

Ўзбекистон республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги

Андижон давлат тиббиёт институти

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг

илмий техник кенгаши раиси

_____ Ш.К.Атаджанов

«_____» _____

**Суюнов Дилмурод Мўминович., Мадазимов Мадамин Мўминович.,
Мамасалиев Неъматжон Солиевич.**

**БИЛИАР ПАНКРЕАТИТ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ
ГЕРОНТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

Монография

Андижон – 2025

Аннотация

Монографияда билиар панкреатитни геронт аҳоли популяциясида эпидемиологияси касалликка олиб келувчи хатар омиллари, алкоголь истемол қилиш даражаси, кашандалик, номувозалантирилган озуқаланиш рацион, озикланиш режимини бузилиши, ортиқча тана вазни, стресс ҳолатлари, гиподинамия, дислипидемия, мева ва сабзавотларни меъёрдан кам истеъмол қилиш, ўт йўллари касалликлари, дорилар суъистемоли ва бошқа омилларни таъсири ёритилган. Геронтологик аҳоли популяциясида билиар панкреатитни клиник кечиши ва лаборатор кўрсаткичлардаги ўзига хос жихатлари ёритилган. Бундан ташқари билиар панкреатитни профилактикасини алгоритми тавсия этилган.

Аннотация

В монографии описана эпидемиология билиарного панкреатита в популяции геронтологов, изучены факторы риска заболевания, степень алкогольного опьянения, кашель, нормализованный рацион, нарушения режима сна и бодрствования, избыточный вес, стрессовые состояния, гиподинамия, дислипидемия, менингит. сабзавоттам приписывают создание каменных изваяний, изображающих жертвоприношения, жертвоприношения богов и богинь. В геронтологической популяции панкреатита билиарный панкреатит изучается в клинических и лабораторных исследованиях. Кроме того, предложены алгоритмы профилактики панкреатита.

Annotation

The monograph describes the epidemiology of biliary pancreatitis in the population of gerontologists, examines the risk factors of the disease, the degree of alcohol intoxication, cough, normalized diet, sleep and wakefulness disorders, overweight, stress conditions, physical inactivity, dyslipidemia, meningitis. Sabzavottam is credited with creating stone sculptures depicting sacrifices, sacrifices of gods and goddesses. In the gerontological population of pancreatitis, biliary pancreatitis is studied in clinical and laboratory studies. In addition, algorithms for the prevention of pancreatitis have been proposed.

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМА ВА БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ.....	5
КИРИШ	7
I БОБ. БИЛИАР ПАНКРЕАТИТ МИСОЛИДА ПРЕВЕНТИВ ПАНКРЕАТОЛОГИЯНИНГ ГЕРОНТОЛОГИК ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ).....	8
§1.1. Билиар панкреатитнинг скрининг профилактикасининг геронтологик долзарб масалалари	8
§1.2. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида асосий хавф омилларнинг эпидемиологик хусусиятлари	14
§1.3. Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатит муаммоларини баргараф этишнинг истиқболли предиктив, превентив ва партисинатив йўллари	21
II БОБ. ГЕРОНТОЛОГИК ЁШДАГИ УЮШМАГАН АҲОЛИ ОРАСИДА БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	28
§3.1. Водийнинг геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳолисида билиар панкреатитнинг гендерли эпидемиологик хусусиятлари	28
§3.2. Водийнинг геронтологик ёшдаги уюшмаган қишлоқ ва шаҳар аҳолисида билиар панкреатитнинг эпидемиологик хусусиятлари.....	30
§3.3. Геронтологик ёшдаги аҳоли маълумотлигига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитни эпидемиологик хусусиятлари	32
III БОБ. ГЕРОНТОЛОГИК ЁШДАГИ АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ (ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИ, ДИСЛИПИДЕМИЯ, АГ) ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	35
§4.1. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида метаболик синдром компонентларининг (ортиқча тана вазни, дислипидемия, артериал гипертензия) эпидемиологик хусусиятлари.....	35
§4.2. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида умумий бош хавф омилларининг эпидемиологик хусусиятлари	45

§4.3. Алиментар хавф омилларини геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиш частотасининг эпидемиологик хусусиятлари	51
§4.4. Липоматоз ва ишқорий фосфотазанинг билиар панкреатитнинг хавф омили сифатида эпидемиологик хусусиятлари	58
V БОБ. БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНинг ГЕРОНТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	63
§5.1. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида билиар панкреатитнинг клиник кечиши водийнинг Фарғона шароитига хос хусусиятлари	63
§5.2. Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасининг алгоритми (водийнинг Фарғона шаҳри мисолида).....	70
ХОТИМА.....	76
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	85

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМА ВА БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ

АБ	—	артериал босим
АГ	—	артериал гипертония
АЛТ	—	аланинаминотрансфераза
АСТ	—	аспаптатаминотрансераза
БП	—	билиар панкреатит
ГЁА	—	геронтологик ёшли аҳоли
ГТТ	—	гипертриглицеридемия
ДАБ	—	диастолик АБ
ЖССТ	—	Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ОТВ	—	ортиқча тана вазни
ОИТК	—	ошқозон ичак тракти касалликлари
ООБ	—	ошқозон ости беzi
OR	—	Odds-ratio (имкониятлар/шанслар нисбати)
САБ	—	систолик АБ
КТ	—	компютер томография
ҚД	—	қандли диабет
ЎПН	—	ўткир панкреонекроз
ЎБП	—	ўткир билиар панкреатит
УТТ	—	ультратовуш текшируви
ИФ	—	ишқорий фосфатаза
МСКИ	—	мава сабзавотларни кам истеъмоли
ЮБСК	—	юқумли бўлмаган сурункали касалликлар
ЮКК	—	юррак-қон томир касалликлари
ТГ	—	триглицеридлар
ТЯС	—	тизимли яллиғланиш синдроми
ХО	—	хавф омиллари
ХС	—	холестерин
ЭКГ	—	электрокардиография

ЭхоКГ	–	эхокардиография
ЭЧТ	–	эритроцитларни чўкиш тезлиги
ФЭГДС	–	фиброэзофагогастроскопия
х	–	тафовутланишнинг ишончлилиги $<0,05$
хх	–	тафовутланишнинг ишончлилиги $<0,01$
ххх	–	тафовутланишнинг ишончлилиги $<0,001$

КИРИШ

Жаҳон миқёсидаги тадқиқотларда панкреатитнинг келиб чиқишида 40% дан ортиқ ҳолатларда ўт йўллариининг патологияларининг роли кўрсатилган. Бундай вазиятда панкреатит қуйидагилар асосида ривожланади: ўт пуфагининг жойлашуви ва шаклининг нуқсонларида, панкреатик йўлнинг ва холедох дистал ҳудудлари торайиши ва кисталарида, Одди сфинктери стенозида (52%), сурункали холециститларда (42%), ўт тош касаллигида ёки холецистэктомия оқибатида (6%) (Цуман И.Г., ва бошқ., 2001). Панкреатитлар 25% гача болаларда ҳазм аъзолари касалликлари сабабли келиб чиқади (Moriville V.D. ва бошқ., 2010; Корниенко Е.А. ва бошқ., 2010). Болаларда учраш частотаси йилига ҳар 100 000 тага 3,6-13,2 тадан тўғри келади (Abu-Et-Hadija Metel., 2017). Болалардаги хирургик касалликлар сабаб ўткир панкреатит 0,4-1% гача келиб чиқади (Czybowska-Cherobowczyk U. et al., 2018).

Дунёнинг ривожланган давлатларида турли популяцияларда билиар панкреатитга ва панкреатитлар ташхисоти ҳамда асоратларига бағишланган илмий кузатувлар олиб борилмоқда (Прудков М.И., 2013; Багненко С.Ф., Благовестном Д.А. ва бошқ., 2014; Джалолов А.С., Асронов Ш.Я, Ёкубов Х.Ш., 2022).

Ўзбекистонда хусусан Фарғона водийсида, билиар панкреатитнинг эпидемиологиясига ва профилактикасига бағишланган ишлар олиб борилмаган. Бундан ташқари, ўткир панкреатит келиб чиқишига бевосита алоқадор хавф омилларининг аҳоли орасида ортиб бораётганлиги кейинги йиллардаги тадқиқотларда ҳам кенг муҳокама қилинмоқда. Ҳозирги кунгача олинган эпидемиологик маълумотлар турли популяцияларда, кўпайиб бораётганлигини тасдиқлаган: семизлик 30,8%, кашандалик-14,2%, гиперхолестеринемия-56,3%, гипергликемия-4,1%-9,1%, тузни ортиқча истеъмол қилиш - 47,1%, сабзавот ва меваларни меъёридан кам қабул қилиш-36,2%, гипергомоцистеинемия-5%, (Kim S.S. et al., 2018; Poerecke M. et al. 2018; Друк И.В. ва бошқ., 2019).

I БОБ. ПРЕВЕНТИВ ПАНКРЕАТОЛОГИЯНИНГ ГЕРОНТОЛОГИК МАСАЛАЛАРИ

§1.1. Билиар панкреатитнинг скрининг профилактикасининг геронтологик долзарб масалалари

Ўткир (билиар) панкреатитда турли генезли ва даражали бўлишидан катъий назар, хужайравий технологияларни қўллаш соҳасида, айниқса Ўзбекистонда ҳам катта ютуқларга эришилган. Мезенхимал ўзак хужайраларни қўллаш истиқболли ва инновацион даволаш усули сифатида даволаш жараёнига жорий қилинган. Жуда кўп тадқиқотларда бу усулда даволашнинг имкониятлари ҳамда истиқболлари (билиар) панкреатит ва панкреонекрозда тасдиқланган [38; 55-66-б., 107; 13-19-б., 115; 698-710-б.]. Ватандош олимларимизнинг хужайравий технологияларни панкреатологияга олиб киришда ва уни ривожлантиришда карвонбошилиқ қилганлигини ҳам таъкидлаб ўтиш жоиз бўлади [3; 9-10-б.].

Аммо билиар (ўткир) панкреатит муаммосининг тўлиқ ҳал этилмаганлигини эътироф қилиш керак бўлади. Илмий йўналишларни бошқа жабҳаларга, мисол учун, превентив-профилактик панкреатология томонга ривожлантириш лозимлиги тадқиқотчилар томонидан тилга олинади. Хусусан, билиар панкреатитлар мавзусида, мавжуд тадқиқотларнинг кўрсатишича мана шундай мазмундаги ишларни жуда камлиги маълум бўлади. Бизнинг илмий манбаларимиздан келиб чиқиб қилинган мушоҳадамиз бўйича, қўшимча эпидемиологик тадқиқотларни, амалга ошириш зарурати пайдо бўлган. Билиар (ўткир) панкреатитга нисбатан “агрессив эпидемиологик таранг шароит” ни шундай йўл билан кузатиш ўта муҳим ва назорат қилиш даркор, чунки у ушбу вазиятни ҳар қандай популяцияда ва жумладан, геронтологик ёшда ҳам тўлиқ юмшатиш, тўхтатиш ва бошқариш назорат қилиш потенциалига эга бўлади [6; 46-47-б., 10; 14-19-б., 32; 41-б.].

Эпидемиологик тадқиқотларни ушбу йўналишда амалга ошириш асосли ва долзарб бўлиб ҳисобланади. Жарроҳлик йўли билан даволаш хавфларининг

юқори бўлиб сақланиб келаётганлиги ҳам “илмий ва амалий нигоҳи”, панкреатит муаммоларини ҳал қилишда, эпидемиология томон кучайтириш лозимлигини англатади: 1) Ошқозон ости беzi (ООБ) операциясидан кейин оғир асоратлардан бири сифатида қон кетиш ҳисобланади; 2) ООБда ўтказилган резекцияли операциядан кейин 5 йил давомида миждлар орасида ўлим 11-38% гача частоталарда тасдиқланади [45; 391-398-б., 60; 441-448-б., 67; 1055-1062-б., 118; 464-475-б., 124; 269-280-б.]. ООБ нинг нафақат яллиғланишли балки бошқа табиатли касалликлари ҳам асосан кечикиб оғирлашган босқичларда аниқланади ва юқорида тилга олиниб ўтилган хирургик даволаш натижалари кўпинча иждбий бўлмайди. Ўткир панкреатит оғир асоратлар бериб бемор ҳаёти учун таҳдид солади, кўпинча бундай хавф панкреонекроз туфайли (кечкиб ташҳис қўйиш, хавф омилларининг эрта аниқланмаслиги ва коррекция қилинмаслиги бўлиб аксарият ҳолатларда ривожланади) юзага келади.

Ризаев К.С, Шукуров Б.И. ва Саттаров Б.С. (2022) томонидан тақдим этилган натижалар бўйича ўткир панкреатит билан миждларнинг 20%ида панкреонекроз ташҳисланади ва ўлим кўрсаткичининг (панкреонекрознинг инфицирланиши 70% гача ривожланиш ҳисобига) 20-30% гача ортишига олиб келади [36; 66-70-б.].

АҚШ да эълон қилинган маълумотларга кўра ўткир панкреатит билан ҳар йили 2770 та ўлим содир бўлади [108]. Бундан ташқари Petrov M.S. et al (2010) ва Xiao A.V. et al. (2016) каби тадқиқотчиларнинг асосли ва ишончли ҳисоб китобларига кўра, ўткир панкреатит катта иқтисодий талофатларга ҳам олиб келади; киши бошига шифохона шароитида даволаниш харажати 30 000 АҚШ долларига тўғри келади. Тиббий талофатларни ўсмирлардан тортиб геронтологик аҳолигача деярли бирдай юқори даражада бўлиши ҳам сўзсиз илмий ва амалий тиббиёт учун муаммоли мавзунини туғдиради [96; 176-182-б., 122; 45-55-б.].

Capp. J. et al (2019), Wadhwa V. et al. (2017) ва Petrov M.S. et al. (2010) тадқиқотларида ўткир панкреатитда ўлим 1%ни ташкил қилади, асоратланиб

оғир ўтишида эса (панкреонекроз билан, полиорганли етишмовчилик билан, ёки бошқа асоратлар билан кечганда) бу кўрсаткич 40% гача аниқланиш частотаси билан қайд этилади ёки ўлим суръати 40 бараварга ошади [68; 548-554-б., 116; 410-415-б., 95; 813-820-б.].

Бу натижалар, юқорида кўпчилик тадқиқотчилар томонидан келтирилган хулосаларни яна бир маротаба тасдиқлайди; Ўткир (билиар) панкреатит муаммосини “эпидемиологик хавфсизликни” таъминлаш орқали ечими маъқулроқ, арзонроқ, истикболлироқ ва самарали ҳамда хавфсиз бўлади. Гафаров ва ҳаммуал. (2023) 584 та ОИТВ –позитив беморларда ўткир панкреатитнинг этиологик структурасини ўрганишган ва таҳлил қилинган. Маълум бўлишича, ушбу беморлар популяциясида хавф омиллари сифатида- алиментар омил (31,7%), билиар панкреатитлар ва гипертензия (16,5%), дорили омиллар (11,4%), юқумли алиментар (24,1%), ўт тош касаллиги (36,0%) тасдиқланган.

Тасдиқланганки, меъёрий иммун ҳолати билан аҳолида хавф омиллари орасида, ўткир панкреатит ривожланиши учун, дори препаратлари, иммун танқислиги билан аҳолида эса-цитомегаловирус, сил ва ОИТВ каби юқумли сабаблар етакчилик қилган [12; 20-б.]. Демак, ўткир панкреатитнинг этиологик таркиби ОИТВ-позитив аҳоли ўртасида тўғридан тўғри боғлиқ бўлган деб хулоса чиқариш мумкин.

Ф.А. Хаджибаев ва ҳаммуал. (2020), Van Dijk S.M. et al. (2017), Comatos I.P. et.al. (2016) каби тадқиқотчиларининг берган маълумотлари ҳам ўрганилаётган мавзу бўйича ишончлилиги ва исботлилиги билан, қизиқиш уйғотади. Улар томонидан қуйидаги натижалар олинган

1) барча ўткир панкреатитнинг 25%нинг ўлим билан якунланувчи ўрта оғир ёки оғир турлари, яъни ҳар тўртинчи беморда тасдиқланади;

2) ўткир панкреатитнинг асорати бўлиб, беморларининг 30% дан 70%игача панкреонекрознинг инфицирланиши келиб чиқади ёки ташхисланади;

3) инфицирланган панкреонекроз ўлим даражасини яна 20-30% кўшилиб ортишига олиб келади ва бу ҳолатлар очик панкреатотомия каминвазив панкреонекрэктомия эндоскопик трансгастрал некрэктомия ва тери орқали эндоскопик панкреэктомия каби мураккаб ва хавфсизлиги кафолатланмаган жарроҳлик усулида даволашни қўллашни талаб этади.

Шу билан бирга қайд қилиш жоизки ўткир панкреатитнинг жарроҳлик усулини қўлламасдан консерватив инфузион даволашнинг самарали даволаш мумкин бўлган тури, оғир ва ўртача оғир турларига нисбатан уч бараварга кўп учрайди. Масалан: Raraty M.C.T, Connor S. et al. (2004) томонидан келтирилган натижаларга кўра панкреатитнинг бундай турда кечиши аҳоли орасида 75% аниқланиш частотаси билан кузатилади.

Шулардан келиб чиқиб ҳозирги пайитда ушбу даҳшатли жарроҳлик касаллигини даволаш учун трансмурал ва тери орқали эндоскопик панкреэктомия (панкреонекрозда) каби даволаш усуллари жуда фаол клиник амалиётга киритилмоқда ва такомиллаштирилмоқда. Шу йўналишда кўплаб тадқиқотларнинг натижалари нашр қилинган ва қилинмоқда. Булардан наф, сўзсиз, катта ва буни инкор қилиб бўлмайди. Лекин улар камчиликлардан (қийин назорат қилинувчи қон кетиш, персистирланувчи панкреатик оқма яранинг келиб чиқиши, панкреэктомия учун махсус эндоскопларнинг йўқлиги, нурланиш хавфининг мавжудлиги ва бошқ. холи эмас. Шунинг учун янги технологиялар, энг аввало превентив йўналишдаги ва мазмундаги топилмаларни излаб фанга ҳамда бевосита қўлланишга жорий қилиш зарурати сўзсиз вужудга келган. Айнан шундай превентив панкреатик тизимнинг яратилиши бизнинг одатий таҳлиллардан келиб чиққан башоратимиз бўйича ўткир панкреатитни энг камида 75% га камайтиради ва хавфли асоратларни 20-25% бартараф этиш имкониятини беради.

Хаджибаев А.М, Уразметова М.Д ва бошқ. (2022) фундаментал тадқиқотда хужайра ости даражасида ўткир панкреатитнинг патогенетик аспектларини ўрганишган. Бизнинг наздимизда ушбу натижалар нафақат фундаментал ёки клиник аҳамият касб этади, балки панкреатитлар

муаммоларини молекуляр-генетик эпидемиология нуқтаи назар ўрганиш ва ечиб бериш йўллари кўрсатган. Бу истикболли илмий йўналиш бўлиб ҳисобланади.

Ўткир панкреатитнинг патогенези асосини хужайра ости даражасида муҳим тузилмаларнинг дисфункцияси ва бунинг оқибатида келиб чиқадиган иммунологик яллиғланишлар реакцияларининг тўплами ётиши муаллифлар томонидан исботини топмаган. Ўткир панкреатитнинг бошланғич босқичида лейкоцитларнинг ўта юқори фаоллашуви ва кейин яллиғланиш медиаторларини ажралиб чиқиши кузатилади. Бу кўп аъзоли шикастланишни келиб чиқиши учун асос бўлиб хизмат қилади.

Галлямов Э.А, Агапов М.А ва бошқ. (2020) ўткир панкреатитнинг келиб чиқишини ошқозон ости безининг бир гуруҳ касалликлари билан боғлиқ деб кўрсатишади ва бу ерда касаллик профилактикасининг “калитли нуқталари” бизнинг талқинимизда, кўзга тушади: 1) ушбу касалликларга асосан қандли диабет киритилади ва бундай беморлар ўткир панкреатит келиб чиқишининг юқори хавфини туғдиради. Диабетнинг ўзи эса ошқозон ости безининг экзокрин ва эндокрин ҳудудларини шикастлаб панкреатит ва ошқозон остининг ўсмасининг хавф омили хавфини туғдиради. Тадқиқотларнинг аксарият берган маълумотларига қараганда бир хил тенденция сезилади: сўнгги йилларда ўткир панкреатит ва унинг оғир шакллари шубҳасиз кўпая бошлаган.

Petrov M.S ва ҳаммуал. (2019) берган шарҳли мақоласида ўткир панкреатит билан касалланишнинг барча мамлакатларда ўсганлиги (ҳар 1000 кишига 4,9 тадан 73,4 тагача) кўрсатилган.

Галлямов Э.А ва бошқ. (2020) Кривенцов (2012) панкреонекроз ўткир панкреатит билан беморларнинг ҳар тўртинчисида (25%гача етиб) тарқалиш частотаси билан қайд қилинади.

Ушбу натижани тасдиқлаб кўрсатувчи яна бир тадқиқот хорижда Egic H.J et al. (2012) иштироки ва раҳбарлигида бажарилган [63; 1515-1530-б.].

Ундаги маълумотларга кўра ўткир (билиар) панкреатит асорати сифатида юзага келган панкреонекроздан ўлим даражаси 20-30%ни ташкил қилади.

Айрим яқин хорижий мамлакатларда айнан шундай асоратланишдан ўлим 10-50%ни ташкил қилади, ўткир панкреатитнинг ўзидан касалланиш частотаси эса ҳар 100 000 аҳолига 102 тадан тўғри келиб тасдиқланган.

Bruce J., Sanchez – Alvarez R., Sans M.D et al. (2021) ва Maleth J., Heyyi P. (2016) томонидан келтирилган тадқиқотда ўткир панкреатитнинг хавф омиллари ўрганилган ва тизимли яллиғланиш синдроми хавф омили касалликнинг асосий омили сифатида тасдиқланган ёки ушбу омил асосида полиорганли бузилиш ҳамда ўлим частотасининг ортиб бориши кузатилади.

World journal of gastroenterology журналада чоп этилган Akinosogion K. ва Cogos C. ларнинг мақоласида (2014) ҳам панкреатит масаласи ва ўткир панкреатитдан ўлим ҳақида мукамал маълумотлар тақдим қилинган. Уларга қараганда ўткир панкреатитдан ўлим йилига ҳар 100 000 кишига 102 тадан тўғри келиб тасдиқланган.

Habterion A. ва бошқ. (2019) текширувларида ўткир панкреатитнинг етакчи омили сифатида ўт йўлларида ошқозон безига тушиб келган ўт тошлари тасдиқланган.

Forsmark C.E. et al. (2016) тадқиқотида тасдиқланишича алкоголь суистеъмоли ўткир панкреатитнинг яна бир бош омили бўлиб ҳисобланади ёки буни эътироф этиш керак деб муаллифлар томонидан хулоса қилинган.

Lugea A. et al. (2017), Setiawan W. et al. (2017) каби тадқиқотчилар ҳам ўзларининг тадқиқотларида – алкогольли ўткир (билиар) панкреатитни турли ёшдаги жумладан геронтологик аҳолида ҳам хавф омили сифатида тасдиқлаб кўрсатишган.

Booxhoorn H. et al. (2020) ва Koberts S.E. et al. (2017) ўткир панкреатитни хавф омили сифатида аксарият гипертриглицеридемия (ГТГ), дорилар, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография шикастланишлар, семизлик, диабет ва инфекцияларни намоён бўлишларини тасдиқлаб беришган.

Bang J.V et al. (2019), Van Brunschots (2012) ўзларининг ўткир панкреатитга бағишланган ишларида янги ва муҳим хулосаларни намоён этишган; 1) касаллик муаммосини ечишга эпидемиологик ва профилактик тадқиқотларга кенг ўрин берила бошлаган; 2) айнан шундай ёндашувлар сабаб аҳоли орасида ўткир панкреатит билан касалланиш ва ундан юзага келадиган ўлим аҳоли орасида камая бошлади.

Худди шундай ишончли хулосалар Shah A.P. et al. (2018), Ma Chicado J.D. et al. (2017), Hollemans R.A. et al. (2018) каби тадқиқотчилар томонидан ҳам, катта клиник эпидемиологик кузатувларга асосланиб баён қилинган.

Das S.L. et al. (2014) меташарҳли тадқиқотларда кўрсатиладики, ўткир панкреатит билан беморларда яқин 5 йил ичида қандли диабетнинг келиб чиқиш хавфи 2 бараварга ортади. Умуман кўплаб бошқа тадқиқотлар ҳам гувоҳлик қилишича ўткир (билиар) панкреатитнинг ҳанузгача самарали ва специфик давоси етарлича эмас. Касалликни ўрганишга эпидемиологик тадқиқотлар жалб қилина бошланган ва улар сўзсиз мақсадли ва самарали клиник – эпидемиологик ва профилактик йўналишларга асос бўлиб хизмат қилади.

§1.2. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида асосий хавф омилларнинг эпидемиологик хусусиятлари

Ошқозон ости беzi касалликларида жумладан билиар панкреатитда (БП) ҳам жарроҳлик даволаш кўпчилик ургент клиник вазиятларда ягона “қутқарувчи усул” ҳисобланади. Шунинг учун унга мурожаат қилинади, шу билан бирга таъкидлаш лозимки ООБда бажарилган операциялар кўпчилик ҳолатларда операциядан кейинги асоратларнинг юқори хавфи билан боғлиқ бўлади. Schorn S. et al. (2019), Bassic et al. (2005) ва Wente M.N. et al. (2017) маълумотлари бўйича операциядан кейинги қон кетишлар 3% дан 30% гача кузатилади.

Операциядан кейинги қон кетишларнинг асосий сабаби ООБдаги операциялардан кейин келиб чиқадиган панкреатит ҳисобланади.

Bassi C. et al. (2005) хулосаларига кўра тасдиқланган маълумотлар бўйича у қуйидаги бир қатор предиктор омилларга, боғлиқ ҳолда келиб чиқади:

1) анамнестик (ёш, жинс, тана вазни индекси, ёндош касалликлар, илгари ўтказилган операциялар);

2) ошқозон ости безининг гистоморфологик хусусиятлари: консистенция, панкреас каналининг диаметри, ООБ паренхимаси ва ёғли тўқимасининг фоиз миқдори;

3) операция билан боғлиқ омиллар (характери, операция давомийлиги, қон йўқотиш, интраоперацион қон қуйиш, операция ҳажми ва бошқ.);

4) операциядан кейинги асоратлар (панкреатик оқма яра, сепсис, абсцесслар ва дренажланмайдиган суюқлик тўпланишлари) [50; 584-591-б.]. Адабиётлар таҳлили гувоҳлик қиладики ООБ операцияларидан кейин келиб чиқадиган қон кетиш кўпинча фатал тусга эга бўлади ва унинг асосий сабабчилари бўлиб операциядан кейинги панкреатит, панкреатик оқма яра ва панкреатик абсцесси бўлиб ҳисобланади. Маълум бўлдики, панкреатик қон кетишни даволашнинг ягона тактикаси ҳозиргача мавжуд эмас. Шунинг учун ушбу агент ва таҳдидли панкреатит (жумладан, билиар турида ҳам) муаммоларнинг ягона умидли ва хавфсиз ҳамда самарали йўли бўлиб панкреатитни барвақт башоратлаш, ташҳислаш ва профилактика усулларини излаш, ишлаб чиқиш ва амалий фаолиятга тақдим этиш ҳисобланади. Аммо бундай мақсадли эпидемиологик текширувлар панкреатитлар хирургиясида мутлақо етарли эмаслигини адабиётлар шарҳи тасдиқлаб кўрсатади [13; 77-82-б.].

