва ошқозон бир қисми диафрагма тепасида жойлашган бўлади.

Гериятрик беморларда, кўпчилик ҳолларда охириги шакли учрайди. Кўпчилик ҳолларда даббалар ўзини клиник намоен қилмаслиги ва рентгенологик текширишларда топилиши мумкин. Касалликнинг характерли белгилари бемор ётган пайтида ва овқатликлар ошиқча истъемол қилинганда юзага келади. Қориннинг чап томонида ва тўш суягининг пастки қисмида босим сезилиши характерли белгилардан ҳисобланади. Оғриқ орқага, бўйинга ва юрак соҳасига тарқалиши мумкин. Бундай ҳолларда панкреатит ёки коронар етишмовчилигига шубҳа туғилиши мумкин. Дисфагия ва аэрофагия тез — тез учрайди. Оғриқ бемор ётганида, гавданинг букилишларида пайдо бўлиб тикка ҳолатда пасайиши кузатилади.

Касалликнинг асорати сифатида яширин ёки катта қон кетишлар бўлиши мумкин.

Даволаш. Беморларга уҳлашга ётганда гавданинг баландроқ сақланиши тавсия этилади. Спиртли ичимликлар ва чкеиш ман қилинади. №1 парҳез тайинланади, механик ва кимёвий қитиқловчи моддалар чекланади. Антацидлар (викаир, викалин ва б.) ишқорий маданли сувлар, кечки овқат уҳлашдан 3—4 соат олдин истъемол қилиш тавсия қилинади.

ОШҚОЗОН РАКИ. Кексалар ва қарияларда тез — тез учрайдиган касаллик. Этиологияси тўла аниқланмаган. Рак олди касалликларига қуйидагилар киради: хроник атрофияли гастрит; пернициоз анемия; ошқозон яраси ва

полипи. Аммо ошқозон раки бу омиллар бўлмаганда ҳам ривожланиши мумкин.

Клиник намоён бўлиши. Узоқ вақт касаллик белгилари яққол бўлмаслиги ёки бирданига авж олиши мумкин. Беморлар иштаҳанинг ёмонлиги ёки овқатдан жирканиш, тезда тўйиш сезгиси пайдо бўлиши, эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, кўнгил айнаши ва қайт қилиш, қайта қон бўлиши, қоринда оғриқдан шикоят қиладилар. Касалликнинг кечилишига бемор ёшидан ташқари, ўсманнинг жойлашиши ва ўсиш характери, асоратлар ва функционал бузилишлар таъсир кўрсатади.

Ошқозон ракиннинг жойлашишига қараб турлича белгилар бўлиши мумкин. Ошқозон кардиал қисмида жойлашганда овқатни ютиш қийинлашади ва у қайтиб чиқади. Ошқозон танасида жойлашганда диспептик белгилар устунлик қилади. Пилорик қисмида бўлганда у ерда овқатнинг ўтиши қийинлашади ва эпигастрал соҳада тўлалик туйғуси, кекириш, қайт қилиш каби белгилар пайдо бўлади.

Касалликнинг кечки босқичларида беморнинг озиб кетиши, лимфа тугунларида метастазлар борлиги аниқланади. Метастазлар чап умров суяги усти бўшлиғида, чап қўлтиқ остида лимфа тугунларида пайдо бўлади. Шунингдек, метастазлар тухумдон, суяклар, ўпкани шикастлантириши мумкин. Ўсма жигарга метастаз берганда одам бадани сарғайиб, асцит пайдо бўлади ва бирламчи жигар раки ташхисини қўйишга сабаб бўлади.

Ошқозон ракида унинг секретор функцияси пасаяди. Агарда ошқозон ярасида гистаминга жавобан секреция ажралмаса (ахлоргидрия) ошқозон раки бор йўқлигини аниқлаш учун текшириш ўтказиш керак бўлади.

Ошқозон раки қон кетиш, ошқозон (меъда) тешилиши ва пенетрацияси каби асоратларга олиб келади. Меъда перфорацияси перитонитга сабаб бўлади.

Ташхислаш. Имконият мавжудлигида тўла рентген эндоскопия текширишлари орқали амалга оширилади.

Профилактика. Меъда раки олди касалликлари — хроник атрофик гастрит, меъда полипоз ва каллэз ярани ўз вақтида аниқлаш ва даволашдан иборат бўлади. Монеъликлар бўлмаганда бу касалликлар (полип ва каллэз яра)операция йўли билан даволанади.

Даволаш. Юқорида кўрсатиб ўтилганидек меъда ракида хирургик йўл наф беради. Парҳезлик овқатликлар осон сингадиган, оқсиллар, ёғлар ва витаминларга бой бўлиши лозим. Қон кетишларда ва анемия мавжуд бўлганда қон ёки эритроцитар масса қуйиш буюрилади. Кучли оғри пайдо бўлганда наркотиклар, тинчлантирувчи воситалар, дезинтоксикация қилувчи воситалар тайинланади.

Хроник колит кекса ва қариялик ёшидаги одамларда кенг тарқалган касалликлар қаторига кириб, одатда спастик ёки атоник характерга эга бўлади. Касалликнинг тез — тез учрайдиган сабаблари инфекция қўзғовчилар, экзоген ва эндоген интоксикация, шунингдек йўғон ичак ва бутун ошқозон — ичак системасидаги ёш билан боғлиқ физиологик ўзгаришлар ва овқатланишдаги ҳатоликлардир.

Клиник белгилари. Касалликнинг келиб чиқиш сабаби ва шикастланишнинг тарқалганлик даражасига боғлиқ бўлади. Бу ўринда овқат ҳазм қилиш безлари функциясининг етишмовчилиги, йўғон ичак ҳаракат функциясининг бузилиши, организмдаги аллергик ҳолат ва йўлдош касалликлар аҳамиятга эга бўлади.

Хроник колит кечилишининг оғирлиги бўйича енгил, ўрта, оғир даражага ажратилади.

Касалликнинг клиник белгилари ичак функциясининг бузилишида намоён бўлади. Беморнинг умумий аҳволи унчалик бузилмасда, оғриқ доимий ва асосий белгиси бўлиб қолади. Оғриқ вақти — вақти билан ёки доимий равишда, ҳожат билан боғлиқ бўлмаган ҳолда, турли характерда бўлиб қориннинг пастки, ёнбош қисми, йўғон ичак бўйлаб ёки қориннинг барча қисмида бўлиши мумкин. Оғриқнинг энг характерли белгиси қориннинг пастки қисмида жойлашган бўлиб, унинг орқа чиқариш тешигига йўналишидир. Баъзида оғриқнинг пайдо бўлиши ва кучайиши ҳожат чиқариш акти билан боғлиқ бўлади.

Кексалар ва қарияларда оғриқ синдроми унчалик кучли бўлмасдан, метеоризм, кабзият ҳолати ёки унинг ич кетишлар билан алмашиб туриши кузатилади. Хроник колитда ичак батамом бўшамайди, бўтқасимон ёки суюқ шаклдаги ахлат ажралиб унинг таркибида шиллиқ бўлади, суткасига 2—6 мартагача ажралади. Ҳожатга бўлган чақириқ сезгиси кўпчилик маҳалда эрталаб, овқат қабул қилишдан кейин ёки озгина вақтдан кейин пайдо бўлади.

Диспептик ҳодисалар турлича бўлиб доимий кўринишга эга бўлади, кекса ва қарияларда йўлдош касалликлар мавжуд бўлиши туфайли, баъзида уларни аниқлаш анча қийинчилик туғдиради. Беморлар оғиз тахир бўлишидан, кўнгил айниш, зарда бўлиши, қоринда дискомфорт борлигидан шикоят қиладилар.

Йўғон ичак пайпаслаб кўрилганда оғриқ, баъзи қисмларида торайиш ёки кенгайишлар борлигини аниқланади, бу хроник колитнинг сегментар характерга эга эканлигидан далолат беради. Бундай ҳолатларда ўсма билан боғлиқ шикастланишларнинг мавжудлигини унитмаслик лозим.

Хроник колитни ташхислашда эндоскопия текшириш усули катта аҳамиятга эга. Фиброколонаскоп орқали йўғон ичакнинг барча соҳаларини кўздан кечириш, лозим бўлса гистологик текширишлар учун биопсия қилиш мумкин бўлади.

Эндоскопик текширишлар ичак шиллиқ пардасида гиперемия ва шишиш, томирлар чизмасининг яққоллиги, букламларнинг гипертрофиясини аниқлайди. Яллиғланиш жараёни ичакнинг сигмовид қисмида бўлса, дивертикулар аниқланади.

Даволаш. Хроник колитларда парҳез даволаш алоҳида ўрин тутади. Бундан асосий мақсад шикастланиш жараёнига тортилган ичаклар функциясини қайта тиклашдир. Овқатликлар таркибида етарлича оқсил моддалар, ёғлар кам миқдорда чекланган, углеводлар ўта чекланган миқдорда бўлади (№ 4—парҳези). Бу парҳез шилимшиқ шўрвалар, суюқ бульон, эзиб пиширилган бўтқалар, творог, чекланган миқдордаги гўшт, киселлар, кам шира меваларнинг сувларини ўз ичига олади. Бемор кўтара олмайдиган масалиқлар истисно қилинади.

Медикаментоз даволаш патогенетик жиҳатдан асосланган ва касаллик этиологиясига йўналтирилган бўлади. Организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини оширишга, унинг функцияларини қайта тиклашга, асоратларини ва йўлдош касалликларни даволашга йўнатирилган бўлиши керак.

Агарда хроник колит инфекцион ёки паразитар табиатли бўлса сульфаниламид препаратлар тавсия этилади. Сувлин, фталазол, этазол 0,5—1,0 г кунига 4 марта,

сульфадиметоксин (қабул қилинган схемада) 4—5 кун давомида қўлланилади. Касалликнинг оғир кечишида антибиотиклар ва антипаразитар препаратлар билан биргаликда қўлланилади.

Ичаклар микрофлорасини мўтадиллаштирувчи воситалар (колибактрин, бификол, бифидумбактерин) қўлланилади. Эубиотиклардан мексаформ, энтеросептол, мексаза кунига 1 таблеткадан 3 марта қисқа курсда 7—10 кун давомида берилади, танаффус бир ой давомида.

Доривор препаратларга бўлган сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда организм реактивлигига таъсир кўрсатувчи препаратлар қўлаш патогенетик жиҳатдан асосланган ҳисобланади. Десенсибилизацияловчи ва антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин), витаминлар А,Е, аскорбин кислота, модда алмашинувини стимулловчи (анаболик стероидлар, метилурацил 0,5 г кунига 2—3 марта, новокаин 3—5 мл 0,5% эритма м/и) тайинланади. Фермент препаратлар — панкреатин, панзинорм, спазмолитиклар ҳам яхши фойда келтиради.

Маҳаллий даволаш мақсадида мойчечак, новокаин эритмаси, фурацилин, антибиотиклардан микроклизма сифатида фойдаланилади.

Кекса ва қариялик ёшида кабзият ва ич кетишлар функционал характерга эга бўлиши мумкин. Ич кетишлар кексаларда камдан — кам функционал характерга эга бўлади ва унинг асосида органик сабаблар ётади. Шундай бир вақтда кексаларда кабзият ҳолатининг функционал характерли бўлиши тез — тез учрайди. Унинг сабаблари қуйидагилар: озуқада ўсимликлар ҳужайрасининг кам миқдорда бўлиши, жисмоний фаолликнинг камлиги, чанок мушаклари тонусининг сустлиги, қорин девори, диафрагма қисқариш қобилятининг пасайиши, йўғон ичак тонусининг пасайиши (атоник кабзият) ёки кучайиши (спастик кабзият) бўлиши мумкин. Ахлатнинг доимий қаттиқ бўлиши геморрой, ташқи чиқариш тешикининг ёриқига сабаб бўлади.

Кексалар ва қарияларда функционал кабзият унинг ва унга қўшни аъзоларнинг органик касалликлардан ҳоли эканини аниқлагач ташхисланади. Бунинг учун тўғри ичак

бармоқ орқали, ректороманоскопия, ирригоскопия, колонскопия усуллари билан текширилади.

Йўғон ичак кабзияти парҳез, даволаш гимнастикаси, ҳаракат режими ва фармакотерапия ёрдамида даволанади.

ЙЎҒОН ИЧАК ДИВЕРТИКУЛИ ВА ДИВЕРТИКУЛИТ

Кексалик ва қариялик ёшида тез—тез учрайди. Ёш ўсиши билан такрорланиш даражаси ошиб боради ва кексалар ёшида 30—40%, узоқ яшовчиларда—60% ташкил этади. Дивертикул ичак шиллиқ пардасининг қорин бўшлиғига йўналган тарзда бўртиб чиқишидир.

Дивертикулез этиологияси узил—кесил ҳал этилмаган бўлсада, ичак мушак қаватининг ўзгаришлари (ёш ва касаллик туфайли), овқатланиш характери, ичак ичкарасидаги босимнинг аҳамияти шубҳасиздир.

Клиник белгилари ва ташхислаш. Дивертикулалар кўпчилик ҳолларда сигмасимон ичакда учрайди. Якка ёки бир нечта равишда учраши мумкин, асоратли ёки асоратсиз бўлади.

Асоратсиз дивертикулалар клиник намоён бўлмайди ва рентгенологик текширишлар пайтида аниқланади. Унинг асоратларидан тез—тез учрайдиганлари яллиғланиш ёки дивертикулитдир. Дивертикула ташхиси рентген орқали (ирригоскопия, колоноскопия) аниқланади.

Ўткир ва хроник дивертикулалар ажратилади. Ўткир дивертикулит қориннинг чап ён бош қисмида оғриқ бўлиши, тана ҳароратининг баландлиги, брюшинанинг қитиқланиш симптоми, тўғри ичакдан қон кетиш, кабзият ва ич кетиш каби белгилар билан намоён бўлади. Дивертикулит ичак тешилиши сабабли перитонит ривожланишига олиб келиши мумкин.

Хроник дивертикулитда тешилиш (перфорация)дан ташқари ичак ва қовуқ ўртасида фистула ҳосил бўлиши, қон кетишлар, чандиқлар ривожланиши туфайли ичак ўтказувчанлигининг бузилиши ҳолатлари юзага келади.

Даволаш. Беморлар шикоят қилмаса даволаш талаб қилинмайди. Парҳез буюрилади, ичаклар фаолиятига эътибор бериледи. Медикаментоз даволаш хроник колитдаги каби ўтказилади. Лозим бўлганда даволашда хирургик усул қўлланилади.

ХРОНИК КАБЗИЯТ

Кекса ва қариялик ёшидаги шахсларда тез—тез учрайдиган ҳолат. Кабзият органик ва функционал ҳилларга бўлинади. Органик кабзият механик тўсиқлар (ўсмалар, чандиқлар, битиб қолган жойлар) борлиғи туфайли пайдо бўлади. Функционал кабзият невроген, эндокрин ўзгаришлар (гипотиреоз ва б.)га, осон сингадиган овқат истеъмол қилишга боғлиқ бўлади.

Йўғон ичакнинг ҳаракат—эвакуатор функциясини бошқарувчи омилар қаторида ичак микрофлорасига катта аҳамият берилади. Баъзи микроорганизмларнинг модда алмашинуви маҳсулотлари йўғон ичакнинг интрамурал нерв аппаратида рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади. Ичак бактериялари В—гурӯҳи витаминларини синтезлаш қобилиятига эга бўлиб, ичак девори мушакларига таъсир кўрсатади.

Хроник кабзиятда йўғон ичак микрофлораси маълум ўзгаришларга учрайди ва турли даражадаги дисбактериоз ривожланади. Баъзи ичак бактериялари йўғон ичакда ҳаракат бузилишларига сабаб бўлади.

Бу ва қатор бошқа масалаларнинг ҳал қилиниши кабзият патогенези ва даволашнинг эффектив усулларини ишлаб чиқишда ёрдам беради.

Б.П.Персиц, Кузнецова Г.Г. (1973) йўғон ичак функционал кабзияти бўлган 56 беморни клинко—бактериологик текшириш натижасида олинган маълумотларни келтиради. Беморларнинг барчасида асосий клинко белги кабзият бўлган. Беморларнинг 41% да кабзият 2—3 сутка, 43% да 5—7 сутка, 16% да ич юритувчи воситалар ёрдамида ҳар куни бўлгани аниқланган. Кўпчилик беморларда кабзият 5 йил ва ортиқ давом этган.

Кабзият 2—3 сутка давом этган беморларда ахлат бир хил консистенцияга эга бўлмаган ҳолда: биринчи миқдори қаттиқ, кейинчалик бўтқасимон шаклга эга бўлган. Узоқ давом этмаган кабзиятда ахлат «қўй қумолоқ» шаклда бўлиши мумкин.

Узоқ давом этувчи кабзиятда (5—7 кун) ахлат ўта қаттиқ шаклда бўлиб, суяқ ахлат билан аралаш келиши мумкин (кабзият ич кетиши). Ичаклардаги қаттиқ ахлат ўсмаларга шубҳа тўғдириши мумкин.

Узоқ давом этувчи кабзиятда беморларда ҳолсизлик, сержаҳллик, чарчаш, бош айланиши, иш қобилиятининг пасайиши ҳолатлари аниқланади. Ич тозалашлардан кейин бу белгилар ўтиб кетади.

Беморларнинг 6% да кабзият туфайли тери реакциялари (экзема, крапивница, нейродермит) аниқланган.

Йўғон ичакдаги функционал ўзгаришлар икки турга бўлинади; биринчи тури — ичак маҳсулотлари силжишининг секинлашуви (дискинезия); иккинчи тури — дефекация актининг бузилиши (дিশезия).

Функционал бузилишларнинг биринчи турида кабзият 2—3 кун давом этади ва ахлат «спастик тур»да ёки консистенцияси бир хил бўлмайди. Иккинчи турида (дিশезия) кабзият узоқ давом этади 5—7 кун, ахлат қаттиқ шаклда бўлади, баъзида «кабзият ич кетиши» кузатилади.

Кабзиятнинг клиник намоён бўлиши ва функционал бузилишлар ўртасида параллел қиёслаш бўлмайди.

Микроблар манзарасини аниқлашда Г.Г.Кузнецова (1972) туркумланишидан фойдаланилади. Бу туркумланишга асосан дисбиоз 4 босқичга бўлинади.

I — босқич — лактобациллаларнинг камайиши ёки йўқлиги, микроблар бирлашмасининг сон жиҳатидан нисбати бузилиши, атирик микроорганизмларнинг пайдо бўлиши.

II — босқич — эшерихия атирик турларининг, лактобациллалар камайиши муҳотида, устунлик қилиши ёки кескин кўпайиши.

III — босқич — гемолитик флора миқдорининг кескин кўпайиши, бактерияларнинг таёқсимон ва кокк шакли гемолитик фоал штамлари бирлашмаси, I ва II босқичлардаги ўзгаришлар вазиятида юзага келади.

IV — босқич — юқоридаги ўзгаришларга протей гуруҳидаги бактерияларнинг кўп миқдори кўшилади.

Хроник кабзиятда беморларнинг 82% да ичак микрофлорасининг таркибида ўзгаришлар мавжуд бўлади. Ичак биоценози бузилишларининг такрорланиши йўғон ичак дискинезиясида 87,5%, ноаниқ — 2,5%, мўътадил микрофлора 10% беморларда аниқланган.

Дефекация бузилган (дিশезия) беморларда микроблар манзарасининг бузилишлари 80% ҳолларда учраган.

Текширишлардан маълум бўлишича йўғон ичак функционал бузилишларининг ҳар икки турида дисбиоз ривожланиш даражаси бир хил бўлиши мумкин.

Хроник кабзиятда ичак микрофлорасининг роли катта бўлади ва уни даволашда эътиборга олиш лозим.

Ичаклар микрофлорасининг таркибини бошқарувчи омиллардан ошқозон секрециясининг аҳамияти каттадир.

Ошқозон яллиғланишининг анацид турида, демпинг синдромда ва қатор ошқозон секрецияси пастлиги билан кечувчи касалликларда ингичка ичакнинг проксимал қисмида микроорганизмлар манзарасининг турлича бузилишлари кузатилади. Ичаклар микроэкологиясининг бузилиши ферментатив жараённинг бузилишига олиб келади, айниқса ичакларнинг юқори қисмида яллиғланиш ҳолатига сабаб бўлади. Ошқозон кислота ажратиш функциясининг бузилиши нафақат ингичка ичак микрофлорасининг ўзгаришига, балки йўғон ичак флорасининг таркибига ҳам таъсир кўрсатади.

Ҳозирги замон тасаввурларига кўра одам организми микрофлора билан экологик тенглик шароитида бўлади, муҳим химоя вазифасини бажаради.

Дисбактериоз организм химоя функциясининг пасайиши билан кечувчи касалликларнинг кўпчилигида пайдо бўлиши мумкин. Булар қаторига оғир касалликлар туфайли организмнинг қашшоқлашуви, жарроҳлик операциялардан кейин, гормонлар билан узоқ даволашда, антибиотиклар билан даволашдан кейин, овқатланиш сифатининг пастлиги, ионизацияловчи радиация, климатик шароитнинг кескин ўзгаришларини киритиш мумкин.

Ичакнинг мўътадил микрофлораси бифидобактериялар, бижғитувчи ва патоген бактериялар (ич терлама, дизентерия, холера вибриони) антагонисти — ичак таёқчасидан иборат бўлади. Мўътадил ичак микрофлорасининг антагонистик таъсири қатор механизмлар орқали амалга оширилади: овқатлик моддалар учун кураш, оқсидланиш — қайталаниш жараёни ва муҳит рН ўзгартириш, бевосита антагонизм, антибиотик субстанциялар ҳосил бўлиши ва токсик метаболитлар шулар жумласидандир.

Ичак микрофлораси ҳимоя вазифасини ўтайди, ҳазм қилиш системасида биологик ва биокимёвий муҳитнинг доимийлигини сақлашга ёрдам беради.

Дисбактериозда антагонистик, ферментатив, витамин синтезлаш, иммунизациялаш хусусиятлар бузилади (мўтадил флора қобиляти). Ичакларда бижғитувчи бактериялар ўрнига чиритувчи бактериялар устунлик қилади.

Бу бактериялар протеолитик ферментлар хусусиятига эга бўлиб оқсиллар парчаланиш жараёнида қатнашади ва модда алмашинувининг чириш маҳсулотлари тўпланишига имкон яратади, витамин В₁₂ балансининг бузилишига олиб келади.

Дисбактериоз клиник намоён бўлмасдан (компенсация фазаси) ва оғир патологик жараён сифатида кечиши мумкин. Биринчи ҳолатда ичак микрофлорасининг сифат ва сон таркибини организм ўзи мувофиқлаштиради. Иккинчи ҳолатда — дисбактериоз яққол клиник намоён бўлганда ичак микрофлорасини ташқи омиллар орқали мўтадиллаштиришга муҳтожлик пайдо бўлади.

Дисбактериозларни даволашда эубиотиклар (мексаформ, мексаза), микрофлорани мўтадиллаштирувчи препаратлар (колибактрин, бифидумбактрин), витаминлар, фермент препаратлар ва бошқа воситалар қўлланилади.

ХРОНИК ГЕПАТИТ. Кексалар ва қарияларда кўплаб учрайди. Жигарнинг хроник равишда шикастланиши хужайраларидаги яллиғланиш, дистрофик процесслар билан характерланади. Этиологиясида роль ўйнайдиган асосий омиллар инфекция, интоксикация, аллергия ва алкоғолдир.

Вирусли гепатит барча сабаблар ичида учдан бир қисмини ташкил этади. Саноатда, турмушда учрайдиган заҳарли ва дори препаратлари билан сурункасига заҳарланиб юриши натижасида ҳам хроник гепатит ривожланади.

Токсик гепатитда бевосита жигар паренхимасининг шикастланиши ва ферментлар алмашинувининг бузилиши катта аҳамиятга эга бўлади.

Токсик — аллергик гепатитлар заҳарларнинг тўғридан тўғри хужайраларига таъсири натижасида пайдо бўлмай, балки ўша заҳарларга сезувчанлик кучайиб кетиши натижасида пайдо бўлади (дорилардан кейин бўладиган,

аллергия пайтида учрайдиган гепатитлар). Модда алмашинуви бузилишига алоқадор жигар касалликлари (гепатозлар) оқсиллар, витаминлар, гормонлар етишмовчилиги туфайли жигарда амилоидоз, жигар ёғ дистрофияси ривожланиши туфайли юзага келади. Жигарда дистрофик ва яллиғланиш жараёнларининг хроник тарзда ўтиши ва зўрайиб бориши вируснинг организмда узоқ сақланиб қолишига ёки ўзгаришлар патогенезига иммун жараённинг қўшилишига боғлиқ бўлади.

Хроник гепатитнинг икки формаси — персистловчи ва агрессив хроник гепатит тафовут қилинади. Персистловчи хроник гепатитда яллиғланиш инфилтрати портал йўлларда жойлашган бўлади. Яллиғланиш жараёни секинлик билан ўтади, жигар бўлакчаларининг тузилиши сақланиб қолади, жигар ҳужайралари некрозга учрамайди. Касалликнинг бу формасида фиброз суст ифодаланган бўлади.

Хроник агрессив гепатит портал йўллар ва жигар паренхимасининг шикастланиши, жигар дистрофияси бошланиб, фиброз авж олиши билан характерланади. Жигар катталашган, юзи нотекис, бўлакчаларнинг тузилиши айнаган бўлади.

Касалликнинг учинчи формаси — холестатик хроник гепатит ҳам тафовут қилинади, бунда жигар ичида холестаз бузилиб, ўт капилярларида ўт туриб қолади.

Кексалар ва қариялар ёшида асосан персистловчи хроник гепатит учрайди. Касаллик кам белгили ёки белгиларнинг суст намоён бўлиши билан кечади. Беморлар тез чарчаш, ҳолсизлик, бош айланиш, иштаҳанинг пастлиги, кекириш, метеоризм, жигар соҳасида оғриқ, кабзият ёки ич кетишидан шикоят қиладилар. Жигар зўриқишлари (алкогол, ёғлиқ овқат истеъмол қилиш) дан кейин бу белгилар кучайиши мумкин.

Беморлар текшириб кўрилганда кўз оқининг сариқлиги, тери сариқлиги, тилнинг оқариши кузатилади.

Бундай беморлар пальпация ва перкуссия қилиб кўрилганда қориннинг юқори қисмида ва жигар соҳасида оғриқ борлиги, жигарнинг салгина катталашгани, унинг юзаси силиқ ва зичлашганлиги тафовут этилади. Касалликнинг охириги босқичларида тананинг юқори қисмида майда томирлар ўзгариши («юлдузчалар»),

асцит, шишлар, тери қичиши, сариқ пайдо бўлади. Ичакларга билирубиннинг кам ажралиши натижасида бемор нажаси оқариб боради.

Ташхислаш — персистловчи хроник гепатитда биокимёвий текширишлар орқали амалга оширилади. Оқсиллар алмашинувида умумий оқсиллар миқдорнинг альбуминлар ҳисобига камайиши, бетта ва гамма глобулинларнинг ошиши кузатилади. Сулема ва тимол синовлари мусбат бўлади. Умумий липидлар сони ошади. Қон зардобиди билирубин миқдори баланд бўлади, уробилинурия мавжуд бўлади. Углеводларга нисбатан толерантлик пасаяди. Ферментлар активлиги ошган бўлади. (Алат, Асат ва б.). Жигарнинг зарарсизлантириш функцияси пасаяди.