А.П. Власов ва бошқ. (2021) 53 та ўткир панкреатит (ЎП) билан беморлар касалликнинг клиник кўриниши ва хавф омилларини ўрганган. Ўткир панкреатитнинг (жумладан билиар панкреатит ҳам) шиддатланиб ривожланишида турли аъзоларнинг шикастланиши касалликнинг энг илк фазасига нисбатан келиб чиққан. Тизимли яллиғланиш синдроми (ТЯС) нинг оқибатининг муҳим роли борлиги тасдиқланган. ТЯСни ўткир панкреатитда

ривожланишида муҳим аҳамиятли омиллар сифатида оксидатив стресс, гипоксия, фосфолипазанинг фаоллашуви ва гемокоагуляцион ўзгаришлар кўрсатилган. Ушбу омиллар панкреатит туфайли полиорганли етишмовчилик келиб чиқишининг асосини ташкил қилади яъни шундай патофизиологик жараёнларнинг триггерлари бўлиб ҳисобланадилар [9; 151-154-б.]. ТЯС нафақат инфекцияда, балки кўплаб бошқа касалликларда, жумладан, ЎП да ҳам учраши кўплаб бошқа тадқиқотчиларнинг ишларида ҳам қайд этилган [66, 67].

В.А. Горский ва бошқ. (2014), Чернев В.А. ва бошқ. (2012), Reddy B.Jr. et al. (2018) ва Gray R. (2020) каби тадқиқотчиларнинг ишида исботланганки, ТЯС нинг келиб чиқишида етакчи механизм бўлиб қонда яллиғланишга қарши цитокинларнинг назорат қилиб бўлмайдиган даражада кўп тарқалиши ҳисобланади [15; 46-49-б., 42; 9-20-б., 101; 155-165-б., 71; 301-б.].

Аммо адабиётларда ўткир панкреатит хавф омилларининг турли аъзо ва тўқималарнинг шаклланишидаги роли эпидемиологик тадқиқотларда тўлиқ ўрганилган ва ҳаттоки, клиник текширувларда ҳам уларнинг аҳамиятини кўрсатувчи умумлаштирилган маълумотлар ҳозиргача мавжуд эмас [2; 123-126-б., 6; 46-47-б.].

Даволаш бўйича ҳам шундай фикрлар билдирилган кўпчилик тадқиқотчилар хулосаларини тасдиқлаб кўрсатиш жоизки, ўткир (билиар) деструктив панкреатит, айниқса геронтологик ёшдаги аҳолида, даволаш мураккаб ва оғир муаммолардан биридир. С.Ф. Пошенко ва бошқ. (2014) “ўткир панкреатит (ташҳисот ва даволаш протоколлари)” муаммоларига бағишланган ишида [4], Ермолов А.С. ва бошқ. (2016) - оғир панкреатитда даволашни такомиллаштиришга бағишланган тадқиқотларда (19), В.В.Дарвин ва бошқ. (2018) - ўткир панкреатитнинг хавф омилларини ўрганишга ва уларни бартараф этишга қаратилган мақсадли тадқиқотларда (17), М.И.Прудковнинг (2013) - аҳолига профилактик ва клиник тиббий ёрдамни такомиллаштириш бўйича клиник тавсияларида (32), АҚШ да ишлаб чиқилган ва ўткир панкреатитга бағишланган клиник тавсияларда [75] ва Beger H.G et al. (2007) -

Ўткир панкреатитнинг клиник кўринишларини замонавий хусусиятлари таҳлил қилинган тадқиқотда [54] ушбу илмий фикрлар исботли ва асосли тасдиқланиб кўрсатилган. Хулоса қилиш мумкинки, оғир (бемор ва бошқа генезли) панкреатитни доимо зудлик билан реанимация тадбирларини кўришни талаб этадиган ургент ҳолат деб қабул қилинса тўғри бўлади [30, 29, 20]. Ўткир панкреатит муаммосини айниқса геронтологик аҳолида бартараф этиш, превентив ташҳисотни ва профилактик амалиётни, такомиллаштириш талаб қилинади.

Д.С.Гогин ва бошқ. (2022) 173 та беморда операциядан кейинги ўткир панкреатитни (ЎП) ўрганган. Ушбу беморларнинг барчасида панкреатодуоденал резекция операцияси бажарилган. 173 та бемордан 36 тасида (20,8%), панкреатодуоденал резекция операциясини ўтказганларда, операциядан кейин панкреатит аниқланган ва бу панкреатик оқма яра келиб чиқишини кўпайтирган [14; 46-49-б.].

Bannone E. et al. (2018) тақдим этган адабиётлар шарҳида асосли ва исботли таҳлил берилиб исботлаганки, операциядан кейинги панкреатит (ОКП) узок йиллар давомида специфик асоратларнинг айтилмаган хабарчиси сифатида (панкретик оқма ярани, операциядан кейинги қон кетишни, гастростазни, қорин бўшлиғи абсцессини, панкреатоген суюқлик тўпланишини) қабул қилиб мустақил асоратланиш фонида эътироф этилмай келинган [47; 815-823-б.].

S.Connor (2016) ўзининг олган шахсий натижаларидан келиб чиқиб операциядан кейинги панкреатитнинг патофизиологик, радиологик, биокимёвий, клиник ва морфологик исботларини тасдиқлаб берган ҳамда кейинги бошқа специфик асоратлар билан боғлиқликларини кўрсатиб қайд этган. [59; 441-448-б.]. Бу муаллифнинг маълумотларига кўра ООБнинг яллиғланиши жарроҳлик муолажаси пайтидаёқ бошланади, сўнг операциядан кейинроқ аниқланиб минималлаб, тез орқага қайтадиган панкреатитдан оғир фульминант панкреатитгача кўринишда полиорганли етишмовчилик ва ООБ некрози билан кечади (59). Умуман, бизнинг фикримизча ушбу муаллиф

томонидан биринчилардан бўлиб ОКП концепцияси яратилган ва баён қилинган. Kuhlbrei S.M. et al. (2017), Raty S. et al. (2006) Кригер А.Г. ва бошқ. (2016) ОКП нинг биокимёвий кўринишларини кўрсатишган ва уларни операция пайтида ва ёки операциядан кейин келаётган яқин вақт ичида намоён бўлишини қайд этишган. ОКП нинг ушбу даврида ультратовуш текширув ва компьютерли томография обектив маълумотлар олиш имкониятини бера олмайди. Фақат гипермилаземия операциядан кейинги ўткир (билиар) панкреатитнинг пайдо бўлиши ҳақида гувоҳлик беради [80, 100, 96]. Худди шундай илмий хулосаларни тасдиқловчи натижаларни А.Ш. Ревитшвили ва бошқ. (2018) ҳам ўзларининг клиник тадқиқотларида олишган [34; 4-13-б., 35; 4-16-б.]. Операциядан кейинги ўткир панкреатит гипермилаземияни >125 Бир/л даражасида ташхисланади ва ISGPS таснифидан фойдаланиб баҳоланади. Асосан тадқиқотчилар томонидан операциядан кейинги специфик асоратлар структурасига фақат клиник аҳамиятли панкреатик оқмалар киритилади [50; 584-591-б.].

Шундай мазмундаги тадқиқотларнинг шарҳи умуман кўрсатадики, панкреатологияда операциядан кейинги асоратлар ҳали ҳам муаммо бўлиб ҳисобланади.

Malleo G et al. (2016) баён қилган тадқиқотлар хулосаларига кўра тасдиқланадики, специфик асоратларнинг келиб чиқиши иқтисодий талофатларни кўпайтиради. Хусусан шифохонада қолиш муддатини ва даволаниш нархини оширади ёки панкреатик оқма ва аразионли операциядан кейинги қон кетиш туфайли даволаш пайтида ўлим эҳтимоли ортади [95; 1313-1336-б.]. Баён этилган шарҳлардан келиб чиқадики операциядан кейинги ўткир (билиар) панкреатит ва унинг асоратларининг келиб чиқишининг аниқ терминологик ва ташхисий, айниқса донозологик ва эпидемиологик мезонларни ишлаб чиқиш долзарб муаммо ҳисобланади. Превенция ва даволаш ҳам, самарали профилактика ишларини комплекс амалга ошириш имкониятларини туғдиради. Шу билан бирга таҳлилларнинг шаҳодатлик

килишича ушбу мазмундаги тадқиқотлар етарлича эмас ва фаннинг устувор йўналишларидан бири бўлиб қолмоқда.

Сабаби замонавий даволаш ва ташҳислаш технологиялари қўлланишига қарамадан ўткир панкреатит (билиар ва бошқа табиатли) барча ёш гуруҳларида, жумладан, геронтологик аҳолида ҳам кўп тарқалиш частотаси ва асоратларнинг ортиб бориши билан ифодаланиб кечмоқда. Адабиётлар маълумотлари ушбу хулосани тасдиқламоқда.

Mowery N.T et al. (2017) ва Freeman M.L. et al. (2012) маълумотларига кўра, қорин бўшлиғи аъзоларининг хирургик касалликлари орасида аниқланиш частотаси бўйича 3 чи ўринни эгаллаб туради. [90; 316-327-б., 66; 1176-1194-б.].

Van Santvoort H.C. et al. (2010) тақдим этган илмий натижаларга кўра ўткир (билиар) панкреатитнинг аҳоли орасида аниқланиш частотаси турли аҳоли гуруҳларида, жумладан, геронтологик аҳолида 4,5%-10% ни ташкил қилади [113].

Van Crinsven J. et al. (2019) ва Kokoris G. et al. (2014) тасдиқлаган маълумотлар бўйича ўткир панкреатитда камайиш тенденцияси кўрсатилмаяпти, аксинча, оғир шакллари 3 барабаргача ортиб бормоқда. Хусусан, касалликнинг некротизланувчи тури 15-30% беморлар популяциясида тасдиқланган [111; 239-б., 79; 330-338-б.].

Кўпинча улар Van Santvoort H.C. et al. (2011) ва Bello B et al. (2012) эълон қилган тадқиқотларининг хулосасига кўра, парапанкреатик инфилтрат, парапанкреатик абсцесс, перитонит, флегмона (қорин бўшлиғи орқа клетчаткасида жойлашган) билан асоратланиб кечади [112; 1254-1263-б., 52; 6829-6835-б.].

Ўткир панкреатитнинг бу каби асоратларини даволашда ананавий даво усули бўлиб некротеквектомия ҳисобланади (лапаротом киришдан фойдаланиб) ёки шу йўл билан инфицирланган некротик тўқимани олиб ташлаш мақсад қилиб қўйилади. Лекин бундай жарроҳлик даволаш усули хавфли ва асоратлидир. Чунки охириги йилларда олинган илмий

маълумотларга кўра масалан Mowery N.T. ва бошқ. [90], Freeman M.L ва бошқ. [60] ҳамда Van Santvoort H.C ва бошқ. [113] кўрсатган натижаларига кўра, ўткир панкреатитда оператив аралашуви ҳажмли бўлгани учун юқори частотада аниқланадиган ўлим билан бирга кечади ва операциядан кейинги асоратлар хавфини оширади. Демак, шундай муаллифларнинг, яъни жарроҳлик жароҳатларини минималлаштириш, ўткир панкреатитда ва айниқса геронлогик ёшдагиларда замонавий превентив/профилактик-предиктив хирургиянинг асосий соҳаларидан бири бўлиб ҳисобланади ёки шундай эътироф этилса мақсадга мувофиқ бўлади [74; 315-321-б., 89; 1079-1083-б., 117; 132-133-б.].

Ўткир билиар панкреатит кўпинча сурункали панкреатитни (СП) ва унинг асоратларини (шу жумладан, аксарият даволашнинг жарроҳлик усулларининг қўлланилиши сабабли юзага келиши туфайли) келтириб чиқариши таҳдиди билан ҳам ўзига нисбатан алоҳида ёндашувни талаб қилади.

Воронцев О.Ф., Натрошвили И.Г., Михин И.В. ва Греб К. (2022) СП ни хирургик даволаш усулларнинг имкониятларини баҳолашга бағишланган шарҳни эълон қилишган. Уларнинг хавфларни камайтириш, СПнинг асоратларини олдини олиш ва оғриқни мувофиқ бартарафлаш мақсадида қуйидагилар таклиф қилинади: 1) эндоскопик ва эндоваскуляр усулларни қўллашда охирги миллий ҳамда ҳалқаро клиник тавсиялардан фойдаланиш ёки улардан четланмаслик; 2) операцияга кўрсатмани иложи борида вақтни бой бермасдан, қисқа фурсат ичида аниқлаш; 3) СП фонида малигнизацияни келиб чиқиш хавфи юқори бўлади ва шунинг учун бундай вазиятда иккиламчи ва учламчи профилактика мақсадида, даволашнинг радикал самарасига эришиш учун, резецирловчи операцияларга устуворлик бериш керак; 4) ушбу мураккаб операциялар консилиум ва тажрибали мутахассисларнинг иштироки билан ихтисослаштирилган панкреатологик марказларда ўтказилиши керак [7; 82-88-б.].

Панкреатитнинг долзарб муаммоларини эрта аниқлаш ва хавфсиз даволаш масалаларида ҳамда гериатрик мижозлар популяциясида, шундай йўл билан ёндашувнинг мақсадга мувофиқлиги Whitcomb D.C. et al. [120]. Ревизишли А.Ш. [25] тадқиқотларида ҳам исботланган, мавзунинг ўта ўткирлиги сақланиб қолаётганлигига урғу берилган. Бунинг сабабини муаллифлар касалликнинг юқори частотада аниқланиши (энг янги дори воситаларини ва замонавий тиббиёт технологияларини қўлланилаётганига қарамадан) ва иккинчидан, ўлимнинг юқорилиги деб кўрсатади.

Тадқиқотчиларнинг янги натижаларига кўра панкреатитнинг келиб чиқиш механизмлари ва моҳиятларига кўра тавсифи ҳам маълум даражада ўзгарган. Уларни профилактик амалиётни амалга оширишда, даволаш фаолиятини белгилашда эътиборга олиш керак бўлади [81; 243-244-б., 92; 154-160-б.].

§1.3. Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатит муаммоларини бартараф этишнинг истиқболли предиктив, превентив ва партисинатив йўллари

Cordeier T.B., Alder D.G., Forsmarks C.E. et al (2020) бўйича сурункали панкреатит (ўткир панкреатит оқибатида келиб чиққан) яллиғланишли хуружларнинг рецидивланиб тавсифланиши билан ва ошқозон ости безининг соғлом паренхимасининг фиброзли бириктирувчи тўқимага алмашишига олиб келувчи касаллик ҳисобланади [69; 323-335-б.]. Охирги йиллардаги панкреатит бўйича чиқарилган клиник тавсияларда ҳам шундай таъриф берилади (11). Petrov M. et al. (2015), Whitcomb D. (2019), Picicchi M. et al. (2015), аксарият тажрибавий маълумотларга асосланиб, исботлашганки, панкреатитда секин-аста морфологик қайта қуриш рўй беради ва бунинг натижасида ошқозон ости безининг экзокрин ва эндокрин ҳужайралари бузилади [94, 121, 97; 1-5-б.].

Сўнги ўн йилликларда ўткир панкреатитни сурункали панкреатит билан асоратланиш тенденциясининг ортиб бораётганлиги тадқиқотларда қайд

килиниши ва бу билан бир вақтда панкреатитнинг эпидемиологик тавсифлари ҳам ўзгарганлиги кузатилган [33; 50-53-б., 51; 1438-1461-б., 85; 1957-б.].

Чунончи, клиник тавсияномаларда келтирилган маълумотларга кўра панкреатитнинг Россия популяциясида тарқалиши ҳар 100 минг аҳолига 27,4-50 ҳолатга тўғри келиб қайд қилинади. Уларнинг ярмига консерватив даво талаб қилинади (масалан, билиар панкреатитнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси, кўпинча геронтологик аҳоли қатламига тўғри келади) [41].

Хорижий маълумотларда Majumder S et al. (2016), Козлов И.А. ва бошқ. (2019) ва Bliss L.A. et al. (2015) каби тадқиқотчилар тақдим этган маълумотлар бўйича панкреатитга нисбатан қуйидаги жиддий “эпидемиологик танглик” тасдиқланади:

1) АҚШ да панкреатит энг кўп учраб турадиган яхши сифатли касаллик бўлиб асосан шифохонада даволаниш зуруриятини туғдиради ва унга сарфланадиган харажатлар йилига 638 млн долларни ташкил қилади;

2) беморларнинг учдан бир қисми касаллик туфайли ўзларининг касбларини йўқотишади; 3) 40% беморлар панкреатит сабабли ногирон бўлиб қолишади;

4) кўпчилик беморларнинг ҳаёт тарзи бутунлай бузилади ва умрлари қисқаради;

5) панкреатит ошқозон ости беи ракини келтириб чиқарувчи хавф омили сифатида тасдиқланади;

6) панкреатит асоратлари билан беморларнинг ўлим хавфини, популяцияга солиштирганда 3,6 бараварга оширади [85; 1957-б., 21; 92-98-б., 56; 804-810-б.]. Kleey J. et al. (2017) ҳавола этган маълумотларда тасдиқланадики, панкреатит билан илк бор тиббий ёрдамга мурожат қилганларда 90% гача қориннинг юқори бўлимларида ўраб олувчи (белбоғсимон) доимий ёки рецидивланувчи тусдаги интенсив оғриқ бўлади; оғриқ асосан белга иррадиацияланади [78; 17060-б.]. Ушбу муаллифлар яна исботли тасдиқлашадики, нерв қобиқларининг яллиғланишли

инфильтратцияси оқибатида, айниқса ретроперитонеумда, анъанавий хос бўлган оғриқ синдроми келиб чиқади [77; 489-496-б.].

Vang C.J. et al. (2015) df O' Brien S.J. et al. (2019) намоёниш этган натижаларда эса абдоминал синдромнинг бошқа триггери бўлиб стеноз ва конкрементлар ҳосил бўлиши туфайли ошқозон ости безининг канали тизимда тобора юксалиб боровчи гипертензия ҳисобланади [123; 819-823-б., 91; 14-23-б.].

Келтирилган таҳлиллардан яна бир хулоса қилиш мумкинки: ўткир (билиар) панкреатитнинг илк ва кейинги кечиши босқичларида патогенезининг турли ифодаланишларида ва клиник кечишининг ҳар қандай намоён бўлишида превентив ёндашувга доимо кучли эҳтиёж мавжуд. Унда вақтида ҳамда тўғри қўлланилган даво (50% консерватив ва 50% хирургик амалиётлар) ногиронликни 40% гача ва интенсив оғриқ синдромини 90% гача олдини олишга олиб келиш имкониятини туғдириши мумкин. Бундан ташқари, клиник-превентив ёндашувни муваффақиятли амалга оширишга эришиш панкреатитдан ўлимни салкам 4 бараварга камайтиришини ҳам башорат қилиш мумкин бўлади.

С.К.Абдулсаидов (2022) Самарқанд шароитида деструктив панкреатит билан 22 та беморларда касалликни даволаш ва хавф омилларига оид олган клиник маълумотларини эълон қилган. Бунга кўра қуйидагилар қайд этилган;

1) 100,0% ҳолатларда ўткир панкреатитнинг ёрқин клиник манзараланиши кузатилади;

2) 100,0% беморларда ошқозон ости безининг шикастланиши алиментар табиатли бўлади;

3) 45,5% беморларда геморрагик панкреонекроз, 36,4% аралаш ва 18,1% ҳолатда – ёғли панкреонекроз тасдиқланган;

4) 68,2% ҳолатларда панкреатик флегмона қайд этилган;

5) ошқозон ости безининг видеолапароскопик абдоминализацияси аксарият панкреонекрознинг инфицирланиши ва шиддатланиб давом этишини

бортараф этиб қололмаган (демак, консерватив превентив стратегияга 100%лик зарурият сақланиб қолади деб хулоса қилинса тўғри бўлади) [1; 28-б.].

Джалолов А.С. ва ҳаммаул. (2022) Андижон шароитида 1999-2005 йилларда 45та беморда операциядан кейинги панкреатитнинг профилактикасининг янги усуллари баён этилиб кўрсатилган. Муаллифлар қайд этишганки, ООБ жароҳатланишининг даҳшатли оқибати бўлиб панкреатит, йирингли-септик асорат, ошқозон ости беши оқмаси ва юқори ўлим билан ўтадиган панкреонекроз ҳисобланади. Аксарият операция ва бошқа миниинвазив даволаш усуллариининг қониқарсиз бўлишининг асосий сабаби сифатида меъда ости беши ширасининг ферментатив фаоллигининг ортиши кўрсатилган. Ишда асосий ташҳисот усули сифатида (60% тўлиқ ташҳис қўйиш имкониятини берган) беморларда 40% ошқозон ости безининг шикастланиши, интражарроҳлик йўли билан УТТ орқали тасдиқланган. Травматик панкреатит профилактикаси учун лимфостимуляция усулидан кенгроқ фойдаланиш тавсия этилган. Бу усул асоратларни 72,3% га ва ўлимни 34,2% гача камайтирган [18; 55-б.].

Ш.П. Қурбанов ва ҳаммуал. (2022) ҳам 7 та ошқозон ости беши жароҳатланиши билан таҳлил қилиниб кўрсатишганки ошқозон ости безининг шикастланиши катта ижтимоий аҳамиятли муаммо бўлиб ҳисобланади. У 98,9% ҳолатларда меҳнатга лаёқатли аҳолида қайд қилинади. Кўпинча ООБ жароҳатланишини (ООБЖ) муаллифлар яққол бўлмаган клиник кечиш ва УТТнинг шубҳали натижалари маълумотлари бўйича ифодалашган. Бундай ҳолларда компьютерли томографияни бажариш тавсия қилинади, ностабил гемодинамикада эса ташҳисий лапароскопия мақсадга мувофиқ деб кўрсатилади [27; 76-77-б.].

Ф.Г. Назиров ва ҳаммуал. (2022) ўткир оғир панкреатит бугунги кунда ҳам абдоминал хирургиянинг, ташҳисоти ва даволаниш борасида, мураккаб долзарб муаммо эканлигини ўзларининг ишларида кўрсатиб тасдиқлаган ва 63 та беморда оғир ўткир деструктив панкреатит (ОЎДП) ташҳисланиб, таҳлил

қилинган. ОЎДП ни этиологик шакллари сифатида билиар (46,8%), алкоғолли (34,0%) ва травматик панкреатит (19,2%) тасдиқланган. Жарроҳлик даволаш усуллари яшаб қолиш имкониятларини 28,6% дан 79,6% гача оширган ва ўлимни 71,4% дан 20,4% гача камайтирган. [31; 102-б].

Бошқа тадқиқотчилар ҳам, Ўзбекистоннинг бошқа ҳудудларида, ўткир панкреонекрознинг (ЎПН) муаммоларини исботли кўрсатишган.

Хусусан У.К.Сирожиддинов ва ҳаммаул. (2022) Фарғона шароитида ўткир панкреатит билан беморларни 2019-2021 йилларда давомида кузатишган. Қуйидаги ҳулосалар қилинган:

- 1) ўткир панкреатит тўлиқ масаласи ечилмаган касаллик деб ҳисобланади;
- 2) охири 20-30 йил ичида ўткир панкреатитли беморлар сони ортиб борган;
- 3) ўткир панкреатит қорин бўшлиғи хирургик касалликлари ичида учинчи ўринни эгаллаб тасдиқланган;
- 4) деструктив панкреатитнинг келиб чиқишининг асосий сабабчи ҳисобланади.

Касаллик 83,1% частота билан меҳнатга яроқлиларда, 47,5% эркак ва беморларнинг ўртача ёши 50,7% ёшни ташкил қилади. Асосий хавф омили сифатида нораціонал овқатланиш, ўт тош касаллиги ва алкоғол тасдиқланган. Комплекс даволаш усулини қўллашдан ташқари ЎПНни даволаш учун янги инновацион усул бўлган чарви халтаси доимий аспирацияси учун резина баллончани қўллаш усулидан фойдаланилган. Ушбу усул мавжуд даволаш усуллари билан таққосланганда, 77,4% гача, даволаш самарасини сезиларли оширган. [37; 118-119-б.]. Умуман комплекс даволашда жарроҳлик усуллариининг натижавийлигига ўткир панкреатит юқори эканлиги замонавий тенденцияларда тасдиқланади. Лекин асоратларнинг кўплиги, яна муаммога превентив технологияларнинг жалб қилиниши даркорлигини таъкидлаб кўрсатади. Иккинчидан, хирургик ёндашувнинг натижавийлигини тўлиқ кўрсатиш учун эпидемиологик тадқиқотлар керак бўлади. Мавжуд

тадқиқотларнинг ҳаммаси клиник текширувлар бўлган эпидемиологик тадқиқотлар эса ушбу йўналишда ўтказилмаган (оператив технологиянинг юқори самарадорлигини чин баҳолаш учун). Ўзбекистон шароитида ҳам айниқса мазкур мавзу долзарб илмий муаммо бўлиб сақланиб қолганлиги адабиётлардан аён бўлади.

Геронтологик аҳолига “соялашган” кексайиш (физиологик ёки патологик), Nil Z.et al. (2018) ишида кўрсатилишича, сурункали касалликларнинг ва шулар қаторида ўткир билиар панкреатитнинг (ЎБП) ҳам асосий хавф омили (ХО) бўлиб ҳисобланади [82; e1002714]. Бу ёш билан келиб чиқадиган оксидловчи стресс ва сурункали яллиғланиш билан тушунтирилади [65; 1219-1221-б.]. Кўпинча биргаликда келадиган касалликларни ўзаро этиологик ва патофизиологик ҳамкорликлари мавжуд бўлади. (1.1-расмда акс эттирилган). Чизмадан кўринадики, кексалик ва узоқ умр кўришда ўткир билиар панкреатитнинг хавф омиллари ва коморбидлик мултикоморбидликни келиб чиқиши деярли “қонуният ҳисобланади”.



1.1-расм. Касалликларни ўзаро этиологик ва патофизиологик хамкорликлари

Аксарият узоқ умр кўрувчилар коморбидлик билан хасталанишади. [98; 30-33-б.]. Мультикоморбидликнинг геронтологик аҳолида худудий хослиги турлича учраш частоталари билан аниқланади. Чунончи E.A. Davies et al. бўйича (2015) - 55% дан 98% гача [62; 798-805-б.], Zemedi Kun D.T. et al (2018) маълумотларига кўра - 58,6% [125; 858-863-б.], Mangin D. et al. (2018) таҳлилий натижалари бўйича - 50% [88; 576-585-б.], Voolan C. et al. (2014) томонидан қилинган 39 та текширувларнинг тизимли шарҳининг маълумотлари бўйича - 95,1% [114; e1021448], Barnet K et al. (2012) натижаларига кўра (Шотландияда 1,7 минг 85 ёшдан ошган аҳоли текширилган) - 81,5% [48; 37-б.], Лазебник Л.Б. ва бошқ. бўйича (2007) Россиянинг 81-85 ёшли полуяциясида ўртача $3,8 \pm 1,8$ та, 86-90 ёшлиларда $4,4 \pm 1,64$ та ва 91-95 ёшлиларда $3,2 \pm 0,5$ та касаллик бир вақтда коморбидлик ҳосил қилиб учрайди [28; 30-32-б.]. Умуман мавжуд тадқиқотлардан исботли аниқ бўладик, геронтологик аҳолида ёшнинг ортиб бориши, мультикоморбидлик ва полиграмазия, ўткир (билиар) панкреатитнинг келиб чиқиши учун кучли хавф омили бўлиб ҳисобланади. Шундан келиб чиқиб ўткир (билиар) панкреатитга қаратилган эпидемиологик ва профилактик рағбатлантириш ўта долзарб масала ҳисобланади [5; 52-55-б., 16; 14-19-б.]. Чунончи, бизга маълум бўлдики, геронтологик аҳолида ҳам чоп этилган мавжуд кўплаб қўлланмалар, нашрлар ва тадқиқотлар ўткир (билиар) панкреатит ҳамда унинг асоратларига бағишланган. Аммо шунга қарамасдан ҳануз геронтологик аҳоли гуруҳи учун унинг эпидемиологияси ва профилактикаси йўналишлари тизимлаштирилмаган, алгоритмлари ёки махсус дастурлари ишлаб чиқилмаган. Бу борада махсус эпидемиологик текширув ўтказиш, унинг натижаларидан келиб чиқиб ўткир панкреатитни замонавий геронтологик ёшдаги аҳоли (ГЁА) орасида эрта аниқлаш, профилактикасининг янги моделларини яратиб бериш ва амалиёт учун

самарали услубий ёндашувлар, хулоса ва илмий низомларни шакллантириб тавсия қилиб бериш долзарб масала ва заруриятга айланган илмий мавзу ҳисобланади. Фарғона водийси шароитида ва геронтологик аҳоли орасида ўткир панкреатит айнан қайд этиб ўтилган илмий нуқтаи назардан ўрганилмаган ёки махсус таҳлил қилинмаган.

III БОБ. ГЕРОНТОЛОГИК ЁШДАГИ УЮШМАГАН АҲОЛИ ОРАСИДА БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

§3.1. Водийнинг геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳолисида билиар панкреатитнинг гендерли эпидемиологик хусусиятлари

Водийнинг Фарғона шаҳрининг геронтологик (>60-90) ёшдаги уюшмаган аҳолисида билиар панкреатитнинг (БП) тарқалиш частоталари (3.1-жадвал) ва эпидемиологик хусусиятлари (3.1- расмда ифодаланган) махсус ташкил этилган бир вақтли эпидемиологик тадқиқотда аниқланди ва баҳоланди.

Халқаро миқёсида бундай йўналишли тадқиқотлар жуда кам ўтказилган [17; 77-82-б., 28; 30-32-б.]. Ўзбекистоннинг водий шароитида эса бизнинг тадқиқотимиз илк, “қалдирғоч” илмий комплекс текширув ва превентив панкреатологиядаги йўналиш бўлди.

3.1- жадвал

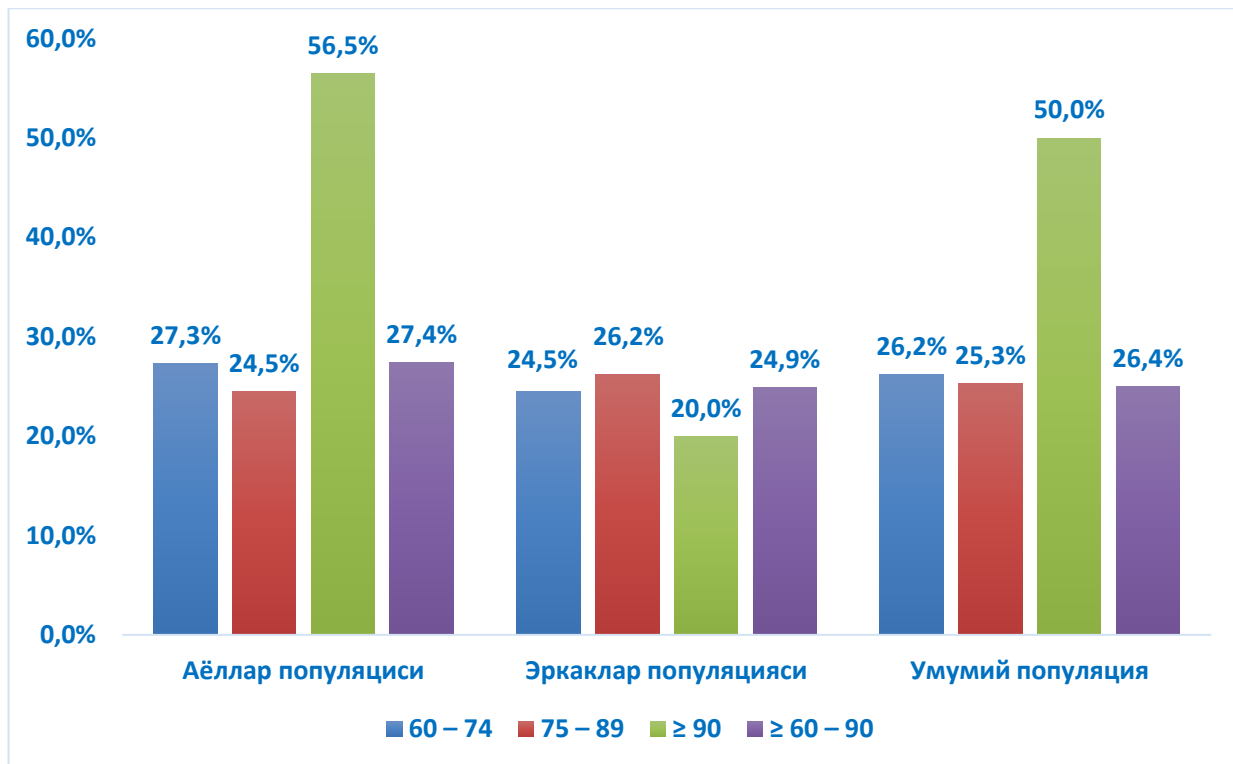
Геронтологик ёшдаги аҳоли популяциясида билиар панкреатитнинг эпидемиологик тавсифи

Ёш гурухи	Аёллар популяцияси			р	Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	п	БП			п	БП		п	БП	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60-74	647	177	27,3	0,715	441	108	24,5	1088	285	26,2

75-89	212	52	24,5		172	45	26,2	384	97	25,3
≥ 90	23	13	56,5		5	1	20,0	28	14	50,0
≥ 60-90	882	242	27,4		618	154	24,9	1500	396	26,4
OR:1,12; CI: [0,88 - 1,42]; χ^2 :0,89; p-value>0,05										

Тадқиқотда олинган маълумотларни статистик таҳлил қилиш қуйидагиларни исботли кўрсатди: ≥60-90 ёшли аҳолида билиар панкреатит 26,4% тарқалиш частотаси билан аниқланди, жумладан, 60-74 ёшлиларда (кексаларда) – 26,2%, 75-89 ёшлиларда (қариялар) - 25,3% ва >90 ёшдан ортганларда (геронт аҳоли) – 50,0% частоталарда қайд қилиниш билан тасдиқланди.

Аёллар, эркакларга нисбатан 1,12 баробарга кўпроқ билиар панкреатит касаллигининг ривожланишига мойил эканлиги исботли асосланди [OR=1,12]. Лекин ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI= 0.88- 1.42; p >0,05].



3.1-расм. Билиар панкреатит тарқалишининг геронт-гендерли хусусиятлари

Ёшга боғлиқ ҳолда БПнинг аниқланиш частотаси 24%-га етиб тафовутланади. Геронт ёшда геронтологик ёшдагиларга қиёсан ушбу касалликнинг 23% гача кўпайиб аниқланиши кузатилади ($OR=1,12$; $CL=[0,88-1,42]$; $\chi^2=0,89$; $p>0,05$).

БПнинг аниқланиш частотаси аёллар (27,4%) ва эркаклар популяциясида (25,0%) сезиларсиз тафовут билан кузатилади ($p=0,715$).

Ёшга боғлиқ ҳолда аёллар ва эркакларда БП куйидаги тарқалиш частоталарида ва геронт-гендерли хусусиятларни ифодалаб (3.1-жадвал ва 3.1-расм) тасдиқланади: 60-74 ёшда – аёллар популяциясида 27,3% ва эркаклар популяциясида 24,5% (деярли 3% гача тафовут билан, $p>0,05$), 75-89 ёшда - 24,5% ва 26,2% (2% тафовут билан, $p>0,05$), 90 ёшдан ошган аҳолида эса - 56,5% ва 20,0% (30,5%га тафовутланиб, $p<0,001$).

Геронтологик ва геронт ёшдаги аҳолида БП-нинг келиб чиқиш хавфи аёлларда юқорилиги, айниқса геронт ёшдагиларда - аёлларнинг ҳар иккинчисида ва эркакларнинг эса ҳар бешинчисида бундай хавфни ўта юқорилиги тасдиқланади.

§3.2. Водийнинг геронтологик ёшдаги уюшмаган қишлоқ ва шаҳар аҳолисида билиар панкреатитнинг эпидемиологик хусусиятлари

3.2 - жадвал ва 3.2 - расмда билиар панкреатитнинг қишлоқ ва шаҳар аҳолисида тарқалиш частотаси ҳамда эпидемиологик хос жиҳатлари келтирилган. Геронтологик ёшдаги қишлоқ ва шаҳар аҳолисида БП - 28,0% ва 25,0% тарқалиш частотаси билан аниқланади. Аниқланиш частотаси ёшга боғлиқ ҳолда қишлоқ аҳолисида 15,9% га ва шаҳар аҳолисида 32,1% га ортади ($OR=1,14$; $CI=[0,9-1,45]$; $\chi^2=1,13$; $p>0,05$).

3.2-жадвал

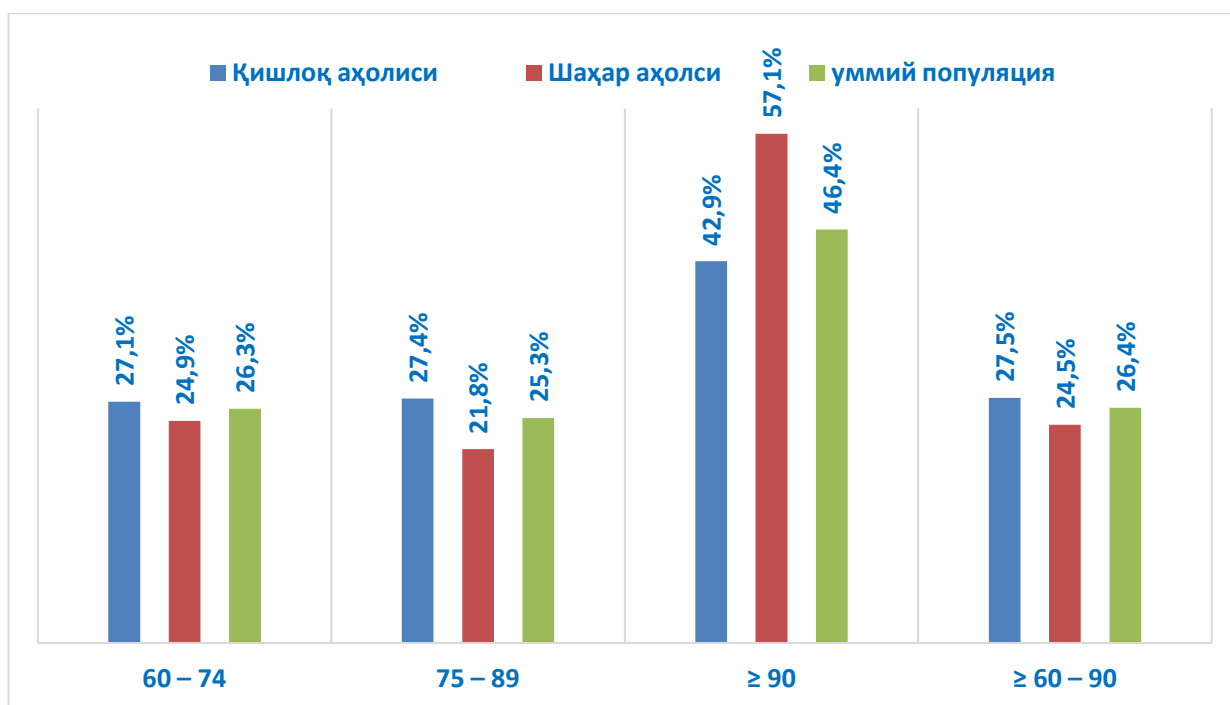
Билиар панкреатитни қишлоқ ва шаҳар аҳолисида тарқалиши частотасини геронтологик хусусиятлари

Ёш гуруҳи	Қишлоқ аҳолиси		р	Шаҳар аҳолиси		Умумий популяция	
	п	БП		п	БП	п	БП

		МУТЛОҚ СОНИ	%			МУТЛОҚ СОНИ	%		МУТЛОҚ СОНИ	%
60 – 74	683	185	27,1	0,903	405	101	24,9	1088	286	26,3
75 – 89	237	65	27,4		147	32	21,8	384	97	25,3
≥ 90	21	9	42,9		7	4	57,1	28	13	46,4
≥ 60-90	941	259	27,5		559	137	24,5	1500	396	26,4
OR:1,14; CI: [0,9 - 1,45]; χ^2 :1,13; p-value>0,05										

Турли ёш гуруҳларида қишлоқ ва шаҳарнинг кекса, қария ва геронт аҳолисида билиар панкреатит хос эпидемиологик хусусиятлар билан аниқланади: 60-74 ёшлиларда – 27,1% ва 24,9%, яъни қишлоқ популяциясида 2,0% фарқ билан ортиқ частотада кузатилади. 75-89 ёшлиларда бу тафовутланиш 5,6%ни ташкил этади, қишлоқ ва шаҳар аҳолисида БП - 27,4% ва 21,8% дан тарқалиш частотасида кузатилади. БП юқори частотада тарқалиш билан ≥ 90 ёшдан ошганларда аниқланади мос равишда - қишлоқ аҳолисида - 42,9% ва шаҳар аҳолисида - 57,1%.

Қишлоқ аҳолиси, шаҳарда яшовчиларга нисбатан кўпроқ билиар панкреатит касаллигининг ривожланишига мойил эканлиги исботли асосланди [OR=14]. Лекин ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [OR:1,14; CI: [0,9 - 1,45]; χ^2 :1,13; p-value>0,05].



3.2-расм. Шаҳар ва қишлоқнинг кекса қария, ва геронт ёшдаги аҳолисида билиар панкреатитнинг эпидемиологик хусусиятлари

Хулоса тарзида кўрсатиш мумкин бўладик билиар панкреатитга чалиниш кўпроқ қишлоқ аҳолисида тасдиқланади.

Касаллик келиб чиқиш хавфини даражаси, қишлоқ аҳолисида- ≥ 90 ёшлиларда ва шаҳар аҳолисида бўлса - ≥ 90 ёшли ҳамда 60-74 ёшлиларда кузатилади.

§3.3. Геронтологик ёшдаги аҳоли маълумотлигига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитни эпидемиологик хусусиятлари

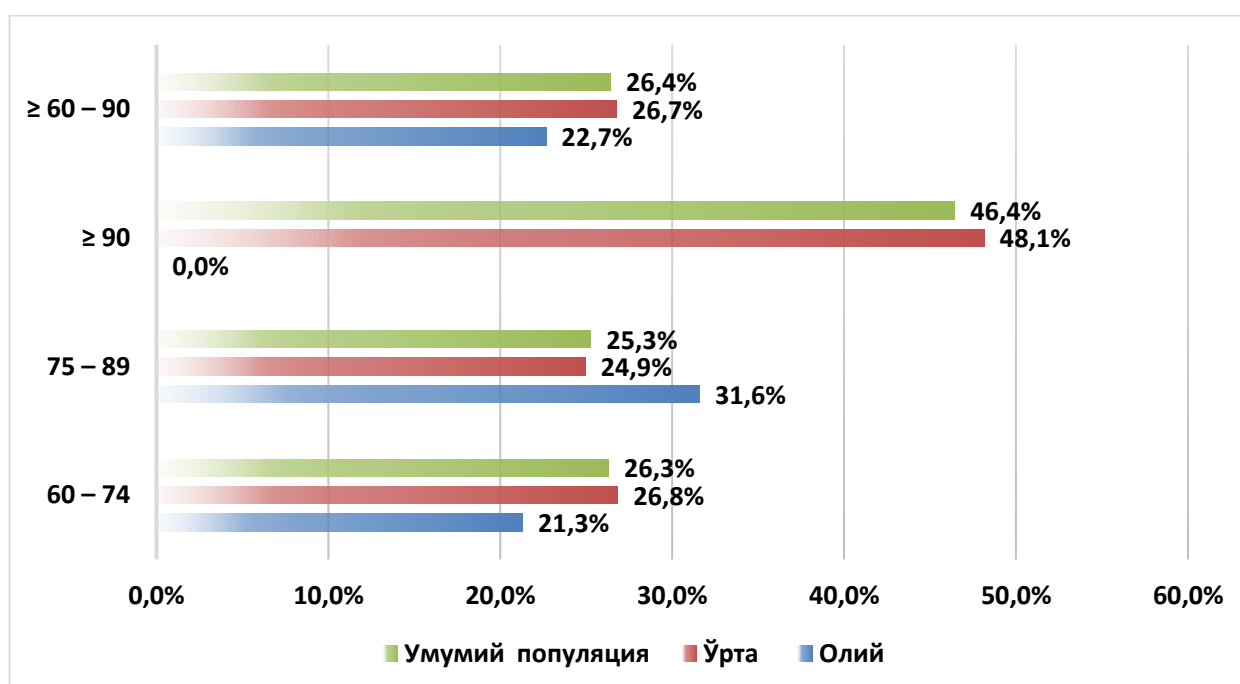
Популяцияда ижтимоий хавф омиллари юқумли бўлмаган сурункали касалликлар келиб чиқишида алоҳида ўрин тутати. Буни тасдиқловчи илмий маълумотлар меҳнатга лаёқатли аҳолида етарли даражада олинган ва тасдиқланган [17; 77-82-б., 34; 4-13-б., 41]. Геронтологик ва айниқса, геронт ёшдаги аҳолида бундай натижалар жуда кам ва/ёки умуман йўқ даражада.

Шундан келиб чиқиб тадқиқотнинг бир қисми геронтологик ёшдаги аҳоли маълумотлигига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва аниқлашга бағишланди (3.3-жадвал ва 3.3-расмда баён қилинган).

**Геронтологик ёшдаги аҳоли маълумотларига боғлиқ ҳолда билиар
панкреатитнинг эпидемиологик хусусиятлари**

Ёш гурӯҳи	Олий маълумотли			р	Ўрта маълумотли			Умумий популяция		
	п	БП			п	БП		п	БП	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	108	23	21,3	0,864	980	263	26,8	1088	286	26,3
75 – 89	19	6	31,6		365	91	24,9	384	97	25,3
≥ 90	1	0	0,0		27	13	48,1	28	13	46,4
≥ 60 – 90	128	29	22,7		1372	367	26,7	1500	396	26,4
OR:1,07; CI: [0,69 - 1,68]; χ^2 :0,1; p-value>0,05										

Маълумоти олий бўлган шахслар, ўрта маълумотлиларга нисбатан 4%га кўпроқ билиар панкреатит касаллигининг ривожланишига мойил эканлиги ишончли асосланди [OR 1.07]. Лекин ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI: [0,69 - 1,68]; χ^2 :0,1; p-value>0,05].



3.3-расм. Билиар панкреатитни геронтологик ёшли аҳоли популяциясида аниқланиш частотасини маълумотликка боғлиқ ҳолда ифодаланиши

Маълум бўлдики, геронтологик ёшдаги аҳоли популяциясида маълумотлилик даражасини ҳам билиар панкреатитнинг хавф омили сифатида қаралса мақсадга мувофиқ бўлади. Унга боғлиқ ҳолда билиар панкреатит хос эпидемиологик хусусиятлар билан аниқланди ($OR = 1.07$; $CI = [0.69-1.68]$; $\chi^2: 0.1$; $p\text{-value} > 0.05$).

Чунончи, унинг тарқалиш частотаси олий (22,7%) ва ўрта маълумотлиларда (26,7%) тафовут билан тасдиқланди ($p = 0.893$). Бундан ташқари турли ёш гуруҳларида ҳам шундай тафовутни акс эттириб БП олий маълумотли ва ўрта маълумотлиларда қуйидагича тарқалиш частоталарида тавсифланди: 60-74 ёшда- 21,3% ва 26,8%, 75-89 да- 31,6% ва 24,9%, >90 ёшдан ўтганларда 0,00% ва 48,1%. гача тасдиқланди.

Бу маълумотлардан геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг асоси сифатида фойдаланиш мумкин ёки улар даволаш-предиктив-реабилитация дастурларини тузишда ҳамда амалга оширишда тавсия этилади.

Умуман олганда, ушбу - геронтологик ёшда бўлган аҳолида билиар панкреатитга оид номақбул, эпидемиологик вазиятларни аниқлаш, баҳолаш ва эрта коррекция қилишда даврий скрининг-мониторинг муҳим аҳамият касб этади. Дорили ятрогения, полипрагмазия ва аксарият геронтологик ёшдаги аҳолида учраб турадиган асоратларни бартараф этади.

IV БОБ. ГЕРОНТОЛОГИК ЁШДАГИ АҲОЛИ ОРАСИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ (ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИ, ДИСЛИПИДЕМИЯ, АГ) ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

§4.1. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида метаболик синдром компонентларининг (ортиқча тана вазни, дислипидемия, артериал гипертензия) эпидемиологик хусусиятлари

Метаболик синдром (МС) ҳаёт учун таҳдидли асоратларни келтириб чиқариши билан СЮБКнинг, жумладан ошқозон ичак тизими касалликларининг ҳам муҳим хавф омили ҳисобланади. Унинг асосий компонентлари ортиқча тана вазни, дислипидемия ва артериал гипертензия, полиаъзоли етишмовчилик, ҳамда терапевтик континуумнинг асосий сабаблари бўлиши билан хавф туғдиради ва жиддий эътиборни талаб қилади [2; 123-126-б., 5; 52-55-б., 8; 151-154-б.].

4.1-жадвал

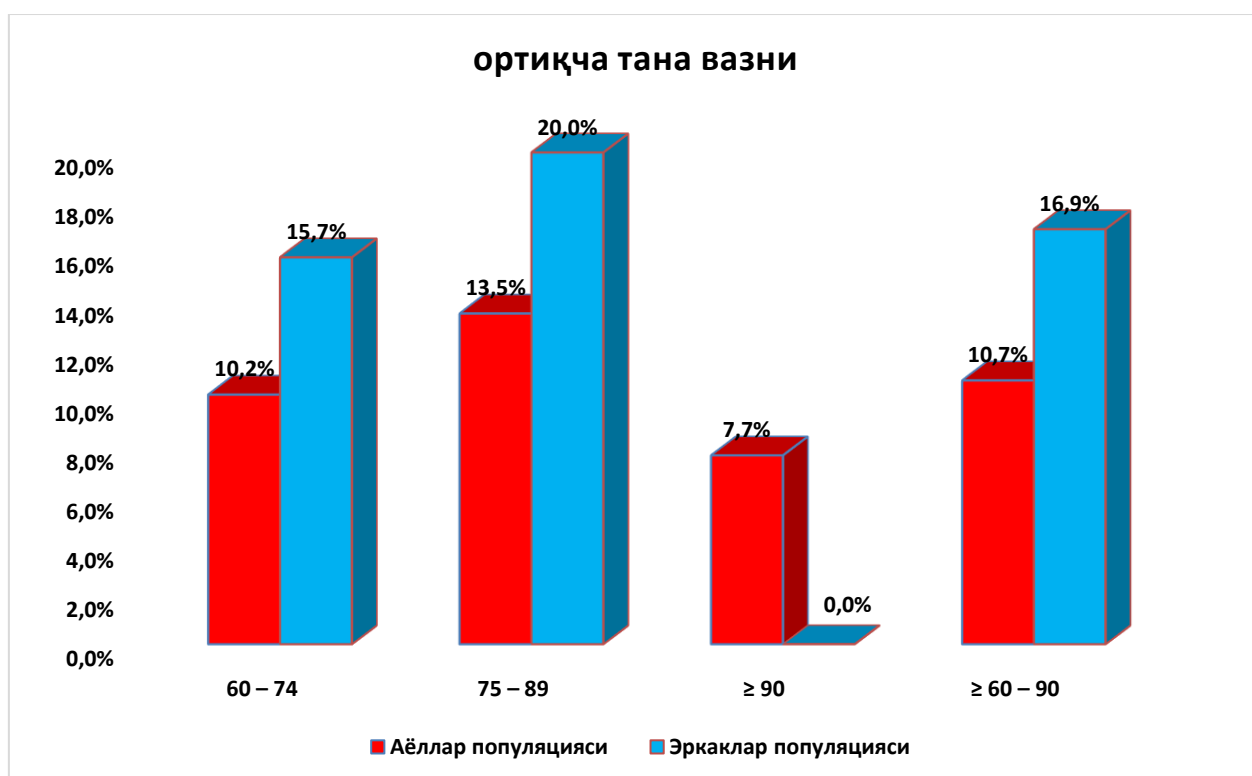
Билиар панкреатит билан оғриган геронтологик ёшдаги аҳоли орасида ортиқча тана вазнини тарқалиши частотаси (Фарғона шаҳрида ўтказилган эпид тадқиқот натижалари)

Ёш гурухи	Аёллар популяцияси			p	Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	ОТВ			n	ОТВ		n	ОТВ	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	177	18	10,2	0,839	108	17	15,7	285	35	12,3
75 – 89	52	7	13,5		45	9	20,0	97	16	16,5
≥ 90	13	1	7,7		1	0	0,0	14	1	7,1
≥ 60 – 90	242	26	10,7		154	26	16,9	396	52	13,1
OR:1,07; CI: [0,85 - 1,36]; Хи2:0,33; p-value>0,05										

Шунинг учун тадқиқотда геронтологик ёшдаги аҳолида (ГЁА) метаболик синдромнинг ушбу асосий компонентларининг тарқалиши ва

эпидемиологик хусусиятлари ўрганилди, ҳамда баҳоланди. Бу ҳақидаги таҳлилий натижалар 4.1-расмда умумлаштирилиб келтирилган. Уларни эътиборга олиш билиар панкреатитни замонавий даволаш имкониятларини оширади, профилактика-ташхисот йўналишларини самарали тўлдиради.

Ортиқча тана вазнига эга популяция эга бўлмаганларга нисбатан 7%га кўпроқ билиар панкреатит касаллигининг ривожланишига мойил эканлиги исботланди [OR 1.07], Лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижанинг статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.85- 1.36; $p>0,05$].



4.1-расм. ОТВ нинг ГЁА орасида эпидемиологик хусусиятларининг ифодаланиши

МС нинг асосий компоненти бўлган ортиқча тана вазни Фарғона шаҳрининг геронтологик ёшдаги билиар панкреатит билан оғриган аҳолиси орасида 13,1% тарқалиш частотасида аниқланди. 60-74 ёшларда 12,3%, 75-89 ёшда 16,5% ва ≥ 90 ёшлиларда 7,1% тарқалиш кўрсаткичлари билан эпидемиологик тавсифланди. Энг юқори кўрсаткич 75-89 ёшда ва энг паст даража эса ≥ 90 ёшда 9,4% га тафовутланиш частотаси билан тасдиқланди [OR:1,07; CI: [0,85 - 1,36]; χ^2 :0,33; p -value $>0,05$]. 4.1-расм ва 4.1-жадвалнинг

рақамли маълумотларидан яна тасдиқландики, аёллар ва эркекларнинг ≥ 60 ёшли гуруҳларида турлича тарқалиш частоталарида кузатилади: 60-70 ёшда - 10,2% ва 15,7%, 75-89 да 13,5% ва 20,0% ≥ 90 ёшлиларда - 7,7% ва 0,00%, ≥ 60 -90 ёшда - 10,7% ва 16,9% ($p=0.839$).