Прогноз. Персистловчи хроник гепатит узоқ давом этади. Кўпчилик беморларда жараён тўхтаб қолади. Жигар циррозига айланиши камдан — кам кузатилади.

Хроник агрессив (фаол) гепатит учта синдром — астеновегетатив, диспептик синдром ва жигар етишмовчилиги билан характерланади. Астеновегетатив синдром учун дармонсизлик, тез чарчаш, озиб кетиш каби белгилар характерлидир. Диспептик синдром иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айнаши, метеоризм, ич бузилишлари билан намоён бўлади. Жигар етишмовчилигида эса беморни уйқу босиши, қон кетишлар, сариқ пайдо бўлиши, асцит қайд этилади. Касалликнинг ўткирлашиш пайтида жигар катталашади ва қабурғалар равоғи четидан пастга тушиб қолади, ремиссия пайтида эса жигар кичраяди.

Даволаш. Мақсадга мувофиқ меҳнат, дам олиш ва овқатланиш режими тайинланади. Даволаш уюшмасида витаминлар, липотроп препаратлар, ўт ҳайдовчи воситалар, антиспастик препаратлар қўлланилади. Ўт йўларида яллиғланиш мавжуд бўлганида антибиотиклар тайинланади, йўлдош касалликларни даволашга аҳамият берилади. Хроник агрессив (фаол) гепатитда гормонал препаратлар қўлланилади. Даволаш персистловчи гепатитдагидек ўтказилади.

ЎТ ТОШИ КАСАЛЛИГИ.

Кекса ёшдагиларда аёлларда кўпроқ учрайди, бундай фарқ 70 ёшдан кейин кузатилмайди. Аутопсияда ўт тоши касаллиги 50% ҳолларда учрайди.

Касаллик белгилари кам характерли бўлади, атипик равишда кечади. Диспептик белгилар билан намоён бўлади ва унинг белгилари сурункали ошқозон яллиғланишининг анацид турига ўхшайди. Беморлар иштаҳанинг йўқлиги ёки ёмонлигидан, оғизда аччиқ пайдо бўлиши, кўнгил айниши ва қусиш, қориннинг юқори қисмида дискомфорт бўлишидан шикоят қиладилар. Кексалар ва қарияларда ўт тошига ҳос бўлган ўт коликаси кам кузатилади. Ўнг қобирға остида босим ва енгил оғриқ сезилади, айниқса парҳез бузилишидан кейин. Ўт пуфаги ва сфинктерларининг тонуси пасайиши, касалликнинг узоқ давом этиши туфайли унга яқин жойлашган аъзолар — ошқозон, ўн икки бармоқ ичак, ошқозон ости беши ва ичакларнинг сурункали яллиғланиш жараёнига жалб этилиши касалликнинг атипик равишда кечишига сабаб бўлади. Ўт пуфаги ва йўлининг сурункали панкреатит билан биргаликда кечиши 60 ёшдан кейин кўплаб учрайди.

Ўт коликаси пайтида ўт пуфагидан рефлекслар стенокардия хуружларини келтириб чиқаради.

Ўт тоши касаллигининг асоратлари — ўт йўлининг тикилиши, билиар циррози, ўт пуфаги гангренаши ва перитонит кексалар ва қарияларда кўплаб учрайди.

Бу асоратларни ташхислаш, айниқса перитонит белгилари, унчалик кўзга ташланмаслиги туфайли қийин кечади. Оғриқнинг жойлашуви, кучилик даражаси ва тарқалиши ўзига ҳос бўлмайди. Баъзида оғриқ умуман бўлмайди. Температура ва қон ўзгаришлари (лейкоцитоз, нейтрофилларнинг чапга силжиши) касалликнинг оғирлигига мос келмайди. Ўт пуфаги тоши рақ касаллигининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин, 75% ҳолларда рақ ва бу касаллик биргаликда кечади.

Даволаш. Консерватив даволаш усули беморда хирургик даволашни талаб қиладиган ҳолат йўқлигига ишонч ҳосил қилгандан кейин ўтказилиши лозим. Оғриқ қолдирувчи воситаларни ишлатишда айниқса эҳтиёткорлик талаб қилинади, чунки улар шундай ҳам ёрқин бўлмаган асоратларнинг белгиларини янада қоронғилаштиради. Операция йўли билан даволаш асосланган бўлиши керак, бунда юрак — томирлар ва нафас аъзолари системаси ҳолати ҳисобга олиниши, жарроҳлик аралашувлар ҳажми

беморнинг аҳволи ва патологик жараённинг оғирлигига боғлиқ бўлади.

Оператив даволаш ўт пуфагида йиринг ва суюқлик йиғилганда, яллиғланиш жараёни тез—тез такрорланганда, ўт йўллари бекилиши натижасида сариқ пайдо бўлган ҳолларда ўтказилади. Кечиктириб бўлмайдиган операциялар ўт пуфаги гангренасида ва перитонит ривожланганда ўтказилади. Қолган ҳолатларда консерватив даволаш ўтказилади, кенг миқёсда антибиотиклар қўлланилади. Булар эса касалликнинг ремиссияга ўтишига, операция йўли билан даволаш учун тайёргарлик кўришга ёрдам беради.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ. Кексалар ва қариялар ёшида ўткир холециститнинг сабаби ўт тоши касаллиги ҳисобланади. Шунинг учун ҳам бундай беморларда ташхиснинг «ўткир калькулез холецистит» деб шакллантирилиши ўринли деб ҳисобланади.

Ўткир холецистит кексалар ва қариялар ёшида жуда тез кечиши ва тарқалиши билан ажралиб туради. Ўт пуфаги яллиғланиши жараёнида унинг флегмонаси ва гангренасига айланиши ва перитонит юзага келиши мумкин. Аммо улар организмида иммунологик реактивликнинг пастлиги туфайли касаллик белгилари суст ва ноаниқ характерга эга бўлади. Периферик қонда лейкоцитоз ва тана ҳарорати ўзгармаслиги ёки кам аҳамиятли бўлиши мумкин. Кекса ёшдаги шахсларда бундай ҳолларда юрак аритмиялари, кўкрак қисиши ва миокард инфаркти ривожланиши мумкин. Бунинг сабаблари ўт пуфагидан рефлектор таъсирлар ва ҳар иккала касаллик (ўт тоши ва атеросклероз) патогенезидаги умумийликлардир.

Касалликнинг оғирлиқ даражаси ўт пуфагида тош бор—йўқлиги билан эмас, балки унинг деворидаги морфологик ўзгаришларнинг даражасига боғлиқ бўлади. Пуфақда тош мавжудлиги яллиғланиш жараёнини чуқурлаштиради ва ўт йўллариининг тиқилишига олиб келади.

Касалликнинг кечиши микроорганизмларнинг вирулентлиги ва организмнинг иммунологик реактивлигига боғлиқ бўлади. Шу туфайли касаллик пасайиши ва хроник шаклга ўтиши, ўт пуфаги перфорацияси ва перитонит ривожланиши, йирингли холангит пайдо бўлиши, ўт пуфаги эмпиемаси юзага келиши мумкин.

Даволаш. Касалликнинг динамикаси ва даволашнинг эффективлигига қараб консерватив ёки оператив даволаш йўли танланади. Консерватив даволашда спазмолитиклар, кенг диапазонда таъсир кўрсатувчи антибиотиклар тайинланади. Кучли оғриқ мавжуд бўлганда паранефрал новокаин блокадаси қўлланилади. Певзнер бўйича №5 парҳези тайинланади. Кексалар ва қарияларда касалликнинг оғир асоратлари биринчи суткалар давомида ривожланиши туфайли кутиш тактикаси наф бермайди ва ҳавфли бўлиши мумкин.

Касалликнинг дастлабки босқичларида жарроҳлик аралашуви ўлимни анча камайтиради.

ХРОНИК ХОЛЕЦИСТИТ.

Кўпчилик ҳолларда ўт тоши касаллиги билан биргаликда кечади, аста — секинлик билан ривожланади. Ўнг қобиргалар равоғи пастада оғриқ пайдо бўлиб ўнг елка, ўнг кабза, бўйиннинг ўнг томонига тарқалади. Баъзи ҳолларда эса оғриқ синдроми бўлмагани ҳолда диспептик белгилар — ўнг қобирга ва эпигастрал соҳада оғирлик сезгиси, кўнгил айниши, ерталаб, оғиз бўшлиғида аччиқ пайдо бўлиши ва қуриши сезилади.

Бундай белгилар айниқса парҳез бўзилишлардан кейин юзага келади. Касалликнинг ўткир хуружи даврида жигар коликаси белгилари ривожланади.

Хроник холецистит бошқа касалликлар — меъда яллиғланишининг паст секрецияли тури, сурункали панкреатит, сурункали колит ва б. билан биргаликда кечади.

Даволаш. Ўт тоши касаллигидагидек ўтказилади. Бунда ўт ҳайдовчи препаратлар, спазмолитиклар, витаминлар ва липотроп воситалар қўлланилади.

Касалликнинг кўзиш даврида антибиотиклар, шунингдек, фуразолин, фуродонин, лямблиялар аниқланганда трихопол, энтеросептол тайинланади. Ўт йўллариининг гипокинетик дискинезиясида тонизирловчи воситалар — женшень, элеутерококк экстракти, пантокрин, парҳез овқатликлар тавсия этилади. Дискинезиянинг гипертоник турида психотерапия, игна санчиш, тинчлантирувчи воситалар, парҳез тавсия этилади.

Кам маъданли сувлар (Ессунтутки №4, №20, Славяновская ва б.) ичишга берилади. Спазмолитиклар — атропин, платифиллин, папаверин, но — шпа ўт ҳайдовчилар

аллохол қўлланилади. Даволаш физкультураси ва физиотерапия яхши ёрдам беради.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ. Касалликнинг этиологик омиллари — эпидемик гепатит, алкогольизм. Шунингдек баъзи юқумли касалликлар малярия, бруцеллез, сифилис жигар циррозига олиб келиши мумкин. Жигар циррозининг портал тури, кексаларда кўпроқ учрайди.

Касалликга ҳос белгилар — ҳолсизлик. Жисмоний ва руҳий чарчаш, уйқунинг бузилиши, кайфиятнинг турғун бўлмаслиги ва депрессияга мойилик, иштаҳанинг бузилиши кўпчилик ҳолларда касалликнинг аломатлари деб қаралади.

Беморларнинг кўпчилиги эпигастрал соҳада оғриқ, кабзият ва унинг ич юриши билан алмашиб туриши, озиб кетиш, тери қичишидан шикоят қиладилар. Тана ҳароратининг кўтарилиши кекса ёшдаги кишиларда деярли учрамайди. Тери сариқ ранг, қуруқ бўлади. Юз, бўйин, кўкрак, билак, қўлнинг ички томонида «майда томирлар юлдузчалари» кузатилади. Қоринда метеоризм қайд қилинади. Жигар каттайган қаттиқ, учи ўткир, юзаси силлиқ бўлмайди. Толоқ катталашган ва қаттиқ бўлади. Жигар циррозининг кексаларда кечиши секин бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида қорин бўшлиғида суюқлик йиғилади, кахексия ва маразм пайдо бўлади. Жигар етишмовчилиги ёки кизилўнғачнинг варикоз кенгайган томирларидан қон кетиши беморнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

Даволаш. Гепатитни даволаш принципларига ўхшайди. Касалликнинг дастлабки ва ўткир даврида кортикостероидлар қўлланилади. Бир вақтнинг ўзида витаминлар, липотроп воситалар, жигар экстрактлари тайинланади.

Асцит пайдо бўлганда оқсилларга бой парҳез, ош тузини кам миқдорда истимол қилиш тавсия этилади. Аминокислоталар аралашмаси қўлланилади.

Жигар циррозида альдостерон миқдорининг ошишини эътиборга олиб альдактон 0,1 г кунига 2—3 марта тайинланади, кейинчалик дозаси камайтирилиб 2—3 ҳафта давом эттирилади. Панангин, калий хлорид кунига 1,0—3,0г ишлатилади. Парацентез лозим бўлганда 2—3 л дан кўп бўлмаган миқдорда суюқлик олинади. Организмнинг бундай шароитда кўплаб оқсил йўқотиши жигар комасига олиб

келади. Портал гипертония асцит билан бўлганда кексаларда операция йўли билан даволанмайди, чунки уларда ҳаёт учун хавфли бўлиши мумкин.

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ.

Ёш ўтиши билан касалликнинг учраши ошиб боради. Бунини ўт пуфаги тоши касаллиги билан биргаликда кечиши, ўт тошининг чиқиб туриши ва ошқозон ости беши қаршилиқ кўрсатиш қобилиятининг пасайиши билан тушунтириш мумкин. Ўткир панкреатит семиз кишиларда, айниқса спиртли ичимликлар ва ёғлик овқатларни суиистеъмо қилувчиларда кўпроқ учрайди.

Бирданига қориннинг эпигастрал ёки чап қобирға соҳасида оғриқ пайдо бўлади ва чап елкага тарқалади. Оғриқ шунчалик кучли бўлганидан бемор онгини йўқотиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда оғриқ пайтида ўт аралаш қайт кузатилади. Ҳарорат субфебрил даражада, томир уришлар сони 100—140 минутига, қон босими пасаяди, коллапс кузатилади, айниқса панкреатитнинг некротик турида. Метеоризм ва кабзият характерли белгилардан ҳисобланади.

Пайпаслаб кўришда қориннинг эпигастрал соҳасида мушаклар таранглашиши ва қорин пардасининг қитиқланиш аломатлари мавжуд бўлади.

Периферик қонда лейкоцитлар сони 20000—30000га етади ва чапга силжийди. Хуруждан 4—5 соат ўтгач, қонда ва сийдикда диастаза миқдори 256—5000 ед ва ундан ошиқ бўлади.

Панкреонекроз ҳолатида беморнинг аҳволи янада ёмонлашади, диастаза миқдори меъёрида бўлиши мумкин. Қонда кальций миқдорининг камайиши (7 мг дан паст) прогноз ёмонлигидан далолат беради. Қонда қанд миқдори кўтарилади.

Қарияларда касаллик белгилари кам кузатилади, қайт қилиш, панкреатитга хос оғриқ ва қорин девори мушаклари таранглашуви бўлмаслиги мумкин. Биринчи қаторга миокард инфарктига ўхшаш белгилар — ўткир юрак томир етишмовчилиги кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда ўткир миокард инфаркти билан дифференциал ташхислаш лозим бўлади. Қонда ва сийдикда диастаза миқдорини аниқлаш даркор. Миокард инфарктида — ЛДГ 1 ферментининг активлиги ошади, панкреатитда ЛДГ 5 ферменти активлиги

ошади. Такрорий ЭКГ текширишлар, бемор аҳволини кузатиб бориш тўғри ташхис қўйилишига ёрдам беради.

Даволаш. Беморга тинч ҳолат ва 2—4 сутка давомида оғриқ пасайгунга қадар овқат қабул қилмаслик тавсия қилинади. Доимий зонд қўйиш орқали ошқозон тозаланиб турилади. Морфин ва унинг препаратлари ўт юришини қийинлаштириши туфайли тавсия этилмайди.

Папаверин, ношпа инъекциялари қилинади. Аммо бу препаратлар қон босимини туширишини эътиборга олиб, гипотония ҳолатларида қўлланиш мумкин эмас. Атропин, пипольфен, димедрол, новокаин блокадаси қўлланилади.

Кечиктириб бўлмайдиган тадбирларга шокга қарши ва электролитлар таркибини нормага келтирувчи даволаш чоралари киради. Бундай мақсадда қон ва плазма қунига 200—250 мл. гача, 5% глюкоза эритмаси в/и инсулин билан юборилади. Касалликнинг 2—кундан бошлаб глюконат кальция ва кальций хлор эритмалари в/и юборилади. Шокга ва яллиғланишга қарши гидрокортизон қўлланилади, инфекцияга қарши антибиотиклар ишлатилади. Панкреатитнинг шишли тури ва панкреонекрозда трасилол 50000—60000 ед 3—4 кун давомида тавсия қилинади.

ХРОНИК ПАНКРЕАТИТ.

Касалликнинг асосий этиологик омиллари жигар ва ўт йўллари касалликлари, секретор етишмовчилиги билан кечувчи хроник гастрит ва ошқозон (меъда) яраси ҳисобланади. Хроник панкреатит билан касалланган беморларнинг кўпчилигида ошқозон яраси борлиги аниқланган. Панкреатит ривожланишида овқатланишдаги бузилишлар, системали равишда алкогол ичимликлар истеъмол қилиш ҳам алоҳида ўрин тутади. Беморларнинг учдан бир қисмида панкреатит ўт пуфагидаги операциядан кейин юзага келади.

Касалликнинг ривожланиш механизмида ошқозон ости бези ичидаги ферментларнинг фаоллашуви катта аҳамиятга эга бўлиб, бу безнинг паренхимаси бузилишлари ва кейинчалик унинг бирлаштирувчи тўқима билан ва ёғ тўқимаси билан алмашинувига сабаб бўлади. Бундай ўзгаришлар натижада без етишмовчилигига олиб келади. Кексайиш жараёни билан боғлиқ ўзгаришлар ошқозон ости бези ширасининг оқими секинлашувига ва унда инфекцион

жараён ривожланишига мойиллик туғдиради. Яллиғланиш локал характерга эга бўлади.

Клиник белгилари. Касаллик яширин кечади, беморлар диспептик бузилишлардан шикоят қиладилар (иштаҳа бузилиши, кекириш, кўнгил айнаиши, метеоризм, кабзият ва ич кетишнинг алмашиб туриши ва ҳ.). Ўнг қобирға пастада ва эпигастрал соҳада оғриқ пайдо бўлиб, чап елка, кабза ва бўйинга тарқалади. Камдан — кам ҳолларда оғриқ гир айлана сезилади. Бу аломатлар одамнинг озиб бориши билан биргаликда давом этади. Касаллик ўткирлашганда тана ҳарорати ўртача кўтарилади. Меъда ости безининг ўзгаришга учраган бошчаси умумий ўт йўлини қисиб қўйганида бадан сарғаяди. Бемор ахлати қўланса, унда бир талай ёғ (стеаторея) ва ҳазм бўлмай қолган мускул толалари бўлади. Стеаторея мавжудлиги, сийдикда қанд бўлиши, қон ва сийдикда диастаза миқдорининг кўпайиб кетиши касаллик учун характерлидир.

Кексалар ва қарияларда хроник панкреатит хроник холецистит билан бирга кечади ва улардан биттасининг рецидиви борлиги аниқланади. Кўпчилик ҳолларда панкреатит қандли диабет билан бирга кечади. Касалликнинг яширин, хос бўлмаган белгилар ва бошқа касалликлар билан бирга кечиши туфайли безнинг функционал ҳолатини аниқлашда ташқи секретор фаолиятига аҳамият берилади. Таъсирот берилганидан кейин меъда ости безидан олинган шира текшириб кўрилганда трипсин, амилаза, липаза концентрацияси пасайиб қолганлиги аниқланади. Панкреатитни ташхислашда рентгенологик, ангиографик ва эхография усулларидан фойдаланилади.

Касалликни дифференциал ташхислашда жигар ва ўт йўллари касалликлари, ошқозон яраси, хроник энтероколитлар, ошқозон ости беzi раки ҳисобга олинаши лозим.

Жигар ва ўт пуфаги касалликлари учун оғриқнинг ўнг қобирға равони пастада бўлиши ва ўнг елка ва кабзага тарқалиши, ўт пуфаги соҳасида оғриқнинг бўлиши, жигарнинг катталашуви, ўн икки бармоқли ичакни зондлашда олинган ўтнинг В ва С порцияларида ўзгаришлар

бўлиши, ўт йўллари рентген орқали текширишда олинган ўзгаришлар характерлидир.

Ошқозон яраси йил фасллари билан боғлиқ бўлиши, овқат қабул қилгандан бир оз вақтдан кейин пайдо бўлиши, оғриқнинг зарда қайнаши билан бирга бўлиши, қайт қилингандан кейин оғриқнинг пасайиши, рентгенда («ниша») симптоми топилиши характерлидир.

Хроник энтероколитда қоринда оғриқнинг пайдо бўлиши, баъзи овқатликлар (сут, сабзавотлар)дан кейин кучайиши, қориннинг дам бўлиши, ичакнинг айрим қисмларида торайиш ва оғриқ сезилиши характерлидир. Нажас суюқ ва шилимшиқ аралаш, касалликнинг ўткир даврида тез — тез бўлади.

Даволаш. Авайлайдиган, оқсиллар ва витаминларга бой овқатлар буюрилади. Ўткир ва қовурилган овқатликлар, консервалар, тузланган сабзавот, сут тавсия этилмайди. Сут маҳсулотларидан кефир буюрилади.

ҚОРИН АОРТАСИ АНЕВРИЗМАСИ.

Аорта деворининг маҳаллий бўртиб чиқиши ёки бутун аортанинг диффуз равишда 2 марта ва ундан ортиқ кенгайишидир. Сохта аневризмада унинг деворини бирлаштирувчи тўқима ташкил этади ва аорта билан бирлашган бўшлиқ мавжуд бўлади. Эркакларда, аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди. Қорин аортаси аневризмасининг асосий сабаби атеросклероз ҳисобланади.

Клиник кечилишига қараб қорин аортаси аневризмаси ишқалсиз, ишқали (ёрилган) ва қат очувчи турларга бўлинади. Атеросклерозда аорта мушак қаватининг липоидоз, атероматоз дистрофия билан ва эластик коллаген мембрананинг шикастланиши кузатилади. Аорта деворининг эластик каркаси тўла емирилади ва унинг ўрнини янги ҳосил бўлган бирлаштирувчи тўқима эгаллайди.

Клиник белгилари. Қорин аортаси аневризмаси доимий ривожланиб бориш билан кечади. Қорин аортаси аневризмасининг ишқалсиз турида қаттиқ бўлмаган, симиллаб турувчи оғриқ кузатилади. Оғриқ доимий ёки вақти — вақти билан такрорланиб турувчи бўлиб киндик соҳасида ёки қориннинг чап томонида жойлашади. Баъзи беморларда оғриқ бел соҳасига ёки човга тарқалади. Аммо оғриқ мутлоқ белги эмас. Аневризманинг бошқа

белгиларига қоринда томир уришининг сезилиши киради. Озгин беморларда ётиш ҳолатида аневризманинг кучли уриб туришини кўриш мумкин. Қорин бўшлиғини пайпаслаб кўрганда унинг чап томонида пульсловчи ўсмасимон бирикма аниқланади. Аневризма одатда қаттиқ — эластик консистенцияга эга бўлиб қийин силжийди ва қўл остида уриб туради. Аневризманинг яна битта белгиси унинг тепасида систолик шовқин мавжудлигидир. Аускультация қилинганда систолик шовқин қорин бўшлиғида 75% беморларда эшитилади.

Қорин бўшлиғи аневризмасини ташхислашда ретроперитонеум манзарасида рентгенография ўтказилади. Шунингдек, изотопли аортография ва эхосканерлаш усуллари аҳамиятлидир.

Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши табиий ҳолдир, аневризма брюшина ташқарисига, қорин бўшлиғига, ўн икки бормақли ичакга, пастки қавак венага, чап буйрак венасига ёриб ўтиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда аневризма брюшина ташқарисига ёриб ўтиши кузатилади.

Клиник белгилари. Аневризманинг ёрилиши айрим ҳолларда касалликнинг биринчи белгиси бўлиши мумкин. Бу бирданига ўлимга сабаб бўлавермайди. Аневризма ёрилгандан кейин етти соатдан 6—9 кунгача вақт ўтиши мумкин. Қорин бўшлиғи ёки бел соҳасида бирданига оғриқ пайдо бўлади, ва наркотиклар қилгандан кейин ўтмайди. Аневризма брюшинадан ташқарига ёрилганда оғриқ гир айлана характерга эга бўлади ва чов соҳасига, жинсий аъзоларга тарқалади. Қорин бўшлиғи ва бел соҳасидаги оғриқ кўнгил айнаши ва қайт билан бирга бўлиши мумкин, баъзида беморлар сийдик ажралишининг қийинлигидан ёки сийдик ажратишга чақариқлар тез—тез такрорланишидан шикоят қиладилар. Аневризма ёрилишининг асосий белгиларидан биттаси коллапс ривожланишидир.

Қорин пайпаслаб кўрилганда у бўш ва дам бўлгани аниқланади. Брюшина қитиқланиш белгиси бўлмаслиги муҳим аҳамиятга эга, айрим ҳолларда қорин девори таранглашгани кузатилади. Қорин бўшлиғида пульсловчи ўсма аниқланиши ва унинг тепасида систолик шовқин эшитилиши кузатилади. Агарда бемор аневризма ёрилишига қадар кўрилган бўлса илгари мавжуд бўлган пульсловчи

ўсманинг каттайиши эмас, балки кичрайиши кузатилади. Беморда юрак уришлар сони ошади, қон босими пасаяди.

Қорин аортаси аневризмаси ёрилиши учун қуйидагилар характерлидир: оғриқ, қорин бўшлиғида пульсловчи ўсмасимон тузилма мавжудлиги, қон босимининг пастлиги. Беморнинг оғирлик даражаси қон йўқатишнинг миқдорига боғлиқ бўлади.

Қорин аортаси аневризмасида прогноз яхши бўлмайди. Чунки касаллик доимо ривожланиб боради ва аневризма клиник жиҳатдан аниқланган даврда унинг ҳажми катталиги ва ёрилиши табиийдир.

Даволаш. Жарроҳлик йўли билан ўтказилади. Операция барча ёшларда ўтказилади. Операцияга монелик кўрсатувчи омиллар: коронар қон айланишининг ўткир даври, қон айланиши бузилишининг IIБ—III боқичи, миёда қон айланиши бузилишининг ўткир даври. Юрак ишемик касаллигининг оғир шаклида операция аневризма ёрилиш хавфи пайдо бўлганда ёки ёрилганда ўтказилади. Оператив даволаш усули қанчалик эрта ўтказилса ўлим шунчалик кам бўлади.

ҚОРИН АНГИНАСИ.

Висцерал артерияларининг ўтказувчанлиги бузилиши туфайли қорин бўшлиғи аъзоларида қон айланишининг ишемик бузилишлари—висцерал қон айланишининг хроник бузилишлари деб аталади. Бу касаллик кўпинча қорин ангинаси деб аталади. Чунки қориндаги оғриқ хуружлари овқат ҳазм қилиш аъзоларининг функционал фаоллиги ошган пайтида юзага келади.

Қорин ангинаси учун учта белги характерлидир: 1) овқат ҳазм бўлишининг авжида қоринда хуружсимон ангиноз оғриқ пайдо бўлиши; 2) ичаклар дисфункцияси; 3) тобора озабориш.

Касалликнинг тарқалиш даражаси аутопсия бўйича 20—45%, ангиография бўйича —4—54% ташкил этади. Касалликнинг энг кўп учрайдиган сабаблари атеросклероз ва ўзига хос бўлмаган аортоартериитдир.

Висцерал қон айланишнинг хроник бузилишларининг клиник кечиши 3 босқичга бўлинади: 1) компенсациялашган; 2) субкомпенсация даври; 3) декомпенсация.