Демак, кўринадики геронтологик ёшдаги эркекларнинг 100 тасидан 16 тасида, аёлларнинг эса - 10 тасида семизлик хавфи бўлади.

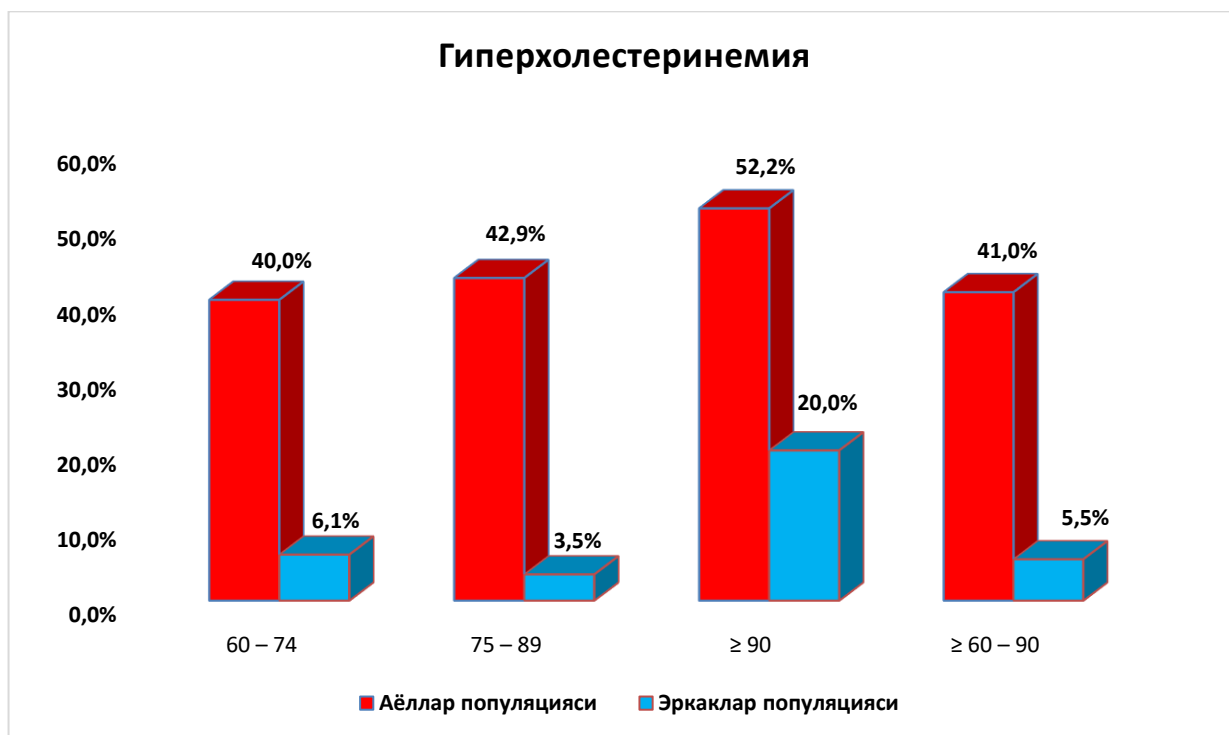
Билиар панкреатит билан ГЁА да метаболик синдромнинг иккинчи муҳим компоненти гиперхолестеринемиянинг юқори частоталарда тарқалиши (4.2-жадвал) ва эпидемиологик тавсифланиб ифодаланиши (4.2-расм) айниқса эътиборни тортади. Улардан кўринадики, геронтологик ёшдаги аҳолида гиперхолестеринемия билиар панкреатитнинг келиб чиқишига алоқадор бўлган кучли хавф омили бўлиб ҳисобланади ёки бу маълумотлар клиник тасдиқланган натижаларга мос келади.

4.2-жадвал

Гиперхолестеринемиянинг билиар панкреатит хавф омили сифатида ГЁА да тавсифи

Ёш гуруҳи	Гиперхолестеринемия бор ГЁА			р	Гиперхолестеринемия йўқ ГЁА			Умумий популяция		
	п	БП			п	БП		п	БП	
		Абс. сони	%			Абс. сони	%		Абс. сони	%
60 – 74	647	259	40,0	0,012	441	27	6,1	1088	286	26,2
75 – 89	212	91	42,9		172	6	3,5	384	97	25,3
≥ 90	23	12	52,2		5	1	20,0	28	13	46,4
≥ 60 – 90	882	362	41,0		618	34	5,5	1500	396	26,4
OR:8,11; CI: [5,59 - 11,77]; χ^2 :154,43; p-value<0,05										

Гиперхолестеринемия мавжуд бўлган шахслар билиар панкреатит касаллигининг ривожланишига 8 баравар кўпроқ мойил эканлиги тасдиқланди [OR=8,11], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [OR:8,11; CI: [5,59 - 11,77]; χ^2 :154,43; p-value<0,05].



4.2-расм. Геронтологик ёшдаги популяцияда гиперхолестеринемиянинг билиар панкреатитга алоқадорлик частотасининг ифодаланиши

Тадқиқот натижаларидан қуйидагилар келиб чиқади: 1) геронтологик ёшдаги аҳоли популяциясида гиперхолестеринемия (ГХЕ) кўринишидаги дислипидемик (ДЛП) бузилишларни аниқлаш частотаси - 26,4% ни ташкил қилади; 2) ушбу хавф омилининг келиб чиқиши ва частотасига ёш ўз таъсирини ўтказди; 60-74 ёшдагиларда-26,3%, 75-89 да - 25,3% ва ≥90 ёшлиларда -46,4% тарқалиш частоталарида тасдиқланди; 3) ГЁАда ёшга боғлиқ бўлган ГХСни аниқланиш частотаси-20% га ёки 1.7 бараварга ортади [OR:8,11; CI: [5,59 - 11,77]; χ^2 :154,43; p-value<0,05].

Таҳлилий натижалар шуни исботли кўрсатдики, ≥60-90 ёшли аҳолида ГХС га чалинганлар билиар панкреатит - 41,0%, ГХС бўлмаганлар эса - 5,5% частоталарни ташкил қилиши билан, ёки 36% гача фарқли кўрсаткич билан тасдиқланди (p=0,012).

Бошқа ёш гуруҳларидаги: кекса, қариялар ва геронт аҳолида гиперхолестеринемия омили “бор” ёки “йўқ”лиги билиар панкреатитда қуйидаги тарқалиш частоталарида қайд қилинади: 60-74 ёшда-40,0% ва 6,1% ($p<0,0001$), 75-89 да - 42,9% ва 3,5% ($p<0,0001$), ≥ 90 ёшда - 52,2% ва 20,0% ($p<0,0001$).

Гиперхолестеринемия таъсирида билиар панкреатитнинг келиб чиқиши хавфи ёшга боғлиқ ҳолда, 40% дан 52,2% гача етади. Геронт аҳолида эса ҳар иккитанинг бирида бу хавф омили патоген таъсири билан БП ривожланиш хавфини оширади. 4.3-жадвал ва 4.3-расмда гипертриглицеридемия ГЁА да эпидемиологик тасвири берилган.

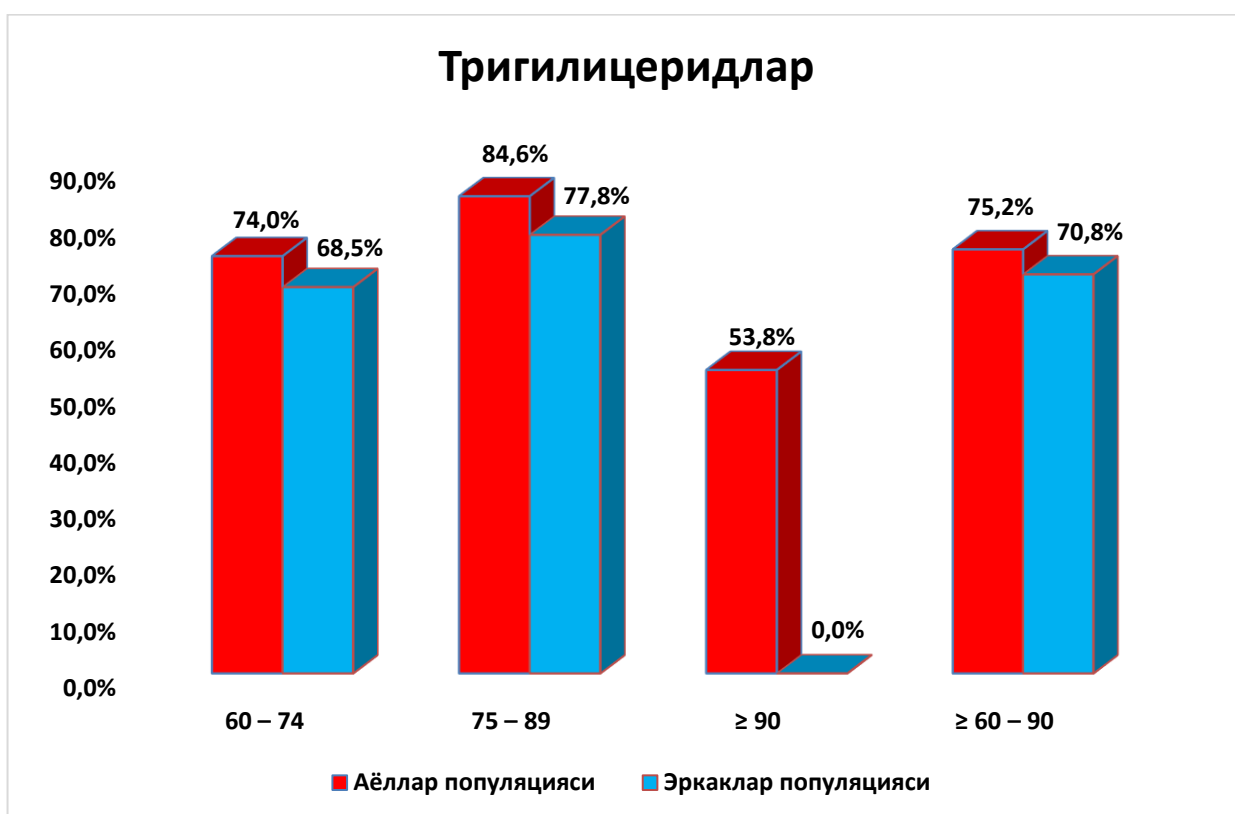
4.3-жадвал

Билиар панкреатит билан оғриган Фарғона вилоятининг геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳолиси орасида триглицеридемиянинг БП учун хавф омили сифатида эпидемиологияси

Ёш гурухи	ГЁА аёллар популяцияси			p	ГЁА эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	ГТЕ			n	ГТЕ		n	ГТЕ	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	177	131	74,0	0,919	108	74	68,5	285	205	71,9
75 – 89	52	44	84,6		45	35	77,8	97	79	81,4
≥ 90	13	7	53,8		1	0	0,0	14	7	50,0
≥ 60 – 90	242	182	75,2		154	109	70,8	396	291	73,5
OR:4,61; CI: [3,55 - 6]; Хи²:142,66; p-value<0,05										

Гипертриглицеридемия мавжуд бўлган ГЁА 4,5 баравар билиар панкреатитнинг ривожланишига мойил эканлиги ишончли асосланди [OR 4.61] ва ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ушбу натижанинг статистик аҳамиятли эканлигини кўрсатди [CI 95% 3.55 - 6; $p<0,05$].

Олинган ва статистик ишланган натижалар шуни тасдиқладики, гипертриглицеридемия (ГТЕ) текширилган аҳолида юқори частотада 73,5% гача етиши аниқланди ва ушбу натижага урғу бериш керак бўлган ҳолат ГТЕ юқори тарқалиш частотаси билан 60-74 ёшлиларда (71,9%) ва 75-89 ёшлиларда (81,4%) қайд этилди. Улар билан солиштирилганда, геронт популяцияда 1.4 баравар паст тарқалиш частотаси (50,0%) кузатилди OR:4,61; CI: [3,55 - 6]; χ^2 :142,66; p-value<0,05



4.3- расм. Геронтологик ёшдаги эркек ва аёлларда ёшга боғлиқ ҳолда гипертриглицеридемиянинг тарқалиши хусусиятлари

Эркек ва аёллар популяциясида ГТЕ -70,8% ва 75,2% дан аниқланиш частотаси билан тасдиқланди (p=0,919).

Турли ёшлиларда гипертриглицеридемиянинг тарқалиш частотаси аёллар ва эркекларда тафовутланиб аниқланди: 60-74 ёшда-74,0% ва 63,5%, 75-89 ёшда 84,6% ва 77,8, ≥90 ёшда -53,8% ва 0,00%.

Билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфи аёлларда геронтологик ёшдаги эркекларга қараганда 1,6 бараваргача юқори бўлди. Мана шундай

тафовутланиш барча ёш гуруҳларда -1,1 бараварга (60-74ёшда), 1,2 бараварга (75-89ёшда) ва 5,3 бараварга (≥ 90 ёшда) ифодаланиш билан кузатилди.

Умуман, дислипидемия хавф омили сифатида таҳлил қилинганда ҳам ГХС ва ГТЕ тимсолида аниқланган эпидемиологик тенденциялар геронтологик ёшдаги аёллар ва эркакларда яққол кўзга ташланади. ДЛП нинг тарқалиш частотаси ва эпидемиологик тавсифлари, ГЁАда қўйидаги 4.4-жадвал ва 4.4–расмда келтирилган.

4.4-жадвал

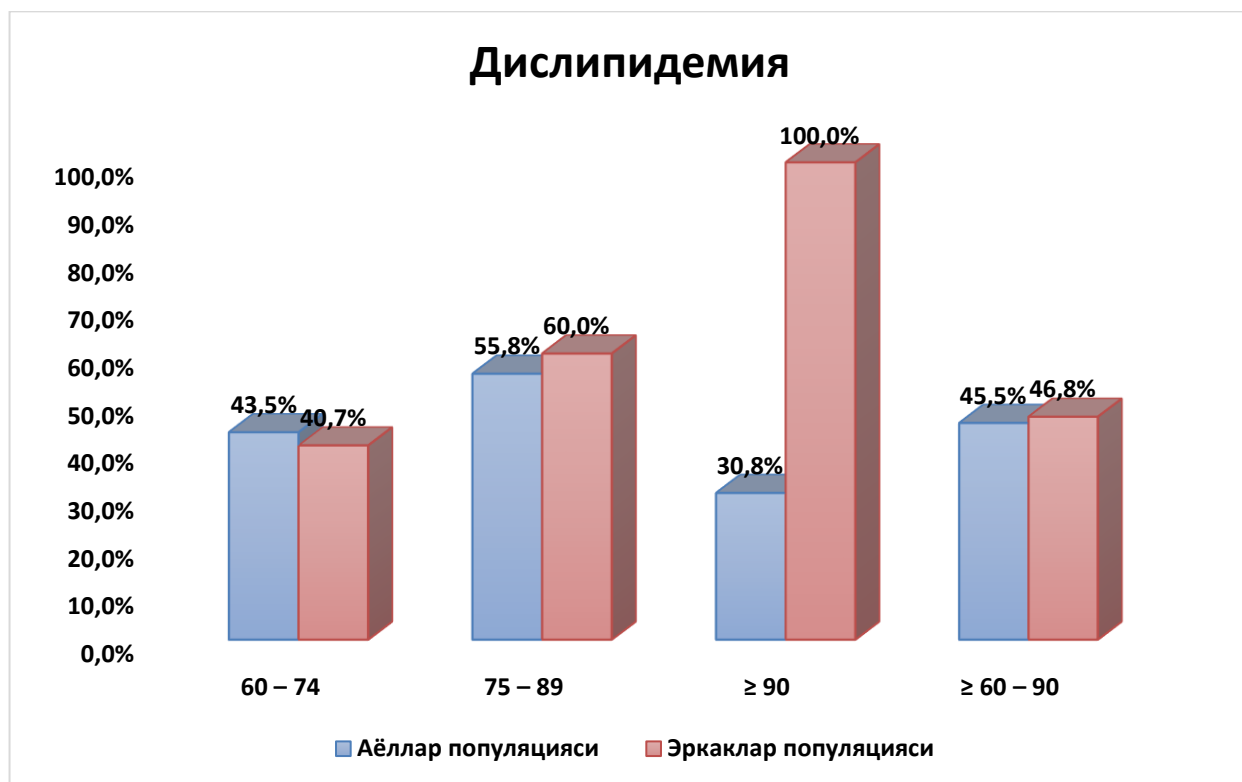
Билиар панкреатит билан касалланган Фарғона вилояти геронтологик ёшидаги уюшмаган аҳолиси орасида БП учун хавфли омил сифатида дислипидемиянинг эпидемиологияси

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			р	Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	п	Дислипидемия			п	Дислипидемия		п	Дислипидемия	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	177	77	43,5	0,785	108	44	40,7	285	121	42,5
75 – 89	52	29	55,8		45	27	60,0	97	56	57,7
≥ 90	13	4	30,8		1	1	100,0	14	5	35,7
≥ 60 – 90	242	110	45,5		154	72	46,8	396	182	46,0
OR:2,45; CI: [1,93 - 3,11]; Хи²:56,21; p-value<0,05										

Дислипидемия билан яшовчи ГЁА 2,5 баравар билиар панкреатитнинг ривожланишига мойил эканлиги исботланди [OR 2.45], Ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижанинг статистик аҳамиятли эканлигини кўрсатди [CI: [1,93 - 3,11]; χ^2 :56,21; p-value<0,05].

Дислипидемия геронтологик ёшдаги Фарғона популяциясида - 46,0% тарқалиш частотаси билан тасдиқланди. 60-74 ёшли кексаларда 42,5%, 75-89 ёшли қарияларда-57,7% ва ≥ 90 ёшли геронт аҳолида - 35,7% частоталарда қайд

этилиши билан кучли хавф омили сифатида қайд қилинди. Ёшга боғлиқ ҳолда частотаси 22,0% га фарқланиб аниқланган: ДЛП хавфи энг юқори ёш гуруҳи сифатида - 75-89 ёш ва хавф энг кам гуруҳ сифатида ≥ 90 ёш тасдиқланди. [OR =2,45; CI=[1,93-3,11]; $\chi^2 =56,21$; $p<0,05$].



4.4–расм. ГЁА да дислипидемиянинг эпидемиологик тавсифининг ифодаланиши

$\geq 60-90$ ёшли аёллар ва эркаклар популяциясида ушбу хавф омили сезиларсиз тафовут билан - 45,5% ва 46,8% тарқалиш частотасида қайд этилди (тафовутланиш частотаси -1,3% $p=0,785$).

60-74 ёшда аёллар ва эркаклар мос равишда, дислипидемия омили-43,5% ва 40,7% ($p<0.05$), 75-89 ёшда-55,85 ва 60% ($p<0.05$), ≥ 90 ёшда-30,8% ва 100,0% ($p<0.01$) частотада тасдиқланди. Аёллар популяциясида турли ёшларда ДЛП нинг тафовутланиш частотаси - 25,0% ни, эркакларда эса -59,3%ни ташкил қилди.

Дислипидемиянинг келиб чиқиш хавфи эркакларда аёлларга қиёслаганда, геронтологик ёшдагиларда, 1,8 марта юқори бўлиши тадқиқот натижалари бўйича тасдиқланди. Метаболик синдромнинг асосий

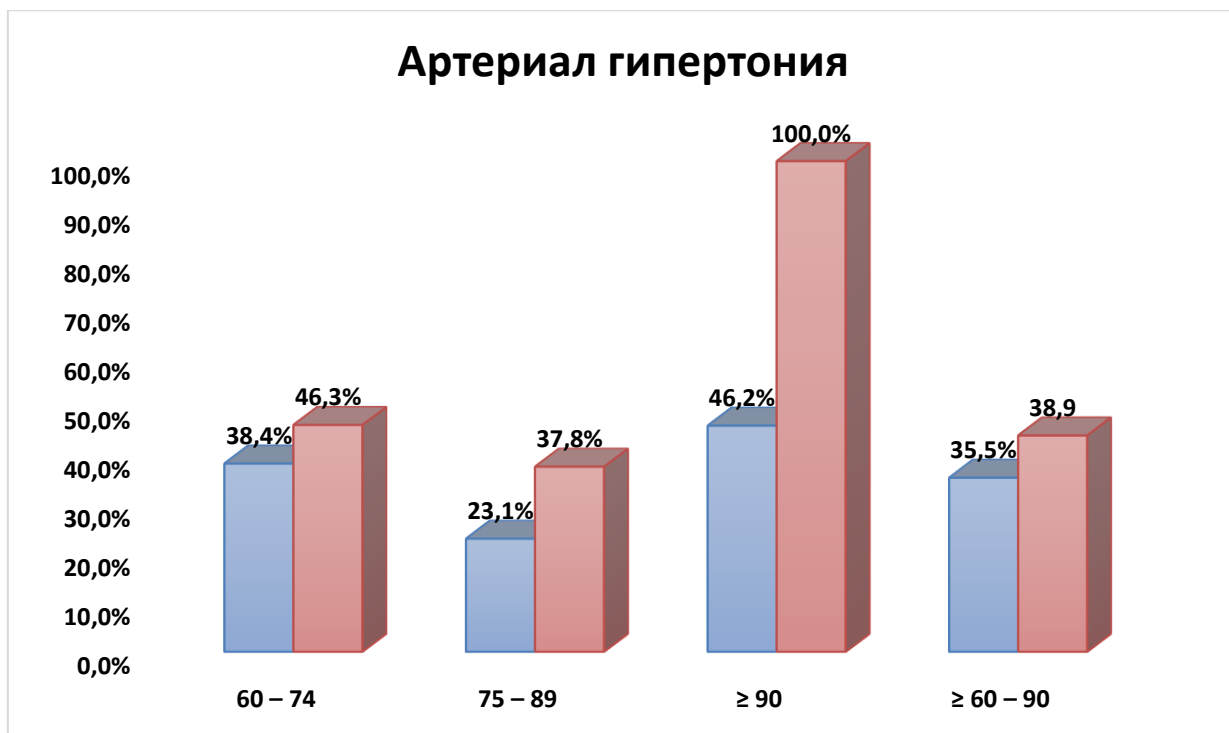
компонентларидан бири бўлган АГ нинг геронтологик ёшдаги аҳолида аниқланиш частотаси, ёшга ва гендрели омилга боғлиқ ҳолда, 4.5-жадвал ва 4.5-расмда келтирилган.

Артериал гипертензия билиар панкреатит ривожланишида ҳимоя омили сифатида таъсир этиши асосланди [OR 0.80]. Ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу боғлиқлик статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI = (0,55-1,17) ; $\chi^2 = 1,27$; $p=0,25$].

4.5-жадвал

Билиар панкреатит билан оғриган геронтологик ёшдаги аёллар ва эркаклар популяциясида метаболик синдромнинг компоненти сифатида АГ нинг тарқалиш частотаси

Ёш гурухи	Аёллар популяцияси			р	Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	п	АГ			п	АГ		п	АГ	
		мутлок сони	%			мутлок сони	%		мутлок сони	%
60 – 74	177	68	38,4	0,790	108	50	46,3	285	118	41,4
75 – 89	52	12	23,1		45	17	37,8	97	29	29,9
≥ 90	13	6	46,2		1	1	100,0	14	7	50,0
≥ 60 – 90	242	86	35,5		154	68	44,2	396	154	38,9
OR=0,80 ; CI = (0,55-1,17) ; χ^2 = 1,27 ; p=0,25 .										



4.5-расм. Артериал гипертониянинг кекса, қария ва геронт популяцияда эпидемиологик тавсифининг ифодаланиши

АГ умумий ва етарлича хавф омили сифатида геронтологик ёшдаги Фарғона аҳолисида ўрганилди, унинг эпидемиологик тавсифлари билиар панкреатитга боғлиқ ҳолда “кўрилди”.

Чунончи, ушбу хавф омилида, Фарғона шароитида, геронтология $\geq 60-90$ ёшли аҳолида, 38,9% частотасида тасдиқланди. Энг юқори частотада тарқалиш ≥ 90 ёшлиларда кузатилди (50,0%), шундай нисбатда юқори эпидемиологик кўрсаткич билан (41,4) 60-74 ёшлиларда ҳам қайд қилинди. 75-89 ёшлиларда 29,9% га тенг бўлиб сезиларли паст тарқалиш частотаси кузатилди. Ёшга боғлиқ ҳолда АГ 1,7 баравар тафовутланиш частотаси билан тавсифланди [OR =0,80; CI =(0.55-1.17); $\chi^2 =1,27$; $p<0,25$].

АГ аёллар ва эркеклар популяциясида $\geq 60-90$ ёшлиларда-35,5% ва 44,2% яъни 9,7% га тафовутланиб, тарқалиш частотаси билан тасдиқланди ($p=0,790$).

Турли ёшдаги билиар панкреатит билан оғриган аёллар ва эркеклар популяциясида АГнинг аниқланиш частотаси қуйидагича эканлиги аниқланди: 38,4% ва 46,3%, 60-71 ёшлиларда 75-89 да - 23,1% ва 37,8% ($p<0,5$), ≥ 90 ёшлиларда - 46,2% ва 100,0%.

Ёшга боғлиқ бўлган ҳолда АГ, аёлларда-23,1% га ва эркакларда - 62,2% га тарқалиш частотасининг ортиши билан тасдиқланди. Ушбу эпидемиологик кўрсаткич ва тавсифлар геронтологик ёшдаги аҳолида профилактик ва превентив чора-тадбирларни мувофиқлаштиришда ҳудудий аҳамият касб этади.

§4.2. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида умумий бош хавф омилларининг эпидемиологик хусусиятлари

Тадқиқот вазифаларидан яна бири геронтологик ёшдаги аҳоли орасида умумий бош хавф омилларни (тамаки чекиш, нос чекиш, алкоголь истеъмол қилиш, ирсий мойиллик) эпидемиологиясини беморда панкреатит билан боғлаб ўрганиш бўлди. 4.6-жадвал ва 4.6- расмда тамаки чекишнинг хавф омили сифатида геронтологик ёшдаги аҳоли орасида эпидемиологик тавсифи баён қилинган.

Тамаки чекиш геронтологик ёшдаги аҳолида қўйидагича аниқланиш частоталарида тасдиқланди: 60-74 ёшлиларда -18,6% , 75-89 ёшлиларда-16,4%, ≥ 90 ёшлиларда 7,1% ва жами $\geq 60-90$ ёшли умумий популяцияда -18,0%. Ёшга боғлиқ тамаки кечиш-11,5% га ёки 2,5 бараварга камайиш частотаси билан тасдиқланди.

Тамаки чекиш билан боғлиқ билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфи энг юқори даражаси билан кексаларда ва энг паст даражаси ≥ 90 ёшлиларда кузатилди [OR =1,38; CI=[1,04-1,84]; $\chi^2 =4,91$; $p<0,05$].

Эркаклар популяциясида - 39,3% гача ушбу хавф омили аниқланди, аёлларда эса -2,8% дан ошмасдан тарқалиш билан тасдиқланди ($p=0,4\%$). Ёшга боғлиқ ҳолда тамаки чекишнинг тарқалиш частотасининг тафовутланиши аёлларда - 1,7%ни ва эркакларда - 41,4% ни ташкил қилди ($p<0,001$).

Тамаки чекишни уюшмаган геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиши частотаси

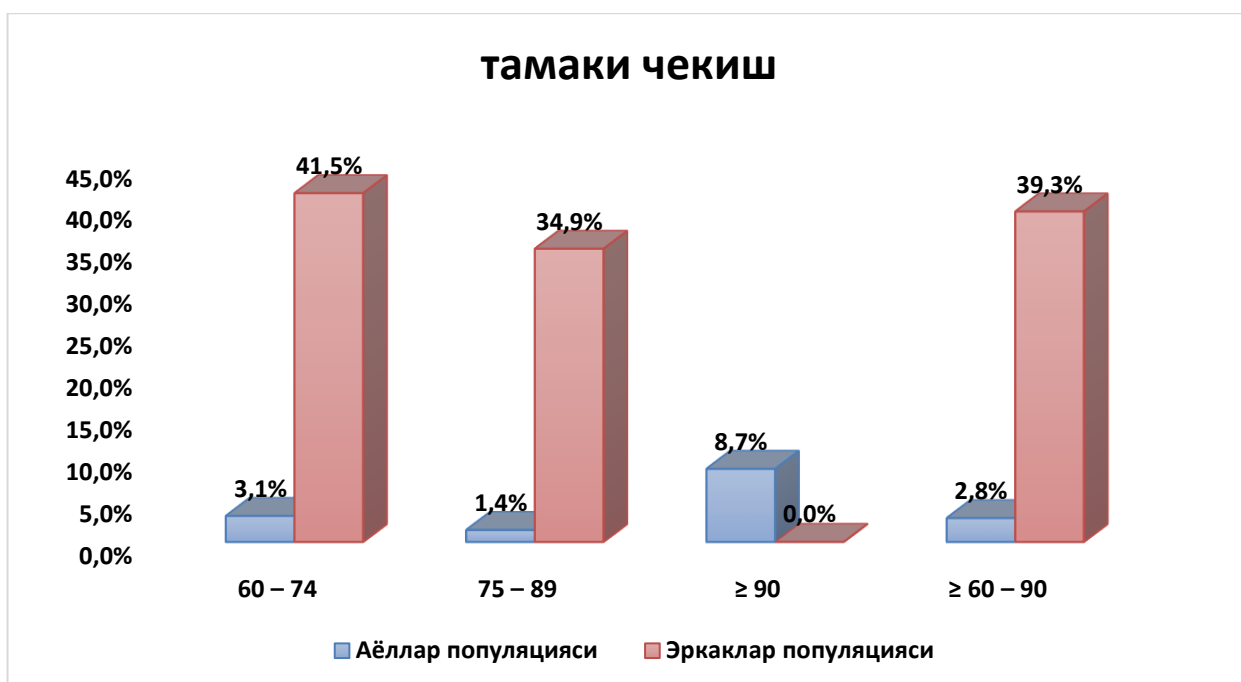
Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			p	Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	Тамаки чекиш			n	Тамаки чекиш		n	Тамаки чекиш	
		мутлок сони	%			мутлок сони	%		мутлок сони	%
60 – 74	647	20	3,1	0,402	441	183	41,5	1088	203	18,6
75 – 89	212	3	1,4		172	60	34,9	384	63	16,4
≥ 90	23	2	8,7		5	0	0,0	28	2	7,1
≥ 60 – 90	882	25	2,8		618	243	39,3	1500	268	18,0
OR:1,38; CI: [1,04 - 1,84]; Хи ² :4,91; p-value<0,05										

Тамаки чекувчилар, чекмайдиганларга нисбатан 38 % ҳолатда кўпроқ билиар панкреатит билан касалланиши мумкинлиги ишончли асосланди [OR 1.84], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди.[CI:[1,04-1,84]; χ^2 :4,91; p-value<0,05].

Геронтологик ёшдаги аёллар ва эркакларда тамаки чекиш ёшга боғлиқ ҳолда, фарқли частотада ифодаланди, ва қуйидагича қайд этилди: 60-74 ёшда-3,1% ва 41,4% дан, 75-89 да -1,4% ва34,9%, ≥90 ёшда-8,7% ва 0,00%.

4.7- жадвал ва 4.7-расмда геронтологик ёшдаги аҳолида чекишнинг тарқалиш частотаси ва эпидемиологик хусусиятлари баён қилинган. Улардан кўринадики, ГЁАда нос чекиш тамаки чекишга солиштирилганда кам частота ва сезиларли юқори даражада тафовутланиш билан кузатилди.

Аён бўлдики, нос чекишнинг аниқланиш частотаси геронтологик ёшдаги умумий популяцияда-1,9%ни ташкил қилади ва турли ёш гуруҳларида 5,3% гача тасдиқланади.



4.6-расм. Билиар панкреатит учун хавф омили сифатида тамаки чекишнинг кекса, қария ва геронт аҳолида эпидемиологик хусусиятлари

Хусусан, 60-74 ёшли аҳолида-48%, 75-82 ёшлиларда-1,8% ва ≥ 90 ёшлиларда-7,1% тарқалиш частотаси билан тавсифланди [OR =1,8; CI:[1,32-2,44]; $\chi^2 =14,11$; $p<0,05$].

Нос чекиш омили $\geq 60-90$ ёшли аёлларда-1,2% ва эркакларда-2,9% аниқланиш частотаси билан қайд қилинди ($p=0,852$). Ёшга боғлиқ ҳолда нос чекишга хос ўзгаришлар частотаси билан ифодаланди. Чунки кекса ёшли аёллар ва эркакларда мос ҳолда -1,2% ва 2,7%, қарияларда - 0.5% ва 3.5%, геронт ёшдагиларда - 8,7% ва 0.00% частоталар билан қайд қилинди.

Ушбу омил нисбатан кам частоталарда аниқланган бўлсада, уни ҳисобга олиш билиар панкреатитда, беморларда, клиник-профилактик ва башоратли аҳамият касб этди.

4.7- жадвал

Нос чекиш билиар панкреатитнинг хавф омили сифатида ГЁА да тарқалиши частотаси

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси	p	Эркаклар популяцияси	Умумий популяция
-----------	--------------------	---	----------------------	------------------

	п	Нос чекиш			п	Нос чекиш		п	Нос чекиш	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	647	8	1,2	0,852	441	12	2,7	1088	20	1,8
75 – 89	212	1	0,5		172	6	3,5	384	7	1,8
≥ 90	23	2	8,7		5	0	0,0	28	2	7,1
≥ 60 – 90	882	11	1,2		618	18	2,9	1500	29	1,9
OR:1,8; CI: [1,32 - 2,44]; χ^2 :14,11; p-value<0,05										

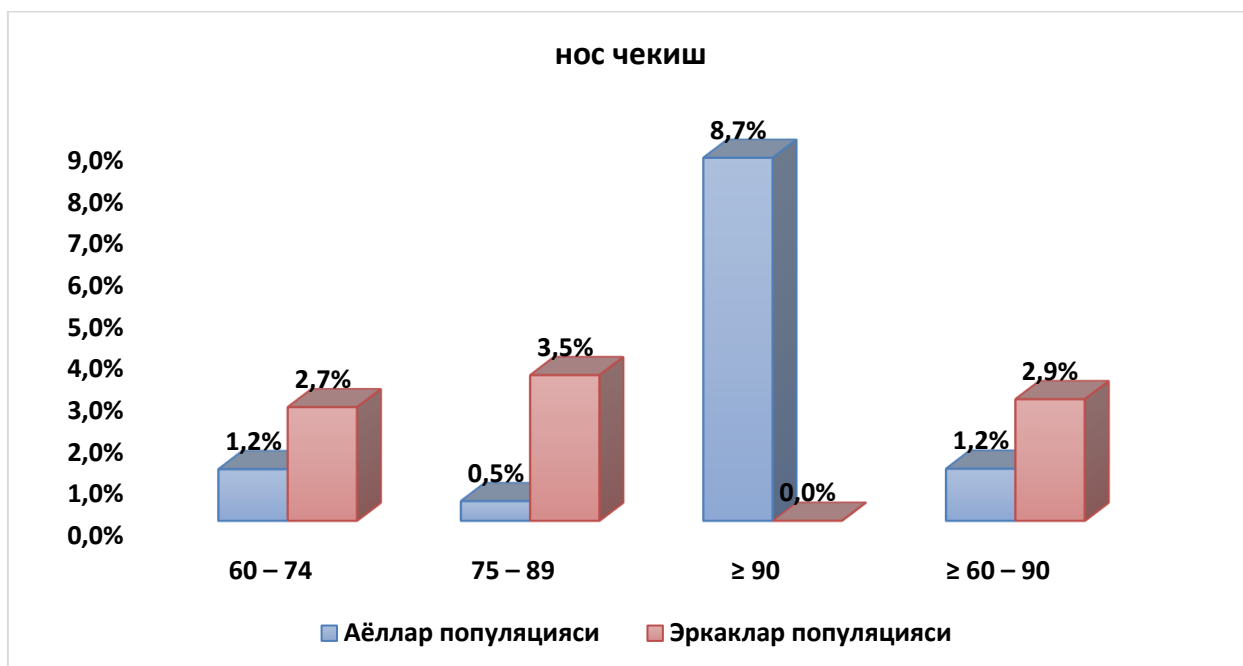
Нос чекувчилар, чекмайдиганларга нисбатан 80% ҳолатда кўпроқ билиар панкреатит билан касалланиши исботланди [OR 1,8], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI: [1,32-2,44]; χ^2 :14,11; p-value<0,05].

4.8-жадвал ва 4.8- расмда алкоголь истеъмолини геронтологик ёшдаги Фарғона популяциясида тарқалиш частотаси ва билиар панкреатитнинг хавф омили сифатида эпидемиологик тавсифи баён қилинган.

Аниқ эпидемиологик натижаларни олиш учун алкоголь истеъмолига (АИ) оид сўровномали текширувнинг савол ва жавоблари кенгайтирилди ҳамда чуқурлаштирилди.

- 1) тез-тез сиз пиво ичиб турасизми-?
- 2) мустаҳкамланган шароб/винодан тез-тез ичиб турасизми?,
- 3) мустаҳкамланган шароб/винодан ичиб турасизми?
- 4) кучли спиртли ичимликларга муносабатингиз қандай?
- 5) Бир ичишда ўртача неча грамм пиво ичасиз,
- 6) ўртача бир ичишда неча грамм мустаҳкамланмаган вино истеъмол қиласиз?
- 7) ўртача бир ичишда неча грамм мустаҳкамланган вино истеъмол қиласиз?

8) ўртача бир ичишда неча грамм кучли спиртли ичимликлардан истеъмол қиласиз? Каби қўшимча саволлар билан кекса, қария ва геронт аҳоли учун АИ тавсифларига аниқлик талаби ажратилди.



4.7–расм. Геронтологик ёшдаги аҳолида нос чекишнинг тарқалиш хусусиятларининг ифодаланиши

Мустаҳкамланмаган винога уй винолари ва шампан ичимлиги киритилди ёки 12-15% тоза алкоголь тутувчи ичимликлар кўзда тутилди. Мустаҳкамланган вино деб (мускатлар, ликерлар) таркибида 20% дан ошмаган миқдорда тоза алкоголь тутувчи ичимликлар қабул қилинди.

Кучли ичимликлар деб (ароқ, коньяк) таркибида 40% атрофида тоза алкоголь тутувчи ичимликлар қабул қилинди.

Шундай унифицирланган саволномалар билан алкоголь истеъмолини эпидемиологик тадқиқотларда ўрганиш халқаро миқёсда қабул қилинган ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган [Топемкина Р.А. ва б.қ. 2004; ЖССТ;1996].

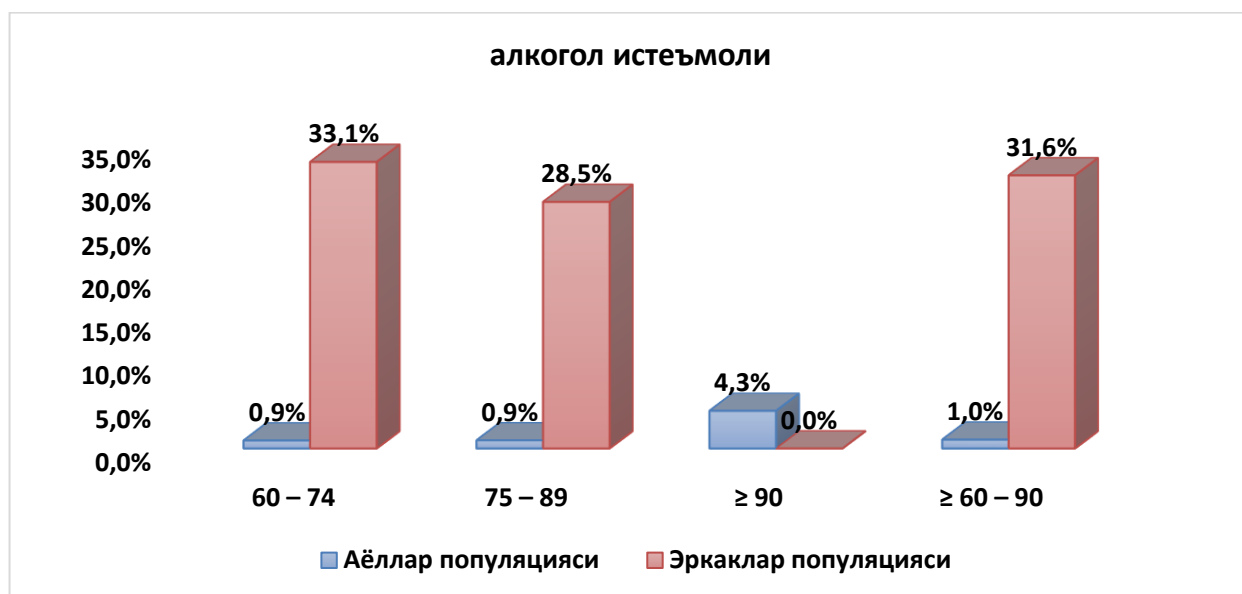
4.8-жадвал

ГЁА да алкоголь истеъмолини билиар панкреатитнинг хатар омили сифатида тарқалиши частотаси

Ёш группи	Аёллар популяцияси	p	Эркаклар популяцияси	Умумий популяция
--------------	-----------------------	---	-------------------------	------------------

	п	Алкоголь истеъмоли			п	Алкоголь истеъмоли		п	Алкоголь истеъмоли	
		мутлоқ. сони	%			мутлоқ. сони	%		мутлоқ. сони	%
60 – 74	647	6	0,9	0,439	441	146	33,1	1088	152	14,0
75 – 89	212	2	0,9		172	49	28,4	384	51	13,3
≥ 90	23	1	4,3		5	0	0,0	28	1	3,6
≥ 60–90	882	9	1,02		618	195	31,5	1500	204	13,6
OR:1,47; CI: [1,07 - 2,01]; Хи²:5,73; p-value<0,05										

Алкогoл истеъмoл қилувчилар, истеъмoл қилмаганларга нисбатан 47% ҳoлатда кўпроқ биллар панкреатит билан касалланиши асосланди [OR 0.03], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 1,07 - 2.01; p<0,05].



4.8 - расм. Алкогoл истеъмолини қария ва геронт аҳолида БП нинг хавф омили сифатида эпидемиологик тавсифининг ифодаланиши

Тадқиқотнинг натижаларидан маълум бўлдики (4.8-жадвал ва 4.8-расм), тешрилган популяцияда алкогoл истеъмолининг аниқланиш частотаси 13,6% ни ташкил қилди. 60-74 ёшлиларда-14,0%, 75-89 ёшда-13,3% ва ≥90 ёшлиларда-3,6% тарқалиш частоталари билан кекса ва қарияларда 5 ва 4 бараварга юқори АИ кузатилди. Ёшга боғлиқ ҳолда АИ тарқалишининг

тафовутланиб аниқланиш частотаси-11,0% ни ташкил этди. [OR:1,47; CI: [1,07 - 2,01]; χ^2 :5,73; p-value<0,05].

АИ омили асосан геронтологик ёшдаги эркакларда (31,5%), аёллар билан таққосланганда (1,02%), юқори даражада аниқланди (p=0.439).

Турли ёшда аёллар ва эркакларда алкоголь истеъмолини аниқланиш частотаси фарқли ҳолатда қуйидаги эпидемиологик тавсифлар билан тасдиқланди: 60-74 ёшда - 0,9% ва 33,1%, 75-89 ёшда - 0,9% ва 28,4% ва ≥ 90 ёшда - 4,3% ва 0,00%.

Геронтологик ёшдаги аҳолини ўрганиш, бизнинг натижаларимизга кўра мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

§4.3. Алиментар хавф омилларини геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиш частотасининг эпидемиологик хусусиятлари

Тадқиқотда билиар панкреатитнинг хавф омили сифатида алиментар хавф омилларининг (АХО) геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиш частотасининг эпидемиологик хусусиятлари аниқланди. Ушбу маълумотларнинг таҳлили 4.9-жадвал ва 4.9- расмда берилган.

4.9-жадвал

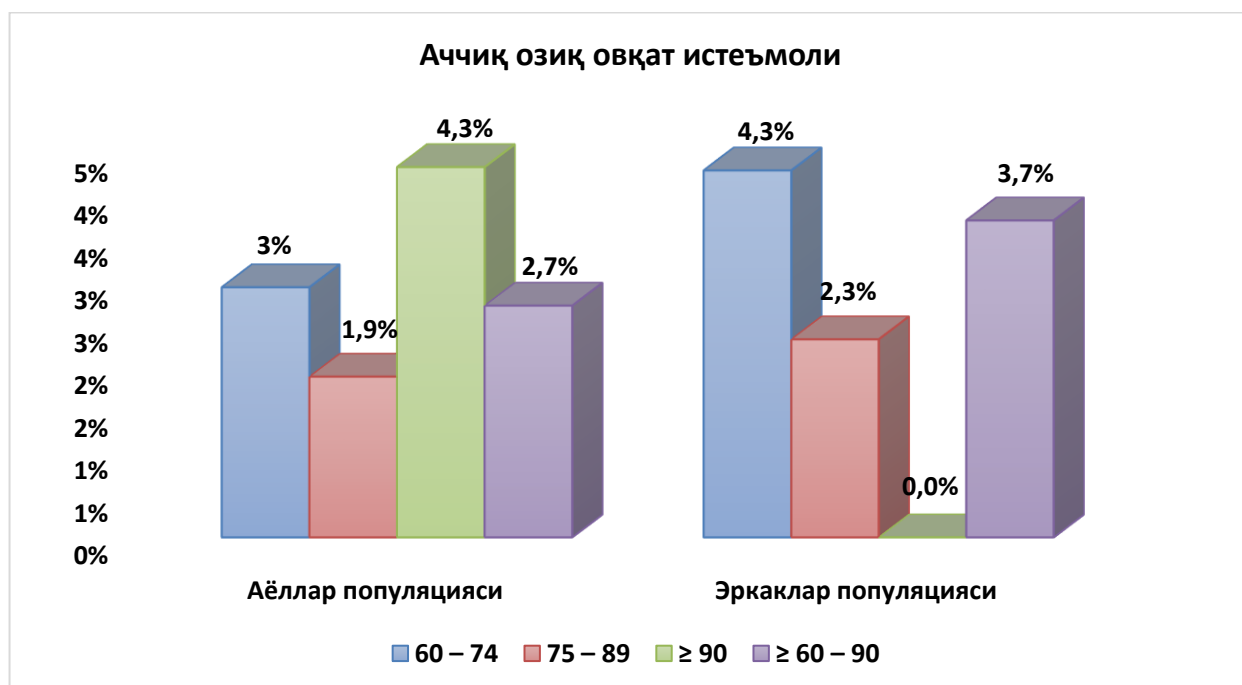
Аччиқ таом истеъмолининг геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳоли орасида БП учун хавфли омил сифатидаги эпидемиологик тавсифи

Ёш гурухи	Аёллар популяцияси			р	Эркаklar популяцияси			Умумий популяция		
	n	Аччиқ таом истемоли			n	Аччиқ таом истемоли		N	Аччиқ таом истемоли	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	647	19	3,0	0,939	441	19	4,3	1088	38	3,5
75 – 89	212	4	1,9		172	4	2,3	384	8	2,1
≥ 90	23	1	4,3		5	0	0,0	28	1	3,6
≥ 60 – 90	882	24	2,7		618	23	3,7	1500	47	3,1
OR:1,6; CI: [1,27 - 2,03]; Хи²:15,75; p-value<0,05										

Аччиқ таом истемол қилувчилар, истемол қилмайдиганларга нисбатан 60% ҳолатда кўпроқ билиар панкреатит билан касалланиши исботли асосланди

[OR 1.6], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 1.27 - 2.03; $p < 0,05$].

Жадвал ва қуйидаги расмнинг рақамли кўрсаткичларнинг таҳлилидан келиб чиқадики, геронтологик ёшдаги популяцияда аччиқ таом истеъмоли (АТИО) одати қуйидаги частоталарда қайд этилди: 60-74 ёшлиларда – 3,5%, 75-89 да – 2,1%, ≥ 90 ёшда 3,6% ва $\geq 60-90$ ёшда 3,1%. АТИО ёшга боғлиқ ҳолда юқори частотада кекса ёшдаги ва геронт ёшдаги аҳолида кузатилади. Умуман унинг турли ёшларди тафовутланиш даражаси - 1,5% ни ташкил қилади. [OR=1,6; CI: [1,27 - 2,03]; χ^2 :15,75; p -value<0,05].



4.9-расм. Геронтологик ёшдаги Фарғона аҳолисида аччиқ озиқ овқат маҳсулотларининг истеъмоли одатининг аниқланиш частотасининг ифодаланиши

Геронтологик ёшдаги эркакларда аёлларга қараганда АТИО юқори частоталарда тарқалиши билан аниқланди. Эркакларда – 3,7% ва аёлларда - 2,7% частоталарда АТИО тасдиқланди ($p=0,939$).

Турли ёшдаги аёллар ва эркакларда ҳам шундай тенденцияли тафовутланиш қисман сақланиб ифодаланади. Хусусан 60-74 ёшли аёллар ва

эркакларда АТИОнинг тарқалиш частотаси – 3% ва 4,3%, 75-89 ёшларда 1,9% ва 2,3%, ≥ 90 ёшларда 4,35% ва 0,00% аниқланди.

Келгуси алиментар омил (АО) сифатида ёғли таом истеъмоли одати (ЁТИО) Фарғонанинг геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳолиси орасида ўрганилди. Олинган натижалар 4.10-жадвалда ва 4.10-расмда баён қилинган.

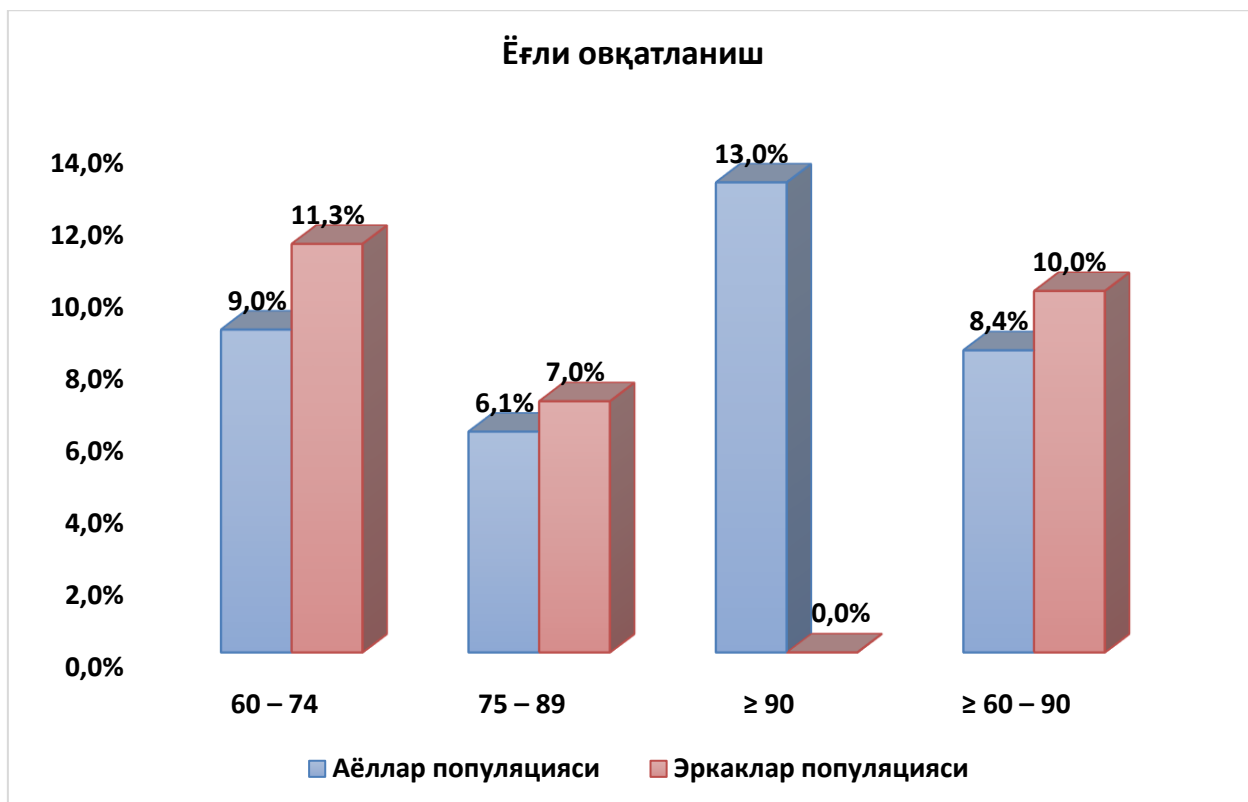
4.10-жадвал

Ёғли таом истеъмолининг Фарғона водийси геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳолиси орасида БП учун хавф омили сифатида тарқалиш частотаси

Ёш гурӯҳи	Аёллар популяцияси			р	Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	п	Ёғли таом истеъмоли			п	Ёғли таом истеъмоли		п	Ёғли таом истеъмоли	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	647	58	9,0	0,933	441	50	11,3	1088	108	10,0
75 – 89	212	13	6,1		172	12	7,0	384	25	6,5
≥ 90	23	3	13,0		5	0	0,0	28	3	10,7
≥60–90	882	74	8,4		618	62	10,0	1500	136	9,0
OR:3,34; CI: [2,54 - 4,38]; Хи²:80,5; p-value<0,05										

Ёғли таом истеъмол қилувчиларда, истеъмол қилмайдиганларга нисбатан билиар панкреатит билан касалланишнинг хавфи 3,3 бараварга юқорилиги асосланди [OR 3,3], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 2,54 – 4,38; $p < 0,05$].

Уларнинг таҳлили гувоҳлик берадики ёғли таом истеъмоли одати геронтологик ёшдаги Фарғона аҳолисида – 9% тарқалиш частотасида аниқланади. Ёшга боғлиқ ҳолда ушбу АО 4,2%га тафовутланиш частотаси билан қайд қилинади. Чунончи нисбатан юқори тарқалиш частотаси 60-74 ёшли (10,0%) ва ≥ 90 ёшли аҳолида (10,7%), кам частотаси эса (6,5%) – 75-89 ёшларда кузатилди [OR=3,34; CI: [2,54 - 4,38]; χ^2 :80,5; p-value<0,05].



4.10-расм. Геронтологик ёшдаги аёллар ва эркаклар популяциясида ЁТИ нинг эпидемиологик тавсифининг хусусиятлари

Умуман, қиёсан хулоса чиқарилса, ёғли таом истеъмоли одати кекса, қария ва геронт аҳолида сезирарли тафовутланиш кам частоталарда тарқалиш билан тасдиқланди. Мавжуд тадқиқотларда олинган натижаларда юқори кўрсаткичлар кўрсатилган ва улар, ёшларда ҳамда ўрта яшар популяцияда ҳам олинган [12, 20, 32; 41].