Касалликнинг I—босқичида висцерал артериялар шикастланган бўлсада, уларни озуқалантирувчи хавзада қон

оқими бошқа артериялар ҳисобига ён томирлар ёрдамида компенсация қилинади.

II — босқичда клиник белгилар ҳазм қилиш аъзолари фаолиятининг авжида юзага келиб доимий бўлмайди.

III — босқичда висцерал артериялар торая бориши ва ён артерияларнинг компенсациялаш имконияти камайиши туфайли абдоминал ишемия белгилари доимий бўлади — қон айланишининг декомпенсацияси юзага келади.

Клиник манзараси. Висцерал артерияларнинг атеросклеротик шикастланиши 50 ёшдан кейин бошланади, аортоартериитда — 40 ёшгача бошланади. Абдоминал ишемиянинг хроник тури учун қоринда оғриқ бўлиши характерлидир. Дастлабки кунларда оғриқ кўп истеъмол қилинган ва ёғлиқ овқатлардан кейин пайдо бўлиб, вақти — вақти билан симилловчи характерга эга бўлади, кейинчалик эса доимий бўлади. Қоринда оғриқ овқат истеъмол қилингандан 25—30 минутдан кейин бошланиб, 2—2,5 соат давом этади. Оғриқ ўз—ўзидан тўхтайдиган ва овқат қабул қилингандан кейин яна такрорланади.

Шикастланган висцерал артерияларнинг қаерда жойлашганлигига қараб оғриқ қорин бўшлиғининг турли соҳаларида (эпигастрал, мезогастрал, чап ёнбош соҳасида) ва турли характерда (чангаксимон, симилловчи, тумтоқ) бўлиши мумкин.

Овқат қабул қилиш чекланганда оғриқ камайиши туфайли беморлар уни кам истеъмол қилишга ҳаракат қиладилар — «кам озуқа синдроми».

Хроник абдоминал ишемиянинг характерли белгиларидан биттаси ичак дисфункцияси дур. Баъзи беморларда бу касалликнинг ягона белгиси бўлиб қолади. Ичак дисфункцияси унинг ҳаракатлантирувчи, секретор ва сўрилиш функцияларининг бузилишлари билан клиник намоён бўлади.

Юқори ичак тутгич артерияси шикастланганда ичакнинг секретор ва сўрилиш функциялари бузилади, пастки ичак тутгич артерияси шикастланганда — йўғон ичак эвакуатор функцияси бузилади. Даставвал бу бузилишлар ҳожатнинг турғун бўлмаслиги, кабзиятнинг ич кетиши билан алмашилиб туриши ёки аксинча, кейинчалик қориннинг дам бўлиши билан намоён бўлади. Нажас

шакланмаган, унда чала ҳазм қилинган овқат қолдиқлари ва шиллиқ бўлади.

Касалликнинг учинчи белгиси озиб кетиш, овқат қабул қилишнинг чекланиши ва ичаклар секреция ва абсорбция функциясининг бузилиши билан боғлиқ бўлади.

Ташхислаш. Агарда беморда қоринда овқат билан боғлиқ оғриқ ва ичак дисфункцияси мавжудлигида такрорий текширувлар ва даволаш натижа бермаса ва ошқозон — ичак системаси томонидан касаллик аниқланмаса, томирлар устида систолик шовқин эшитилса ва аортада атеросклеротик ўзгаришлар аниқланса висцерал артерияларнинг рентгенологик текширувлари ўтказилади.

Қорин бўшлиғи томирларига ташқаридан босим бўлганда ўсмалар (меъда, меъда ости бези, жигар) бор — йўқлигига ишонч ҳосил қилиш керак бўлади. Шубҳали ҳолларда лапороскопия ўтказилади.

Даволаш. Касалликнинг субкомпенсация ва декомпенсация босқичларида жарроҳлик йўли билан ўтказилади. Консерватив даволашда парҳез тайинланади, овқатликларни тез — тез ва кам миқдорда қабул қилиш тавсия этилади. Баъзи беморларга спазмолитиклар яхши ёрдам беради. Антикоагулянтлар қўлланилади.

XI — БОБ

МОДДА АЛМАШИНУВИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

СЕМИЗЛИК. Эрта кексайишнинг хавfli омилларидан ҳисобланади. Статистик маълумотлар бўйича, семизлик айниқса катта ёшдагилар гуруҳида ўсиш йўналишига эга.

Тана вазнини аниқлаш учун Брок формуласидан фойдаланилади. Бунга асосан тана вазни килограмм ҳисобида — одам бўйи (см) — 100 барабар бўлади. Жинси, ёши ва тана тузилишига қараб физиологик чекланишлар $\pm 10\%$ бўлиши мумкин (12 — жадвалга қаранг).

Семизликнинг 3 даражаси қайд этилади. 1 — даража (енгил) — ортиқча оғирлик 20—30%, 2 — даража (ўртача) — ортиқча оғирлик 30—40% ва 3 — даража (оғир) — ортиқча оғирлик 40% дан ошиқча бўлади.

Кейинги йиллар давомида ўтказилган изланишлар ривожланган давлатлар аҳолиси ўртасида семириш ҳолатлари, айниқса аёллар ўртасида ошиб бормоқда. Катта ёшдаги аҳоли ўртасида ортиқча вазнга эга бўлган шахслар 20—30%ни ташкил этади. Кекса ёшдагилар ўртасида бу кўрсаткич янада баландроқ. Нафақа ёшидаги одамлар ўртасида ортиқча вазн эркакларнинг 53%, аёлларнинг 64% да учрайди. Семизликнинг 1 — даражасида ҳам ўлим кўрсаткичи анча ошган. Изланишлар бўйича, вазннинг 11 кг га ошиши 45—50 ёшдагилар ўртасида умрни ўртача 25% қисқартиради. Ёши 45 дан баланд бўлган ва ортиқча вазнга эга бўлганларда, мўътадил вазнлиларга қараганда, ўлим 40% гача кўтарилади.

Патогенез. Семизлик асосида ижобий энергобаланс — қабул қилинган калория ва унинг сарфланиши ўртасидаги номувофиқлик ётади. Ортиқча овқатликлар истеъмол қилиш ва жисмоний фаолликнинг етишмаслиги семизлик патогенезида асосий омиллардан ҳисобланади. Уларнинг амалга ошишида модда алмашинуви бошқарилишидаги бузилишлар, гипоталамус функциясининг бузилишлари, эндокрин безлари фаолияти аҳамиятга эга.

Семизликнинг эндокрин безлар фаолиятининг етишмовчилиги билан боғлиқлиги ҳомиладорлик ва

туғишлардан кейин, айниқса климаксдан кейин, жинсий безлар сўнишида яққол кўринади.

Модда алмашинувининг етишмовчилиги, генлар орқали наслга ўтказилганда ҳам семизлик ривожланади. Бундай ҳолатларда ортиқча вазига эга бўлганлар сони битта оиланинг бир нечта аъзосида бўлиши мумкин.

Организмда умумий энергиянинг сарфланишининг пасайиши 40–45 ёшлардан кейин бошланади ва 75 ёшда асосий алмашинув 15–20% пасаяди. Мускул тўқимаси ва паренхиматоз аъзолар вазни 60 ёшда 20% пасаяди. Улар ўрнини ёғлар ва бирлаштирувчи тўқималар олабошлайди.

Кексалар ва қарияларда, кўпинча диэнцефал белгилар билан намоён бўладиган нейрогуморал бошқарувнинг ўзгаришлари, ошқозон ости бези инсуляр аппаратининг функцияси ўзгаришлари, уларда иштаҳа ва овқат қабул қилишга муҳтожлик ўртасидаги мувозанатнинг бузилишига олиб келади. Тўйиш сезгисининг пасайиши туфайли, бундай шахслар керагидан ортиқча овқат қабул қилишади. Бу эса, ўз навбатида, семиришга сабаб бўлади.

Ошиқча овқат қабул қилиш ва энергетик баланснинг бузилишига қуйидаги омиллар ҳам сабабчи бўлади: овқатни сийрак қабул қилиш; кечаси қабул қилиш; ёғлик ва ширинлик овқат қабул қилиш, иштаҳани очувчи моддалар ва алкоголь ичимликлар қабул қилиш ва б.

Клиник кечиши. Семизликнинг энгил даражасида меҳнат қобилияти сақланиб қолади ва бемор вазнининг ошиб бораётганига эътибор бермайди. Кўпчилик ҳолларда бундай вазн ошишига врач ҳам эътибор бермайди ва қатор патологик ўзгаришларнинг ривожланиши ўтказиб юборилади. Шунинг билан бирга, фақат семизликнинг бошланғич давларида қатор касалликларга бўлган мойилликнинг оддини олиш мумкин бўлади.

Семизликнинг бошланғич босқичларида модда алмашинувининг айрим турларида ўзгаришлар келиб чиқади. Қонда холестерин, бета-липпротеидлар ва триглицеридлар миқдори ошади. Катта ёшдаги семиз одамларда глюкозага бўлган сезувчанлик (толерантлик) пасаяди. Юрак-томир системасида ўзгаришлар бошланади. Электрокардиограммада юрак ўқининг чапга бурилиши (левограмма), қон босимининг ошиши кузатилади.

Семизлик атеросклероз, гипертония, коронар етишмовчилиги, қандли диабет касаллигининг ривожланишига мойиллик қилади. Уларнинг мавжудлигида семириш нафақат ушбу касалликларнинг, балки қатор бошқа касалликларнинг ҳам келиб чиқишига сабабчи бўлади (таянч — ҳаракат аъзоларининг шикастланиши).

Семиз одамларда ташқи нафас функцияси бузилади, нафас системасининг мослашув қобилияти пасаяди. Уларда обструктив ўзгаришлар, ўпка эмфиземаси, юрак — ўпка етишмовчилиги ривожланади. Шунингдек, семизлик сийдик тўхташига ва унинг ажралишига, сийдик йўлларида яллиғланишнинг ривожланишига ҳам сабаб бўлади.

Семизликнинг ўрта ва оғир босқичларида беморлар сустлик, уйқучанлик, нафас сиқиши, бош оғриши, оёқларда шиш ва ичаклар дам бўлишидан шикоят қиладилар. Баъзи беморлар бирданига пайдо бўлувчи очиқиш сезадилар ва бу туйғу фақат овқат истеъмол қилингандан кейин ўтади. Бундай ҳолат инсулиннинг ортиқча ажралиши туфайли қонда қанд миқдорининг камайиши билан боғлиқдир.

Даволаш. Семизликнинг барча турларида таркибида ёғлар ва углеводлар кам бўлган, оқсилга бой, витаминлар ва микроэлементлар бўлган кам калорияли парҳез тайинланади. Семизликни даволашдан кўра, олдини олиш осонроқдир. Шунинг учун тиббий ходимлар семиришга мойиллиги бўлган ёки ортиқча вазнга эга бўлган беморлар билан тушинтириш ишлари олиб боришлари лозим. Бунда овқатликлар калориясини камайтириш ва жисмоний фаолликка эътибор берилиши лозим.

Овқатликлар кунига 5—6 марта кам ҳажмда қабул қилиниши керак. Семизликнинг енгил босқичида суткалик рационнинг калорияси 1600—1800 ккал, ўртача даражасида — 1300—1400 ккал.га барабар бўлиши лозим.

Ҳафтада бир кун вазни тушириш кунини ўтказилади. Бунда кунига олма—2 кг, янги бодринг—2 кг, ёғсиз творог—400—500 г, сметана—60 г ва 100 мл сут 1—2 стакан кофе билан тавсия этилади; гўшт —270 г қайнатилган, 100 мл сут, 120 г мош, 280 г янги карам бўлиши мумкин. Бундай кунларни ўтказганда ошқича жисмоний зўриқиш ва 3 км дан ортиқча юриш тавсия этилмайди.

Даволашда жисмоний ҳаракатнинг аҳамияти катта. Ҳаракат режими юрак фаолиятини эътиборга олган ҳолда ўтказилади. Сув муолажалари фойда беради. Ичаклар фаолиятини мўътадиллаштириш зарур (мева ва сабзавотлар, кефир).

Маҳаллий курортларда даволаниш тавсия этилади. Дори воситалари билан даволашда, йўлдош касалликларни ҳисобга олиш лозим (қандли диабет, гипертония ва ҳ.) врач назорати остида гормонал воситалар (тиреоидин), сийдик ҳайдовчи воситалар берилади.

Кейинги йилларда алиментар семизликни даволаш учун анорексиген восита Изолипан (Франция) қўлланилади. Препарат ёғлар метаболизмига таъсир кўрсатади ва қоринда, тана ичкарасида ёғлар тўпланиб қолишига таъсир кўрсатади. Семиз кишиларда ёғлар ва углеводлар истеъмоли қилинишини пасайтиради, бир вақтда оқсиллар истеъмолига таъсир ўтказмайди. Препарат руҳиятни қўзғатмайди ва гипертензив таъсирга эга эмас. Изолипан парҳез билан уюшмада бошқа касалликлар (гипертония, диабет, гиперлипидемия) мавжудлигида ҳам тайинланиши мумкин. Суткасига 1 капсуладан 2 марта эрталаб ва кечқурун овқат билан ичилади.

Минифаж (Франция) семизликнинг барча турларида парҳез билан биргаликда тайинланади. Даволашнинг бошланишида суткасига 1 капсула, 3–4 ҳафтадан кейин лозим бўлганда 2 капсула суткасига бир марта ичилади. Даволаш цикли 6 ҳафта давом этади. Бу препаратларга монелик қилувчи омиллар: глаукома, психоген анорексия, депрессив ҳолатлар, сурункали алкоголизм, ҳомиладорликнинг 1 триместри ва эмизиш давридир.

Диетрин (АҚШ) анорексиген восита семизликни даволаш ва ошиқча тана оғирлигини тўғрилаш учун қўлланилади. 1 капсуладан эрталаб суткасига 1 марта ичишга берилади. Препарат 1 стакан сув билан ичилади. даволаш курси 1–3 ой давом этади, 30–90 капсула ичилади. Диетрин артериал гипертония, стенокардия,

қандли диабет, гипертиреозда эҳтиёткорлик билан тайинланади.

Диетпласт (АҚШ) гомеопатик препарат тери орқали таъсир кўрсади. Таркибида йод моддаси мавжуд. Препарат пластр ёпиштирилгандан бошлаб таъсир кўрсади ва 16 соат давом этади. Суткасига 1 ТТС (трансдермал терапевтик система) терига ёпиштирилади, даволаш 1–2 ой давом этади, болдир, қорин, қуймуч соҳасига ёпиштирилади.

Шунингдек, ошиқча оғирликни камайтириш, мос бўлган оғирликни сақлаш, витамин–минерал балансини сақлаш мақсадида препарат Ультра дайэт трим (АҚШ) қўлланилади. Препарат сут коктейли тайёрлаш учун қуруқ модда бўлиб ўрамида 430 г бор. Таркибида ёғ, углевод, оқсил, витаминлар ва микроэлементлар мавжуд. Озуқалантирувчи парҳез аралашма, калорияси чекланган (250 мл тайёрланган ҳажмида 210 кал.бор). таркибидаги ўсимлик ҳужайралари иштаҳани пасайтиради ва бемор кун давомида тўқлик сезиб юради. Препарат режалаштирилган дозада (ҳафтасига 2 кг гача) қабул қилганда оғирлик 1 кг камаяди. Оғирликни камайтириш мақсадида кунига 3 порция коктейл қабул қилинади (нонушта, тушлик кун ўртаси), кечқурун ёғсиз овқат (калорияси 450 кал. кам бўлмаган) қабул қилинади. Шундай бўлганда кундалик рацион 1200 кал. ташкил этади. Монелик қилувчи омиллар аниқланмаган. Шунга ўхшаган ва ўша мақсадда қўлланиладиган Нова фигура капсула ва Нова фигура томчи препаратлар (Германия) ҳам мавжуд.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ.

Этиологияси ва патогенези тўғрисидаги маълумотлардан келиб чиққан ҳолда «кексалик диабети» деган терминни тўғри деб ҳисоблаш нотўғри бўлар эди. Кексалар ва қарияларда учрайдиган диабет, кўпчилик ҳолларда касаллик бўлиб, анча эрта ривожланган ва яширин кечаётган, бошқа касалликлар бўйича текшириш ўтказиш жараёнида топиладиган касалликдир. Кексаларнинг 20 % да

қандли диабет унинг асоратлари туфайли топилган. Қандли диабет 40—60 ёшар кишиларда кўпроқ учрайди, кейинчалик камая бошлайди ва 70 ёшдан кейин анча кам учрайди. Бундай маълумотлар кексалардаги диабет ёш билан боғлиқ эмаслигининг, балки касаллик эканининг далилидир.

Кексалар ва қарияларда ошқозон ости безида ёш билан боғлиқ ўзгаришлар юзага келади ва унинг инсуляр аппаратининг етишмовчилигига сабабчи бўлади, қатор ташқи омиллар таъсирида гипергликемия ҳолатини сақлаб туради. Қондаги қанд миқдорининг тез—тез ва анча баланд кўтарилиб туриши бета—ҳужайраларнинг қитиқланишига олиб келади ва мажбурий равишда инсулин ажрала бошлайди. Бундай шароитда бездаги ёш билан боғлиқ ўзгаришлар, ундаги наслий етишмовчилик ошқозон ости безининг қашшоқлашувига ва турғун инсулин етишмовчилигига сабаб бўлади. Агарда дастлабки даврларда бундай етишмовчилик функционал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлса, кейинчалик бета—ҳужайраларининг сони камайиши билан боғлиқ бўлади. Кексалардаги қандли диабет, ёшлардагига қараганда, инсуляр аппаратнинг резерв имкониятлари кўпроқ сақланиб қолиши билан фарқ қилади. Бунинг исботи сифатида кексалардаги диабетда сульфанилмочевина препаратларининг эффе́ктив таъсир кўрсатишини олиш мумкин, чунки бу препаратлар фақат бета—ҳужайралар етарли миқдорда сақланиб қолгандагина таъсир кўрсатади.

Клиник кечиши. Қандли диабет кексалар ва қарияларда ўз вақтида аниқланганда ва тегишли даволаш ўтказилганда анча енгил кечади. Унинг клиник белгиларининг унчалик кўзга ташланмаслиги етарли эътибор берилмаслигига сабаб бўлади. Аммо бу борадаги текширишлар, кексалар ва қарияларда, ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Катта ёшдаги кишиларда буйраклардаги функционал ўзгаришлар сийдик билан қанд ажралиши чегарасини анча ўзгартиришини ҳисобга олмоқ лозим. Агарда етук ёшдаги кишиларда қондаги қанд

миқдори 180–190 мг % тенг бўлганда сийдик билан ажрала бошласа, 70 ёшдаги кишиларда – 240 мг % га тенг миқдорда ажралади. Бу эса ўз навбатида кекса ёшдаги кишиларда қанднинг қондаги ва сийдикдаги миқдорини аниқлашда уни фақат наҳорга эмас, балки одатдаги овқат қабул қилингандан 2 соат кейин ҳам текшириш лозимлигини кўрсатади.

Ҳаттоки енгил кечувчи қандли диабет ҳам кексаларда интеркуррент инфекциялар, жароҳатлардан кейин бирданига кучайиши, оғир диабетдаги каби белгилар пайдо бўлиши ва бемор диабетик комага тушиши мумкин.

Кексаларда ривожланаётган қандли диабетнинг ўзига ҳос томонлари бўлади. Буларга беморнинг озиши, чарчаш ва доимий ҳолсизлик, сийдикнинг кўп ажралиши киради. (простата безининг ўзгаришлари билан дифференциал ташхислаш керак бўлади). Тери қичиши, шиллиқ пардаларнинг қуриши (ларингит, фарингит, вульвит); терида йирингли ярачалар пайдо бўлиши, углевод алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Мия инсулти ва миокард инфарктдан кейин енгил глюкозурия ва гипергликемия кузатилади, бу эса беморларни узоқ вақт кузатишни талаб этади.

Қандли диабет юрак–томир системасига салбий таъсир кўрсатади. Узоқ давом этган қандли диабетда атеросклероз яққол кўзга ташланади ва у диабет билан боғлиқ ёғлар алмашинувининг бузилиши (холестериннинг кўпайиши, липопротеидлар таркибининг ўзгариши) туфайли юзага келади. Кенг тарқалган томирлар атеросклерози мияда (инсулт), юракда (миокард инфаркти), оёқларда (гангрена)га олиб келади.

Қондаги қанд миқдорининг бирданига пасайиши (инсулин ошиқча қилинганда) коронар ва мия томирларининг торайишига, баъзида инсулт ёки инфаркт келиб чиқишига сабабчи бўлади. Узоқ давом этувчи диабет кексаларда нефроангиосклероз ривожланишига олиб келади,

бу эса қон босимининг кўтарилиши ва нефроз белгилари билан ўзини намоён қилади.

Қандли диабетда учрайдиган ретинопатия, катаракта, полиневрит каби ўзгаришларни унинг узоқ давом этганлиги ва даволашнинг кам эффективлиги билан боғлаш мумкин.

Қандли диабет билан касалланган кекса ёшдаги кишилар, организм реактивлиги пастлиги сабабли, турли касалликларга тез—тез чалинадаиган ва оғир ўтказадиган бўладилар. Даволаш жараёни эса узоқ давом этади ва кам натижали бўлади.

Беморлар қандли диабет туфайли туберкулез ривожланишига мойил бўладилар. Кексалар ва қарияларда ўпканинг сурункали касалликлари кўплаб учраши туфайли туберкулез яширин кечиши мумкин.

Даволаш. Парҳез қандли диабет беморларини даволашда бирламчи роль ўйнайди. Асосий эътибор углеводлар алмашинувининг бузилишини мўътадил—лаштиришга қаратилиши лозим. Овқатлик рационда калория ҳар бир кг оғирликга 25—30 калориядан ошмаслиги даркор. Семиз кишиларда бу кўрсаткич 20—25, жисмоний меҳнат билан шуғулланувчиларда эса 35—40 кал. ташкил этиши мумкин. Овқатликлар таркибида оқсиллар кўпроқ, ёғлар кам, углеводлар ўртача миқдорда бўлиши тавсия этилади. Овқатликлар таркибида мева ва сабзавотлар етарли миқдорда бўлиши керак. Липотроп маҳсулотлардан творог, В—гуруҳи витаминлари, шунингдек, липокаин, метионин тайинланади.

Физиологик парҳез давомида суткалик сийдикда ажралган қанд миқдори, қабул қилинган углеводлар ва 50% оқсиллардан 5% гача ташкил этса бундай парҳез давом эттирилади. Акс ҳолда парҳез билан бир қаторда инсулин ёки қанд миқдорини камайтирувчи сульфанилмочевина препаратлари (бутамид, букарбан) тайинланади. Бундай даволаш натижа бермаса, кам миқдорда инсулин тайёрланади.

Бу препаратлар иккиламчи таъсир кўрсатиши мумкин: лейкопения, тромбоцитопения, аллергик реакция, ошқозон — ичак тракти ва жигар функциясининг бузилишлари.

Иккинчи гуруҳ препаратлар манинил (глибенкламид) аввалгиларга нисбатан эффе́ктив таъсир кўрсатади, токсик таъсири камроқ, 0,005 — 0,01 г таблеткада ичишга берилади (1—2 таблетка). Узоқ вақт қабул қилинганда бу гуруҳ препаратларда ҳам қон анализини (тромбоцитлар) текшириб туриш керак бўлади.

Гипогликемияловчи бигуанидлар — фенформин, глюкофаг, адебит инсулин таъсирини оширади, триглицеридлар ҳосил бўлишини камайтиради, қонда холестерин миқдорини пасайтиради. Шунинг учун ҳам бу препаратлар кекса ёшдаги одамларда, айниқса семизлик ва қандли диабет бирга кечганда яхши натижа беради.

Сульфанилмочевина ва бигуанид препаратларининг биргалиқда тайинланиши яхши натижа беради. Биринчиси ошқозон ости бе́зи бета—ҳужайраларига таъсир этиб инсулин ажралишига сабабчи бўлса, бигуанидлар таъсир қилиши учун шароит яратади.

Агарда бундай даволаш яхши натижа бермаса катта бўлмаган дозада инсулин тайинланади. Бунда оддий инсулиндан ташқари инсулиннинг ўртача ва узоқ таъсир этувчи турлари тайинланиши мумкин.

Қон айланиши бузилишларида, кўкрак сиқиши хуружлари, миокард инфаркти мавжудлигида инсулин бундай беморларга эҳтиёткорлик билан тайинланади. Бундай ҳолларда гипогликемия келиб чиқмаслиги учун инсулин дозаси бўлиб юборилади.

Кексалар ва қарияларда турли касалликлар мавжуд бўлишини эътиборга олган ҳолда қўлланиладиган дори воситаларининг қондаги қанд миқдорига таъсирини ҳам ҳисобга олиш зарур. Салицилатлар, бутазолдон, гистаминга қарши воситалар қондаги қон миқдорини пасайтириши тўғрисида маълумотлар мавжуд. Замонавий

туберкулезга қарши препаратлар қанд миқдорига турлича таъсир кўрсатади. Худди шунингдек, кортикостероид препаратлар қўлланиш лозим бўлганда қон анализларини назорат қилиб бориш ва инсулин дозасини унга мувофиқлаштириш керак бўлади.

Кексалар ва қариялар ёшидаги диабетик кома анча кам ривожланса ҳам, қандли диабет кўплаб учраши туфайли унинг юзага келишини ҳисобга олиш зарур. Бу ёшдаги одамларда кетоацидотик комадан ташқари гиперосмоляр (ацидотик бўлмаган) ва лактоацидотик кома турлари учраши мумкин.

Гериатрик беморларда диабетик кома бошқа касалликларнинг клиник белгиларига ўхшаб («маска») кечиши ҳам мумкин. Масалан энцефалопатик шаклда — мияда қон айланишининг бузилишлари, кардиологик — миокард инфаркти белгилари ва ҳ. Бундай оғир ҳолатларнинг асосий сабабини аниқлашда қондаги қанд миқдорининг ошиқлиги, ацидоз, ўзига ҳос нафас олиш ва бошқалар ёрдам беради. Кексалар ва қарияларда коматоз ҳолат инсулинни назоратсиз юборилганда, руҳий ҳаёжонланишлар, парҳез режимининг бузилиши, ошқозон — ичак фаолиятининг бузилишлари, юқумли касалликлар, холецистит ва бошқалардан кейин келиб чиқади, ва улар соғлигига ҳавф солиши мумкин. Бунда юрак, мия, буйрак ва сув — электролитлар ҳолати бузилади.

Гиперосмоляр кома кам учрайди ва инсулин етишмовчилиги билан боғлиқ бўлади. Бунда қонда қанд миқдори кескин ошади (1000—1200 мг %), кетоацидоз кузатилмайди. Беморлар чанқаб кўп сув истеъмол қилишади, дегидротация ривож топади, ҳуш йўқолади. Кетоацидоз комадан фарқлироқ, Куссмаул нафаси қайд этилмайди.

Кетоацидотик комани даволаш умумий принципларга асосланиб ўтказилади. Гиперосмоляр комада дегидротацияга қарши тадбирлар (физиологик эритма) ва инсулин билан даволаш ўтказилади. Бундай беморларнинг инсулинга нисбатан сезувчанлиги баланд бўлгани учун бошланғич дозаси 50 ед. ошмаслиги даркор.

ТЕМИР ЕТИШМАЙДИГАН КАМҚОНЛИК.

XX аср бошларида темир етишмайдиган камқонлик меъда безлари атрофияси ва унинг билан боғлиқ ахлоргидрия туфайли юзага келади деган фикр мавжуд бўлиб, кўпчилик гематологлар томонидан қабул қилинган эди. Бундай фикр кейинчалик алоҳида синдром — гастроген анемия деб атала бошланди.

Замонавий тасаввурлар бўйича, темир етишмайдиган камқонликда овқат ҳазм қилиш трактининг барча бўлимларида кенг тарқалган дистрофия ва атрофия жараёнлари юзага келади. Бундай ўзгаришлар темир етишмовчилиги билан боғлиқ бўлиб меъда яллиғланишида йўналтирувчи механизм ҳисобланади. Кейинчалик темир етишмовчилиги меъда безлари структурасининг элементлари бузилишларининг чуқурлашувига олиб келади. Ахлоргидрия темир етишмайдиган анемияга хос ўзгаришдир. (С.М.Бахрамов, Ф.Э.Файнштейн ва б. 1980).

Кексалар ва қарияларда меъда эпителийида атрофик ўзгаришлар келиб чиқиши мумкин. Овқатликлар таркибида темир моддасининг етишмовчилиги туфайли ҳам бўлиши мумкин. (гўшт кам истеъмол қилиш, узоқ вақт сут маҳсулотлари истеъмол қилиш ва б.). Қон кетишлардан кейинги камқонликнинг сабаби кекса ёшдаги одамларда — полиплар, дивертикула, яралар, ичак ўсмалари, геморрой бўлиши мумкин. Кексалар ва қариялар ёшида камқонлик сурункали юқумли жараёнларда — зотилжам, пиелонефрит билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Гемоглобин даражасининг пастлиги кекса ёшдаги одамларда кардиосклероз, сурункали ўпка — юрак етишмовчилиги (cor pulmonale) туфайли қон суюлишлари билан ҳам боғлиқ бўлади. Бунда гемоглабин кўрсаткичи 16 — 32 г/л гача пасаяди, бўяш кўрсаткичи нормада бўлиши мумкин. Гемоглобин даражаси юрак гликозидлари ва сийдик ҳайдовчи дорилар билан даволагандан кейин мўътадиллашади.

Қон анализида гемоглобин паст бўлади, ранг кўрсаткичи 0,8–0,7 ва ундан ҳам паст бўлади, микроцитоз, кам миқдорда нейтропения, тромбоцитопения, РОЭ озгина баланд бўлади.

Касалликнинг клиник манзарасида умум камқонлик белгиларидан ташқари юрак–томирлар фаолиятининг бузилишига хос белгилар яққол намоён бўлади.

Ҳаракатдаги қон миқдорининг камайиши ёки гемоглобиннинг кислород ташиш қобилиятининг ўзгариши қондаги кислород ҳажмининг пасайиши ва гемик гипоксия ривожланишига олиб келади. Бу омил юрак бошқарувининг ва функциясининг ўзгаришига, шунингдек миокард метаболизмнинг бузилишига, миокардиодистрофия (кам қонлик юрак)га сабабчи бўлади.

Марказий гемодинамика ўзгаришларининг клиник белгилари камқонликда қондаги гемоглобин миқдори 90–80 г/л пасайганда юзага чиқади, 70 г/л ва ундан ҳам паст бўлганда эса яққол намоён бўлади. Анемиянинг баланд даражасида қон айланиш тезлиги 8–10 с тезлашади (норма 12–14 с). Юрак индекси гемоглобин 50 г/л ва паст бўлганда 6,5 л/мин.кв.м. ёки нормадан икки барабар ошади.

Қонда кислород ҳажмининг пасайиши қон айланиш аппаратининг гиперкинетик мослашув реакциясига олиб келади. Организм аъзоларида ва томирларда қон ҳажми қайта тақсимланади. Компенсатор механизмлар булар билан чекланиб қолмайди. Юрак отиб чиқарувчи қон ҳажмининг ошиши периферик артерияларнинг кенгайиши, қон ёпишқоқлигининг пасайиши ва артериовеноз шунтларнинг ҳосил бўлиши билан ҳам боғлиқ бўлади. Юракга вена томирларидан оқиб келувчи қон миқдори ошади.

Клиникаси. Беморлар тез чарчаш, ҳолсизлик, тер босишдан шикоят қиладилар. Тери қатлами ва шиллик пардалар оқимтир рангда бўлади. Бўйинда уйқу артериялар уриши кучли бўлади. Томир уришлари сакровчи ва тез турда. Перкуссияда юрак чегаралари кенгайган, юрак учи

уриши кўтарувчан бўлиб, миокард гипертрофиясидан далолат беради. Рентгенологик текширувда юрак чегаралари текис кенгайган ва шакли митрал конфигурацияга яқинлашган бўлади. Гемоглобин миқдори 50 г/л дан паст бўлганда юрак кенгайиши ҳоллари доимий бўлади. Агарда камқонлик узоқ давом этса, юрак кенгайишлари қон таркиби мўтадиллашгандан кейин ҳам кузатилади. Аускультацияда юракнинг барча тоқчаларида, айниқса ўпка артерияси устида ва юрак учида функционал систолик шовқин эшитилади. Систолик шовқин қатор омиллар билан боғлиқ бўлади: қон юришининг тезлашуви, қон ёпишқоқлигининг пасайиши, митрал клапаннинг нисбий етишмовчилиги. Кам ҳолларда аорта етишмовчилигига ўхшаш диастолик шовқин эшитилади. Гемоглобин миқдори кўтарилиши билан анемик шовқинлар камаяди ва кейинчалик йўқолади.

ЭКГ да Т тишчаси ясси ёки манфий, S — Т сегменти изолиниядан пастга силжиган бўлади. (коронар етишмовчилигига ўхшаш). Бемор соғайгандан кейин бу ўзгаришлар йўқолади. Сурункали равишда аста—секин ривожланувчи анемия 3—4 ой давомида, айниқса аёлларда, ЭКГ алоҳида ўзгаришсиз кечиши мумкин. Бундай ҳолларда синус аритмияси, синус тахикардияси, Т тишчанинг яссиланиши, айниқса aVL уланишида кузатилади.

Узоқ давом этувчи анемиялар ЭКГ да турғун ўзгаришларга олиб келади. Т тишчанинг пасайиши, QRS комплекси кенгайиши (миокард дистрофияси) шулар қаторига киради.

ST сегменти горизонтал турда пастга силжийди, R тишчаси амплитудаси катталашмаган. Баъзида P—Q интервали узайган бўлади. Бўлмача ва қоринча экстрасистолиялари қайд қилинади.

Юрак—томир системасига хос ЭКГ ўзгаришлар камқонликнинг оғир турларида намоён бўлади, юрак—томир касалликларида эса унчалик оғир бўлмаган

камқонлик ҳам ЭКГ ўзгаришларига ёки уларнинг чуқурлашувига олиб келади.

Камқонлик касаллигида ЭКГ ўзгаришларнинг давомлилиги тўғрисида бир хил фикр йўқ. ЭКГ ўзгаришлар камқонликда фақат анемик гипоксия билан боғлиқ бўлмасдан, балки компенсатор механизмларнинг кислород етишмовчилигига нисбатан фаоллашиш даврида уларнинг зўриқиши билан ҳам боғлиқлигини эътиборга олиш зарур.

Сурункали камқонликда зўриқиш билан боғлиқ нафас сиқиши, тахикардия кузатилади. Тахикардия ва юрак гипертрофияси унинг етишмовчилиги учун характерлидир. Дастлабки даврларда нафас сиқиши қонда кислород ҳажми пастлиги ва гиперлактоцидемия билан боғлиқ бўлиб, ўпкада ва жигарда қон димланишлари кузатилмайди. Юрак нуқсонлари декомпенсациясига қараганда, анемияда қон юриш тезлиги, марказий веноз босим, ҳаракатдаги қон ҳажми анчагача нормада бўлади. Оёқларда шиш пайдо бўлиши веноз димланиш билан эмас, балки гипопро테인емия ва капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши билан боғлиқ бўлади.

Натижада узоқ давом этувчи анемияда юрак етишмовчилигининг оғир шакллари ривожланади кичик ва катта қон айланиш системасида димланиш, марказий веноз босимининг кўтарилиши, тинч ҳолатда нафас сиқиши, юрак астмаси, оёқларда шишлар ва ҳ. пайдо бўлади.

Баъзи ҳолларда стенокардия хуружлари кузатилади. Хуружлар қонда O_2 миқдорининг камлиги ва коронаросклероз билан боғлиқ бўлади.

Юрак етишмовчилигининг рефрактер турларида, юрак гликозидлари ва сийдик ҳайдовчи воситалар ёрдам этмаганда, миокард дистрофияси яққолигидан далолат беради.

Агарда камқонлик билан боғлиқ юрак етишмовчилиги юзага келса, анемияни даволаш ва коррекция йўлини танлаш муҳим роль ўйнайди.

Диагностика. Темир алмашинуви кўрсаткичларини аниқлаш (зардобда темир миқдорини аниқлаш, зардобнинг темирни бириктириш қобилияти, темирнинг умумий захираси ва б.) муҳим роль ўйнайди.

Даволаш. Касалликнинг сабабига қаратилган бўлиб комплекс равишда ўтказилади. Организмнинг даволашга нисбатан реакцияси ҳисобга олинади.

Ҳозирги пайтда камқонликни даволаш учун таркибида темир моддаси бўлган қатор препаратлар қўлланилади. Булар қаторига темир сульфат, Бло таблеткаси, темир лактат, темираскорбин кислота, гемостимулин, феррамид, ферроалоз, темир сақловчи алоэ сиропи, ферроплекс, орферон, эрифер ва б. киради.

Феррокаль 2—6 таблеткадан кунига уч марта тайинланади. Гемостимулин 1 таблеткадан кунига уч марта, Ферроцерон 1 таблеткадан 3 марта тавсия этилади.

Гемоглобиннинг суткалик ўсиши ферроплекс, феррамид, резоферон, орферон билан даволаганда баланд бўлиши кузатилади.

Парентерал йўл билан даволаш лозим бўлганда фербитол тавсия этилади. Суткасига бир марта 2 мл ҳар куни ёки икки кунда бир марта 20—30 инъекция қилинади.

Қон кетиш билан боғлиқ камқонликни иложи борича хирургик йўл билан даволанади.

Гўштли овқатликлар парҳези тавсия этилади. Ҳалқ табобатида кенг қўлланиладиган шифобахш воситалардан фойдаланиш мумкин. Улардан таркибида темир моддаси мавжуд бўлган — газандаўт, исмалоқ шарбати тавсия этилади. Шунингдек, мева ва сабзавотлар — тут, беҳи, олма, петрушка, ерёнғоқ, пиёз, шивит ва бошқалар истеъмол қилинади.

Катталар ва қарияларда етарли асос бўлмаганда гемотрансфузия қилмаган маъқул.

Сийдик ҳайдовчи воситалар анемияда, агарда етарлича асос бўлмаса, оқсиллар алмашинувига салбий таъсири туфайли қўлланилмагани маъқул.

ВИТАМИН В₁₂—ЕТИШМАЙДИГАН КАМҚОНЛИК.

Бу турдаги камқонлик (пернициоз) организмга экзоген В₁₂ витамини кам миқдорда тушиши натижасида ривожланади.

Камқонликнинг идиопатик шаклида наслий омил роль ўйнаши мумкин.

Касаллик патогенезида ошқозон ҳужайраларида ички омил (гликопротеин) кам ишлаб чиқарилиши ҳам муҳим аҳамиятга эгадир. Бу омил витамин В₁₂ билан бирлашиб унинг сўрилишига ёрдам қилади. Касалликнинг биринчи белгилари, кўпинча энтерит, гепатитдан кейин намоён бўлади. Энтеритларда В₁₂-витаминининг сўрилиши бузилади, гепатитда унинг сарфланиши ошади. Аммо бу омиллар касалликнинг бошланишига тўртки бўлади, холос. Асосий ролни яширин кечаётган ички омилнинг етишмовчилиги ўйнайди. Гастроэктомиянинг тотал турларида пернициоз анемия 7—8 йилдан кейин ривожланади. Бу муддат давомида беморлар витамин В₁₂ нинг жигардаги ғамлаб қўйилган миқдори ҳисобига яшайдилар, бир вақтда эса витаминнинг ичакларда сўрилиши кам бўлади.

В₁₂ — етишмайдиган анемия ошқозон раки ва полипозида, сербар гижжа инвазиясида, хомилдорликда ҳам кузатилади.

Клиник манзараси. Аввалига беморлар дармонсизлик, тез чарчаб қолиш, бош оғриги ва бош айланишидан, юракнинг тез—тез уриши, иштаҳа йўқлиги, кўнгилайнишидан нолийдилар. Беморни кўздан кечирганда бадан терисининг ранги ўчиб, лимон ранг сарғиш туслик экани кузатилади. Тилнинг «силлиқлангандек» ялтироқ бўлиб туриши характерлидир. Бу белги тилнинг ачиши билан биргаликда Аддисон — Бирмер касаллиги учун хосдир. Қоринни пайпаслаб кўрилганда жигар ва толоқ бир қадар

катталашган бўлади. Юрак учуда систолик шовқин эшитилади. Гастроскопия ва гастробиопсия ўтказилганда меъда шиллиқ пардасининг атрофияга учрагани топилади. Атрофия аксари меъда полипозид билан биргаликда учрайди. Бу кассалик учун орқа мия ва ён шохларнинг зарарланиши — фуникуляр миелоз характерлидир.

Фуникуляр миелоз оғриқлар, парестезиялар билан, пай рефлексларининг сусайиб қолиши, атаксия, параплегиялар пайдо бўлиши ва чаноқ аъзолари функцияларининг издан чиқиши билан ифодаланади.

B_{12} — етишмайдиган камқонликнинг асосий белгиси мегалобластик турдаги гиперхром анемиядир. Гемоглобин миқдори кам бўлади, эритроцитлар — янада кам бўлади. Шу муносабат билан ранг кўрсаткичи 1,4—1,5ни ташкил этади, макроцитоз кузатилади. Анемия ривожланиб бориши сари қонда ҳар хил даражада ривожланган мегалобластлар пайдо бўлади, нейтрофил лейкоцитлар сони камаяди, эозинопения, тромбоцитопения кузатилади.

Касаллик босилиб турадиган давр (ремиссия) ва ўткирлашувчи даврлар билан алмашилиб туради.

Даволаш. Ремиссия пайтида ойига икки марта витамин B_{12} 100—200 мкг дан юбориб турилади. Баҳор ва куз даврларида ҳафтасига бир марта инъекция қилиб турилади. Чунки шу даврларда касаллик ўткирлашади.

Ракни истисно қилиш мақсадида меъдани вақти — вақти билан рентгеноскопия қилиб кўрилади.

Касаллик ўткирлашган даврда витамин B_{12} 100—200 мкг дан ҳар куни 3—4 кун давомида, кейин эса ремиссия бошлангунича 1—2 кун оралаб юбориб турилади. Фуникуляр миелоз мавжудлигида витамин B_1 ҳам буюрилади.

Коматоз ҳолат бошланиб қолгудек бўлса, дарҳол қон (200 мл атрофида) ёки эритроцитар масса қуйиб, зарбдор дозаларда витамин B_{12} (500—1000 мкг) юбориш тавсия қилинади.

ХШ — БОБ.

БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИ.

ПИЕЛОНЕФРИТ. Касалликнинг ривожланиш даражаси 70—80 ёшдаги одамларда шу ёшдагиларнинг 15% ташкил этади, шундай бир вақтда ёшларда бу кўрсаткич 5—7% га тенг. Пиелонефритнинг кўплаб учраши организмнинг кекса ёшда қайта қурилиши ва бунинг билан боғлиқ ҳолда буйрақларнинг инфекцияга мойиллигидир. Кекса ёшда кўп учрайдиган ўчоқли инфекция (цистит, уретрит, простатит, кольпит, колит, холецистит, кариес ва б.) буйрақлар яллиғланишига сабаб бўлади.

Кексайиш жараёнида юзага келган буйрақдаги олигоневрония, ишемия, гипоксия, энзимопатия, гиповитаминоз аъзодаги ва унинг атрофида бирлаштирувчи тўқиманинг ўсиши, веналарда ва лимфа томирларда оқимни қийинлаштиради ва буйрақларнинг инфекцияга бўлган сезувчанлигини пасайтиради. Сурункали интоксикациялар буйрақнинг инфекцияга сезувчанлигини оширади. Шунинг учун ҳам узоқ вақт давомида дорилар, айниқса анальгетиклар, қабул қилган қарияларда буйрақда бактериял яллиғланишлар ривожланади. Ёш билан боғлиқ ўзгаришлар, сийдик юришига қийинчилик туғдирадиган касалликлар (букилишлар, босимлар, сийдик йўли тикилиши) туфайли янада чуқурлашади. Кексайиш пайтида организмни ҳимоя қилувчи физиологик механизмлар эффе́ктивлиги пасаяди (иммун реактивлик), пиелонефритнинг кескин ривожланишига сабаб бўлади.

Қандли диабет, атеросклеротик нефроангиосклероз буйрақларнинг инфекцияга сезувчанлигини оширади.

Кексаларда, айниқса эркакларда, иккиламчи бир томонлама пиелонефрит устунлик қилади.

Ўткир пиелонефрит. Кексалар ва қарияларда кўплаб учрайди, айниқса қандли диабет бўлган беморларда. Бунда пиелонефритнинг йирингли ва оғир турлари кузатилади.

Касаллик кексалар ва қарияларда яширин ва атипик шаклда кечади. Беморлар умумий ҳолсизлик, апатия, руҳий тушкунлик, кўнгил айнишидан шикоят қиладилар. Тана ҳарорати субфебрил ёки нормада бўлади. Қонда кам

миқдордаги лейкоцитоз, баъзида нейтрофилез, СОЭ баланд бўлади. Қориннинг юқори қисмида, бел соҳасида оғриқ бўлиб у сийдик йўли бўйлаб, сон ички юзасига тарқалади, сийдик ажралиши бузилишлари тез—тез кузатилса ҳам катта ахборотга эга бўлмайди. Чунки оғриқ даражаси паст, дизурия — кексаларда поллакиурия туфайли кўп кузатилади. Буйракларни пайпаслаб кўрганда, Пастернацкий белгисида оғриқ унча сезиларли бўлмайди. Лейкоцитурия (пиурия) ва бактериурия кўпроқ характерлидир. Цилиндрурия ва гематурия бўлиши мумкин. Протеинурия кам миқдорда учрайди.

Кам белгили бўлишига қарамасдан пиелонефрит кексаларда оғир касаллик.

Ўткир пиелонефрит узоқ кечиши, такрорланиб туриши ва сурункали турига ўтиши билан ажралиб туради. Ҳаттоки бир томонлама пиелонефритда ҳам сув—электролит алмашинуви, кислота—ишқор ҳолатининг оғир бузилишлари билан кечади. Бикарбонатлар, натрий ионлари, калий, кальций ажралиши ошади. Гиперхлоремик ацидоз ривожланади. Бундай ўзгаришлар чанқаш, сийдикнинг кўп ажралиши, кўнгил айниш, қайт қилиш, мушаклар тонусининг пасайиши қаби белгиларда намоён бўлади. Мавжуд бўлган токсемия, бактериемия, гипертония юрак—томир, асаб, жигар шикастланишларига сабаб бўлади.

Ташхис қўйишда, беморларнинг ҳотираси паст бўлишини ҳисобга олиб, тиббий ҳужжатлардан, қариндош—уруғларининг ахборотидан фойдаланиш лозим.

Бимануал текширишда кексаларда, ёшларга қараганда, шикастланган буйракнинг катталашганини сезиш мумкин. Сийдикнинг лойқа бўлиши, лейкоцитурия, пиурия, бактериурия ташхисни тасдиқлашга ёрдам беради. Нечипоренко, Каковский—Аддис, Амбюрже синовлари қилиб кўрилади. Рентгенологик, ультратовуш усулида буйраklar текширилади.

Кекса ва қариялар ёшидаги одамларда пиелонефрит оғир касаллик эканини ва кўплаб ўлимга сабаб бўлишини эътиборга олиб ўз вақтида аниқлаш ва даволашни талаб қилади.

Даволаш. Комплекс тарзда, инфекция, интоксикация, организмнинг ҳимоя функциясини оширишга қаратилган

бўлиши керак. Касаллик ривожланишига мойиллик қилувчи ўчоқли инфекциялар санация қилинади.

Овқатланиш геродиететикага асосланган бўлиб, касалликдаги гиперкатаболизм ҳисобга олинади: оқсиллар физиологик нормада анаболик гормонлар билан биргаликда тайинланади. Дегидратация кексаларда ҳавфли бўлгани учун сув режими кенгайтирилади, суткасига 1,5–2 литр ва ошиқроқ ичишга берилади. Касалликнинг оғир турларида парентерал юборилади. Вена ичига кам миқдорда физиологик эритма (150–200 мл) юрак гликозидлари билан тайинланади. Гипонатриемия мавжудлигида гидрокарбонат ёки цитрат натрий кунига 2 гр дан 3 марта, қон РН назорати остида тайинланади.

Антибиотиклар микроблар сезувчанлиги аниқлангач тайинланади. Одатдаги дозада 1,5–2 ҳафта давомида қўлланилади. Камроқ дозада уроантисептиклар билан биргаликда тайинлаш мумкин. Даволаш жараёнида, албатта витаминлар (В гуруҳи), нистатин, антигистамин препаратлар тайинланади.

Сульфаниламид препаратлар тайинланганда уларнинг миқдори 4,0 гр.дан ошмаслиги керак, кўп миқдорда ишқорли сув ичиш тавсия этилади. Жигар касалликларида эҳтиёткорлик билан тайинланади (мадрибон, бисептол).

Гериатрик беморларда фурадонин, фуразолин, фуразолидон, оғир турларида – солафур тайинланади. Улар токсик жиҳатдан ҳам хавфли, граммусбат ва грамсалбий микроорганизмларга таъсир кўрсатади. Антибиотиклар билан биргаликда қўлланилади. Бу препаратлар суткасига 0,1–0,15 г дан 3–4 марта 7–10 кун давомида берилади. Беморларда буйрак етишмовчилиги (қолдиқ азот 50–57 мкмоль/л) бўлиши бу препаратларни ишлатишга йўл қўймайди.

Невиграмон 0,5–1,0 г дан кунига 3–4 марта 2–3 ҳафталик курс билан, 5–нок–0,1–0,2 г кунига 3–4 марта 7–10 кун давомида тайинланади.

Пиелонефритни даволаш лейкоцит ва бактериоурияни назорат қилган ҳолда, сийдик тозалангунча даволанади. Яқин 5–6 ой давомида ҳар ойнинг 10 кунда уроантисептиклар қўлланилади. Даволаш курслари оралигида фитотерапия ўтказиш мумкин. Бунда бўтакўз,

петрушка, қулушнай, брусника, маккажўхори қайнатмалари ишлатилади. Шунингдек, халқ табобатида қўлланиладиган нок шарбати, тарвуз шарбати, беҳили чой, турп шарбати, ошқовоқ, ялпиз баргларида тайёрланган дамлама ҳам яхши ёрдам беради.

Кексаларда умумбиологик реактивликни ошириш мақсадида витаминлар комплекси, анаболик стероидлар, биостимуляторлар қўлланилади.

Хроник пиелонефрит. Кекса ёшдаги одамларда яширин кечади, касалликнинг циклик ривожланиши кўзга ташланмайди, одатда кеч ривожланадиган белгилар — артериал гипертония, анемия, метаболит ацидоз, буйрак етишмовчилиги билан намоён бўлади. Артериал гипертония хавфли кечади ва коронар етишмовчиликка олиб келади, бунга камқонлик ҳам таъсир кўрсатади. Артериал гипертония шунингдек, чап қоринча ёки тотал юрак етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин. Шишлар бўлмаслиги ёки кўзга кам ташланувчи бўлади. Тана ҳарорати касалликнинг фаол даврида ҳам мўътадил ёки субфебрил бўлади.

Ташхис лаборатор ва аппаратлар ёрдамида текшириш билан аниқланади. Зимницкий, Каковский — Аддис синамалари ўтказилади. Қонда мочевина, креатинин миқдори аниқланади. Радиоизотоп ренография, буйракни сканерлаш каби текширишлар ўтказилади. Дифференциал ташхислашда буйрак туберкулези, гломерулонефрит, гипертония касаллигини, вазоренал гипертониялар ҳисобга олиниши лозим.

Даволаш ўткир пиелонефритдагидек ўтказилади. Кам дозада гормонлар (суткасига 10—20 мг преднизолон ҳисобида) 3—4 ҳафта мобайнида, анаболик гормонлар ва антибиотиклар билан биргаликда қўлланилади. Вақти — вақти билан 1—2 кунга сийдик ҳайдовчи воситалар (фуросемид) берилади.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. Кексалар ва қариялар ёшида, пиелонефритга нисбатан, гломерулонефрит камроқ учрайди. 40 ёшдан кейин бу касаллик билан касалланиш эҳтимоли кескин пасаяди, кексаларда иммунологик реактивликнинг пастлиги билан боғлиқ бўлади.

Ўткир диффуз гломерулонефрит — кексаларда 2—3% ни ташкил қилади. Гериатрик беморларда гломерулонефрит

инфекцион — аллегрик табиатли бўлади. Унинг ривожланишида асосий роль ўйнайдиган микроорганизмлар — бета — гемолитик стрептококк (А гуруҳи 4 ва 12 тури).

Ёш ошаториши билан вируслар, бактерияларнинг этиологик роли ҳам ошаторади. Шунингдек, коллаген системаси касалликлари ҳам аҳамиятга эга.

Клиникаси — касалликнинг классик белгилари кўзга кам ташланади, биринчи ўринда унинг асоратлари пайдо бўлади («ниқоб»). Қарияларда шишлар кам бўлади, кенг тарқалмайди, ўткинчи характерга эга, анасарка, асцит бўлмайди. Сийдикда кам миқдорда оқсил, цилиндрлар, лейкоцитлар учрайди. Кўпчилик ҳолларда сийдик йўллари яллиғланиши туфайли, сийдикда лейкоцитлар кўп бўлади.

Кардиал синдром яққол кўзга ташланади, қон айланишининг бузилишлари эрта бошланади, чап қоринча етишмовчилиги ўпка шишига олиб келади. Коронар етишмовчилик ривож топади. Беморларнинг кўпчилигида артериал гипертония ривожланади. Кексалар ва қарияларда кардиал синдром гломерулонефритнинг биринчи белгилари бўлиши мумкин.

Гломерулонефритнинг клиник турлари, ёшлардагидан фарқ қилмайди: сийдик синдроми, гипертоник, шишли, шишли — гипертоник турлари учрайди. Аммо, касаллик кексаларда оғир кечади. Буйрак етишмовчилиги эрта бошланади, бошқа системалар функцияси бузилади (эритропоэтик, МНС, нафас, жигар). Баъзида бу системалар бузилишининг белгилари яққол кўзга ташланиб, асосий касалликни ташхислашда анча қийинчиликлар туғдиради. Шу сабабли ҳам гломерулонефрит 75 % ҳолларда аутопсияда аниқланади. Текшириш усулларида клиренс — тестлар — эффе́ктив плазма ва қон юриши, фильтрациянинг пасайиши аҳамиятлидир. (Кексаларда ёш нормаларини эътиборга олмақ керак).