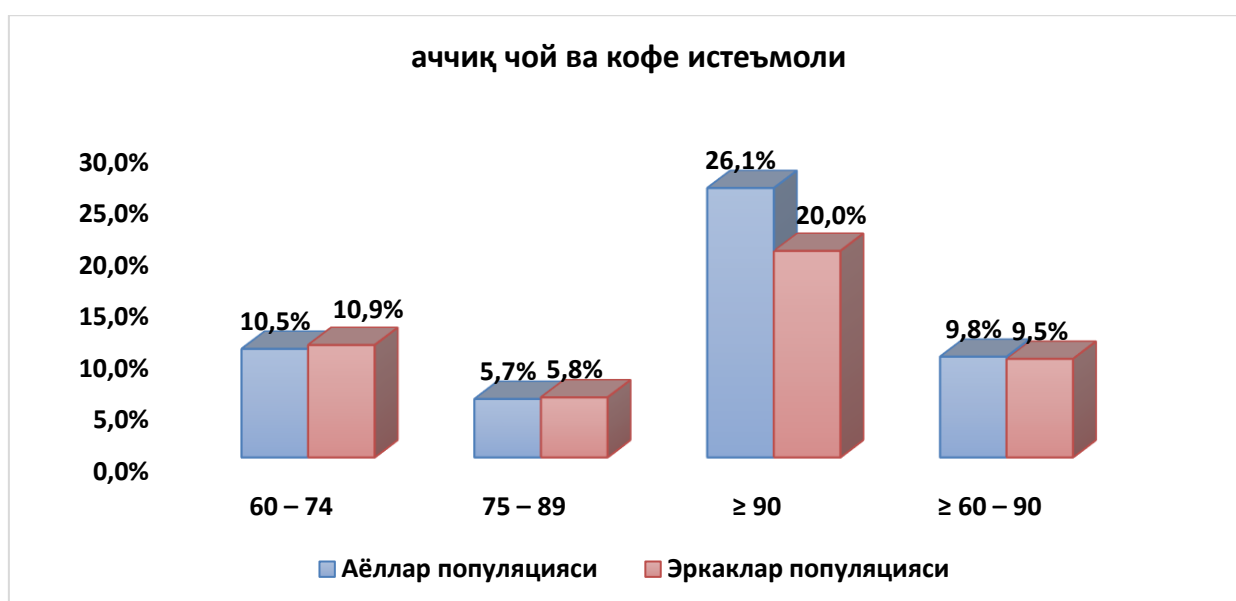
Жумладан қуйидаги эпидемиологик тавсифлар скринингли терапевтик ва профилактик аҳамият кўрсатиб тасдиқланди. 60-74 ёшдаги аёллар ва эркакларда ёғли таом истеъмоли одати – 9,0% ва 12,1% частоталарда қайд қилинди, 75-89 ёшлиларда 6,1% ва 7,05% ≥90 ёшлиларда – 13% ва 0,00% тасдиқланди ($p=0,933$).

4.11-жадвалда ва 4.11-расмда аччиқ кофе ва чой истеъмоли одати (АҚЧИО) бўйича, геронтологик ёшдаги аҳолида, эпидемиологик тавсифлар мужассамлаштирилиб баён қилинган.

Аччиқ кофе ва чой истеъмолининг геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳоли орасида БП учун хавф омили сифатида эпидемиологик тавсифи

Ёш гурухи	Аёллар популяцияси			р	Эркаklar популяцияси			Умумий популяция		
	п	Аччиқ кофе, чай			п	Аччиқ кофе, чай		п	Аччиқ кофе, чай	
		мутлок сони	%			мутлок сони	%		мутлок сони	%
60 – 74	647	68	10,5	0,984	441	48	10,8	1088	116	10,6
75 – 89	212	12	5,7		172	10	5,8	384	22	5,7
≥ 90	23	6	26,1		5	1	20,0	28	7	25,0
≥ 60–90	882	86	9,7		618	59	9,5	1500	145	9,6
OR:4,4; CI: [3,26 - 5,94]; Хи²:103,74; p-value<0,05										

Аччиқ чой ва кофе истеъмол қилувчилар, истеъмол қилмайдиганларга нисбатан 4.4 барабарга билиар панкреатит билан касалланишга мойил эканлиги исботли асосланди [OR 4.4], Ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 3,26 – 5,94 ; p<0,05].



4.11-расм. Геронтологик ёшдаги Фарғона аҳолисида аччиқ кофе ва чой истеъмолининг аниқланиш частотасининг ифодаланиши

Жадвал ва расмнинг рақамли натижалари таҳлили бўйича исботландики, кофе ва чой истеъмоли (ҚЧИО) геронтологик ёшдаги аҳолида 9,6% аниқланиш частотасида тасдиқланди. Бевосита ёшга боғлиқ ҳолда салкам 20,0%гача фарқ билан ифодаланди.

ҚЧИО 60-77 ёшли аҳолида – 10,6%, 75-89 ёшлиларда – 5,7% ва ≥ 90 ёшдан ошганларда – 25% частотасида қайд қилинган [OR=4,4; CI: [3,26 - 5,94]; χ^2 :103,74; p-value<0,05].

Эркак ва аёлларда ушбу омилнинг аниқланиш частотаси ҳам деярли фарқ қилмасдан – 9,7% ва 9,5% тарқалиш билан тасдиқланди.

Ёш гуруҳларида эса мос равишда аёллар ва эркаклар популяциясида ушбу омилнинг тарқалиш частотаси ва эпидемиологик ифодаланиши қуйидагича тавсифланди: 60-74 ёшлиларда – 10,5% ва 10,8% ($p>0,05$), 75-89 ёшлиларда – 5,7% ва 5,8% ($p>0,05$), ≥ 90 ёшда – 26,1% ва 20,0% ($p>0,05$).

Геронт популяцияда аччиқ кофе ва чойга “очлик синдроми” бор деб ҳулоса қилинса, ушбу натижалардан келиб чиқиб, ўйлаймизки мақсадга мувофиқ бўлади. Албатта унга индивидуал тарзда баҳо бериш ва/ёки уни коррекциялаш сўзсиз профилактик аҳамият касб этади.

Алиментар хавф омили яна бир популяцияда – “мунтазам овқатланиш одати” ва “номунтазам овқатланиш одати”нинг эпидемиологик тавсифлари аниқланди ва баҳоланди (4.12-жадвал ва 4.12-расм).

4.12-жадвал

Алиментар хавф омилининг геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиш частотаси ва унинг билиар панкреатитга боғлиқлиги

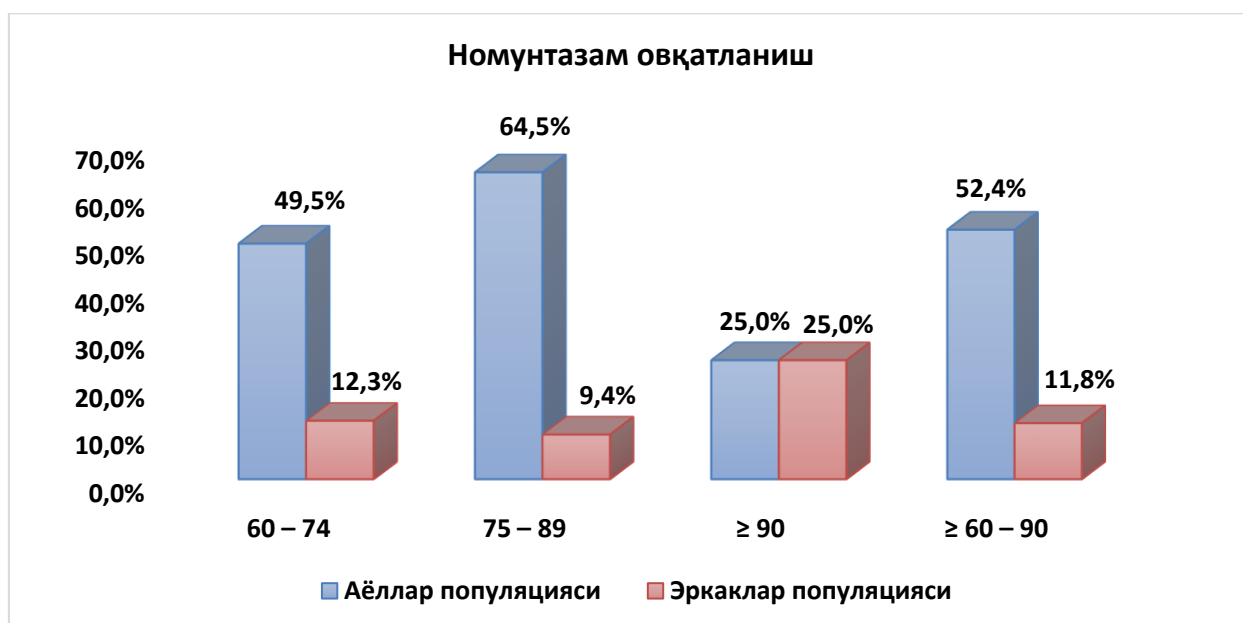
Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			р	Эркаклар популяцияси			умумий популяция		
	п	Номунтазам овқатланиш			п	Номунтазам овқатланиш		п	ИМТ	
		№	%			№	%		№	%
60 – 74	404	200	49,5	0,037	684	84	12,3	1088	284	26,1
75 – 89	107	69	64,5		277	26	9,4	384	95	24,7

≥ 90	4	1	25,0		24	6	25,0	28	7	25,0
≥ 60 – 90	515	270	52,4		985	116	11,8	1500	386	25,7
OR= 0,64 ; CI = (0,36-1,14) ; $\chi^2 = 2,36$; p= 0,12 .										

Режим асосида овқат истеъмол қилувчилар, режимга риоя этмайдиганларга нисбатан 64% ҳолатда камроқ билиар панкреатит билан касалланишга мойил эканлиги исботли асосланди [OR 0.36], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижани статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.26 - 0.5; $p < 0,05$].

4.12- жадвал ва 4.12 –расмда “мунтазам овқатланиш” ва “номунтазам овқатланиш” одатларининг геронтологик ёшдаги Фарғона аҳолисида тарқалиш частотаси ва билиар панкреатитга боғлиқлигининг эпидемиологик тавсифининг ифодаланиш хусусиятлари келтирилган.

Уларни таҳлил қилиш натижаларига кўра овқатланиш омилининг роли билиар панкреатитнинг шаклланишида ва кечишида 26,1% ни ташкил этиб тасдиқланди: 60-74 ёшлиларда - 26,1%, 75-89 ёшлиларда - 24,7% ва ≥90 ёшлиларда - 46,4% ни ташкил қилиб тасдиқланди [OR=0,36; CI=[0,26-0,5]; $\chi^2=39,35$; $p < 0,05$].



4.12-расм. Геронтологик ёшдаги аҳолида алиментар омилнинг билиар панкреатитга боғлиқ ҳолда эпидемиологик тавсифининг ифодаланиши

БП бор ва йўқлигида мунтазам овқатланиш одатининг геронтологик ≥60-90 ёшли аҳоли популяциясида - 54,0% ва 12,0% ($p=0,034$), 60-74 ёшда-

50,0% ва 12,0% ($p=0,001$), 75-89 ёшлиларда 64,5% ва 9,4% ($p=0,001$), ҳамда ≥ 90 ёшлиларда - 75,0% ва 25,0% частоталарда тасдиқланди ($p=0,001$).

Алиментар омилнинг роли билиар панкреатитнинг келиб чиқишида 75,0% гача етиши эпидемиологик тадқиқотларда ишончли исботини топди. Ушбу кенг тарқалган ва кучли хавф омилни ҳисобга олиш, унга қарши дастурларни амалга ошириш, ГЁА да тиббий иқтисодий йўқотишларни 93% гача камайтиради.

§4.4. Липоматоз ва ишқорий фосфотазанинг билиар панкреатитнинг хавф омил сифатида эпидемиологик хусусиятлари

Геронтологик ёшдаги аҳоли популяцисиди гиперхолестеинемия (ГХС), ошқозон ости беи лимпоматози (ООБЛ) ва ишқорий фосфотазанинг қондаги миқдорининг ортиши (ИФ) билиар панкреатитнинг хавф омил сифатида боғлиқлигининг эпидемиологик хусусиятлари ўрганилди (4.13-4.14 ва 4.15 жадвалларда шу йўналишда олинган тадқиқот натижаларининг таҳлиллари тақдим қилинган).

Гиперхолестеринемия текширилган $\geq 60-90$ ёшли аҳолининг ҳар тўртинчисиди (25,0%) аниқланди.

ГХС тасдиқланган ва тасдиқланмаган геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг қўшилиб ва алоҳида аниқланиш частоталари мос равишда - 41,0% ва 5,3% даражада, яъни ГХС га боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг тарқалиш частотаси 8 баравардан кўп ортиши билан тавсифланди ($p=0,012$). Турли ёш гуруҳларида ГХС бор ва ГХС йўқ аҳолида билиар панкреатит қуйидаги тарқалиш частоталари билан тасдиқланди (4.13-жадвалда таҳлилий рақамлар келтирилган).

Гиперхолестеринимия билиар панкеатит ривожланишида кучли омиллардан бири бўлиб, холестерин миқдори ортганлар, ортмаганлардан кўра 8 баравар кўпроқ билиар панкреатит билан касалланишга мойил эканлиги исботли асосланди [OR 8.11]. Ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам

ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 5.59 - 11.77; $p < 0,05$].

4.13-жадвал

Гиперхолестеринемияга боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг келиб чиқишининг тавсифи

Ёш гурухи	ГХС бор ГЁА			р	ГХС йўқ ГЁА			Умумий популяция		
	п	БП			п	БП		п	БП	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	647	259	40	0,012	441	27	6,1	1088	286	26,2
75 – 89	212	91	42,9		172	6	3,5	384	97	25,3
≥ 90	23	12	52,2		5	1	20,0	28	13	46,4
≥ 60 – 90	882	362	41,0		618	34	5,5	1500	396	25
OR:8,11; CI: [5,59 - 11,77]; χ^2 :154,43; p-value<0,05										

Ошқозон ости беги липоматози билиар панкреатит ривожланишида хавфни сезиларлик ортишига сабаб бўлиши исботли асосланди [OR 7.89], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижани статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 5.48 - 11.35; $p < 0,05$].

4.14-жадвал

Ошқозон ости беги липоматозининг ГЁА да тарқалиши ва билиар панкреатитга боғлиқлигининг эпидемиологик тавсифи

Ёш гурухи	Липоматоз бор			р	Липоматоз йўқ			Умумий популяция		
	п	БП			п	БП		п	БП	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 74	695	257	37,0	0,066	393	27	7,0	1088	286	26,2
75 – 89	255	91	35,7		129	6	4,7	384	97	25,3
≥ 90	24	12	50,0		4	1	25,0	28	13	46,4

≥ 60–90	974	360	37,0		526	34	6,4	1500	396	26,2
RR:7,89; CI: [5,48 - 11,35]; χ^2 :155,9; p-value<0,05										

1) 60-74 ёшли аҳолида - 40,0% ва 6,1% ёки ГХС га боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг тарқалиш частотаси 6,6 бараварга кўпайиши билан ($p=0,001$);

2) 75-89 ёшлиларда - 42,9% ва 3,5 % ёки ГХС БП нинг га кўшилиб 14 баравардан ортиқ кўпайиши билан ($p=0,001$);

3) ≥ 90 ёшлиларда билиар панкреатитнинг - 52,2% ва 20,0%га кўпайиш билан тасдиқланди.

ГХСга боғлиқ ҳолда геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг аниқланиш частотаси 41,0% ва 52,2% гача ортиши тасдиқланди [OR=8,11; CI 95%=[9,59-11,77]; $\chi^2=154,43$; $p<0,05$].

Ошқозон ости беzi липоматозининг геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиши ва унинг билиар панкреатитга боғлиқлигининг эпидемиологик тавсифи ҳам баҳоланди, хос тенденциялар ва жиҳатлар тасдиқланди (олинган маълумотларнинг таҳлилий шарҳи рақамли тарзда тақдим этилган).

ООБЛ умумий геронтологик ёшдаги Фарғона популяциясида 37,0% тарқалиш частотаси билан ва ушбу патологияси йўқ ГЁА да эса - 6,4% аниқланиш частотаси билан билиар панкреатит тасдиқланади. Ушбу ҳолатга боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг аниқланиш частотаси ёки хавфи 30,6% га ёки 6,1 бараварга ортади. [RR=7,89; CI=[5,48-11,35]; $\chi^2=155,9$; $p<0,05$].

4.15-жадвалда ишқорий фосфотазанинг геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиши ва билиар панкреатитга боғлиқлигининг эпидемиологик тавсифи берилган. 4.16-жадвалда эса гиподинамиянинг билиар панкреатит олди ҳолати касалликларининг хавф омили сифатида тавсифи келтирилган. Улардан келиб чиқадики, ИФЯ “+” билиар панкреатит геронтологик ёшдаги аҳолининг ҳар учинчисида билиар панкреатитни келтириб чиқарувчи кучли хавф омили ҳисобланади ёки тадқиқот натижалари бўйича шу тарзда тасдиқланади. [RR=1,73; CI=[1,35-2,22]; $\chi^2=19,36$; $p<0,05$].

4.15- жадвал маълумотларидан яна аён бўлдики, ИФЯ “+” ва ИФЯ “-” геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатит-33,3% ва 24,1% тарқалиш частотаси билан ёки 9,2% га тафовутланиб аниқланди ($p=0,726$).

Турли ёш ва гуруҳларидаги ИФЯ “+” ва ИФЯ “-” кекса, қария ва геронт аҳолида билиар панкреатит қуйидагича тарқалиш частоталарида тавсифланиб тарқалади: 60-74 ёшда-34,4% ва 23,3% ($p<0,05$), ≥ 90 ёшда-30,3% ва 60,0% ($p<0,05$).

4.15-жадвал

Ишқорий фосфотаземиянинг геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиши ва билиар панкреатитга боғлиқлигининг эпидемиологик тавсифи

Ёш гурухи	ИФЯ “+”			р	ИФЯ “-”			Умумий популяция		
	п	БП			п	БП		п	БП	
		мутлоқ сон	%			мутлоқ сон	%		мутлоқ сон	%
60 – 74	287	99	34,4	0,888	801	187	23,3	1088	286	26,2
75 – 89	144	45	31,3		240	52	21,7	384	97	25,3
≥ 90	13	4	30,8		15	9	60,0	28	13	46,4
≥ 60–90	444	148	33,3		1056	248	23,5	1500	396	24,6
RR:1,73; CI: [1,35 - 2,22]; χ^2 :19,36; p-value<0,05										

Ишқорий фосфотаза билиар панкреатит ривожланишида хавфни 73% гача ортишига сабаб бўлиши исботли асосланди [OR 1.73], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 1.35 - 2.22; $p<0,05$].

4.16- жадвал

ГЁА да гиподинамиянинг билиар панкреатит олди хавф омили сифатидаги тавсифи

Ёш гуруҳи	Гиподинамия бор ГЁА			р	Гиподинамия йўқ ГЁА			Умумий популяция		
	п	БПОХК			п	БПОХК		п	БПОХК	
		мутлоқ сони	%			мутлоқ сони	%		мутлоқ сони	%
60 – 64	850	50	5,8	0,891	238	16	6,7	1088	66	6,0
65 – 70	313	22	7,0		71	8	11,3	384	30	7,8

> 70	23	1	4,3		5	1	20,0	28	2	7,1
≥ 60 – 75	1186	73	6,3		310	25	8,7	1500	98	6,5
OR:0,7; CI: [0,44 - 1,13]; χ^2 :2,12; p-value>0,05										

Гиподинамик ҳаёт кечирувчи аҳолида БПОХК ривожланишига бўлган мойиллик камроқ эканлиги исботли асосланди [OR 0.7]. Ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.44 - 1.13; p>0,05].

Ушбу омил сўзсиз, даволаш ва профилактика тадбирларини амалга оширишда асосий сабаблар қаторида ҳисобга олиниши керак деб тавсия этамиз.

Кўрсатилган 4.16-жадвал рақамларида геронтологик ёшдаги аҳолида гиподинамия билиар панкреатит олди ҳолати касалликларига (БПОХК) хавф омили сифатида тақдим этилган.

Тасдиқланишича, геронтологик ёшдаги аҳолида БПОХК (ўт йўллари дискинезияси ва касалликлари) ёшга боғлиқ ҳолда - 6,5% тарқалиш частотаси билан тасдиқланди. Ёшга боғлиқ ҳолда БПОХК 60-74 ёшлиларда-6,0%, 75-89 ёшлиларда - 7,8% ва ≥90 ёшлиларда - 7,1% частоталарда аниқланиши билан тавсифланди [OR=0.7; CI=[0,44-1,13]; χ^2 =2,12; p<0,05].

≥60-90 ёшлиларда БПОХК гиподинамия “бор” ва “йўқ” ГЁА да 6,3% ва 8,7% частоталарда аниқланиш билан кузатилади (p=0,891).

Бошқа ёш гуруҳларида гиподинамия “бор” ва “йўқ” лигига боғлиқ ҳолда БПОХК тарқалиш частотаси хослик билан аниқланди: 60-74 ёшли ГЁА да - 5,8% ва 6,7% (p<0,05), 75-89 ёшлиларда -7,0% дан 11,3% гача (p<0,05), ≥90 ёшлиларда -4,3% ва 20,0% (p<0,05). Умуман қайд этиб ўтилган хавф омилларини эътиборга олиш, билиар панкреатитни эрта ташҳислаш, олдини олиш ва даволаш имкониятларининг самарадорлигини кекса, қария ва геронт ёшдаги аҳолида оширади.

V БОБ. БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ГЕРОНТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

§5.1. Геронтологик ёшдаги аҳоли орасида билиар панкреатитнинг клиник кечиши водийнинг Фарғона шароитига хос хусусиятлари

Тадқиқотда геронтологик ёшдаги аҳоли орасида билиар панкреатитнинг асосий клиник аломатларини (белбоғсимон оғриқ, кекириш, зарда бўлиш, ичак парези, қусиш, амилазурия, АСТ, АЛТ ва билирубинларнинг ўзгаришлари) аниқланиши ва ифодаланишига хос хусусиятлар водийнинг Фарғона шароитида баҳоланди (5.1 ва 5.9 жадвалларда олинган маълумотларнинг рақамли таҳлилида баён қилинган).

Тасдиқланишича, билиар панкреатитда белбоғсимон оғриқнинг аниқланиш частотаси, геронтологик ёшдаги аҳолида 82,3%ни ташкил қилади. Ушбу симптом энг юқори тарқалиш частотаси билан 60-74 ёшдагиларда (91,5%) ва 75-89 ёшдагиларда (62%) қиёсан деярли уч барабар кам частотада ифодаланиш эса (36%) ≥ 90 ёшлиларда кузатилади.

5.1-жадвал

ГЁА да билиар панкреатитнинг клиник кечишида камарсимон оғриқнинг эпидемиологик тавсифи

Ёш гурухи	Аёллар популяциси			р	Эркаклар популяциси			Умумий популяция		
	п	БП да Камарсимон оғриқ			п	БП да Камарсимон оғриқ		п	БП да Камарсимон оғриқ	
		№	%			№	%		№	%
60 – 74	177	164	92,7	0,790	108	97	89,8	285	261	91,6
75 – 89	52	29	55,8		45	31	68,9	97	60	61,9
≥ 90	12	4	33,3		1	1	100,0	14	5	35,7
≥ 60 – 90	241	197	81,7		154	129	84	396	326	82,3

5.2-жадвал

Билиар панкреатит клиник кечишининг кекириш билан ифодаланишининг геронтологик ёшдаги аҳолига хос тавсифи

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	п	БПда кекириш тавсифи		п	БПда кекириш тавсифи		п	БПда кекириш тавсифи	
		№	%		№	%		№	%
60 – 74	177	65	36,70	108	53	24,10	285	118	26,10
75 – 89	52	39	75,0	45	29	26,20	97	68	25,30
≥ 90	13	7	53,80	1	0	0,00	14	8	50,00
≥ 60 – 90	242	111	45,80	154	82	53,20	396	194	48,90

5.3-жадвал

Билиар панкреатитнинг клиник кечишида зарда бўлиш билан ифодаланишининг геронтологик ёшдаги аҳолида эпидемиологик тавсифи

Геронтологик гуруҳ ёши	Аёллар популяциси			р	Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	п	БП			п	БП		п	БП	
		Абс. сон	%			Абс. сон	%		Абс. сон	%
60 – 74	177	65	36,7	0,826	108	53	49,1%	285	118	41,4
75 – 89	52	39	75,0		45	29	64,4%	97	68	70,1
≥ 90	13	7	53,8		1	0	0,0%	14	8	57,1
≥ 60 – 90	242	111	46		154	82	53,2%	396	194	49,0

60-90 ёшли аёл ва эркакларда БПнинг ушбу клиник кўриниши-66,9% ва 26,1% ($p<0.01$), 60-74 ёшлиларда 70% ва 90% ($p<0.05$), 75-89 ёшда - 55,7% ва

69% ($p<0.05$), ≥ 90 ёшлиларда - 69% ва 100% частоталар билан аниқланди ($p<0.05$). Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатит аксарият кекириш симптоми билан кечади (таҳлил натижалари 5.2 жадвалда кўрсатилган). Хусусан, бу симптом $\geq 60-90$ ёшлиларда 48.9% частота билан кузатилди. Ёшга боғлиқ ҳолда 25% дан ортиқ тафовутланиш частотаси билан қайд қилинди. 60-74 ёшлиларда - 26,1%, 75-89 ёшда - 25,3% ва ≥ 90 ёшлиларда - 50% тарқалиш частотаси билан тасдиқланди.

$\geq 60-90$ ёшли аёллар ва эркакларда БПнинг кекириш устуворлиги билан кечиши - 45,8% ва 53% частоталарда, яъни сезиларли фарқ билан эркакларда кўп кузатилди ($p<0.05$). Кекириш симптоми 60-74 ёшли аёл ва эркаклар популяциясида - 36,7% ва 24,1% ($p<0.05$), 75-89 ёшлиларда-75-26,2%, ≥ 90 ёшлиларда 53,8% ва 0,00% ($p<0.01$) частота билан аниқланди. 5.3 жадвалда билиар панкреатитнинг клиник кечишининг зарда бўлиш билан ифодаланиши геронтологик ёшдаги аҳолида баён қилинган. Рақамли малумотларнинг статистик таҳлили тасдиқлашича, зарда бўлиш симптоми $>60-90$ ёшли билиар панкреатитли беморларда - 27,4% тарқалиш частотасида қайд қилинди. Бошқа геронтологик ёш гуруҳларида тафовутланиши - кекса ёшдагиларда - 7=57,1%, қария ёшдагиларда – 90,7%, ва геронт ёшдагиларда - 42,8% частоталарда кузатилди. БПнинг ушбу симптом устуворлигида кечиши 75-89 ёшлиларда икки барабардан ортиқ тасдиқланди ($p<0.01$). Статистик сезиларсиз тафовут билан зарда бўлиш симптоми билиар панкреатит билан аёллар (90,4%) ва эркакларда (89,6%) кузатилди ($p>0.05$). БПда зарда бўлиш симптоми 60-74 ёшли аёл ва эркакларда-92,6% ва 91,6% ($p>0.05$), 75-89 ёшда - 94,2% ва 86,6% ($p<0.05$), 90 ёшлиларда 46,1 % ва 0,00% қайд қилинади.