Дифференциал ташхислашда хроник гломерулонефрит ва пиелонефритнинг ўткир хуружи, нефросклероз, юрак етишмовчилигидаги буйрак ҳолати ҳисобга олиниши даркор. Буйракнинг хроник касалликларида унинг функцияси кўпроқ ўзгаради. Юрак етишмовчилиги туфайли буйрак функциясининг бузилишлари «юрак — томир системаси фаолиятини

яхшилашга қаратилган даволашдан кейин яхшиланади (ex jubantibus).

Ўткир гломерулонефрит кекса ёшдаги одамларда, кўпчилик ҳолларда, хроник формага ўтади.

Ўткир гломерулонефритни кексаларда даволашнинг хусусиятлари мавжуд. Гиподинамия кексаларга салбий таъсир кўрсатишини ҳисобга олиб ётоқ режими узоқ давом этмаслиги керак. Бундай режим сийдик синдроми йўқолгунча эмас, балки турғунлашгунча давом этади. Буйраклар йиғиш функциясининг пасайиши туфайли кексаларни суюқлик ва овқат қабул қилишини чекламаслик керак (эҳтиёткорлик билан ўтказилади).

Ош тузининг миқдори суткасига 5–6 г дан кам бўлмаслиги керак. Суюқликлар истеъмол қилиш миқдори кечаги кун диурезига тенг бўлиши ва ортиқча 400–500 мл кўшимча берилади (буйрақдан ташқари ажралиш).

Буйракларнинг азот ажратиш функциясини эътиборга олган ҳолда оқсил 1 кг вазнга 0,8 г суткасига тайинланади.

Антибиотиклар — пенициллин, эритромицин, олеон — дамицин қабул қилинган дозаларда 3–4 ҳафта давомида, витаминлар, антигистамин препаратлар, яллиғланишга қарши (нефротик синдромда) индометацин тавсия этилади.

Анъанавий усуллар натижа бермаганда кам дозада кортикостероид препаратлар, анаболик гормонлар билан биргаликда тайинланади.

Гепарин суткасига 20000–30000 ЕД, делагил, плаквенил 0,25 г дан кунига 1–2 марта 6–12 ой давомида тайинланади. Даволаш жараёнида ўчоқли инфекция санация қилинади.

Хроник гломерулонефрит. Кексаларда бирламчи — хроник гломерулонефрит устунлик қилади. Касаллик атипик шаклда кечади. Гипертоник ва нефротик вариантлари тез — тез учрайди. Қон босимининг вақти — вақти билан кўтарилиши, кам кўзга ташланадиган сийдик синдроми унчалик эътиборни жалб қилмайди ва касаллик кўпчилик ҳолларда буйрак етишмовчилиги ривожланганда ташхисланади.

Артериал гипертония аста — секин турғунлашади. Катта ёшдаги беморларда кардиал синдром олдинга чиқади.

Нефротик вариантда — шишлар, протеинурия, цилиндрурия паст даражада, аксинча қонда биокимёвий

силжишлар якқол кўринади. Кексаларда буйрак етишмовчилигига бўлган давр қисқаради.

Дифференциал ташхислаш ўткир гломерулонефрит — даги касалликлар билан ўтказилади.

Кексалар ва қарияларда касаллик прогнози ҳавфли. Беморнинг умр кўриши қисқаради.

Даволаш ўткир гломерулонефритдагига ўхшаш.

СКЛЕРОТИК НЕФРОСКЛЕРОЗ.

Буйракнинг склеротик табиатли шикастланиши бўлиб, гипертония касаллигининг енгил ва узоқ давом этувчи турида ривожланади. Ёш туфайли томирларда юзага келадиган физиологик ўзгаришлар буйрак томирларининг янада шикастланишига сабаб бўлади. Якқол кўзга ташланадиган клиник белгилар бўлмайди. Турғун ва балаңд бўлмаган артериал гипертония (систолик ва диастолик), ўткинчи протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия кузатилади. Буйрак етишмовчилигининг якқол белгилари сезилмайди.

Даволаш — гипертония касаллигининг склеротик босқичидагидек ўтказилади.

ДИАБЕТИК ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗ

Асосан кекса ёшдаги одамларда кузатилади. Клиник жиҳатдан эрта пайдо бўлувчи, доимий, аввалига катта бўлмаган, кейинчалик кўп миқдордаги протеинурия билан намоён бўлади. Даставвал шишлар бўлмайди, унинг пайдо бўлиши юрак етишмовчилигидан ҳабардор қилади. Ёш билан боғлиқ физиологик ўзгаришлар, диабет ва атеросклероз туфайли буйраклардаги томирлар ўзгариши, артериал гипертониянинг ривожланишига сабаб бўлади. Даставвал қон босими ўзгарувчан (лабил), кейинчалик доимий (ёмон сифатли) бўлади. Табиий равишда юрак мушакларида, коронар артерияларда тегишли ўзгаришлар, юрак етишмовчилиги юзага келади.

Касаллик томирларнинг склеротик — дегенератив касалликлари: оёқлар томирлари склерози, диабетик гангрена, коронар атеросклерози билан биргаликда кечади. Кейинги босқичларида пиелонефрит қўшилади.

Кексаларда диабетик гломерулосклерознинг ривожланиши даставвал унчалик кўзга ташланмайди. Ўткинчи протеинурия ва кўз тубидаги катта бўлмаган ўзгаришлар пайдо бўлади. Кейинчалик гипертония,

диспротеинурия, шишлар, кўз тубидаги ўзгаришлар яққол кўринади (диабетик ретинопатия).

Касалликдан ўлим — буйрак етишмовчилиги, юрак декомпенсацияси, миокард инфаркти ва миёда қон айланиши бузилишлари туфайли юзага келади.

Даволаш. Биринчи навбатда қандли диабетни даволашга эътибор берилади. Бунда қонда қанд миқдорининг кескин ўзгариб туришига йўл қўймаслик керак. Сульфаниламид препаратлар (қанд миқдорини туширувчи) тавсия этилмайди. Парҳез билан даволаш ва инсулин қўлланилади.

ХРОНИК БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ХБЕ).

ХБЕ — буйрак қон томирлар тўри (клубочка) ва сийдик каналчалари функциясининг аста — секин ва доимий бузилиши бўлиб, буйраклар ички муҳитнинг мўътадил таркибини ушлаб тураолмайди. ХБЕ да мавжуд бўлган клиник ва лаборатор белгилар йиғиндиси уремия деб аталади. ХБЕ доимий ривожланиб боровчи буйрак шикастланишининг охириги фазаси ҳисобланади

ХБЕ нинг энг кўп учрайдиган сабаблари қуйидагилар:

1. Қон томирлари тўрининг бирламчи шикастланиши билан кечадиган касалликлар: хроник гломерулонефрит, ўта ўткир бўлмаган гломерулонефрит.
2. Буйрак каналчаларининг бирламчи шикастланиши билан кечадиган касалликлар: хроник пиелонефрит, интерстициал нефрит, радиацион нефрит, балкан нефропатияси.
3. Обструктив нефропатиялар: сийдик тоши касаллиги, гидронефроз, сийдик йўллари шиши.
4. Томирларнинг бирламчи шикастланишлари: ўта хавфли гипертония, буйрак артерияси стенози, гипертония касаллиги (эссенциал гипертония).
5. Бирлаштирувчи тўқима қоришиқ касалликлари: система қизил волчанкаси, система склеродермияси, тутунли периартерит, геморрагик васкулит.
6. Модда алмашинуви касалликлари: қандли диабет, амилоидоз, подагра, кальций алмашинуви бузилишлари (гиперкальциемия).
7. Буйракнинг туғма касалликлари: поликистоз, буйрак гипоплазияси, Фанкони синдроми, Альпорт синдроми ва бошқалар.

Хроник гломерулонефрит ва пиелонефрит ХБЕ нинг 80 % ташкил этади. Бошқа касалликлардан амилоидоз, қандли диабет ва поликистоз тез — тез учрайди.

ХБЕ нинг тарқалиш даражаси ва гемодиализ билан даволаш ҳар миллион аҳолига 18 — 19 кишидан (Швейцария, Дания, Австрия) 67 — 84 кишидан (АҚШ, Швеция) тўғри келади. СНГ давлатларида бу кўрсаткич 32 ҳодисани млн. кишидан ташкил этади. Бунда ҳар 10000 беморга хроник гломерулонефрит ва пиелонефритда 41,7, қандли диабет ва гипертония касаллигида — 0,78 ни ташкил этади.

М.Я.Ратнер ва бошқалар (1977) ХБЕ ни креатинин миқдорига асосан ажратадилар ва 4 даражага бўладилар: I — даража — креатинин миқдори плазмада 176,8 дан 442 мкмол гача (2 — 5 мг %), II — даража 450,8 — 884 мкмол/л (5,1 — 10 мг %), III — даража 892,8 — 1326 мкмол/л (10,1 — 15 мг %) ва IV — даража ундан ҳам баланд бўлган.

ХБЕ нинг патофизиологияси буйракларда склеротик жараён, нефронларнинг камайиши ва мавжудларининг гипертрофияси билан характерланади.

ХБЕ да қолган нефронлар тузилиши ва функционал жиҳатдан тўла қимматга эга бўлмайди. Харакатдаги нефронлар зичлиги пасайиши клиник жиҳатдан сув — электролит ва осмотик гомеостазни ушлаб тураолмаслигида намоён бўлади.

ХБЕ да организмда модда алмашинуви маҳсулотлари (мочевина, креатинин, сийдик кислотаси ва б.) ушланиб қолади, уларнинг бошқа йўл билан ажралиши мумкин бўлмайди. Қонда мочевина миқдорининг ошиши диспепсия ва энцефалопатия белгиларини келтириб чиқаради, креатинин ХБЕ ни кўрсатувчи муҳим омил бўлсада, ҳеч қандай клиник белги бермайди, сийдик кислотасининг ушланиб қолиши — уремик артрит ривожланишига олиб келади.

ХБЕ нинг дастлабки босқичларида буйракнинг концентрацион функцияси бузилади. Аста — секинлик билан сийдикнинг нисбий зичлиги камаяборади ва унинг оғирлиги 1010 — 1012 га тенг бўлади (изостенурия), кейинчалик гипостенурия — 1008 дан ошмайди. Буйраклар концентрацион функцияси бузилишидан кейин унинг суюлтириш қобилияти ҳам бузилади. ХБЕ нинг охириги

(терминал) босқичида сийдик миқдори анча камаяди, олигурия ва анурия ривожланади.

Нормада буйрақлар суткасига 550—660 г (24000 ммол) натрий филтрлайди ва 3—6 г (140—280 ммол) электролит ажратади.

ХБЕ да узоқ вақт натрий қабул қилинган миқдорда ажралиб туради. Унинг терминал босқичида филтрланган натрий миқдори 15—20 марта камаяди, суткасига қабул қилинган 7—14 г натрий (10—20 %) ажратиб чиқаради (нормада 0,5—1 %). Буйрақ етишмовчилигининг ўсиб бориши билан унинг натрий сақлаш қобилияти тобора қашшоқлашиб боради. Сийдикда натрий концентрацияси 40—50 ммол/л дан паст бўлганда организмда туз қашшоқлиги юзага келади. Бу ҳолсизлик, гипотония, буйрақ функциясининг кескин пасайиши билан намоён бўлади. Баъзи беморларда, аксинча натрий тугилиб қолади. Аста—секин бу шишлар бўлмаганда, ХБЕ да гипертония ривожланишига сабаб бўлади.

Кўпчилик беморларда, буйрақ етишмовчилигида калий баланси сақланиб туради. Бундай ҳолат суткалик диурез 600 мл дан баян бўлганда сақланади. ХБЕ ривожланганда организмда калий гомеостази бузилади, гиперкалиемия, кам ҳолларда гипокалиемия кузатилади.

Гиперкалиемия ХБЕ терминал босқичида, олигоанурия ёки яққол ацидоз пайтида ривожланади. Гиперкалиемияга — инфекция, лихорадка, жароҳат, гемолитик асоратлар, овқатликлар таркибида калий кўп бўлиши, калий ушловчи диуретиклар (спиронолактон, триамтерен, амилорид) олиб келиши мумкин.

Гиперкалиемия белгилари — гипотония, брадикардия. ЭКГ да гиперкалиемия баланда Т тишчаси билан характерли. Калий миқдори 7 ммол/л ошганда QRS комплекси кенгаяди. Қонда калий миқдорининг 7 ммол/л ва ундан баланда бўлиши ҳаёт учун хавфли ҳисобланади, 8,5 ммол/л бўлиши ўлимга олиб келади. Бунинг сабаби юракнинг тўхташидир.

Гипокалиемия полиурия бошланиш даврида кузатилади. Унинг сабаблари: гиперальдостеронизм, калийнинг овқат таркибида камлиги, сийдик билан кўп ажралиши (калийуретик препаратлар), ошқозон — ичаклар орқали йўқолиши ва ҳ.

Гипокалиемиа белгилари: мушаклар заифлиги, гиповентиляция, нафас сиқиши, талвасалик. ЭКГ белгилари турли шаклдаги экстрасистолия, Т тишчанинг силлиқланиши ва U тишчанинг яққол бўлиши. Метаболик ацидоз ХБЕ да қон томирлар тўрида (клубочка) филтрация ва ундан паст бўлганда ривожланади.

Ацидознинг ўртача даражасида белгилари кўзга унчалик ташланмайди, яққол бўлганда Куссмаул туридаги нафас пайдо бўлади.

Метаболик ацидозда қон плазмаси рН 7,35 дан паст бўлади, стандарт бикорбонатлар пасаяди (20–10 ммол/л), CO_2 пасаяди, сийдиқда рН 4,8–5 га тенг бўлади.

ХБЕ да фосфор–кальций алмашинуви бузилишлари суяк системаси ўзгаришларида намоён бўлади — остеомаляция.

Клиникаси — биринчи ўринга умумий белгилар чиқиб олади: ҳолсизлик, уйқу босиш, чарчаш, апатия (уремик энцефалопатия), мушаклар заифлиги. Уремик токсинлар тери қичишига, бурундан қон кетишига, ошқозон–ичак, бачадон, тери остида геморрагия пайдо бўлади. Аста–секин «уремик подагра» ривож топади, бўғимларда оғриқ тофуслар кузатилади.

Уремиянинг яққол белгилари диспептик синдром кўнгил айнаш, қайт қилиш, иштаҳанинг йўқолиши, ич кетишларда кўринади.

Буйрақлар етишмовчилигининг дастлабки белгилари полиурия ва никтурия. Гипопластик анемия («брайтиклар анемияси») эрта бошланади. Бунинг сабаби эритропоезин ишлаб чиқишнинг пасайишидир. Лейкоцитоз ва кам даражадаги тромбоцитопения, қон кетишига сабабчи бўлади. Бемор териси қуруқ ва оқимтир–сарик рангда бўлади, қўл ва оёқларда кўклар пайдо бўлади. Яққол уремияда оғиздан сийдик ҳиди сезилади. Сийдик оқимтир рангда (зичлиги паст ва урохромлар бўлмайди).

ХБЕ ривожлана бориши билан биргаликда уремия белгилари яққолашиб боради. Натрийнинг ушланиб қолиши гипертонияга олиб келади, бу эса буйрак етишмовчилигини ривожлантиради. Гипертония, анемия ва электролитлар алмашинуви бузилиши юракнинг оғир шикастланишига олиб келади. Фибринли ёки экссудатли

перикардит ривожланади (токсик характерли). Юрак соҳасида оғриқ, нафас сиқиши, перикард ишқалиши шовқини эшитилади. Гемодиализ усули жорий қилинганга қадар перикард ишқалишлари товуши оғир прогноз ҳисобланарди (дафн овози). Гемодиализнинг даволанишда қўлланилиши бу белгининг прогностик аҳамиятини камайтирган бўлсада, уремия кечишида унчалик хос бўлмаган сурункали констриктив перикардит, юрак тампонадаси пайдо бўлишига олиб келди.

Уремиянинг тобора ривожлана бориши энцефалопатияга ва ниҳоят уремик комага олиб келади, ацидотик Куссмаул нафаси пайдо бўлади. Баъзида оғир миопатия кузатилади.

Инфекциялар ривожланишига (пневмония) мойиллик бўлади. Бу эса буйрак етишмовчилигини кучайтиради.

Гемодиализ усулида даволаш уремиянинг қатор белгиларини четлатишга ёрдам беради. Шунинг билан бир қаторда гемодиализ усулида даволаш баъзи асоратларга ҳам олиб келади: уремик остео дистрофия, гипотония, гемоперикард тоқи юрак тампонадасигача, деменция (бош миёда алюмин тўпланиши сабабли), гепатит ва бошқалар.

Буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида даволашнинг бошқа усулларига — перитонеал диализ ва буйрак кўчириб ўтказиш тааллуқлидир.

XIV — БОБ.

УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР.

ПРОСТАТА БЕЗИ АДЕНОМАСИ. Ёш улғайиши билан кўп учрайди. Бу касаллик учун сийдик ажралишининг бузилишлари характерлидир. Сийдик чиқаришга бўлган ҳожат тез—тез такрорланади, сийдик кам миқдорда (кечалари 2—8 марта) ва кундузи, айниқса ўтирганда ёки ётув ҳолатида бўлганда. Бундай ҳолат кичик тос веналарида қон димланишига олиб келади ва простата беzi шишади. Сийдик ажратишга бўлган муҳтожлик унинг бирданига чиқиши билан эмас, балки жуда суcт ва секин ажралиши билан характерлидир. Касалликнинг босқичи қолдиқ сийдикнинг миқдори билан белгиланади. I—босқичда қовуқ функцияси сақланган ва унда қолдиқ сийдик йўқ ёки 50 мл дан ошмайди. II—босқичда қолдиқ сийдик миқдори 150—300 мл га етади. Бу қовуқ мускулларининг заифлашишидан далолат беради. Касалликнинг III—босқичида қолдиқ сийдик миқдори 1000—2000 мл га етади. Бу босқичда қовуқ мушакларининг заифлашиши натижасида бемор сийдикни ушлаб тура олмайди ва у доимий томчилаб ажралиб туради. Сийдикнинг бирданига ушланиб қолиш ҳолатлари касалликнинг барча босқичларида кузатилиши мумкин.

Простата аденомаси профилактикаси ва даволаш биринчи навбатда режимни тўғри ташкил этишни талаб этади. Кичик тосда қон димланишига имкон яратмаслик керак. Бу эса фаол ҳаракат қилиш, ичак тутилишларига йўл қўймаслик, овқатланиш режимини тўғри йўлга қўйиш ва спиртли ичимликлар истеъмол қилмаслик демакдир.

Консерватив даволашда қолдиқ сийдик қовуқда йиғилмаслиги учун уретрага доимий катетер қўйилади, сийдикнинг доимий ажралиб туриши сийдик қовуқи мушакларининг дам олишига ёрдам беради ва мўътадил сийдик ажралишини тиклайди.

Катетер узоқ қўйилганда ҳар 5—7 кунда алмаштириб турилади. Катетернинг учи трубкалар орқали сийдик тўпловчи резервуарга уланади. Циститнинг олдини олиш мақсадида қовуқ вақти—вақти билан калий перманганат эритмаси (1:10000) ёки фурацилин билан (1:5000) ювиб

турилади. Операция усулида даволаш касалликнинг II—III босқичларида ўтказилади.

ПРОСТАТА БЕЗИ РАКИ. Беморнинг шикоятлари простата аденомасидагига ўхшайди. Тапхис тўғри ичакни бармоқ билан текшириш орқали простата безининг ҳолатини аниқлаш ва урологик текширишлар ўтказиш орқали қўйилади.

Гериатрик амалиётда хавfli гематурия, сийдик тутилишлари ва сийдик тутолмаслик ҳолатлари сабаблари тўла аниқланиши ва даволаниши лозим.

ЦИСТИТ. Қовуқ яллиғланишлари ёш эркакларда, кексалар ва қарияларда кўплаб учрайди. Бунга простата беzi аденомаси қолдиқ сийдик мавжудлигида, пуфак тошлари ва дивертикуласи мойиллик қилади. Шунингдек чаноқ аъзолари функциясининг бузилишлари ва орқа мия касаллигида нервлар бошқарувининг бузилиши ҳам сабаб бўлади. Асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинмаганда, қовуқга катетер солинганида инфекция тушиши мумкин. Жинсий аъзолар гигиенасига риоя қилинмаганда цистит аёлларда пайдо бўлиши мумкин.

Клиник белгилари. Кексаларда тез—тез сийиш, бундан оғриқ сезиш, сийдикнинг лойқа бўлиши билан намоён бўлади. Қориннинг пастада сирқирайдиган ва ачиштирадиган оғриқлар пайдо бўлиб, сийдик чиқариш каналига ҳам ўтиб туради. Бемор кечасио — кундузи қайта — қайта заҳар танг қилиб туришини сезади ва бунда ҳар сафар атиги бир неча томчи сийдик келади. Шишиш пайтининг охирида сийдик чиқариш каналда қаттиқ ачишиш пайдо бўлади. Сийдик лойқа бўлиб тушади, ичида лейкоцитлар, эритроцитлар, эпителий ҳужайралари бўлади, ундан аммиак ҳиди келиб туради. Реакцияси ишқорий бўлади.

Кексалар ва қарияларда циститни даволаш сийдик йўлларидаги монеликларни йўқотгандан кейин бошланади. Характери мавжуд бўлган патологияга боғлиқ бўлади.

Сийдик юришига қаршилик кўрсатувчи сабабни йўқотгандан кейин, лозим бўлса дори воситалари тайинланади: антибиотиклар, антибиотикограммага асосан тайинланади. Инфекция мавжудлигида даволашда эффектив бўлган фурагин (0,5 г кунига 4 марта 10—15 кун давомида), 5—НОК (0,1 г кунига 4 марта 15—20 кун), невиврамон (1,0 г кунига 4 марта 20 кун давомида), бисептол (2 таблеткадан 2

марта) қўлланилади. Амалиётда бу препаратларни изин-кетин ёки биргаликда тайинлашга тўғри келади. Яққол бўлган дизурия ҳолатларида ректал свечалар — аналгин, белладонна, папаверин препаратлари билан ишлатилади.

Қовуқдаги йиринг ва некротик массани чиқариб ташлаш учун маҳаллий даволаш ўтказилади. Бунда қовуқ 3% борная кислота, протаргол 0,5 % эритмалари билан ювиб турилади. Қовуқдаги спазм тенезмлари 25 % магний сульфат эритмаси инъекцияси орқали четлатилади.

Қовуқ шишлари. Урологик беморларнинг 5 % учрайди, уларнинг учдан икки қисми кексалар ва қарияларни ташкил этади, эркакларда 3—4 марта кўпроқ учрайди. Бирламчи ва иккиламчи шишлар қайд этилади. Иккиламчи шишлар қовуқга қўшни аъзолардан ўсиб ўтади. Метастазлар яқин лимфа тугунларига, шунингдек жигар, буйрак, бош мия, жинсий аъзоларга жойлашади. Этиологик омиллар: экзоген (ароматик аминобирикмалар, тамаки чекиш), эндоген омиллар (триптофан қатори метаболитлари) ҳисобланади.

Симптоматикаси. Гематурия тез—тез учрайдиган белгилардан ҳисобланади, ҳеч қандай сабабсиз кутилмаганда пайдо бўлади ва кенг характерга эга бўлади. Агарда қовуқ шиши бўйин қисмида жойлашган бўлса гематурия терминал характерда бўлади. Шиш белгиси сифатида гематурия 60 % беморларда учрайди. Гематуриянинг яққол турида сийдикда шаклга эга бўлмаган қон лахталари аниқланади, улар қовуқнинг тампонадасига олиб келади. Қовуқнинг кенг шикастланишларида жараён сийдик йўлига (мочеточник) тарқалиши ва буйрак етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин. Кексалар ва қарияларда қовуқ шишида фақат дизурия ва лейкоцитурия учраши мумкин бўлсада эҳтиёткорликни талаб қилади.

Ташхислаш. Цистоскопия, ультратовушли сканерлаш асосий ва ҳал қилувчи текширувлардан ҳисобланади.

Даволаш. Жарроҳлик усулида амалга оширилади. агарда оператив усулда даволаш мумкин бўлмаса, консерватив даволаш ўтказилади. Бунда сийдик чиқаришнинг турли йўллари қўлланилади. Наркотик моддалар ишлатилади. Шишга қарши воситалар—ТиоТЕФ, циклофосфан, фторурацил маълум даражада ёрдам беради.

Прогноз. Қовуқ шишида хавfli ҳисобланади. Операциядан кейинги умр кўриш 5 йил давомида 36 %, 10 йил давомида 20 % ни ташкил этади.

XV – БОБ.

УМУРТҚА ПОФОНАСИНИНГ ДИСТРОФИК – ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Умуртқа поғонаси одамда таянч ва ҳаракат вазифасини ўтайди. Умр давомида тушадиган зўриқиш бошқа таянч аъзоларига нисбатан анча кўпдир. Умуртқа поғонасининг шакли ва функциясининг бузилишлари кексайишга параллел равишда иккита жараён остеопороз ва остеохондроз билан кечади.

Остеопороз ва остеохондрознинг кексалар ва қарияларнинг деярли барчасида учрашини эътиборга олинса уларни ташхислаш, даволаш ва профилактикаси гериятрияда муҳим аҳамият касб этади.

Умуртқа поғонаси остеохондрози дистрофик – дегенератив жараённинг муҳим шакли бўлиб, умуртқалараро диск ва унга яқин ётувчи умуртқа суягининг ва бўғимларининг бўйин қисмини ишғол қилади.

Остеохондроз ривожланишида бирлаштирувчи тўқимадаги ўзгаришлар, статико – динамик зўриқишлар, касб ва турмуш шароити омиллари, турли касалликлар роль ўйнайди.

Умуртқа поғонаси остеохондрози унинг шаклининг турлича ўзгаришларига – сколиоз, кифоз ҳолатининг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Бўйин бўлими остеохондрозидида бўйинда турли даражадаги оғриқ, елка устида ва қўлларда оғриқ, бош оғриғи, қулоқда шанғиллаш, бош айланиши каби шикоятлар бўлиши мумкин. Текшириб кўрганда умуртқа поғонасининг бўйин қисмида ҳаракатнинг чекланганлиги, босиб кўрилганда умуртқаларда ва уларнинг бош суякига бирикган жойида, шунингдек, елка суяғи ва мушакларда оғриқ сезилади. Оғриқлар, бир томондан мушакларнинг суякларга бирлашган жойларидаги дистрофик – деструктив ўзгаришлар билан боғлиқ бўлса, иккинчи томондан умуртқа поғонасини ўраб олган тўқималарнинг рецепторлари қитиқланишига жавобан рефлектор – тоник реакцияси билан боғлиқ бўлади.

Келтирилган белгилар умуртқа поғонасининг босим ости синдроми учун хос бўлмаганлиги учун дифференциал ташхисларда кексаларда кўплаб учрайдиган нейродистрофик, нейро — томирлар ва босим синдромларидан фойдаланилади.

Бўйин остеохондрозининг висцерал синдромидан ҳар томонлама ёритилгани кардиал синдромидир («бўйин стенокардияси»).

Остеохондрозда юрак соҳасидаги оғриқнинг патогенези мураккабдир. Davis (1957) бу оғриқларни олдинги илдизчаларининг қитиқланиши билан боғлайди.

И.Б.Гордон (1966) остеохондроз яккаю — ягона сабаб бўлган кардиалгияни 10 % беморларда қайд этади. Бир вақтда клиник белгилари намоён бўлган остеохондрозда дискоген кардиалгиялар 1/5 беморларда учрайди. Кекса ва қариялар ёшида юрак ишемик касалликлари ва остеохондроз биргаликда кўплаб учрайди. Бундай ҳолатларда ташхислашда ҳатоликлар ва унинг билан боғлиқ бўлган оғир асоратлар келиб чиқиши эҳтимолдан ҳоли бўлмайди. Клиник шароитда остеохондроз касаллигидаги кардиал синдром ва стенокардияни дифференциал ташхислаш катта аҳамиятга эга (6 — жадвалга қаранг).

Юрак соҳасида оғриқ (псевдоангиноз синдром) умуртқа поғонасининг кўкрак қисми остеохондрозиди ҳам учрайди.

И.С.Берлянд (1964) шифохонага миокард инфарктига шубҳа билан келтирилган 25 беморни кузатганда ва уларни текшириш жараёнида умуртқа поғонаси бўйин пастки ва кўкрак усти қисми остеохондрози билан боғлиқ орқа илдизчалар синдроми аниқланганлигини келтиради.

Остеохондроз касаллигида оғриқнинг ҳақиқий сабабларини аниқлаш ҳамма вақт ҳам осон кечавермайди. Синчковлик билан йиғилган анамез кўкракдаги оғриқнинг умуртқа қисмидаги оғриқ билан бир вақтда бўлишини, баъзида оғир нарса кўтаргандан кейин, тананинг ноқулай вазиятида, йўтал ва кескин ҳаракат билан боғлиқ бўлишини кўрсатади. ЭКГ да ўзгаришлар бўлмайди.

Остеохондроздаги кардиал синдром ва стенокардияни
дифференциал ташхислаш
(Г.С.Юмашев ва М.Е.Фурман буйича, 1984).

Белгилар	Остеохондроздаги кардиал синдром	Стенокардия
Оғриқнинг жойлашиши	Елка устида ва кураклар оралигида, кейинчалик юрак соҳасига кўчади.	Тўш суяги орқасида сиқувчи, елкага ва курак соҳасига тар — қалади.
Оғриқнинг бош, қўл ҳолати, йўтал, юриш — нинг давомли — лиги билан боғлиқлиги	Боғлиқ бўлмайди.	Оғриқ кучаяди.
Хуружнинг давом этиши	2 соатгача	5 минутдан 30 мин. гача
Нитроглицерин, валидолдан кейинги эффект:	Бўлмайди.	Бўлади.
Чўзишдан кейин	Бўлади.	Бўлмайди.
Рентген даволаш	Бўлади	Бўлмайди
ЭКГ да ўзгаришлар, тана ҳарорати, лейкоцитоз	Бўлмайди.	Бўлади.
Остеохондроз — нинг бошқа белгилари	Доимо бўлади.	Характерли эмас.
Ўлимдан қўрқиш сезгиси	Кам учрайди.	Характерли.

Остеохондроздаги илдишчалар синдромида $Th_2 - Th_7$ суяк шохчаларига босим кўрсатганда юрак соҳасида оғриқнинг қайта пайдо бўлиши ташхислашда энг муҳим белги ҳисобланади.

Бўйин миозити — бўйиннинг энгса қисмида оғриқ сезилиши билан характерланади. Оғриқ умуртқа поғонасининг бўйин қисмида ҳаракатнинг чекланиши билан биргаликда кечади, бош эгилган ҳолатда бўлади. Бўйин мушакларида зичлашув ва таранглашув сезилади. Оғриқ бирданига бошланади, кўпчилик вақтда уйқу пайтида пайдо бўлади ёки бўйинни ноқулай бурганда ёки бошни эгганда, бир неча кун давом этади. Оғриқ организм совуқотганда пайдо бўлиши мумкин.

Синдром Нафцигера — олдинги зинасимон мушакларнинг I қобирғага бирикган жойида томирлар ва нервларнинг қисилиши натижасида пайдо бўлувчи оғриқ елка устига ва қўлга тарқалади ва доимий хуружли характерга эга бўлади. Кафтларда ва бармоқларда парезтезия, пайлар рефлексининг пасайиши ёки бўлмаслиги, елка мушакларининг гипотрофияси, тер ажралишининг бузилиши, кафтда шиш ва цианоз кузатилади. Клиник кечиши елка ёки бўйин — елка невралгиясини эслатади. Кўпчилик ҳолларда бўйин остеохондрозида оғриқ кўкракнинг чап томонида бўлиши (кардиалгия) стенокардияга ўхшайди ва рефлектор характерга эга бўлади. Аммо бундай оғриқ нитроглицериндан кейин ўтмайди ва ЭКГ да ўзгаришлар кўринмайди. Оғриқ узоқ давом этади ва жисмоний ҳаракат билан боғлиқ бўлмайди, балки бўйиннинг, чап қўлнинг, умуртқа поғонасининг бўйин — елка қисмининг ҳаракатига боғлиқ бўлади.

Умуртқа артерияси синдроми — умуртқаларнинг деформациялашган яримойсимон ўсмачалари томонидан сиқилиши натижасида ривожланади. Умуртқа артерияси сиқилиши узоқ давом этганда мияда қон айланишининг сурункали етишмовчилиги юзага келади. Бундай ҳолатда астеник ва вегетодистоник характердаги бузилишлар: иш қобилиятининг пасайиши, чарчаш, уйқунинг бузилиши ва хотиранинг хираланиши каби белгилар кузатилади.

Умуртқа поғонасининг кўкрак қисми остеохондрозида клиник белгилар унинг бўйин қисмидаги белгилар билан

бир қаторда, қабирғалараро невралгияси, қобирға — умуртқа артрози билан кечади. Қобирғалар оралиғи невралгиясида турли даражадаги оғриқ нафас олганда, йўталганда кучайиши ва доимий характерга эғалиғи билан ажралади. Оғриқ нуқталари қобирғалар оралиғида жойлашади, қобирға — умуртқа артрозида — оғриқ паравертебрал чизиқ бўйлаб жойлашади ва қобирғаларга босим кўрсатганда кучаяди. Дифференциал ташхислашда рентген текширишлари ёрдам беради, артрозга хос ўзгаришларни кўриш мумкин бўлади.

Даволаш. Умуртқа поғонасида дистрофик — деструктив ўзгаришларни эътиборга олган ҳолда, унинг озуқаланишини яхшилашга ва шакланган ўзгаришлар мавжуд бўлсада таъсир кўрсатувчи салбий омилларни четлатишга қаратилган даволаш ўтказилади. Бунда декомпрессион усуллар билан бир қаторда гормонлар ва ферментлар, дори воситалари, ашпарат физиотерапияси, массаж, гидротерапия, даволаш физкультураси ва рационал овқатланиш тавсия этилади. Даволашда остеохондрознинг узоқ кечиши, патологик жараённинг тарқалиш даражаси, йўлдош касалликлар ва уларнинг характери, беморнинг умумий аҳволи, ёши ва касби эътиборга олинади лозим.

Даволашда умуртқа поғонасида, айниқса унинг шикастланган қисмига, тинч ҳолат туғдириш керак. Беморлар қаттиқ тўшакдан фойдаланишлари лозим, бўйин остеохондрозида қулай ҳолат ёнбошга ётиш, беморнинг елкаси эса тўшакда бўлиши, бош остига ва умуртқа поғонасининг бўйин қисмига лозим бўлган баландликда ёстиқ қўйилади (бош ва умуртқанинг бўйин қисми елка қисмига перпендикуляр бўлиши керак). Агарда бемор орқасига ётган бўлса, ёстиқ бўйин қисмининг ортиқча букилишига имкон бермаслиғи керак. Кексалар ва қарияларда доимий режим тавсия этилмайди. Даволашлар йиғиндисиде витаминлар В — гуруҳи, аскорбин кислотаси, никотин кислота қўлланилади. Оғриқни олиш учун реопирин, амидопирин, анальгин ва бутадион ишлатилади. Бир вақтда антигистамин препаратлар — димедрол, диазолин, тинчлантирувчи дорилар — валериана, бром, транквилизаторлар — элениум, мепробамат эҳтиёж даражасига қараб қўлланилиши мумкин.

Умуртқаларнинг босим остидаги синишларига, билак суяги синишига олиб келади. Касалликнинг бошқа белгилари орқада оғриқ, кифоз ва ўсишнинг камайишидир.

Қариялик остеопорози (II—тури) ҳар иккала жинсда 70 ёшдан кейин учрайди. Суякнинг ҳар иккала қатлами йўқолади, бунда болдир суяги ва умуртқа поғонасининг синиш эҳтимоли ошади.

Остеопорознинг муҳим омиллари — аёллар жинси ва менопаузанинг эрта бошланиши (бирданига ёки овариоэктомиядан кейин), глюкокортикоидлар билан даволашдир. Буккайиш, оилавий анамнезда остеопороз мавжудлиги, овқатлик моддаларда кальций етишмовчилиги, жисмоний ҳаракатнинг камлиги, чекиш, спиртли ичимликлар суиистеъмол қилиш, ошқозон резекцияси, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари, жигарнинг сурункали касалликлари остеопорознинг хавфли омиллари ҳисобланади.

Ташхислаш. Остеопороз енгил жароҳатларда суяклар синиши, рентгенограммада (тасодифан топилганда) ёки суяклар зичлигини аниқлаш йўли билан топилади. Бирламчи остеопорозни аниқлаш учун, иккиламчи турларни истисно этиш лозим бўлади. (7—жадвал). Касалликни ташхислашда анамнезни билиш, физикал текширишлар ўтказиш ва асосий лаборатор анализларини ўтказиш кифоя қилади. Лаборатория текширувларидан — қон умумий анализи, биохимик анализлар, қон зардобиди тиреотроп гормонни аниқлаш, сийдик анализи, зардоб оқсилларини электрофорез йўли билан аниқлаш муҳимдир. Остеопорозда қон зардобиди кальций ва фосфор миқдори, фосфатаза миқдори нормада бўлади. Охириги фермент суяк синишларидан кейин озгина ошиши мумкин. Бу кўрсаткичларнинг нормадан четга чиқиши бирламчи остеопорозни истисно этади.

Суяклар зичлигини аниқлаш учун монофотон абсорбциометрия ўтказилади. Текшириш билак суягининг дистал қисмида ўтказилади ва жуда аниқ маълумот беради. Бу усул кенг тарқалгандир. Суяк массасини ўлчаш аёлларда менопауза даври бошланишида эстерогенлар билан даволаш муҳтожлигини аниқлаш мақсадида ва рентгенографияда остеопорозга шубҳа туғилганда ўтказиш лозим бўлади.

Остеопороз сабаблари

Остеопороз

Бирламчи

Климаксдан кейинги (I — тури)

Қариялик (II — тури)

Идиопатик (ёш одамларда)

Иккиламчи

Кушинг синдроми (глюкокортикоидлар билан даволаш ҳам киради)

Тиреотоксикоз

Гипогонадизм эркакларда

Узоқ вақт ҳаракатсизлик

Гепарин билан узоқ даволаш

Мукамал бўлмаган остеогенез ва унга яқин

бўлган синдромлар

Бирламчи гиперпаратиреоз

Остеомаляция

Миелом касаллиги

Мастоцитоз

Буйрак остеодистрофияси

Профилактика. Даволашдан кўра афзалроқ, чунки ҳеч қандай даволаш суяк оғирлигини оширишга қодир эмас. Остеопорознинг хавфли омилларини аёлларда менопауза бошланиш пайтида ҳисобга олиш даркор. Агарда бир нечта омиллар мавжуд бўлса, суяк синишлари хавфини тўғри баҳолаш ва унинг зичлигини (оғирлик) аниқлаш тўғри ташхис қўйишга ва профилактик даволаш ўтказишни кўрсатади. Суяк массаси ёшига ва жинсига нисбатан нормадан паст бўлса, эстрогенлар билан даволаш ўтказилади. Бундай даволаш аёлларда менопауза эрта бошланганда ўринлидир.

Эстрогенлар билан даволаш суяклар резорбциясига қаршилик кўрсатади, уларда масса камайишини секинлаштиради ва синиш хавфини камайтиради.

Эстрогенлар циклик тарзда тайинланади, бунда аёл киши ҳар ойнинг I — кунидан 25 кунигача қабул қилади.

Қуйидаги дозада тайинланади: 1) конюгирлашган эстерогенлар 0,625 мг суткасига 1 марта ичилади; 2) этинилэстрадиол (микрофоллин) 20 мкг суткасига 1 марта ичилади; 3) эстрадиол 1 мг суткасига 1 марта ичилади. Агарда препаратлар иккиламчи эффект кўрсатса эстерогенлар 0,3 мг дан кальций (1500 мг/сут) билан биргаликда тайинланади. Даволаш узоқ давом этади, баъзилар 10 йилгача ўтказилиши керак деб ҳисоблайдилар. Назорат мақсадида текширишлар – сут безларини кўриш, маммография, бачадондан қон кетиши юз берса эндометрий биопсия қилинади.

Эстерогенлар кўкрак бези ёки бачадон ракида (анамнезида), такрорий тромбоземболиялар, жигарнинг ўткир касалликлари, қиндан ноаниқ қон кетишларида қўлланилмайди.

Иккиламчи таъсири. Менструал қон кетишлар, вазн ошиши, кўнгил айнаши, бош оғриқ, сут безларида оғриқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда препаратлар дозаси камайтирилади. Эстерогенотерапия эндометрий раки хавфини туғдириши мумкин, лекин уни циклик шаклда прогестин билан биргаликда ўтказиш бундай хавфни камайтиради. Менопаузадан кейин тайинланганда эстерогенлар қон босимни оширмайди, тробоземблик асоратларни оширмайди. Аксинча эстерогенотерапия миокард инфаркти, мия инсульти ва умумий ўлимни пасайтириши тўғрисида маълумотлар келтирилади.

Кўпчилик аёллар сут маҳсулотларини истеъмол қилишдан ўзларини четга оладилар, натижада овқатликлар билан кам миқдорда кальций организмга тушади. Шунинг учун ҳам менопаузадан кейин кальций препаратлари тайинланади. Аёллар ва эркакларда қабул қилинадиган кальций миқдори суткасига 1000 мг ташкил қилиши керак. Ҳаттоки, аёлларда менопаузадан кейин кальций миқдори 1500 мг етказилиши тавсия этилади. Кальцийни бундай миқдорда қабул қилиш учун, аёлларга қўшимча 500–1000 мг қабул қилишлари керак бўлади.

Жисмоний зўриқиш. Доимий сайл ва бошқа машқлар 1 соат давомида ҳафтасига 3 марта ўтказилса суяк массасининг сақланишига ёрдам беради. Сон ва кафт суякларининг синишлари кўпчилик ҳолларда йиқилиш туфайли юзага келади. Бунинг олдини олиш учун кўриш ва

мувозанатни сақлашдаги нуқсонлардан ортостатик гипотония ва майший хизматдаги хавф—хатарлардан сақланиш лозим. Седатив, гипотензив препаратлар ва алкоголь ичимликлар истеъмолини камайтириш, даркор.

Даволаш. Иложи борича бемор кундалик фаолиятини давом эттириши керак ва уни мушаклар тонусини сақлаш учун тиббий реабилитация марказига йўллаш керак. Овқатлик режими оқсиллар ва кальцийга бой бўлиши керак. Сут ва сут маҳсулотлари устунлик қилиши лозим.

Остеопорозни даволашда кейинги йилларда катта дозада кальций препаратлари ичишга ёки парентерал усулда қўлланилади. Нюсо ва ходимлари (1963) ойига 15 кун 3 гр кальций тавсия этадилар, кейинги ҳафта давомида эса фосфор препаратлари (кунига 1200—1500 мг) кунига ёки овқатликлар билан 2,5 гр берилади.

Кейинчалик аниқланишича, кальцийни баланд дозада ичишга берилганда ошқозон шиллиқ пардаси гастрин моддаси ишлаб чиқишини оширади, у эса тиокальцитонин ажралишига кучли таъсир кўрсатади. Кальций ва фосфор препаратларининг бир вақтда ёки навбатма—навбат қўлланилиши организмда кальцитонин ишлаб чиқилишини рағбатлантиради, бу гормон суякларда кальцийни сақланишига масъулдир. Даволаш эффекти бир неча ой давомида сақланади. Кальцитонин 50 МЕ ҳафтасига 3 марта т/о юборилади. Препарат суяклар зичлигини турғунлаштиради ва оширади. Даволаш эффекти 12—24 ой давомида сақланади. Даволаш муддати аниқланмаган. Кўпчилик беморларда даволашни тўхтатгандан сўнг 12—18 ой ўтгач суяклар зичлигининг йўқолиши қайтадан пайдо бўлади. Иккиламчи таъсири: кўнгил айнаши, камдан—кам ҳолларда аллергия реакциялар.

Кальцитонинни фосфор ва магний билан биргаликда тайинлаш ҳам тавсия этилади. Бунда кальцитонин 5 кун давомида кунига 50 ЕД, фосфор 500 мг ва магний 45 мг ишлатилади. Такрорий курс 3 ҳафтадан кейин ўтказилади. Остеопорозни даволаш жараёнида ҳар ойда биологик кўрсаткичлар (фосфоремия, ишқорий фосфатаза, суткалик кальциурия, кальций баланси) назорат қилиб борилади.

Рентгенографик, денситометрик ва гистологик текширишлар суяк массасининг ошишини тасдиқлайди.

XVI — БОБ.

МАҚСАДГА МУВОФИҚ ОВҚАТЛАНИШ ВА КЕКСАЛАР САЛОМАТЛИГИ.

Кексайиш деганда тобора кучайиб ва ривожланиб борувчи, анча илгари бошланадиган ва организмнинг мослашиш имкониятини чеклаб қўядиган кўп звенoли биологик жараён тушунилади. Кексайиш жараёни бутун бир организмнинг турли даражасида молекуляр, субмолекуляр, ҳужайра, системаларда юзага келади. Шунга қарамасдан турли даражадаги кексайишга хос ўзгаришлар бир — бирига ўхшамайди, балки сифат жиҳатдан бир — биридан фарқ қилади.

Кексайиш жараёни тўғрисида алоҳида аҳамият касб этувчи бошқа тасаввурлар ҳам мавжуд (В.В.Фролькис, 1975). Бунга асосан кексайиш ички қарама — қаршиликларга эга бўлган — сўниш, модда алмашинуви ва функциялар бузилиши мослашишидек муҳим механизмларнинг ривожланиши билан бирга кечадиган жараёндир. Модомики шундай экан, мослашиш механизмларининг фаоллашувига қаратилган кучли таъсир ўтказиш лозим бўлади.

Кўпчилик тадқиқотчиларнинг фикрича кексайишнинг бирламчи механизмлари генетик аппаратдаги силжишлар билан боғлиқ бўлиб улар асосида организмнинг турли даражасидаги фаолиятида иккиламчи силжишлар юзага келади.

Маълумки организм муҳит билан алоқада бўларкан, уларнинг ўзаро таъсири меҳнат, дам олиш ва овқатланиш жараёнида жуда каттадир. Бу эса мураккаб нейро — гуморал системаси орқали модда алмашинуви ва организмнинг функцияларига бевосита таъсир кўрсатади. Бундай умумий назарий ёндашув кексалар ва қариялар ёшидаги шахсларнинг овқатланиш масаласида алоҳида аҳамият касб этади.

Овқатланиш мураккаб физиологик — биокимёвий жараён бўлиб, озуқани ўзлаштириш ва физиологик функцияларни амалга ошириш учун лозим бўлган тана

тузилиши элементлари ва энергия (қувват)га айлантиришдир.

Инсон саломатлигини сақлашда овқатланиш муҳим профилактика воситаларидан биттаси ҳисобланади. Овқатланишни ўзгартириш туфайли организмнинг функционал ҳолатига ва ундаги модда алмашинувига кераклича таъсир кўрсатиш мумкин. Овқатланишнинг тўғри йўлга қўйилиши саломатликни мустаҳкамласа, унинг бузилиши организмда жиддий патологик жараённинг келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда овқатланишни бошқариш ва тўғри йўлга қўйиш кексаяётган организмга таъсир кўрсатувчи эффектив усул эканлиги ҳеч кимда шубҳа туғдирмайди.

Овқатланишнинг инсон организми ҳолатига таъсир кўрсатувчи омиллари кўп сонли ва кўп қирралидир. Биринчидан, бу таъсир нейро—гуморал бошқарув системаси орқали ҳужайралардаги модда алмашинувига, иккинчидан, кундалик ва такрорий овқатланиш ҳужайралардаги энергетик жараён, оқсиллар синтезида ўзгаришларга олиб келади.

Юқорида кўрсатилганидек, организм кексайганда модда алмашинувининг турли қисмларида ва организм функцияларида муҳим ўзгаришлар содир бўлади.

Овқатланиш модда алмашинуви жараёни ҳолатига мос бўлиши зарур. Шундай экан, баланслаштирилган овқатланиш нормалари ёш даврларига қараб турлича бўлмоғи даркор. Акс ҳолда, улар ўртасидаги номувофиқлик инсон соғлигини ёмонлаштирувчи омиллардан биттасига айланиши мумкин.

Маълумки, кекса ёшдаги шахсларда турли касалликлар, айниқса юрак—томир касалликлари ривож топади. Уларнинг ривожланишида эса овқатланишнинг аҳамияти каттадир. Юрак—томирлар касалликлари ривожланишида нотўғри овқатланиш «хавфли омиллар» қаторига киритилади. Бундай ҳолатларда, айниқса коронар артериялар атеросклерози ва унинг билан боғлиқ бўлган миокард инфаркти касаллигининг келиб чиқиши учун муҳим шароит яратилади.

Кексалар ва қарияларда овқатланиш асосий овқатлик маҳсулотларга бўлган зарурият ва энергияга мос бўлиб, эрта кексайишнинг оддини олишга қаратилган бўлиши керак. Бу

ўринда узоқ яшовчиларнинг (90 ёш ва баланд) амалда овқатланишларини ўрганиш ва баҳолаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки бу масала фақат мутахассисларни эмас, балки аҳолининг кенг қисмини қизиқтириб келмоқда. Ундан ташқари узоқ умр кўришни овқатланишнинг хусусиятлари билан боғлашга уринишлар ҳам мавжуд.

Айнан катта ёшдаги кишиларда нотўғри овқатланиш режими, сийрак ва кўп миқдорда овқатликлар истеъмол қилиш, организмда ёғлар алмашинувида силжишларга олиб келади ва юрак ишемик касаллигининг сонини оширади. Шундай бир вақтда бундай боғлиқлик ёшларда қайд қилинмайди. Кексалар ва қариялар овқатланишининг хусусиятларини ўрганган муаллифлар маълумотига қараганда (Ю.Г.Григоров, 1978) текширилганларнинг кўпчилиги суткасига 3—4 марта овқатланганлар, 6,3 % — 2 марта, жуда камчилиги 5 ва ундан кўп марта овқат қабул қилганлар. Икки марта овқатланиш режими аёлларга қараганда, эркаклар ўртасида кўпроқ учраган. Кексаларнинг кўпчилиги кам миқдорда овқат истеъмол қилишган. Кўпчилик эркаклар ва аёллар нонушта ва тушлик пайтида кам миқдорда овқатлик истеъмол қилишган. Текширилганларнинг деярли ярмиси кечки овқатланиш пайтида кам ҳажмда (300 гр) овқатлик истеъмол қилишган. Катта ҳажмда овқатлик (700 гр) қабул қилиш текширилганларнинг 10,4 % қайд қилинган.

Кекса ёшдагиларнинг кўпчилиги (81,7 %) ҳар куни суткасига бир марта биринчи суюқ иссиқ овқат истеъмол қилишган, 12,5% — уни ҳафтасига 2—3 марта қабул қилганлар. Кўпчилик эркаклар, аёлларга нисбатан, иссиқ ва совуқ овқатликларни барабар миқдорда қабул қилганлар.

Текширилганларда овқатлик маҳсулотлар турлари ўрганилганда уларнинг хилма—хиллиги аниқланган. Овқатликларни гуруҳларга бўлганда улар қуйидагича бўлганлиги кўзга ташланади: а) углеводларга бой маҳсулотлар ёрма, нон, қанд ва б.; б) гўшт, тухум ва балиқ; в) сут маҳсулотлари; г) ёғлар; д) сабзавотлар; е) мевалар.

Маълумки, овқатликлар таркибида углеводлар устунлик қилади ва уларнинг асосий манбасини ўсимлик маҳсулотлари ташкил этади (дон ва унинг маҳсулотлари). Текширилганларнинг ярмидан кўпчилиги кунига 250—500 гр нон ейишган, 40,4 % — 250 гр гача, аёллар, эркакларга

қараганда, кам истеъмол қилганлар. Хамир овқатликларни 44,3 % кексалар истеъмол қилишган. Кундалик рацион таркибида ёрмалар ва макарон маҳсулотлари кўпроқ бўлгани аниқланган.

Кексалар овқатликларида маҳсулотлар тўплами асосан ўхшаш бўлсада, миқдор жиҳатидан анча камлиги аниқланган. Истеъмол қилинган маҳсулотлар миқдори тавсия қилинадиган нормаси билан таққослаб кўрилганда, баъзи маҳсулотлар уларнинг нормасига мос келса (картофель, нон, сут, творог, сметана), гўшт маҳсулотлари, тухум, мева ва сабзовотлар эса нормадан камроқлиги кўзга ташланади.

Овқатликлар рациониди оқсиллар ўртача 66,1 г, яъни, суткалик калориянинг 12,3 % ташкил этган (шундан 52,5 % ҳайвонлар оқсили ҳисобига). Норма 11–14 % (суткалик калорияга нисбатан). Олимлар фикрича, оқсилларга бўлган суткалик муҳтожликнинг 60 % ҳайвонлар маҳсулоти ҳисобига қопланиши мақсадга мувофиқдир, чунки, турли маҳсулотлардаги оқсиллар аҳамиятлилиги билан барабар эмас. Ҳайвон маҳсулотлари ўрнини босиш мумкин бўлмаган аминокислоталарга жуда бой бўлиб, уларга фақат баъзи ўсимлик маҳсулотлари таркибидаги (гуруч, соя ва б.) оқсиллар аминокислоталари бўйича ҳайвонларникига яқинлашиши мумкин.

Текширишлар кўрсатишича, кексалар овқатликлари таркибида ҳайвон оқсиллари улуши нисбатан кам бўлсада, уларнинг умумий миқдори геродиететика талабларига мос келади.

Адабий манбаларда келтирилишича, кексаларнинг амалдаги овқатланиш рациониди ёғлар миқдори анча баланддир (87–100 г) ва умумий калориянинг 26–53% ташкил этади. Бу кўрсаткичлар, тавсия қилинадиган норманинг 192–232% барабар бўлиб, умумий калоражнинг асосий қисмини ташкил қилади. Шунинг билан бирга, ёғларнинг суткалик миқдорида ўсимлик ёғларининг камлиги эътиборни жалб этади. Кексаларнинг суткалик рациониди ёғлар миқдори 1 кг вазнга 1 г ташкил этиши керак, деган фикр мавжуд ва суткалик калориянинг 25 % дан ошмаслиги лозим. Демак, ёғлар миқдори ўртача 76–85 г барабар бўлиши, 75–90 ёшдаги шахсларда эса бу кўрсаткич 57 г.гача камайтиради. Овқатликлар таркибида ёғларнинг

кўп бўлишини эса ижобий баҳолаб бўлмайди, чунки уларнинг атеросклероз касаллиги ривожланишида аҳамияти каттадир.