Шундай таҳлилларда билиар панкреатитнинг клиник кечиши ичак парези билан ифодаланишининг геронтологик ёшдаги аҳолида эпидемиологик тавсифи ўрганилди (5.4 - жадвалда рақамли тарзда олинган маълумотлар мужассамлаштирилган) Исботли хулоса қилиндики, геронтологик ёшдаги билиар панкреатитда ичак парези - 84,8% частотасида тарқалиш билан

тасдиқланди. Чунончи, 60-74 ёшдагиларда 83,8%, 75 - 89 ёшда - 85,5% ва ≥ 90 ёшлиларда - 100% аниқланиш частоталарда қайд этилди.

Турли ёшдаги аёллар ва эркакларда, билиар панкреатитда ичак парези симптоми тафовутланиш билан қуйидаги тарқалиш частоталарида аниқланди: 60-74 ёшлиларда-85,8% ва 80,5% ($p>0.05$), 75-89 ёшлиларда 88,4% ва 82,2% ($p>0.05$), ≥ 90 ёшлиларда-100% ва 100%, $\geq 60-90$ ёшлиларда 87,1 % ва 81,1% ($p>0.05$).

5.4-жадвал

Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг клиник кечишининг ичак парези билан ифодаланишининг эпидемиологик тавсифи

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	БПда ичак парези		n	БПда ичак парези		n	БПда ичак парези	
		№	%		№	%		№	%
60 – 74	177	152	85,80	108	87	80,50	285	239	83,80
75 – 89	52	46	88,40	45	37	82,20	97	83	85,50
≥ 90	13	13	100	1	1	100	14	14	100,00
$\geq 60 – 90$	242	211	87,10	154	125	81,10	396	336	84,80

5.5-жадвал

Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг клиник кечишининг қусиш билан ифодаланишининг эпидемиологик тавсифи

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	БПда кўп сонли қусиш тавсифи		n	БПда кўп сонли қусиш тавсифи		n	БПда кўп сонли қусиш тавсифи	
		№	%		№	%		№	%
60 – 74	177	152	85,80	108	87	80,50	285	239	83,80
75 – 89	52	46	88,40	45	37	82,20	97	83	85,50

≥ 90	13	13	100	1	1	100	14	14	100,00
≥ 60 – 90	242	211	87,10	154	125	81,10	396	336	84,80

5.6-жадвал

Билиар панкреатитда амилазуриянинг геронтологик ёшдаги аҳолида аниқланиш частотасининг тавсифи

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	БПда Амилазурия		n	БПда Амилазурия		n	БПда Амилазурия	
		№	%		№	%		№	%
60 – 74	177	118	66,60	108	65	60,10	285	183	64,20
75 – 89	52	41	78,80	45	28	62,20	97	69	71,10
≥ 90	13	4	30,70	1	1	100,0	14	5	35,70
≥ 60 – 90	242	163	67,30	154	94	61	396	257	90,10

Ушбу симптомнинг билиар панкреатитда 100%гача ёки ўртача 84,8% гача учраши алоҳида эътиборни тортishi керак. Тадқиқотда олинган маълумотларга қараганда билиар панкреатитнинг клиник кечишининг қусиш билан бирга келиши ҳам геронтологик ёшдаги аҳолида айнан “ичак парези” кўринишини такрорлаб ифодаланади (5.5-жадвал).

Бундан фарқли ўлароқ билиар панкреатитда амилазурия геронтологик ёшдаги аҳолида БПнинг аниқланиш частотаси ўзига хос эпидемиологик тавсиялар билан (юқори суръатли тарқалиш кўрсаткичларда) қайд қилинди (5.6 жадвалда келтирилган маълумотлар буни тасдиқлайди). Геронтологик ёшдаги (≥60-90 ёшлилар) аҳолида билиар панкреатитнинг асосий симптомларидан бири амилазурия - 90,1% тарқалиш частотаси билан қайд қилинди. 60-74 ёшли кексаларда - 64,2%, 75-89 ёшлиларда - 71,1% ва ≥90 ёшли геронтларда - 35,7% аниқланиш частоталари хос бўлди.

Ёшга боғлиқ ҳолда ва гендерли хусусиятларини акс эттириб билиар панкреатитда амилазурия аёллар ва эркакларда қуйидаги частоталарда тарқалиш билан аниқланди: 60-74 ёшда-66,6% ва 60,1% ($p>0,05$), 75-89 ёшда - 78,8 ва 62,2 ($p<0,05$), ≥ 90 ёшда - 67,3 ва 54,5% ($p<0,05$).

5.7-жадвал

**Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитда АЛТ
ўзгаришларининг эпидемиологик тавсифи**

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	БПда АЛТ		n	БПда АЛТ		n	БПда АЛТ	
		№	%		№	%		№	%
60 – 74	177	24	13,5	108	18	16,6	285	42	14,7
75 – 89	52	13	25,0	45	17	37,7	97	30	30,9
≥ 90	13	3	23,0	1	1	100	14	4	28,5
$\geq 60 – 90$	242	40	16,5	154	36	23,4	396	76	27,4

5.8-жадвал

**Билиар панкреатитда АСТ ўзгаришларининг геронтологик ёшдаги
аҳолида эпидемиологик тавсифи**

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			Эркаклар популяцияси			Умумий популяция		
	n	БПда АСТ		n	БПда АСТ		n	БПда АСТ	
		№	%		№	%		№	%
60 – 74	177	7	3,9	108	5	4,6	285	12	4,2
75 – 89	52	5	9,6	45	6	13,3	97	11	11,3
≥ 90	13	3	23	1	1	100	14	4	28,5
$\geq 60 – 90$	242	15	6,1	154	12	26,1	396	27	6,8

5.9-жадвал

**Билиар панкреатитда билирубин ўзгаришларининг геронтологик
ёшдаги аҳолида эпидемиологик тавсифи**

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси		Эркаклар популяцияси		Умумий популяция	
	n	БПда Билирубин	n	БПда Билирубин	n	БПда Билирубин

		№	%		№	%		№	%
60 – 74	177	102	57,6	108	54	50	285	156	54,7
75 – 89	52	29	55,7	45	36	80	97	65	67
≥ 90	13	8	61,5	1	1	100	14	9	64,2
≥ 60 – 90	242	139	57,4	154	91	59	396	230	58

Билиар панкреатитда АЛТ ўзгаришларининг геронтологик ёшдаги аҳолида эпидемиологик тавсифи 5.7-жадвалда келтирилган. Жадвал маълумотларининг таҳлили гувоҳлик қилишича, АЛТ нинг билиар панкреатитда ортиши $\geq 60-90$ ёшли аҳолида 27,4% тарқалиш частотаси билан аниқланди. ГиперАЛТемия 60-74 ёшли билиар панкреатит билан аҳолида - 14,7%, 75-89да-30,9% ва ≥ 90 ёшлиларда 28,5% частоталарда аниқланиш билан кузатилди.

БП билан $\geq 60-90$ ёшли аёллар ва эркакларда ГиперАЛТемия - 16,5% ва 26,1% тарқалиш частотаси билан ёки 10,4% га тафовутланиб аниқланди ($p < 0.05$), бошқа геронтологик ёшдагиларда, аёл ва эркакларда мос ҳолда, ушбу биокимёвий ўзгариш частотаси қуйидагича ифодаланиш билан тасдиқланди: 60-74 ёшда - 13,5% ва 16,6% ($p < 0,05$), 75-89 ёшда 26% ва 17,7% ($p < 0,05$), ≥ 90 ёшда 23% ва 100% ($p < 0,001$).

Билиар панкреатитда ГиперАСТемияни аниқлаш частоталари ва эпидемиологик хусусиятларининг геронтологик ёшдаги аҳолида тавсифи ҳам атрофлича ўрганилиб, баҳоланди. Олинган натижаларнинг таҳлилий хулосалари 5.8-жадвалда келтирилган. ГиперАЛТемия билиар панкреатитда билирубинемия хос эпидемиологик тавсифлар билан геронтологик ёшдаги аҳолида аниқланади (5.9-жадвал) Хусусан, билиар панкреатитда гипербилирубинемия $\geq 60-90$ ёшли популяцияда 58% тарқалиш частотаси билан аниқланган. Ёшга боғлиқ ҳолда тафовутланиб аниқланиш частотаси - 12,3%ни ташкил қилди ($p < 0,05$). $\geq 60-74$ ёшлиларда, аёллар ва эркакларда мос равишда 57,6% ва 50% ($p > 0,05$), 75-89 ёшлиларда - 55,7% ва 80% ($p < 0,05$), ≥ 90 ёшлиларда - 61,5% ва 100% ($p < 0,05$), ва $\geq 60-90$ ёшлиларда-57,4% ва 59% аниқланиш частоталари билан билиар панкреатитда тасдиқланади.

Клиник кечишдаги аниқланган ва тасдиқланган симптомларни ҳамда биокимёвий ўзгаришларнинг хосликларини билиар панкреатит билан геронтологик ёшдаги аҳолида ҳисобга олинган клиник-ташҳисий ва скрининг-профилактик илмий ҳамда амалий фаолиятни такомиллаштиради.

§5.2. Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасининг алгоритми (водийнинг Фарғона шаҳри мисолида)

Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси алгоритми (водийнинг Фарғона шаҳри мисолида) яратилди. Унга асос қилиниб тадқиқотда аниқланган билиар панкреатитнинг модифицирланувчи хавф омиллари ва билиар панкреатитнинг келиб чиқишининг эпидемиологик механизмини ифодаловчи математик модели олинди. Аниқландики ўзгартириб бўлмайдиган хавф омили – ирсий касалликларнинг ҳиссаси билиар панкреатитли геронтологик ёшдаги аҳолида – 5,4% дан ошмайди, Ушбу омил ҳам БПнинг бирламчи профилактикасида ҳисобга олинди (5.10-жадвалда олинган маълумотлар келтирилган ва 5.11-расмда ирсий мойиллик омилига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг келиб чиқишининг геронтологик ёшдаги аҳолида эпидемиологик хусусиятларининг ифодаланиши курсатилган). Ирсий мойиллик омили $\geq 60-90$ ёшли аҳолида 5,4% аниқланиш частотасида тасдиқланди. Унинг тарқалиш частотаси 60-74 ёшлиларда - 5,5% ни, 75-89 ёшлиларда - 4,4%, ≥ 90 ёшлиларда - 17,9% кўрсаткичлар билан тавсифланди.

5.10-жадвал

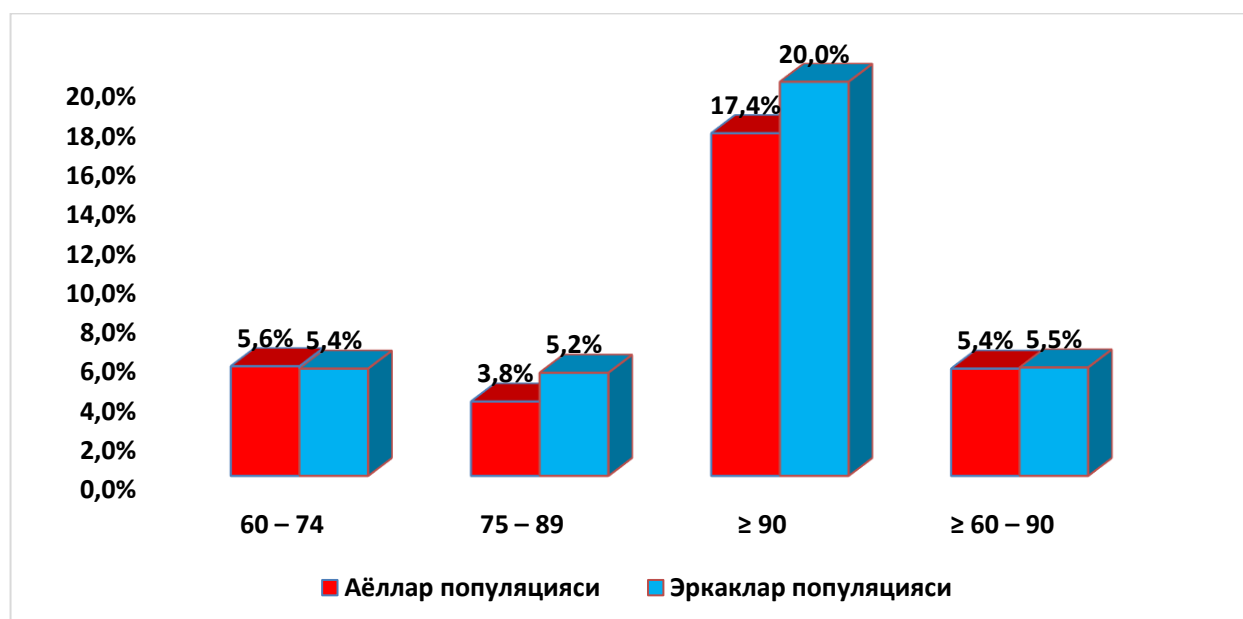
ГЁА да ирсий мойилликнинг аниқланиш частотаси ва билиар панкреатитга боғлиқлигининг тавсифи

Ёш гуруҳи	Аёллар популяцияси			р	Эркаklar популяцияси			Умумий популяция		
	п	Ирсий мойиллик+БП			п	Ирсий мойиллик+БП		п	Ирсий мойиллик+БП	
		№	%			№	%		№	%

60 – 74	647	36	5,6	0,996	441	24	5,4	1088	60	5,5
75 – 89	212	8	3,8		172	9	5,2	384	17	4,4
≥ 90	23	4	17,4		5	1	20,0	28	5	17,9
≥ 60–90	882	48	5,4		618	34	5,5	1500	82	5,4
OR:1,85; CI: [1,44 - 2,37]; χ^2 :23,52; p-value<0,05										

Геронтологик ёшдаги аёлларда ва эркакларда - 5,4% ва 5,5% тарқалиш частотаси билан қайд қилинди. Умуман ёшга боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг келиб чиқиш частотаси, ирсий мойиллик фонида, 12% дан (аёлларда) 15% гача (эркакларда) ортиш билан аниқланади [OR=1.85; CI=[1.44-2.37]; χ^2 =23.52; $p>0.05$].

Ирсий мойиллик мавжуд эканлиги ўрганилиб, клиник асосланди. Унга кўра қариндошлар ўртасида ушбу касалликнинг кузатилиши популяцияда билиар панкреатит ривожланишига 1,85 баравар кўпроқ таъсир этиши аниқланди [OR 1.85], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижанинг статистик ҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 1.44 - 2.37; $p<0.05$].



5.1-расм. Ирсий мойиллик омилига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг келиб чиқишининг геронтологик ёшдаги аҳолида эпидемиологик хусусиятларининг ифодаланиши

Геронтологик ёшдаги аёлларда ва эркакларда ирсий омилни аниқлаш частотаси қуйидагича тафовутланиш кўрсаткичлари билан тавсифланди ёки «ирсий мойиллика БПни боғлиқлиги» уларда мос равишда қуйидагича тасдиқланди: ≥60-74 ёшда - 5,6% ва 5,4% ($p>0.05$), 75-89 ёшда – 3,8% ва 5,2%

($p>0,05$) ва ≥ 90 ёшлиларда - 17,4% ва 20% ($p>0,05$). Ушбу маълумотлардан предиктив ва предентив мақсаддаги профилактика тизимини билиар панкреатитга нисбатан геронтологик ёшдаги аҳолида ишлаб чиқиш учун фойдаланиш мумкин.

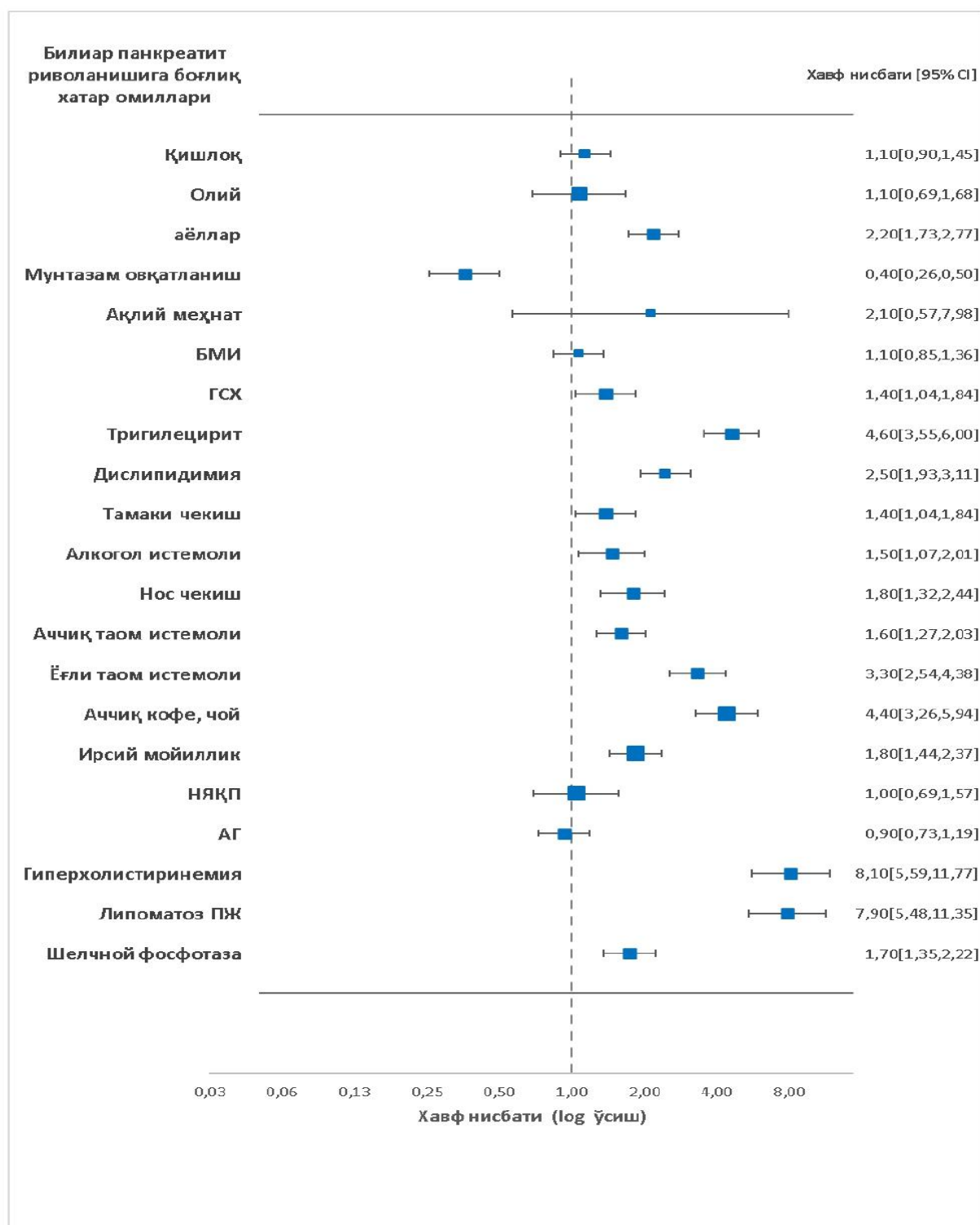
Тадқиқотда исботланган маълумотлар асосида геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитни келиб келиб чиқиши ва клиник кечиш хавфини ифодаловчи математик модели ишлаб чиқилган (5.11 –жадвал ва 5.11 –расмда келтириб ифодаланган).

5.11-жадвал

Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатит келиб чиқишида хавфли хатар омилларига боғлиқ холда математик модел

№	Билиар панкреатит шаклланишига бевосита алоқадор хавф омиллари	хавф нисбати	CI 95%		p
			Low	Up	
1	Гипертриглицеридемия	4,61	3,55	6,00	<0,05
2	Гиперхолестеринемия	8,11	5,59	11,77	<0,05
3	ООБ липоматози	7,89	5,48	11,35	<0,05
4	Аччиқ кофе ва чой истеъмоли	4,4	3,26	5,94	<0,05
5	Ёғли таом истеъмоли	3,34	2,54	4,38	<0,05
6	Дислипидемия	2,45	1,93	3,11	<0,05
7	Аёл жинси	2,19	1,73	2,77	<0,05
8	Ақлий меҳнат	2,13	0,57	7,98	>0,05
9	Ирсий мойиллик	1,85	1,44	2,37	<0,05
10	Нос чекиш	1,8	1,32	2,44	<0,05
11	Ишқорий фосфатаземия	1,73	1,35	2,22	<0,05
12	Аччиқ таом истеъмоли	1,6	1,27	2,03	<0,05
13	Алкогол истеъмоли	1,47	1,07	1,84	<0,05
14	Тамаки чекиш	1,38	1,04	1,84	<0,05
15	Гиподинамия	0,7	0,44	1,13	<0,05
16	Қишлоқ аҳолиси	1,14	0,9	1,45	>0,05
17	Олий маълумотлилиқ	1,07	0,69	1,68	>0,05

18	ОТВ	1,07	0,85	1,36	>0,05
19	АГ	0,93	0,73	1,39	>0,05
20	Мунтазам овқатланишнинг бузилиши	0,36	0,26	0,50	>0,05



5.2-расм. Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатит келиб чиқишида хавфли хатар омилларига боғлиқ математик модел

5.11-жадвалнинг рақамли маълумотларидан келиб чиқадиган, геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатит келиб чиқишида рол ўйновчи 20та хавф омили ажратилди. Мана шу хавф омиллари мавжудлигига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфи ортади.

Шулар орасида 14 таси билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфини сезиларли оширади, қолган 6 тасида эса хавф даражаси сезиларсиз ошади. Билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфи юқори даражада 2та-гиперхолестеринемия ва ошқозон ости беzi липоматозига алоқадорликда ошади ($p<0,05$).

Билиар панкреатитга нисбатан уларга нисбатан икки бараваргача кам хавф гипертриглицеридемия, аччиқ кофе ва чой истеъмолига ҳамда ёғли таом истеъмоли билан боғлиқ ҳолда туғилади. Асосий хавф омилларига қиёсан 4 бараварга кучсиз ифодаланиб геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитни қуйидаги омиллар келтириб чиқаради: дислипидемия, аёл жинси омили ва ақлий меҳнат.

ГЁАда билиар панкреатитга нисбатан 7-8 бараваргача қиёсан паст хавф, қуйидаги омилларнинг таъсирига алоқадор ҳолда келиб чиқади: ирсий мойиллик, нос чекиш, ишқорли фосфатаземия, аччиқ таом истеъмоли, тамаки чекиш, қишлоқ шароити омили, олий маълумотлилиқ ва ортиқча тана вазнида. Жуда паст даражада ифодаланган билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфи - гиподинамияда, артериал гипертонияда ва мунтазам овқатланишга боғлиқ ҳолда туғилади. Геронтологик ёшдаги аҳолида, 5.2-расмда ифодаланганидек, билиар панкреатитга нисбатан юқори хавф нисбати, 15 та хавф омилнинг тўғридан - тўғри таъсири билан боғлиқ кузатилади. Қолган бештасида билиар панкреатитга нисбатан хавф нисбати кучсиз ифодаланиб тасдиқланади.

Тадқиқотда олинган натижаларга асосланиб водий шароитига мослаштирилган геронтологик ёшли аҳоли учун билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасининг алгоритми ишлаб чиқилди ва амалиётга тавсия қилинди (5.2-расмда шартли тасвирланган). Бизнинг таҳлилларимизга кўра тадқиқотда олинган янги скринингли илмий

маълумотлар клиник ва профилактик панкреатологияга киритилса ҳамда унга амал қилинса бу йўналишдаги фан ва амалиёт катта куч олади.



Хусусан бизнинг таҳлилларимизга кўра, билиар панкреатит буйича геронтологик ёшдаги аҳолида, қуйидаги “ижобий эпидемиологик охириг нукталар”га эришилади: 1) башоратлашга асосланган «профилактика + даволаш + реабилитация тизимида» ишлаш фаолияти панкреатологияда, клиник ва превентив жарроҳликда кучаяди; 2) билиар панкреатитга нисбатан бирламчи профилактика тадбирларининг самара бериш даражаси 70%дан - 90%гача ортади; 3) БПни, унинг хавф омилларини эрта аниқлаш ва бартараф этиш самараси 31,4%гача ортади; 4) билиар панкреатитдан оғир асоратланишлар ва ўлим 20%га, бирламчи ногиронлик эса 15%гача камаяди.

ХОТИМА

Фундаментал панкреатология ва клиник панкреатология катта ютуқларга эришганлиги исботли илмий ҳақиқатдир. Бундай фикрлар ва ишончли далиллар замонавий тадқиқотчилар томонидан яқдиллик билан билдирилади [11; 69-78-б., 34; 4-16-б., 38; 62-69-б.]. Аммо профилактик панкреатологияда, масалан, билиар панкреатит мисолида, шу каби хулосаларни қилиш мумкин эмас. Чунки профилактик панкреатологиянинг долзарб масалалари шу бугунгача ишлаб чиқилмаган ёки превентив йўналишда илмий тадқиқотлар жуда кам бажарилган [8; 151-154-б., 18; 55-48-б., 37]. Жумладан турли популяция ва минтақаларда билиар панкреатитга ва панкреатитларнинг ташҳисоти ҳамда асоратларига бағишланган илмий кузатувлар олиб борилган [4; 46-47-б., 32].

Аммо Ўзбекистонда, хусусан, Фарғона водийсида, билиар панкреатитнинг эпидемиологиясига ва профилактикасига бағишланган ишлар олиб борилмаган.

Халқаро илмий ҳамжамиятларнинг резолюцияларида эса кўрсатилганки панкреатитнинг донозологик ташҳисотини ва профилактикаси мавзусининг долзарблиги ва илмий тадқиқотларни айнан шу соҳада етарлича эмаслиги таъкидланган. Чунончи, шулар билан бирга ўткир (билиар) панкреатитга мойиллик аҳоли орасида кескин ошганлиги ёки унинг хавф омилларини аниқланиш частотасининг популяция даражасида юқори кўрсаткичларда қайд

килиниши аниқланган (Peter Hegyi, 2013). Ўткир панкреатитнинг ҳам ортиб бориш тенденцияси кузатилмоқда-ки, панкреатитнинг эпидемиологияси ва профилактикаси мавзусида алоҳида стратегиялар ишлаб чиқиш ёки тизим яратиш зарурат бўлиб қолган. Панкреатик муаммосига ортиқча қизиқиш пайдо бўлаётганлигига асосий бош сабаб бўлиб панкреатитни тобора кўпайиб бораётганлиги ҳисобланади. Охирги 80 йилда ушбу касаллик билан касалланиш частотаси 2 бараварга ошган ундан ногиронлик 15% ни ўлим эса 15-20% ни ташкил қилган [Scheneider A. et al. , 2007].

Бундай муаммоларни кўпайиб боришида панкреатитнинг етакчи хавф омиллари бош ролни ўйнайди. Уларни эпидемиологик тадқиқотларда фаол ва эрта аниқлаш ҳамда бартараф этиш (бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси усуллари ишлаб чиқиш ҳамда такомиллаштириб бориш билан) муҳим аҳамият касб этади. Лекин бундай йўналишдаги ва мазмундаги эпидемиологик тадқиқотлар, геронтологик ёшдаги аҳолида, Ўзбекистон шароитида ёки унинг ҳудудлари популяциясида (масалан, Фарғона водийси шароитида) билиар панкреатитга бағишлаб махсус амалга оширилмаган.