Углеводлар кексалар рациониди ўртача 292,8 г, яъни тананинг 1 кг вазнига ўртача 4,47 г ташкил этган. Углеводлар суткалик калориянинг 54,2% барабар бўлгани аниқланган.

Углеводлар суткалик калориянинг қанча миқдорини ташкил этиши тўғрисида турлича фикрлар мавжуд. Унинг миқдори кексаларда суткалик калоражнинг 50—55%, баъзи тадқиқотчилар фикрича эса 59—62% барабар бўлиши керак. Лекин суткалик овқатликлар таркибида углеводлар миқдорини камайтириш лозим деган фикр ҳеч кимда эътироз чақирмайди. Чунки кекса ёшдаги шахсларда бошқарув механизми бузилиши туфайли глюкозадан кейинги гипергликемия узоқ сақланади ва нормага тушиши кечикади; глюкозага нисбатан сезувчанлик пасаяди, гликемиядан кейинги коэффициент баланди бўлади.

Аҳоли ўртасида оддий қандларнинг кўплаб истеъмол қилиниши ва мураккаб углеводларнинг (ёрма, ун, нон ва б.) камлиги юрак—томир касалликлари ва бошқа касалликлар (семизлик, диабет, ва ҳ.) ривожланишида асосий сабаблардан биттасидир.

Демак рационал овқатланишда асосий эътибор нафақат организмни овқатлик моддалар билан таъминлаш ва суткалик калорияни қоплашга, балки овқатлик омиллар ўртасидаги нисбатга ҳам қаратилиши лозим. Катта ёшдаги кишиларда овқатликлар таркибида оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг нисбати 1 : 1 : 4 га тенг бўлиши мақсадга мувофиқ деб қаралади.

Кексалар организмда витаминлар алмашинувида ҳам маълум ўзгаришлар юзага келади. Витаминлар юқори даражадаги биологик актив моддалар, уларнинг етишмовчилиги организмда фермент системалари функциясининг ва организм реакциясининг, модда алмашинувининг бузилишига олиб келади.

Гиповитаминоз ҳолатининг ривожланишида ёш билан боғлиқ ўзгаришлар—ошқозон—ичак системасида сўрилиш, ҳазм қилиш ферментлари фаоллигининг пасайиши, ичаклардаги микрофлоранинг витамин синтезлаш қобилиятининг пасайиши сабаб бўлади. Бундан ташқари

овқатликлар таркибида витаминларнинг кам бўлиши ҳам аҳамиятлидир.

Кекса ёшдаги шахслар учун тавсия этиш мумкин бўлган овқатлик рациони қандай талабларга жавоб бериши керак? Академик А.А.Покровский бу тўғрида қуйидаги принципларни асосий деб кўрсатади. 1) овқатликлар энергияси ва амалда сарф қилинадиган энергиянинг балансида бўлиши; 2) овқатликлар рационининг атеросклерозга қарши қаратилганлиги; 3) овқатликларнинг хилма — хиллиги ва асосий омилларнинг балансида бўлиши; 4) овқатликларнинг фермент системасининг фаоллигини оширувчи моддалар билан керакли миқдорда таъминланиши; 5) овқатлик маҳсулотлар ва овқат турлари фермент системасини зўриқтирмаслиги.

Кексалар кундалик рационига қуйидаги 6 та гуруҳ маҳсулотларини киритиш лозим. 1) гўшт, балиқ, тухум; 2) ёғлар; 3) сабзавотлар; 4) мевалар; 5) сут маҳсулотлари; 6) қанд, ёрмалар. Ушбу маҳсулотлар истеъмол қилинганда организмнинг алмаштириб бўлмайдиган овқатлик омилларига бўлган эҳтиёжни маълум миқдорда қоплаш мумкин.

Кекса ёшдаги кишиларга гўштнинг ёғлик бўлмаган сортлари, янги балиқ, сут, творог, ёрмалар, кунгабоқар ва маккажўхори ёғлари кенг ассортиментда ва сабзавотлар тавсия этилади. Ҳайвон ёғи, тухум, какао, оқ нон, кондитер маҳсулотлари чекланган миқдорда истеъмол қилиш тавсия этилади.

8 — жадвалда кексалар учун «қулай бўлган» овқатлик рациони маҳсулотларининг суткалик миқдори келтирилган.

Ушбу суткалик тўпلامдаги овқатлик маҳсулотларни кимёвий таркиби 9 — жадвалда келтирилган. Кексалар учун овқатлик маҳсулотларнинг суткалик тўпламида сабзавот ва мевалар, сут, творог, асал, ёғлиқ бўлмаган гўшт маҳсулотлари асосий ўрин эгаллаган. Ҳайвон ёғлари, тухум, ёрмалар чекланган миқдорда лекин батамом овқатлик рационидан олиб ташланмаган. Рацион кексалар организми учун лозим бўлган овқатлик омилларни тўла қоплайди. Суткалик рацион калориясининг 14,6% оқсиллар, 29,4% — ёғлар, 55,9% эса — углеводлар таъминлайди. Ҳайвонлар оқсили уларнинг умумий миқдорини 57%, ўсимлик ёғлари — 36% га тенг миқдорда бўлган.

Кекса ёшдаги шахслар учун «қулай бўлган»
овқатлик рациони маҳсулотларнинг суткалик
тўплами ва миқдори
(Ю.Г.Григоров, 1978)

Маҳсулот	Миқдор, г	Маҳсулот	Миқдор, г
Нон (буғдой ва бошқалар.)	300	Творог	70
Ёрмалар, буғдой уни	63	Сметана	20
Картофель	200	Пишлоқ	8
Сабзавотлар	640	Тухум	25
Мевалар, шарбат	300	Сут, кефир	400
Гўшт маҳсулотлар	170	Қаймоқ ёғи	10
Балиқ маҳсулоти	35	Ўсимлик ёғи	20
		Асал	20
		Қанд	35

Кексайиш жараёнининг асосида авваламбор генетик аппаратдаги ва оқсиллар биосинтези тезлигидаги ўзгаришларни ётишини эътиборга олган ҳолда, овқатлик рациониди оқсиллар миқдори уларнинг организмдаги янгилаиш жараёнига мос бўлмоғи даркор. Ёш ошиши билан тўқималарнинг, гормонларнинг, ферментларнинг янгилаиш тезлиги сусаяди, қабул қилинган оқсиллар тўла ишлатилмайди, оқсиллар парчаланиши уларнинг синтездан устуилик қилади.

Овқатлик рационининг кексалар соғлиги кўрсаткичларига таъсири ўрганилганда ижобий силжишлар аниқланган. Жумладан умумий аҳволнинг яхшиланиши, чарчашнинг пасайиши, физиологик ҳолатларнинг мўътадиллашиши, тана вазнининг камайиши ва бошқалар кузатилган. Ундан ташқари ёғлар алмашинувидаги силжишларга ижобий таъсир кўрсатган. Оқсиллар ва ёғлар алмашинувидаги ўзгаришлар ўз навбатида юрак томир системаси функциясининг яхшиланишига олиб келади.

Кексалар учун «маъкул бўлган» овқатлик рационидаги
суткалик маҳсулотларнинг кимёвий таркиби

Асосий овқатлик моддалар	Миқдор, г	Асосий овқатлик моддалар	Миқдор, мг
Оқсиллар	87,3	Минерал	
ш.м.ҳайвонлар		моддалар:	
оқсила	49,4	Кальций	978,0
Ўрнини босиш		Фосфор	2050,0
мумкин бўлмаган		Натрий	2995,0
аминокислоталар:		Калий	4784,4
Триптофан	1,1	Хлоридлар	4209,6
Лейцин	7,7	Магний	586,5
Изолейцин	5,2	Темир	15,5
Валин	5,0	Цинк	11,0
Треонин	3,9	Марганец	4,3
Лизин	6,2	Кобальт	0,08
Метионин	2,4	Молибден	0,5
Фенилаланин	2,7	Фторидлар	0,8
Ўрнини босиш		Йодидлар	0,2
мумкин бўлган		Сера	1374,7
аминокислоталар:		Вольфрам	0,2
Гистидин	2,3	Никель	0,4
Аргинин	5,1	Титан	0,5
Цистин	2,4	Ванадий	0,2
Тирозин	3,7	Стронций	1,0
Аланин	3,1	Витаминлар:	
Серин	3,7	тиамин (В ₁)	1,9
Аспарагин кислота	4,9	рибофлавин (В ₂)	2,5
Пролин	5,1	никотин	
Углеводлар	334,4	кислотаси	19,7
Ёғлар	77,6	пантотенат (В ₅)	6,3
ш.м.ўсимлик ёғи	24,5	биотин	0,15
Холестерин	0,446	холин	770,3
Фосфолипидлар	5,5	витамин К	1,1
Ёғ кислоталари:			
Олеинли	24,0		
Линолин	15,0		
Умумий калорияси		2437 ккал	

Юқоридагилардан хулоса қилиб шуни айтиш
мумкинки, овқатлик рациони таркибини ўзгартириш орқали

кексайиш даврида организм функциялари ва модда алмашинувининг қатор муҳим кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатиш мумкин. Бу эса эрта кексайишнинг олдини олишда ва умрни узайтиришда муҳим роль ўйнаши шубҳасиздир.

Демак, кекса ёшдаги шахсларнинг овқатланиши қатор талабларга жавоб бериши лозим. Овқатлик рационлар баланслаштирилган ва кексалар организмида сарфланадиган энергияга муносиб бўлиши керак. Уларда энергиянинг кам сарфланиши овқатлик рационидаги калорияни камайтирилишини талаб этади, атеросклероз касаллигига қарши йўналтирилган бўлиши, ҳайвонлар ёғининг, холестерин ва тез сўрилувчи углеводларнинг камлиги билан ажралиб туриши мақсадга мувофиқдир. Ошиқча овқатликлар истеъмол қилиш ва семизлик умрни қисқартиради. Бундай асослар исботланган, дунёнинг турли лабораторияларида қайта текширишлардан ўтган ва улар билан рози бўлмаслик асло мумкин эмас. Ҳозирги замон кишиси иккита омил — кам ҳаракатлилик ва ошиқча овқатликлар истеъмол қилишдек нуқсонлардан ҳоли эмас.

XVII – БОБ.

ОПТИМАЛ ТУРМУШ ТАРЗИ ВА УМРНИНГ ДАВОМЛИЛИГИ

Турмуш тарзи — организмнинг ташқи муҳит билан унинг турли таъсирларининг биологик жараёнлар кечишига таъсири билан характерланадиган кенг доирадаги алоқасидир. Инсоннинг турмуш тарзи — бу унинг оқилона фаолияти, ҳуқи ва туйғулари, меҳнат ва дам олиш, овқатланиш ва климатик таъсирлардир.

Ўз даврида И.И.Мечников узоқ яшашга эришиш учун маълум турмуш тарзи тузилиши бўлиши керак деб кўрсатган эди (ортобиоз назарияси). Бу назария мўътадил ҳаётнинг муҳим хазина эканини тарғиб этади ва унга олиб келадиган барча нарсани қилишни тавсия этади.

Турмуш тарзи ва умр давомийлигини ўзаро муносабати ҳар бир шахсда мураккаб муаммолардан. Бу тўғрида маълум бўлган формула мавжуд: генотип маблағ ажратади, фенотип сарфлайди. Бошқача қилиб айтганда, ҳар биримизга берилган умр ёши ген томонидан режалаштирилган. Лекин бу маблағдан қандай фойдаланиш, узоқ яшаш, имкони борича муҳит омиллари ва турмуш тарзига боғлиқ бўлади. Ундан ташқари организмнинг биологик имкониятини ўзгармас фонд, кўчмас мулк (насл томонидан берилган) деб қарамаслик керак. Улар ҳаёт давомида машқ қилиниши, кўпайтирилиши ва назорат қилиниши мумкин. Бу эса бутун бир система — тузум, инсон ҳаёт тарзига боғлиқ бўлади. Оптимал ҳаёт тарзи — биологик имкониятлардан унумли фойдаланиш, генетик режалаштирилган ҳаёт давомийлигидан юқори даражада фойдаланиш демакдир.

Муҳит омилларининг ноқулай таъсиридан умрнинг қисқариши кўпчилик томондан тан олинган. Энг муҳими ҳаётни қисқартирмаслик ва генетик режанинг сарфланишига имкон бермасликдир. Ҳаммага маълум бўлган афоризм: асосийси ҳаётни ўзгартира билиш, қисқартиришни эмас дегани шундан келиб чиқган.

Ҳозирги вақтда умр давомийлигига таъсир кўрсатувчи муҳитнинг турли омилари аниқланган. Булар қаторига

муҳит ҳароратининг паст бўлиши, гиподинамия, ҳаракатнинг кам бўлишини киритиш мумкин. Турли ҳайвонларда тана ҳароратининг пасайиши умрни узайтириши аниқланган. Бунинг назарий моҳияти шундаки, тана ҳарорати пасайганда модда алмашинуви тезлиги пасаяди, бу эса организм кексайишининг жадаллигини сусайтиради. Бу жараёнда энг муҳими тана ҳарорати пасайишининг организм бутун системаларининг мўътадил фаолиятини таъминлашини исботлашдадир. Ионли нурланиш умрни кескин қисқартиради.

Оптимал турмуш тарзининг умрни узайтириши икки йўналишда бўлиши мумкин: 1) умрни қисқартириши мумкин бўлган омилларни четлатиш орқали (хавфли омиллар); 2) хавфли омилларга нисбатан организм чидамлилигини кучайтирувчи, кексайиш даврида мослашувчи механизмларнинг такомиллаштиришни машқ қилиш орқали. Иккинчи йўналиш, асосий касалликларнинг олдини олишда ишончли ва такомиллашган экани шубҳасиздир.

Инсон учун турмуш тарзи бу фақат ҳаракат, овқатланиш ёки иқлим дегани эмас. Муҳит билан руҳий, эмоционал боғланишлар ҳам мавжуд. Доимий қаноатсизлик, шикаст, тўлақимматли бўлмаслик, салбий ҳаёжонланишлар, руҳий зўриқиш ва бошқалар узоқ умр кўришга ёрдам бермайди. Шунини қайд қилиш лозимки, оптимал турмуш фаолияти тинч бўлиши билан ёки салбий омиллардан ўзини четлаш билан, ташқи муҳитга бефарқ бўлиш билан таъминланмайди. Аксинча, меҳнат қобилиятининг баландлиги, ташқи муҳит билан кўп қиррали муносабатда бўлиш орқали мақсадга эришиш мумкин.

Ҳаттоки узоқ умр кўрувчилар ҳам ҳаётларида унумли ижод қилишган, зўриқиб меҳнат қилишган ва ўз ҳаётларидан мамнун бўлганлар.

Жисмоний ҳаракат камлиги инсон учун қанча хавфли бўлса, сезги ва интеллект фаолсизлиги ҳам кишини кексайишдан анча олдин қаратиб қўяди. Ўзини четга олиш, бефарқлик кексайиш белгиси эмас, кишининг характериға боғлиқ нарсалар. Масала қанча яшашда эмас, балки қандай яшашдадир.

Кенг ва умуминсоний тушунчасида турмуш тарзи унинг моҳиятиға мос бўлмоғи керак.

ҲАРАКАТ РЕЖИМИ ВА КЕКСАЙИШ.

Организмнинг турли системаларини стимуллаш усуллари орасида мушаклар фаолиятидан кўра физиологик усул йўқдир. Мушаклар фаолияти пайтида организмнинг барча системаларида зўриқиш юзага келади ва кислород етишмовчилигига сабаб бўлади. Бу эса бошқарувчи механизмларни такомиллаш—тиради ва қайта машқдан ўтади. Генетик ашпаратнинг фаолияти ошишига таъсир кўрсатади, оқсиллар биосинтези яхшиланади.

Фан ва техника ривожланиши инсон меҳнатини энгиллаштиради. Агарда аср бошида меҳнатга сарфланган жисмоний кучни 100% деб қабул қилинса, ҳозирги пайтда у 5% тенглиги исботланган.

Соғлом ёш одам 2—3 ҳафта ётиш режимида бўлганидан кейин, одатдаги режимга кўчиши қийин кечади. У тикка ҳолат қабул қилганида қон босимининг пасайиши, юракнинг қон отиб чиқариши пасайиши, бош айланиши, ҳаракат координациясининг вақтинча бузилиши каби ҳолат юзага келади. Кексалар эса буни янада оғирроқ ўтказишади. Марказий нерв системаси ва нерв—мушак ашпаратыдаги ёш билан боғлиқ ўзгаришлар одамнинг ҳаракатини чеклаб қўяди ва гиподинамияга олиб келади, бу эса организм ҳолатини ёмонлаштиради. Натижада иллатли халқа мавжуд бўлади: кексайиш ҳаракатни чеклаб қўяди, гиподинамия кексалар организмдаги бузилишларни чуқурлаштиради. Демак, мақсадга мувофиқ турмуш тарзини қуришда фаол ҳаракат режими, гиподинамиянинг олдини олиш умрни узайтириш йўлларида биридир.

Инсоннинг биологик имконияти кекса ёшда ҳам бирталай. Системали машқлар орқали нафас, юрак—томир, мушак системаси фаолиятини яхшилаш мумкин. Бунда биологик эҳтиёж онгли равишда, режали ва доимий қондирилиши лозим. Бу йўлда машқ қилдирувчи барча тадбирлар (югуриш, юриш, саломатлик гуруҳлари ва б.) асослидир. Бир вақтда ёш қанчалик катта бўлса, жисмоний зўриқишга оқилна ёндошиш ва кекса шахсларда унинг имкониятлари бошқачароқ эканлиги унутилмаслиги лозим.

Геронтологияда инсоннинг узоқ яшашига мойиллик қилувчи омилларни ўрганиш ва умумлаштираш бўйича ҳам анча ишлар қилинди.

Қуйидаги жадвалда кексайишни фармакологик назорат қилиш мумкин бўлган воситалар келтирилган.

10 — жадвал.

Кексайишни фармакологик назорат қилиш
мумкин бўлган воситалар
(М.М.Виленчик, 1976)

Бирикма	Кексайишга таъсири ва таъсир механизми эҳтимоли
Анаболик гормонлар, айниқса диэтилстилбестрол	Оқсил синтезини кучайтиради, мушак кучини оширади, кексалик остеопорозини олдини олади. Аёлларда менопауза даврида остеопороз ривожланишини тўхтатади, ҳеч бўлмаганда бир неча йилга.
Эстрогенлар ўрнини босувчи даволаш + витамин Д, кальций+жисмоний машқлар	Кексалар остеопорозини олдини олади.
Эстрадиолбензоат прогестерон ёки тестостерон билан биргалиқда	Мушак ва нерв системаси ҳолатини яхшилайди, 60 нафар аёлда текширилган.
Метилтестостерон ва эстрадиол	72 ёшга яқин эркаклар ва аёлларда умумий физиологик ва кам даражада руҳий ҳолатини яхшилаган.
Эстрадиол, прогестерон ва тестостерон таблеткасининг имплантацияси	Аёлларда ва эркакларда климактериянинг қатор белгиларнинг олдини олади, сут бези ва бачадон ўсмасининг сонини камайтиради.
Новокаиннинг 2% эритмасини ҳафтасига 3 марта м/и юбориш Новокаин препаратлари	Сезги аъзоларининг функцияси яхшиланган, ҳотира қайта тикланган, жинсий функция, атеросклероз, артритлар, соч тўкилиш, паркинсонизм ва б. тери касалликлари

<p>тозаланмаган ва калий, бензол ва параамино — бензол, диэтиламино — этанол ва б. ионлар бўлган</p>	<p>белгилари камайган (лекин ҳамма вақт эмас). Новокаин таъсирини румын врачлари кузатишган. Америка тиббиёт ассоциацияси 1962 йилда синов текширишларда кексайишни даволашда новокаин эффекти кам деган хулосага келган. Кейинчалик маълум бўлишича, Американинг новокаин препарати қайд қилинган аралашмаларсиз бўлган, шунингдек, натрий, хлор ва водород миқдори ҳам фарқ қилган.</p>
<p>Марказий нерв системаси стимуляторлари</p>	<p>Енгил депрессияни ва марказий нерв системасидаги дегенератив ўзгаришларни симптоматик даволаш.</p>
<p>Бош миёда қон айлани — шини яхшиловчи ва нерв ҳужайранинг кислородни қабул қилишини мўътадиллаштирувчи воситалар</p>	<p>Кексаларда мия функциясини мўътадиллаштиради.</p>
<p>Гипербарокамерада кислород билан нафас олиш</p>	<p>75 кекса кишилардан 70 нафарида хотира — лаш қобилиятини оширган, руҳий ҳолатини яхшилаган. Шуни назарда тутиш керакки, каламушларда ҳужайрани кислород билан таъминланишини кучайтириш улар умрининг қисқаришига олиб келади. Ундан ташқари, ҳайвонлар, тиббий шароитда кам кислород истеъмол қилувчи, асосий модда алмашинуви кучайганларга қараганда узоқ яшайди. Демак, ҳужайранинг кислород билан таъминланиши бутун организмда эмас, балки айрим аъзоларида (бош мия ва юрак мушакларида) кучайтириш мақсадга мувофиқ. Гипервентиляция артериал қонда CO_2 миқдори камлиги туфайли миёга қон олиб келишини камайтиради. Шунинг учун ҳам кислородга одатда 3,5% яқин CO_2 қўшилади, бу эса томирлар кенгайишини кучайтиради.</p>
<p>Бош мия томирларини кенгайтирувчи воситалар. Мия ишемиясини олдини олувчи, даволовчи ва</p>	<p>Яхши таъсири ҳамма беморларда ҳам қайд этилган эмас, айрим компонентларни индивидуал дозалаш лозим, кексалиқда турли кишиларда у ёки бу витаминнинг</p>

<p>қайта тикловчи воситалар: антикоагулянтлар, поливитаминлар, айниқса никотинамид, эпифез экстракти. Тонусни оширувчи аралашмалар: тиамин, рибофлавин, витамин В₁₂, никотина- мид, кальций фосфат</p>	<p>етишмаслиги турлича бўлади; баъзи кексаларда хужайралардаги витамин концентрацияси камаймаган бўлади.</p>
<p>Декамевит ва геротон препаратлари, таркибида 10 – 12 витамин бўлган, аминокислоталар ва минерал моддалар РНК</p>	<p>Кўпчилик текширилган кекса ёшдаги кишиларда марказий нерв системаси функциясини, айниқса хотирани яхшилаган.</p>
<p>Фолиевая кислота +цистеин</p>	<p>60 – 75 ёшдаги кишиларда қатор ферментларнинг активлиги ошади: каталаза, ацетилхолинэстераза ва б.</p>
<p>Қалқонсимон без препаратлари</p>	<p>65 ёшга яқин амалий соғлом кишилар ўртасида ўлим анча камайган. Кузатишлар 5 йил давомида ўтказилган. Узоқ яшашнинг сабаби, атеросклерознинг фармакопрофи – лактикаси билан боғлиқ бўлиши мумкин.</p>
<p>Бошқа биологик актив моддалар: А.А.Богомолец зардобн, Ю.А.Спасокукоцкий биостимулятори</p>	<p>Кексаларда иммунологик, марказий нерв системаси, қон ишлаб чиқарувчи ва эндокрин системаларининг функцияларини яхшилайти.</p>

Узоқ яшашга мойиллик қилувчи омиллар
(М.М.Виленчик, 1976)

Қишлоқ жойларда яшаш шароити	Қишлоқ жойларда яшовчилар ўртача 5 йил узоқ яшайдилар. Қишлоқ аҳолиси ўртасида 100 йил ва ундан ошиқ яшовчилар проценти, шаҳарликларга нисбатан кўпроқ; шундай нисбат рақ касалликларига ҳам тааллуқли. Бу шаҳарда яшовчиларга автомобил ва саноат корхоналаридан чиқувчи газлар ва тутундаги канцероген моддаларнинг таъсири билан боғлиқ.
Яшашнинг моддий даражаси ўта юқори	Франция миллий статистикаси институтининг маълумотларига қараганда квалификацияси паст ишчи оиласида туғилганлар умри 63 йилга тенг, ўқитувчи оиласида — 73. Иқтисоди ривожланган мамлакатларда ўртача умр кўриш — 68—73 йилга, ривожланаётган мамлакатларда — 32—45 йилга тенг бўлган.
Генетик омиллар	Ота — оналари яқин қариндош бўлганларнинг болалари, худди авлоди яқин ҳайвонларни частиштиришдан бўлган авлод каби кам яшайди. Эгизақларда умр кўришнинг фарқи катта эмас. Узоқ яшовчиларда қоннинг 0 гурушаси йўлдошлиқ қилади. Агарда буваси ва бувисининг иккаласи 80 йил яшаган бўлса, узоқ яшашлик 2 йилга узаяди, агарда 4 таси — 4 йилга; агар онаси 90 гача яшаган бўлса 3 йилга, отаси 90 гача — 4,4 йилга, агарда иккаласи ҳам 90 гача — 7,4 йилга узайган.
Иммунологик система функциясининг эффективлиги баланқ	Қон зардобида муайян структурали иммуноглобулинлар миқдори баланқ кишилар ўртасида ўлимнинг камайиши кузатилади.

<p>Тана оғирлиги ҳаёт давомида меъёрида сақланиб турганда</p>	<p>Ортиқча овқат истеъмол қилиш умрни қисқартиради, рақ ва атеросклерознинг кўпайишига олиб келади. Ҳаддан ташқари семиз кишилар ўртача 5–15 йилга кам яшайдилар, озгин кишиларга қараганда. Фақат катта ёшдаги вазн эмас, балки болаликдаги вазн ҳам катта аҳамиятга эга.</p>
<p>Ишдан қониқиш, юқори ҳулқилик, соддадиллик, оилавий аҳвол</p>	<p>95 ёш ва кўпроқ яшаганларнинг хусусиятларидан бири ҳулқ – атворининг мулойимлиги, бахилсизлик, сержаҳл бўлмаслик ва ишдан қаноат ҳосил қилиш. Кунига бир пачка сигарет чекиш умрни 7 йилга, икки пачкани чекиш 12 йилга қисқартиради.</p>
<p>Атеросклероз ривожланиш эҳтимолини камайтирувчи, ҳаттоки 90 ва баланд ёшда, диабет, гипертония ривожланиш эҳтимолини камайтирувчи омиллар:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Таркибида холестерин кам бўлган овқатликлар; 2. Даражаси етарлича бўлган жисмоний ҳаракат; 3. Чекишдан ҳоли бўлиш; 4. Руҳий реакция мувозанатда. 	<p>Бундай ҳулоса турлича ҳаёт кечирувчи кишилар ўртасида касалликнинг такрорланиш тезлиги ҳулосасидан келиб чиқади. Қонида липопротеидлар миқдори нормада бўлган шахслар, унинг миқдори баланд бўлганларга қараганда, 10–15 йил кўпроқ умр кўрадилар.</p>
<p>Узоқ чарчашни олдини олишга ёрдамлашувчи воситалар</p>	<p>«Кексайиш пигментининг» тўпланиши ва РНК миқдорининг камайиши нерв ҳужайрасида фақат касалликда эмас, балки узоқ чарчашда ҳам кузатилади.</p>

ИЛОВАЛАР

12 — жадвал

Эркаклар ва аёлларда бўйи ва ёшига нисбатан тана
вазнининг мўътадил кўрсаткичини аниқлаш (кг ҳисобида)
(М.Н.Егоров ва Л.М.Левитский бўйича)

Бўйи см	20—29 ёш		30—39 ёш		40—49 ёш		50—59 ёш		60—69 ёш	
	Эрк	Аёл	Эрк	Аёл	Эрк	Аёл	Эрк	Аёл	Эрк	Аёл
148	50,8	48,4	55,0	52,3	56,6	54,7	56,0	53,2	53,9	52,2
150	51,3	48,9	56,7	53,9	58,1	56,5	58,0	55,7	57,3	54,8
152	53,1	51,0	58,7	55,0	61,5	59,5	61,1	57,6	60,3	55,9
154	55,3	53,0	61,6	59,1	64,5	62,4	63,8	60,2	61,9	59,0
156	58,5	55,8	64,4	61,5	67,3	66,0	65,8	62,4	63,7	60,9
158	61,2	58,1	67,3	64,1	70,4	67,9	68,0	64,5	67,0	62,4
160	62,9	59,8	69,2	65,8	72,3	69,9	69,7	65,8	68,2	64,6
162	64,6	61,6	71,0	68,5	74,4	72,2	72,7	67,7	69,1	66,5
164	67,3	63,6	73,9	70,8	77,2	74,0	75,6	72,0	72,2	70,0
166	68,8	65,1	74,5	71,8	78,0	76,5	76,3	73,8	74,3	71,5
168	70,8	68,5	76,2	73,7	79,2	78,2	77,9	74,8	76,0	73,3
170	72,7	69,2	77,7	75,8	81,0	79,8	79,6	76,8	76,9	75,0
172	74,1	72,8	79,3	77,0	82,8	81,7	81,1	77,7	78,3	76,3
174	77,5	74,3	80,8	79,0	84,4	83,7	82,5	79,4	79,3	78,0
176	80,8	76,8	83,3	79,9	86,0	84,6	84,1	80,5	81,9	79,1
178	83,0	78,2	85,6	82,4	88,0	86,1	86,5	82,4	82,8	80,9
180	85,1	80,9	88,0	83,9	89,9	88,1	87,5	84,1	84,4	81,6
182	87,2	83,3	90,6	87,7	91,4	89,3	89,5	86,5	85,4	82,9
184	89,1	85,5	92,0	89,4	92,9	90,9	91,6	87,4	88,0	85,8
186	93,1	89,2	95,0	91,0	96,6	92,9	92,8	89,6	89,0	87,3
188	95,8	91,8	97,6	94,4	98,0	95,8	96,0	91,5	91,5	88,8
190	97,1	92,3	99,5	95,6	100,7	97,4	99,4	95,6	94,8	92,9

Эслатма. Астеник турдаги гавда тузилишига эга бўлган шахслар учун жадвалда келтирилган вазн кўрсаткичидан 3—5% олиб ташланади, гиперстениклар учун — 1—2% кўшилади.

Эхокардиографиянинг мўътадил кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар номи	Миқдори
Чап қоринча:	
Чап қоринча охириги диастолик ўлчами	3,5 – 5,6 см
Чап қоринча охириги систолик ўлчами	2,8 – 4,0 см
Отиб чиқариш фракцияси	60 – 80%
Миокард оғирлиги	200 г
Қоринчалараро девор – диастола пайтидаги қалинлиги	0,6 – 1,1 см
Чап қоринча охириги диастолик ҳажми	90 – 140 мл
Систола пайтида бўшлиқ ўлчамининг қисқариш даражаси	25 – 42%
Миокард толаларининг циркуляр қисқариш тезлиги	1,02 – 1,94 с
Ўнг қоринча:	
Бўшлиқ ўлчами	2,6 – 3,0 см
Девор қалинлиги	0,5 – 0,7 см
Чап бўлмача:	
Диастола пайтидаги ўлчами	4,0 см гача
Систола пайтидаги ўлчами	2,0 см гача
Митрал клапани:	
Митрал тешиги майдони	4,0 см кам бўлмаган
Олдинги табақанинг диастолик очилишидаги бошланғич амплитудаси	2,0 см гача
Аорта клапани:	
Клапан табақаларининг систола пайтидаги очилиши	1,6 – 3,6 см

ШАҲАР (МАРКАЗИЙ ТУМАН) ПОЛИКЛИНИКАСИ
ГЕРИАТРИЯ КАБИНЕТИ ВРАЧИ УЧУН ҚЎЛЛАНМА

I. Умумий қисм

Гериатрик кабинетининг врачлари вазифалари амбулатория шароитида кексалар ва қариялар ёшидаги беморларга, шунингдек, меҳнат фаолиятини давом қилдираётган шахсларга малакали даволаш — ташхислаш ёрдами кўрсатишдан иборат бўлади.

Гериатрик кабинет врачлари поликлиника бош врачлари томонидан тайинланади ва вазифасидан озод этилади, бунда мавжуд бўлган ва ҳаракатдаги қонунларга амал қилган ҳолда иш кўрилади.

Гериатрик кабинет врачлари иш вазифаси бўйича бош врачнинг даволаш ишлари бўйича муовинига бўйсунди, унинг йўқлигида бош врачга бўйсунди.

Гериатрик кабинети врачига унда ишлайдиган ўрта тиббиёт ходими бўйсунди.

Меҳнат фаолиятида гериатрик кабинет врачлари «Шаҳар, марказий туман поликлиникаси гериатрия кабинети врачлари учун қўлланма». Соғлиқни сақлаш вазирлигининг соҳа бўйича буйруқлари ва кўрсатмаларига биноан иш кўради.

II. Вазифалари

Гериатрик кабинет врачлари ўз вазифаларини бажариш учун мажбур:

1. Поликлиника маъмурияти томонидан тасдиқланган график асосида амбулатория шароитида гериатрик беморларни қабул қилиш, бунда такрорий мурожаат этувчи беморлар оқими бошқариб борилади.
2. Кексалар ва қарияларда мавжуд бўлган касалликларни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш бўйича тадбирлар ўтказиш.
3. Гериатрик беморларда бир нечта касаллик мавжудлигида асосий касалликни аниқлаш, лозим

- бўлганда тегишли мутахассислар билан маслаҳатлар ўтказиш.
4. Шифохона шароитида даволаш лозим бўлган беморларни ўз вақтида ётқизиш, режали равишда ётқизилганда олдиндан тегишли текширишларни амалга ошириш.
 5. Кексалар ва қариялар организмидаги ўрнини босувчи ва мослашув имкониятларини эътиборга олган ҳолда ташхислаш, даволаш ва профилактик тадбирларни ўтказиш.
 6. Гериатрик беморларда физиологик жараёни мўътадиллаштириш имкониятларини ўрганиш, эрта кексайишнинг олдини олиш усуллари ва воситаларини қўллаш.
 7. Кекса ва қариялик ёшидаги шахслар ўртасида «хавф солувчи гуруҳни» аниқлаш ва тиббий назорат ўрнатиш.
 8. Кекса ва қариялик ёшидаги шахсларда мос келувчи овқатлик режими ва оптимал турмуш тарзини шакллантиришда яқиндан ёрдам кўрсатиш.
 9. Кексалар ва қариялар гуруҳининг оила ва жамиятдаги ўрнини белгилаш тадбирларида фаол иштирок этиш.
 10. Кекса ва қариялик ёшидаги шахсларда қайта тиклашда (тиббий, руҳий, ижтимоий, касб) тадбирларини аниқлашда ва ўтказишда фаол иштирок қилиш.
 11. Ўз фаолиятида деонтология принципларига тўла риоя қилиш.
 12. Бошқа мутахассислик врачларининг гериатрия соҳасида билимларини оширишга йўналтирилган тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш.
 13. Гериатрик муассасалар (интернат – уйлари, пансионатлар, шифохоналар) тиббий ходимлари билан доимий ва узлуксиз алоқада бўлиш.
 14. Геронтология ва гериатрия соҳасида ўз билимларини ошириб бориш, фан ютуқларини амалиётга жорий этиш.
 15. Гериатрик кабинет тиббий ҳамширасининг фаолиятига раҳбарлик қилиш ва назорат олиб бориш, соҳа бўйича билимларини ошириш.
 16. Аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи ва эрта кексайишнинг олдини олиш бўйича профилактик ишларни амалга ошириш.

17. Амбулатор беморларнинг тиббий ҳужжатларини олиб бориш, рецептлар ёзиш, тиббий ҳужжатларнинг тўғри олиб борилишини таъминлаш.

III. Ҳуқуқлари

Врач — гериатр қуйидаги ҳуқуқларга эга:

- поликлиника маъмуриятига аҳолининг кекса ва қариялик ёшидаги гуруҳига даволаш — профилактика хизматини яхшилаш бўйича таклифлар киритиш. Ўзининг ва гериатрик кабинет ҳамширасининг меҳнатини ташкил қилиш ва шароит яратиш масалалари бўйича мурожаат этиш.
- гериатрия масалалари бўйича ўтказиладиган семинарлар, конференциялар ишида иштирок этиш.
- бемор аҳволдан келиб чиққан ҳолда даволаш — профилактика тадбирларини тайинлаш ва бекор қилиш.
- мансаб вазифаларини бажариш учун лозим бўлган маълумотларни олиш.
- гериатрик кабинет тиббий ҳамширасини рағбатлантириш, меҳнат қоидалари бузилган ҳолларда уни интизомий жазога тортиш тўғрисида таклифлар киритиш.

IV. Фаолиятини баҳолаш ва масъулият

Врач — гериатр фаолияти поликлиника бош врачининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари ва жамоат ташкилотлари томонидан квартал, йил давомидаги ишлар ҳажми ва сифатига асосан баҳоланади. Бунда махсус ҳужжатлар талабларининг бажарилиши, меҳнат қоидаларига риоя қилиш, мансаб вазифаларининг бажарилиши эътиборга олинади.

Врач — гериатр сифатсиз иши ва йўл қўйилган ҳатолар, шунингдек, ўз мансаб доирасига, вазифаси ва компетенцияси бўйича фаолсизлик кўрсатганда мавжуд қонунлар бўйича масъулият олиб боради.

ГЕРИАТРИЯ КАБИНЕТИ ТИББИЙ ҲАМШИРАСИ УЧУН ҚЎЛЛАНМА

I. Умумий қисм

Гериатрик кабинет тиббий ҳамширасининг асосий вазифаси врач – гериатр тайинлаган даволаш ва ташхислаш тадбирларини бажариш ва малакали тиббий ёрдам кўрсатишда ёрдамлашиш.

Гериатрик кабинет тиббий ҳамшираси поликлиника бош врач томонидан ҳаракатдаги қонунларга асосан тайинланади ва вазифасидан озод этилади.

Гериатрик кабинет ҳамшираси врач – гериатрга бевосита бўйсунди ва унинг раҳбарлигида иш олиб боради.

Ўз фаолиятида гериатрик кабинет тиббий ҳамшираси «Шаҳар, марказий туман поликлиникаси гериатрик кабинети тўғрисидаги низом», «Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ушбу соҳа бўйича буйруқлари» ва ушбу қўлланмага асосланиб иш юритади.

II. Вазифалари

Гериатрик кабинет тиббий ҳамшираси ўз вазифаларини бажариш учун мажбур:

1. Врач – гериатр қабулидан олдин иш жойини тайёрлаш, лозим бўлган тиббий ҳужжатларнинг мавжудлигини назорат қилиш, жиҳозлар ва асбоб – ускуналарнинг ишчи ҳолатини текшириш.
2. Беморларнинг врач қабулига ўзини ўзи рўйхатдан ўтказиш варақаларини тайёрлаш ва қайд қилиш хонасига ўтказиш.
3. Врач қабулидан олдин карталар сақланиш хонасидан беморларнинг амбулатор картасини олиб келиш ва тайёрлаш.
4. Лаборатор ва аппаратлар текшируви натижаларини ўз вақтида олиш ва амбулатор карталарига ёпиштириш.

5. Тиббий ҳужжатлар бошқа мутахассисларга ўтказилганда бу тўғрида рўйхатга олиш хонасига маълум қилиш.
6. Врач қабулига кирувчи беморларга, лозим бўлганда ёрдам кўрсатиш.
7. Беморларга лаборатор текширишларга тайёрланиш тартиби ва усуллари тўғрисида тушунтириш.
8. Санитария – оқартув ишлари ўтказишда фаол қатнашиш.
9. Тегишли адабиётларни ўқиш, семинар ва конференцияларда қатнашиб орқали ўз билимларини ошира бориш.
10. Врач назорати остида тиббий ҳужжатларни тўлдириш.

Гериатрик кабинет тиббий ҳамшираси булардан ташқари қуйидагиларни билиши ва бажариши лозим:

- кекса ва қариялар ёшидаги шахсларнинг психологияси ва ўзига хос хусусиятлари;
- гериатрик беморларда касаллик, оилавий, ижтимоий, психиатрик анамнез йиғи билиш;
- кекса ва қариялар ёшидаги шахслар ишончига кира билиш, ишда ва сўзида уларга нисбатан ғамхўрлик ва эътибор кўрсата билиш;
- кекса ва қариялар ёшидаги беморларни тинглай билиш;
- ушбу гуруҳдаги беморлар билан суҳбат ўтказа билиш;
- даволаш ва реабилитация жараёнида сабр ва матонатга эга бўлиш;
- этика ва деонтология принципларига тўла риоя қилиш.

III. Ҳуқуқлари

Гериатрик кабинет тиббий ҳамшираси қуйидаги ҳуқуқларга эга:

- ўз мансаб вазифаларини сифатли бажарилишини таъминлаш бўйича поликлиника маъмуриятидан иш жойида тегишли шароит яратишни талаб қилиш;
- гериатрик кабинет фаолиятини кўришда мажлисларда қатнашиш;

- ўз вазифаларини бажариш учун лозим бўлган маълумотларни врач—гериатр ва поликлиника бош ҳамширасидан сўраб олиш;
- врач қабулида бўлувчилардан поликлиника ички қоидаларига риоя этишларини талаб қилиш;
- бошқа мутахассисликлар бўйича билимларини ошириш;
- кичик тиббий ходимлар ишини назорат қилиш ва уларга кўргазмалар бериш;
- иш жойларида, малака ошириш курсларида ўрнатилган тартибда ўз малакасини ошириш.

IV. Фаолиятини баҳолаш ва масъулият

Гериатрик кабинет тиббий ҳамширасининг иш фаолияти врач—гериатр ва поликлиника бош ҳамшираси, жамоат ташкилотлари томонидан у бажарган ишни ҳисобга олиш, меҳнат қоидаларига риоя қилиш, ахлоқ—этика нормаларига риоя қилиш, ижтимоий фаоллиги асосида баҳоланади.

Гериатрик кабинет тиббий ҳамшираси ушбу қўлланманинг барча моддалари бўйича ноаниқ ва ўз вақтида бажармагани учун жавобгарлик олиб боради. Шахсий жавобгарлик турлари меҳнат қонунларига биноан аниқланади.

АСОСИЙ АДАБИЁТЛАР.

1. Абу Али Ибн Сино. Тиб қонунлари. Т. 1996, т 1, 43 – 47, 368 – 371 б.
2. Адибаева Ж.О., Товмасян К.А. Особенности течения ревматических пороков сердца у людей пожилого и старческого возраста. В кн. Тез. III Конгресса ассоциации кардиологов стран Центральной Азии. Т.1997.с.135.
3. Апилуев И.Г., Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Боли в области сердца. М.Мед. 1985.
4. Аляви А.Л., Никитин Н.П., Голоскокова В.Ю. Влияние моносапа на систолическую функцию сердца и состояние периферического кровообращения у больных сердечной недостаточностью. В кн. Тез. III Конгресса ассоциации кардиологов стран Центральной Азии. Т.1997.
5. Беззубик В.Г., Козырева С.А. Инфаркты миокарда у лиц старше 70 лет. Кардиология. 1970. №3. с.142-144.
6. Бобер С., Домбровская Б., Домбровский А. Практическая электрокардиография. Варшава, 1974.
7. Боголюбов В.М. Ички касалликлар. Т. «Медицина», 1985.
8. Бондаренко Б.Б. Гломерулонефрит в пожилом и старческом возрасте. В кн. II Всесоюзный съезда нефрологов. Баку.1980.с.90.
9. Борисов И.А., Голованова О.Е., Сура В.В. Почечная недостаточность в пожилом и старческом возрасте. Там же с.157.
10. Бутенко Г.М., Зайченко А.П. Значение возрастных изменений иммунитета для развития патологии старости. В кн. Тез. XVIII Всесоюзного съезда терапевтов. М.,1981, ч.1, с.20.
11. Василенко В.Х., Фельдман С.Б., Могилевский Э.Б. Пороки сердца. Т.Мед. 1983. с. 120-128.
12. Василенко В.Х., Фельдман С.Б., Хитров Н.К. Миокардиодистрофия. М. Мед, 1989, с.127-134.
13. Виленчик М.М. Биологические основы старения и долголетия. М. «Знание». 1976.
14. Воробьев А.И., Шишкова Т.В. Кардиальгии. М.М. 1973.
15. Галкин В.А. Внутренние болезни. М. «Медицина», 1976.
16. Гарб П. Долгожители. М.П.Прогресс, 1986. с.15-55.
17. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Стенокардия. М. Мед. 1987. с.73-136.
18. Гасилин В.С. Хронические формы ишемической болезни сердца. М. Мед. 1976.

19. Генес С.Г. Сахарный диабет. 5-е изд. М.1963.с.7-25.
20. Глезер Г.А. Артериальная гипертония. М. 1973.с.24-34.
21. Гогин Е.Е. Тер. архив. 1990. №4.с.24-34.
22. Демидов В.И., Пытель Ю.А. Амосов А.В. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М.Мед. 1989, с.5-9.
23. Дошцин В.Л. Практическая электрокардиография. М. «Медицина», 1987.
24. Жабаров О.О., Аляви А.Л., Садыкова Д.Р., Голоскокова В.Ю. Эффекты ингибиторов АПФ на центральную гемодинамику в ранние сроки инфаркта миокарда, осложненного с сердечной недостаточностью. В кн. Тез. IV съезда кардиологов Узбекистана, 2000. с.36.
25. JAMA, 1993, №4, с.13-22.
26. Жуковская Н.А., Виноградова М.А., Модестова Е.В., и др. Дисбактериоз у больных с некоторыми заболеваниями кишечника и влияние мексаформа и мексазы на фекальную микрофлору. Сб. трудов актуальные вопросы гастроэнтерологии. М.1973, с.381
27. Жўраев Э., Хўжаева Д., Набиев М., Мирзаева М. Шифобахш гиёҳшарбатлар. Т.1992.
28. Здоровье и окружающая среда. Под. ред. акад. Г.И Сидоренко. М.1979, с.25-52.
29. Ильинский Б.В., Астраханцева С.П. Электрокардиограмма при острых нарушениях мозгового кровообращения. Т, Мед, 1971, с.182-183.
30. Истаманова Т.С. Сердце и эндокринная система. Л.Мед, 1975, с.58.
31. Қурбанов Р.Д., Султонов Р.Т. Кардиологик беморларга терапевтик ёрдамни ташкил қилишнинг турлари. Т, 1998, 24—б.
32. Курбанов Р.Д. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в кардиологической практике. Т, 2000, с.2-60.
33. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь. М.Мед, 1977.
34. Кузнецова Г.Г. Нарушение микробного ценоза кишечника у больных с ахлоргидрией. Сб.тр. Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М.,1973, с.395.
35. Клиническая гастроэнтерология. Под ред. Проф. Г.И.Бурчинского. Киев, «Здоров'я», 1979.
36. Ладынина Е.А, Морозова Р.С. Фитотерапия. Л. Мед, 1987, с. 5-11.

37. Лешинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. М.1989, с.29-150.
38. Мазовецкий А.Г., Великов В.К. Сахарный диабет. М.Мед, 1987.
39. Макольников В.И. Приобретенные пороки сердца. М.Мед, 1977.
40. Михайлов А.А., Литвинцев В.П. и др. Инфаркт миокарда у лиц старше 70 лет. В кн. Сов. кардиология, в.8,с.151.
41. Молдоташев И.К., Эрматов Ж.А. и др. Капотен у больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях жаркого климата Центральной Азии. Центральнo-азиатский мед. журнал, т.1, №2, с.49-55.
42. Молдоташев И.К. Особенности фармакотерапии хронической сердечной недостаточности в климатических условиях Средней Азии и Казахстана. В кн. Тез. IV съезда кардиологов Узбекистана. 2000. с.56.
43. Морозов К.А., Слупский Н.Н., Шакина Н.А. и др. Механизм развития недостаточности кровообращения у больных ИБС пожилого и старческого возраста и принципы возрастной терапии. В кн. Тез. XIX Всесоюзного съезда терапевтов. М.1987, р. 4, с.157-158.
44. Мухарьямов Н.М. Лечение хронического легочного сердца. Кардиология, 1974, т. XIV, №9, с.141-153.
45. Мухин Н.А., Тареева И.Е. Диагностика и лечение болезней почек. М.Мед, 1985, с.43.
46. Набиев М., Шальнев В., Иброхимов С. Шифобахш неъматлар. Т. 1989, 166-178 б.
47. Нагорный А.В., Никитин В.Н., Буланкин Л.Н. Проблема старения и долголетия. М.Медгиз., 1963, с.450.
48. Палеев Н.Р., Царькова Л.Н., Борохов А.И. Хронические неспецифические заболевания легких М.Мед, 1985.
49. Персиц Б.П., Кузнецова Г.Г. Клинико-бактериологические параллели при хронических запорах. Сб. тр. Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М. 1973, с.425.
50. Планирование и организация гериатрических служб. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева, 1977.
51. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Неотложная урология. М.Мед, 1985.
52. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М.Мед, 1979.
53. Руда М.Я., Зыско А.П. Инфаркт миокарда М.Мед, 1977.
54. Руководство по кардиологии. Под. ред. акад. Е.И. Чазова, М.Мед, 1982, т.4, с.457-458.

55. Русанов А.А. Рак желудка. Л., «Медицина», 1979.
56. Руководство по эндокринологии. Под.ред. Алешина Б.В., Генеса С.Г., Вогралика В.Г. М.Мед, 1973, с.316.
57. Сильвестров В.П., Федотов П.И. Пневмония М.Мед, 1987, с.155-164.
58. Справочник по физиотерапии. Под. ред. проф. А.Н. Обросова. М.Мед, 1976.
59. Талабов Э. Абу Али Ибн Синонинг соғлиқни сақлашга доир рисоалари. Т.1978.
60. Фармакотерапия инфаркта миокарда. Под. ред. акад. К.Ю. Юлдашева. Т. 1995.
61. Франкфурт А.А. Клиническая медицина. 1990, №6, с.138-141.
62. Федосеев Г.Б., Убайдуллаев А.М. Ранняя диагностика и первичная профилактика бронхиальной астмы. Т.Мед, 1989, с.10-13.
63. Фролькис В.В. Старение и биологические возможности организма. М. «Наука», 1975.
64. Файнштейн Ф.Э., Козинец Г.И., Бахрамов С.М., Хохлова М.П. Болезни системы крови. Т.Мед, 1980, с.324-349.
65. Физические факторы в комплексном лечении и профилактике внутренних и нервных болезней. Под. ред. проф. А.Н. Обросова М.Мед. 1971.
66. Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1988, с.49-58.
67. Чеботарев Д.Ф. Гериатрия в клинике внутренних болезней. Киев, «Здоров'я», 1977.
68. Чеботарев Д.Ф. Условия жизни и пожилой человек. М.Мед, 1978.
69. Чеботарев Д.Ф. Руководство по гериатрии М.Мед, 1982.
70. Шуцяну Шт., Виктория Ионеску-Блажа, Моангэ М. Клиника и лечение ревматических заболеваний. Бухарест, Мед, изд-во 1983, с.512-529.
71. Шхвацабая И.К. Деонтология в работе терапевта. В кн. Деонтология в медицине. Под.ред.акад. Б.В.Петровского. М.Мед, 1988, т.2, с.38-64.
72. Эндокринно-обменная диагностика. 2-е изд. Под. ред. проф. И. Пенчева. София, 1964, с.222-223, 305.
73. Юлдашев К.Ю., Жигницкая А.Е. Клинические лекции по ишемической болезни сердца Т.Мед, 1987.
74. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. М.Мед, 1984, с.88-187.
75. Юлдашев К.Ю. и др. Фармакотерапия инфаркта миокарда. Т, 1995.

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
Кириш	5
УМУМИЙ ҚИСМ	11
I – боб. Кексайиш	11
II – боб. Умумий парвариш	21
III – боб. Реабилитация	27
IV – боб. Гериатрик беморларда даволашнинг хусусиятлари	30
Фармакологик даволаш принциплари	30
Физиотерапия	35
Фитотерапия	37
V – боб. Гериатрик ёрдамни ташкил қилишнинг умумий масалалари	42
VI – боб. Беморларни текшириш усуллари	51
VII – боб. Врач, ҳамшира ва бемор муносабатлари	60
 МАХСУС ҚИСМ	
VIII – боб. Қон айланиш системаси касалликлари	66
IX – боб. Нафас аъзолари касалликлари	115
X – боб. Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари	130
XI – боб. Модда алмашинуви касалликлари	156
XII – боб. Камқонлик	166
XIII – боб. Буйрак касалликлари	173
XIV – боб. Урологик касалликлар	185
XV – боб. Умуртқа поғонасининг дистрофик – дегенератив касалликлари	188
XVI – боб. Мақсадга мувофиқ овқатланиш ва кексалар саломатлиги	198
XVII – боб. Оптимал турмуш тарзи ва умрнинг давомлиги	207
ИЛОВАЛАР	215
Намуналар. Шаҳар (Марказий туман) поликlinikаси гериатрия кабинети врачлари учун мансаб қўлланмаси	217
Гериатрия кабинети тиббий ҳамширасининг мансаб қўлланмаси	220
Асосий адабиётлар	223

Ҳомийлар: *Хоразм вилояти, Боғот тумани, Боғот ширкат хўжалиги бошқаруви раиси, Ўзбекистон қаҳрамони Машарип Қувоқов, Олижаноб ва фидойӣ инсонлар Собиржон Гулимов, Шоназар Юсупов, Арслон ўшши Исмоил ўғли, Григорий Аванесов, Анварбек Худайберга— новларга ўз миннатдорчилигимизни билдирамиз.*

БОРИС ЮЛДАШЕВ

На узбекском языке

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРИАТРИЯ

(Учебное пособие)

Муҳаррирлар: Б.Р.Файзуллаев, И.Олаберганов

Техник муҳаррир: Г.Артикбаева

Теришга берилди 06.01.2002 й. Босишга рухсат этилди 18.03.2002 й.

Бичими 60x84 1/16. Босма табағи 14,2. Нусхаси 500.

Буюртма № 5 — Т. Баҳоси келишилган нарҳда.

«Хоразм» нашриёти.

Урганч шаҳри, Анна Герман кўчаси, 16 — уй.

Хоразм Маъмун Академияси кичик нашриёти

босмахонасида босилди.

Хива шаҳри, Марказ — 1.