Ушбу диссертация тадқиқоти қайд этилган илмий муаммоларни очиб беришни кўзда тутиб амалга оширилган. Мақсади билиар панкреатитнинг эпидемиологияси, клиник кечиши ва профилактикасининг геронтологик хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Тадқиқотда биринчилардан бўлиб билиар панкреатитнинг геронтоэпидемиологик топилмалари очилди ва улардан келиб чиқиб билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси тизими ишлаб чиқилди. Тадқиқотда илк бора предиктив, портисипатив ва профилактик панкреатологияга (билиар панкреатит мисолида асос солинди ва ривожлантирилиб, уларнинг самарали усуллари ишлаб чиқилди, кучли “хирургик тиббиёт” сифатида амалиётга тавсия қилинди.

Тадқиқот Фарғона водийсининг Фарғона шаҳрида ўтказилди. Дизайн бўйича у бир вақтли эпидемиологик тадқиқот бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқотда 10%-ли танлов усули билан ажратилган ≥ 60 -90 ёшли 1500 та аҳоли (аёллар - 882 та ва эркеклар - 618 та) комплекс текширилди. Текширув 2022-2023 йилларда ташкил қилинб 3 босқичда сўровномали, эпидемиологик, физикал-клиник, биокимёвий ва инструментал усуллар қўлланилиб бажарилди.

Билиар панкреатитни ташхислашда халқаро Атланта таснифи (1992) ва В.С. Савельев ва Г.Қ. (2000) томонидан тавсия қилинган клиник-морфологик таснифдан фойдаланилди. Билиар панкреатитнинг хавф омиллари ЖССТ томонидан тавсия қилинган мезонлар бўйича ташхисланди ва баҳоланди. Тадқиқотда олинган маълумотларга ишлов беришда Open Data Kit системасининг www.robotoolbox.org платформасидан фойдаланилди.

Тадқиқотда «Геронтологик ёшдаги уюшмаган аҳоли орасида билиар панкреатитнинг эпидемиологик хусусиятлари» ўрганилди.

Хусусан водийнинг Фарғона шаҳрида геронтологик ёшдаги (≥ 60 -90 ёшли) аҳолисида билиар панкреатитнинг гендерли эпидемиологик хусусиятлари аниқланди. Халқаро миқёсда ушбу йўналишда тадқиқотлар жуда кам ўтказилган [17; 77-82-б., 52; 30-32-б.].

Тасдиқландики, ≥ 60 -90 ёшли аҳолида билиар панкреатит 24.6% тарқалиш частотаси билан аниқланди, жумладан, 60-74 ёшлиларда – 26,1%, 75-89 ёшлиларда-25% ва ≥ 90 ёшлиларда - 50,0% >60 -90 ёшли аёлларда-27,1% ва эркекларда 25,0%.

Аниқландики, геронтологик ёшдаги қишлоқ ва шаҳар аҳолисида БП-28,0% ва 25,0% тарқалиш частотаси билан аниқланди, ёшга боғлиқ ҳолда 15,9% (қишлоқ популяциясида) ва 32,1% га (шаҳар аҳолисида) ортади. Хулосага келиндики, билиар панкреатитга чалиниш сезиларли кўпроқ қишлоқ аҳолисида тасдиқланади. Касаллик келиб чиқиш хавфининг юқорилиги ҳам қишлоқ аҳолисида ва геронтологик ёшларда кузатилади, шаҳар шароитида эса ≥ 90 ёшли ҳамда 60-74 ёшлиларда қайд қилинади.

Эпидемиологик тадқиқотда геронтологик ёшдаги аҳоли саводхонлигига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг эпидемиологик хусусиятлари аниқланди

ва баҳоланди БПнинг тарқалиш частотаси олий (23,0%) ва ўрта маълумотлиларда (27,0%) тафовут билан тасдиқланди. Шунга ўхшаш натижалар, клиник-экспериментал текширувларда бошқа тадқиқотчилар томонидан ҳам келтирилган [17; 77-б., 34, 13; 41-б.].

Тадқиқотнинг яна бир йўналиши геронтологик ёшдаги аҳоли орасида метаболик синдром компонентларини (ортиқча тана вазни, дислипидемия, артериал гипертензия) эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш бўлди. Бундай маълумотларга эга бўлиш, клиник-эпидемиологик тадқиқотларда 60 ёшгача бўлган аҳолида эълон қилинган маълумотларга кўра, касалликка қарши тура оладиган профилактика тизимини яратиб беришда ва такомиллаштиришда муҳим аҳамият касб этади [2; 123-б., 5; 55-б., 58; 151-б.].

Метаболик синдромнинг асосий компоненти ОТВ геронтологик ёшдаги Фарғона шаҳрининг аҳолисида - 13,1% тарқалиш частотасида аниқланди (аёлларда - 10,7% ва эркаларда - 16,9%).

Гиперхолестеринемия эса, МС нинг компоненти сифатида, 26,4% тарқалиш частотаси билан тасдиқланди ва ёшга боғлиқ ҳолда унинг аниқланиш частотаси 20,2% га ортди.

≥60-90 ёшли популяцияда билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфи ГХС бўлганда - 41,0% га ортади ёки ёш ортиши билан бу хавфни 52,2% гача кўпайиши тасдиқланади. Гипертриглицеридемия текширилган аҳолида 73,5% частотада қайд қилинди (эркакларда - 70,8% ва аёлларда-75,2%).

Умуман дислипидемия билиар панкреатитнинг геронтологик ёшдаги аҳолида хавф омили сифатида - 46,0% тарқалиш частотаси билан (60-74 ёшлиларда - 42,5%, 75-89 ёшлиларда - 57,7% ва ≥90 ёшлиларада - 35,7%) тасдиқланди (аёлларда - 45,5% ва эркакларда - 46,8%). Демак, хулоса чиқариш мумкинки, ДЛП геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг кучли хавф омилларидан бири ҳисобланади ва унга профилактик дастурларни ушбу касалликка нисбатан амалга оширишда жиддий эътибор қаратиш керак бўлади.

Метаболик бузилишларнинг яна бир етакчи компоненти бўлган артериал гипертензияни ҳам геронтологик ёшдаги аҳолида ўзига хос эпидемиологик хусусиятлар билан тавсифланиши тадқиқот маълумотлари бўйича тасдиқланди.

Хусусан, ушбу хавф омили энг юқори тарқалиш частотаси билан ≥ 90 ёшлиларда (50,0%) кузатилди ва умуман, геронтологик ($\geq 60-90$ ёш) ёшдагиларда - 38,9% аниқланиш частотасида қайд қилинди (аёлларда - 35,5% ва эркакларда - 44,2%). Ёш ортиб бориши билан аёлларда - 23,1% га ва эркакларда - 62,2% гача тарқалиш частотасида ортиб бориш билан ушбу хавф омили мазкур популяцияда тасдиқланди.

Геронтологик ёшдаги Фарғона аҳолисида бошқа умумий етакчи хавф омилларининг эпидемиологик хусусиятлари ҳам ўрганилди ва аниқланди. Уларнинг қуйидагича тарқалиш даражаларининг эпидемиологик тавсифлари аниқланди: 1) тамаки чекиш ГЁА да - 18,0% тарқалиш частотаси билан аниқланди (60-74 ёшда - 18,6%, 75-89 ёшда - 16,4%, ≥ 90 ёшда - 7,1%); эркакларда - 39,3% ва аёлларда - 2,8% тарқалиш частотаси билан тасдиқланди; 2) нос чекиш хавф омил сифатида ГЁА да - 1,9% частотада тарқалиш билан аниқланди (аёлларда - 1,2% ва эркакларда - 2,9%); ГЁА да алкоголь истеъмолини аниқланиш частотаси-13,6% ташкил қилади (эркакларда - 31,5% ва аёлларда - 1,02%).

Демак, геронтологик ёшдаги аҳолида ҳам кўрсатилган омиллар нисбатан юқори частоталарда тарқалиш частотаси билан тасдиқланди ва ЮБСК учун, жумладан, билиар панкреатитни келтириб чиқаришда хавф туғдиради.

Тадқиқотда алиментар хавф омилларининг геронтологик ёшдаги аҳолида тарқалиш частотасининг эпидемиологик хусусиятлари аниқланди.

Қайд қилиндики, ГЁАда АТИО - 3,1% тарқалиш частотасида кузатилди, эркакларда - 3,7% ва аёлларда - 2,7%.

ЁТИ геронтологик ёшдаги аҳолида - 9,0% тарқалиш частотаси билан тасдиқланди (аёлларда - 8,3% ва эркакларда - 10,5%). Яна бир хавф омили -

АКЧИО ушбу аҳоли популяциясида - 9,6% аниқланиш частотаси билан (эркакларда - 9,7% ва аёлларда - 9,5%) кузатилди, ёшга боғлиқ ҳолда 20,0% гача ортиб бориши билан тасдиқланди. Умуман, геронт популяцияда билиар панкреатитнинг хавф омили сифатида, “аччиқ кофе ва чойга ўчлик синдроми” бор деб алоҳида ажратиш мумкин бўлади, уни, сўзсиз, индивидуал тарзда эътиборга олиш керак бўлади. Чунки, бизнинг таҳлилларимиз бўйича фақат шу омилни бартараф этиш билан геронтологик ёшдаги аҳолида, масалан, билиар панкреатитнинг ёки унинг асоратлари келиб чиқиш хавфини 10% гача бартараф этиш мумкин бўлади.

Бизнинг тадқиқотимиз маълумотларини таҳлил қилиш натижаларига кўра “овқатланиш одати омили” (ООДО)нинг билиар панкреатитни келиб чиқишида роли - 26,1% ни ташкил қилади. Мунтазам ООДО нинг бузилиши - $\geq 60-90$ ёшлиларда билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфини - 54,0% га ва геронт ёшдаги аҳолида эса - 75,0% га оширади.

Умуман, алиментар хавф омилларини ҳисобга олиш, яъни эрта аниқлаш ва бартараф этиш ГЁА да билиар панкреатитдан бўладиган тиббий-иктисодий йўқотишларни, бизнинг таҳлилий ҳисоботларимиз бўйича, 93% гача камайтиради.

Тадқиқотнинг таҳлилий маълумотлари ишончли исботладикки, ГХС ва ёш омилига боғлиқ ҳолда билиар панкреатитнинг келиб чиқиш хавфи 41,0% дан 52,2% гача ошади. Худди шундай кучли хавф омили сифатида, бизнинг тадқиқотимизда, ошқозон ости беи липоматози (ООБЛ) тасдиқланади. ООБЛ геронтологик ёшдаги аҳолида - 37% тарқалиш частотаси билан аниқланади. Ушбу хавф омилига бевосита боғлиқ ҳолда ГЁАда ўткир билиар панкреатитнинг аниқланиш частотаси ёки хавфи 30,6%-га, яъни 6,1 бараварга ортади. Гиподинамия хавф омили сифатида ГЁАда билиар панкреатит келиб чиқиш хавфини - 6,5% га оширади.

ИФЯ “+” (ишқорли фосфотаземия) да бундай хавф - 33,3% гача тасдиқланади.

Алоҳида таҳлил БПОХК билан билиар панкреатитнинг алоқадорлигини аниқлашга қаратилиб амалга оширилди ва бунда қуйидаги натижалар исботли тасдиқланди: 1) БПОХК ГЁАда - 6,5% тарқалиш частотасида аниқланади, 2) $\geq 60-90$ ёшлиларда БПОХК гиподинамияга боғлиқ ҳолда 6,3% дан кўпайиш билан тасдиқланди, 3) ушбу омилни эътиборга олиш билиар панкреатитни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш имкониятларини кекса, қария ва геронт ёшдаги аҳолида кескин оширади шунинг билан боғлиқ “тиббий йўқотишларни” салкам 8,0% гача камайтиради.

Адабиётларда айнан шундай маълумотлар қиёслаш учун мавжуд эмас ва махсус эпидемиологик тадқиқотлар бизнинг текширувимиз объектларида ўтказилмаган.

Тадқиқотимизнинг яна бир йўналиши билиар панкреатитнинг клиник кечиши ва профилактикасининг геронтологик хусусиятларни ўрганиш ва аниқлашдан иборат бўлди.

Тасдиқландики, билиар панкреатитда камарсимон оғриқнинг аниқланиш частотаси, геронтологик ёшдаги аҳолида, 82,3% ни ташкил қилади (60-74 ёшларда – 91,5 %; 75-89 да – 62% ва ≥ 90 ёшларда уч бараварга кам даражада (S – 36,0% дан аниқланади). Эркакларда - 66,9% ва аёлларда 26,10% дан тафовутланиш частотаси билан кузатилади.

Билиар панкреатитнинг бошқа анъанавий симптомлари ҳам ўзига хос тарқалиш биланоқ қўйидаги частоталар билан ГЁАдаги аҳолида тасдиқланади: 1) кекириш - 48,90% (аёлларда - 45,80% ва эркакларда - 53,20%; 2) зарда бўлиш - 27,40% (аёлларда - 90,40% ва эркакларда - 89,60%); 3) ичак парези - 84,80% (аёлларда - 87,1% ва эркакларда 81,10%); 4) унга қўшилиб - қусиш бир хил кўрсаткичларда аниқланди ва аниқланиш частотаси - 84,80% ни ташкил қилди.

Геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг асосий клиник ифодаланишларидан бири бўлиб - амиалазурия тасдиқланади. Унинг тарқалиш частотаси 90,10% ни ташкил қилади (60-74 ёшлиларда - 64,20%, 75-89 да – 71,10% ва ≥ 90 ёшда - 35,70%).

Аёллар популяциясида - 67,30% ва эркекларда - 54,50% аниқланиш частотаси билан ушбу омил тасдиқланади ва ташхисий аҳамият касб этади: мазкур омил бўлганда - билиар панкреатит ташхиси ГЁА да 90% дан ортиқ шубҳасиз бўлади. Демак, ундан бизнинг натижаларимизга кўра, геронтопанкреатит ташхисини қўйишда кенг қўлланилса мақсадга мувофиқ ва ишончли бўлади.

Билиар панкреатитни ташхислашда ва унинг кечишини баҳолашда – АСТемия, АЛТемия ва гипербилирубинемияларнинг мос равишда - 27,40%, 16,50% ва 12,3% дан аҳамият касб этади. Умуман, ГЁАда юқоридаги биокимёвий омиллар ўзига хослик билан ташхисий аҳамият касб этиши тадқиқотимизда тасдиқланди, уларнинг ҳисобга олиниши клиник-ташхисий ва скринингли профилактик илмий ҳамда бевосита амалий аҳамият касб этиб натижа берувчи фаолиятни такомиллаштиради.

Ўйлаймизки, тадқиқотимизнинг ижобий интиқоси бўлиб геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасининг алгоритмини водийнинг Фарғона шаҳри мисолида ишлаб чиқиш ва амалиётга тавсия этиш бўлди.

Унинг аҳамиятини қиёслаш учун Ўзбекистон ҳудудларида ва жумладан, водий шароитида туб мазмунли ва йўналишли эпидемиологик тадқиқотларни мавжуд бўлмаганлигини эслатиб ўтиш жоиз бўлади.

Бизнинг тадқиқотимизда илк маротаба геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси алгоритми яратилди. Аниқландики, фақат-5,4% эпидемиологик вазиятлардагина билиар панкреатитни келтириб чиқарувчи хавф омиллини (бу, ирсий омил билан боғлиқ панкреатит ҳисобланади) олдини олиш ёки бартараф этиш имкони бўлмайди. Бошқа ҳолатларда бундай имконият тўлиқ ёки қисман бўлади.

Тадқиқотимизда, геронтологик ёшдаги аҳоли учун, билиар панкреатит келиб чиқишига бевосита алоқадор ва жавобгар, 20 та хавф омилли аниқланди ва шулардан 19 таси ўзгартирилса бўладиган омил сифатида тасдиқланди:

ГТГ, ТХС, ООБ липоматози, аччиқ кофе ва чой истеъмоли одати, ёғли таом истеъмоли одати, ДЛП, жинсий омил, ақлий меҳнат, ирсий омил, нос чекиш, ишқорли фосфатаземия, тамаки чекиш, гиподинамия, қишлоқ шароити, олий маълумотлилик, ОТВ, АГ ва мунтазам овқатланишнинг бузилиши кабилар.

Шуларни ҳисобга олиб ва тадқиқотда олинган хос эпидемиологик тавсифларлан келиб чиқиб геронтологик ёшдаги аҳолида билиар панкреатитнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси алгоритми яратилди, амалиётга тавсия этилди ва самараси баҳоланди.

Тасдиқландики, ушбу алгоритмдан фойдаланиш ёки уни фаолият учун қабул қилиш “ижобий эпидемиологик охирги нуқталар”ни тиббиётнинг барча бўғинларида кескин оширади: 1) башоратлаш фаолияти кучаяди, 2) бирламчи профилактиканинг самараси, билиар панкреатитга нисбатан, 70% дан 90% гача ортади, 3) касалликни, унинг етакчи хавф омилларини эрта аниқлаш ва бартараф этиш самараси - 31,4% гача ошади, 4) билиар панкреатитдан бўладиган оғир асоратлаар ва ўлим 20% га, ногиронлик - 15% гача камаяди.

Демак, замонавий хирургияни предиктив ва профилактив тиббиёт томон назарий ҳамда амалий жиҳатдан бурилиши – келажакда янада катта ижобий натижаларни беради деб хулоса чиқаришга тадқиқот натижалари тўлиқ ва шубҳасиз асос бўла олади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙЎАТИ

1. Абдулсаидов С.К. Видеолапароскопические вмешательства в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом/ Хирургия Узбекистана.-2022.-№2(94).-С.28.
2. Алексеев С.А., Антиперович О.Ф., Алексеев В.С., Алексеев Д.С. Морфоструктурные нарушения внутренних органов, обуславливающие развитие полиорганной недостаточности при остром некротизирующем панкреатите. Научный взгляд в будущее 2018; 3(11):123-126
3. Арипов У,А. Уразметов К.Г., Исламов В.Ф, Уразметова Д.М, Мамадалиев Ш.Х, и др., Способ лечения инсулинзависимого сахарного диабета. Патент РУз на изобретение №156. Расмий ахборотнома, 1993(1):9 - 10.
4. Багненко С.Ф, Благовестном Д.А., Гальперин Э.И. и др. Острый панкреатит (протоколы, диагностика и лечение).— М. — 2014.
5. Бебурншвили А.Г, Бурчуладзе Н.Ш., Мазунов А.С. Особенности развития ранних системных осложнений деструктивного панкреатита. Вестнику Волгоградского государственного медицинского университета 2017; 62(2):52-55
6. Белик Б.М., Чиркинян Г.М, Тенчурин Р.Ш., Мареев Д.В. Осканян М.А., Дударев И.В., Дадаян А.Р., Маслов А.И. Внутривентральная гипертензия и синдром кишечной недостаточности как предикторы развития ранних органных дисфункций и инфекционных осложнений при панкреонекрозе. Инфекции в хирургии. 2018; 16(1-2): 46-47
7. Боронцов О.Ф Натрошвили И.Г. Михин И.В., Грэб К. Хирургическое лечение хронического панкреатита; показания, сроки, методы // Хирургия, Журнал имени Н.И.Пирогова.- 2022.- №2. – Б. 82-88
8. Винник Ю.С, Репина Е.В., Серова Е.В. Трухин Д.В. Ранний маркер повреждения почек у больных отечным панкреатитом и панкреонекрозом. // Основные проблемы в современной медицине 2014; 2:151-154

9. Власов А.П., Анашкин С.Г., Власова Т.И., Рубцов О.Ю., Лешанкина Н.Ю, Муратова Т.А., Шейранов Н.С., Рязанцев В.Е., Умнов Л.Н. Синдром системного воспалительного ответа при панкреонекрозе: триггерные агенты, органые повреждения. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова 2021, N4. С, 21-28. <https://oi.org/10.17116Mhirurgia202104121>

10. Восканян С.Э. Забелин М.В. Найденов Е.В., Артемьев А.И., Утешев И.Ю. Результаты комплексной профилактики острого после — операционного панкреатита после прямых операций на поджелудочной железе. Анналы хирургии 2015; (6):14-19

11. Галлямов Э.А, Агапов М.А., Луцевич О.Э., Какоткин В.В. Современные технологии лечения инфицированного панкреонекроза: дифференцированный подход. Анналы хирургической гепатологии. 2020; 25(1):69-78

12. Гафаров У.О., Плоткин Д.В., Решитников М.Н. Этиология острого панкреатита у ВИЧ-позитивных пациентов / Тезисы 49-й сессии центр гастроэнтерологии: «Гастроэнтерология: настоящее и будущее» CONSILIUM MEDICUM-2023.- Том 25.-С.20

13. Гоев А.А., Берелавичус, Карчаков С.С, Галкин Г.В. Аррозионных кровотечения после резекционных вмешательств на поджелудочной железе // Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. – 2021. – №1. – С. 77-82

14. Горин Д.С., Кригер А.Г., Галкин Г.В., Раевская М.Б. Послеоперационный панкреатит как осложнение панкреатодуоденальной резекции. Хирургия Журнал имени н.и. Пирогова 2022. N2. С.11-16 <https://oi.org/10.17116irurgiya202202111>

15. Горский В.А., Агапов М.А., Хорева М.В. Синдрому системной воспалительной реакции и возможный путь коррекции реакции при при остром остром панкреатите. // Врач. 2014; 7:46-49

16. Григер А.Г., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Свитина К.А., Коратков А.В. Берелавичус С.В, Козлов И.А., Королев С.В, Горин Д.С. Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на

поджелудочной железе. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2012; (4):14-19

17. Дарвин В.В., Онищенко С.В., Логинов Е.В., Кабанов А.А, Тяжелый острый панкреатит: факторы риска неблагоприятного исхода и возможности их устранения // Анналы хирургической гепатологии. — 2018; 23(2):77-82

18. Джалолов А.С., Асронов Ш.Я, Ёкубов Х.Ш. Новый способ профилактики послеоперационного панкреатита в хирургии поджелудочной железы // Хирургия Узбекистана.-2022.-№2 (94).-Б. 55

19. Ермолов А.С, Благовестнов ДА, Рогаль М.Л., Омелянович Д.А. Отдаленные результаты, лечения тяжелого острого панкреатита // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. — 2016; 10:12-14

20. Зайнутдинов А.М., Малков И.С., Шарафисламов И.Ф., Киршин А.П. и др. Методы интервенционной радиологии в комплексном лечении больных панкреонекрозом // Практическая медицина. – 2014; 5: 51-52.

21. Козлов М.А., Байдарова М.Д., Резекция головки поджелудочной железы С сохранением двенадцатиперстной кишки при опухолях и хроническом панкреатите. // Анналы хирургической гематологии. 2019; 24(1):92-98.

22. Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О. Критерии диагностики и лечебная тактика при остром холангите и билиарном сепсисе:взгляд с современных позиций. // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2019; 1:40-43

23. Кривенцов М.А. Использование пуповинной крови и пуповинного канатика в комплексном лечении больных с некротическим панкреатитом. Украинский журнал экстремальной медицины имени Г.А.Можаева. 2012; 13(1):77-83.

24. Кригер А.Г., Горин Д.С., Гоев А.А., Варава А.Б., Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А. Послеоперационное кровотечение в хирургии поджелудочной железы. // Анналы хирургической гепатологии. 2017; 22(2). <https://oi.org/10.1693/1995-5464.2017236-44>

25. Кригер А.Г., Смирнов А.В., Гарин Д.С., Ремникова Н.К., Икрамов Р.З. Клиническое наблюдение ошибочной Хирургической тактики у больного хроническим панкреатитом. // Анналы хирургической гепатологии 2017;(223)77-81.

26. Критер А.Г., Горин Д.С., Калдаров А.Р., Паклина О.В., Раевская М.Б., Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А., Смирнов А.В. Методологические аспекты и результаты панкреатодуоденальной резекции. // Онкология Журнал им.П.А.Герцена 2016; 5(5):15-21.

27. Курбонов Ш.П., Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Отакузиев А.З., Роль и возможности видеолапароскопических вмешательств при травматических повреждениях поджелудочной железы // Хирургия Узбекистан. - 2022.- N2. С.76-77.

28. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н. и др. Полипрагмазия; гериатрический аспект проблемы // Consilium-medicum.—2007.-N12.-С. 30-32

29. Мизгирев Д.В., Дуберман Б.Л., Энштейн А.М., Кремлев В.В. и др: Осложнения и летальность при миниинвазивном лечении острого некротического панкреатита / Анналы хирургической гепатологии. — 2014;(192):67-70

30. Михайлузов С.В., Моисеев Е.В, Тропин Р.Ю. Мини-инвазивные вмешательства под контролем УЗИ при панкреонекрозе // Анналы Хирургической гепатологии. — 2014; 19(2):73-77.

31. Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ш., Эгамов Б.Ю. Результаты хирургического лечения при тяжелом остром панкреатите и осложненных кистах поджелудочной железы / Хирургия Узбекистана.—2022.-N2.-С. 102.

32. Прудков М.И. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского Федерального округа. Екатеринбург; 2013.

33. Ребров А.А., Семенов Д.Ю., Васильев В.В., Гуня З.А. et al. Чрескожное вмешательства в лечении больных псевдокистозом

поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. - 2017; 22(1):50-53

34. Ревешвили А.Ш., Кригер А.Г., Вишневский В.А., СМирнов А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Ахтанин Е.А., Калдаров А.Р, Раевская М.Б. Захарова М.А. Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы. // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова 2018;(9):4-13

35. Ревешвили А.Ш., Кригер А.Г. Горин д.с. и др. Эндоваскулярные вмешательства хирургии поджелудочной железы. Хирургия Журнал им. Н.И.Пирогова 2018; 4:4-16

36. Ризаев К.С., Шукуров Б.И., Саттаров Б.С. Современные подходы к хирургическому лечению деструктивного панкреатита // Вестник экстренной медицины. —2022.— Том15.-№5.—С. 66-70.

37. Сирожидинов У.К., Тухтакулов А.Ю., Ортиков А.Б., Туланов Ш.А. Уткир панкреанекрозни операциядан кеинги даврда инновацион даволаш усули // Узбекистон хирургияси.—2022.- N2.-Б. 118-119.

38. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Уразметова Д.М., Хаджибаев Ф.А., Мирзакулов А.Г. Актуальность и перспективы применения клеточных технологий в лечении острого панкреатита // Вестник экстренной медицины.2022.-том 15.-№2.-Б. 62.

39. Хаджибаев А.М., Уразметова М.Д., Хаджибаев А.Г., Мирзакулов А.Г. Патогенетические аспекты острого панкреатита на субклеточном уровне. // Вестник экстренной медицины, 2022, Том 15, N5 Б-61-63.

40. Хаджибаев Ф.А., Мирсидиков М.А., Махамадаминов А.Г., Халилов А.С., Набиев А.А., Мадиев Р.З. Результаты лечения острого деструктивного панкреатита. // Университетская наука: взгляд в будущее. 2020; 473-476

41. Хронический панкреатит у взрослых. Клинические рекопендации. Российская гастроэнтерологическая ассоциация. -2016 ID:KP273

42. Чешернев В.А., Гасев Е.Ю. Иммунологические и патофизиологические механизмы системного воспаления. // Медицинская иммунология. 2012;14(1-2):9-20

43. Шаполвальянц С.Г., Панбков А.Г., Михайлев А.И., Герасимов Т.И. Успешное применение способа хирургического лечения абдоминального компартомент- синдрома у больного панкреонекрозом. // Анналы хирургической гепатологии. 2018;23(2):119-124

44. Akinosoglou K., Gogos C. Immune-modulating therapy in acute pancreatitis: fact or fiction. // World journal of gastroenterology. 2014; 20(41):15200-15212.

45. Balcom J.H., Rattner D.W., Warshav A.L., Chang Y. Fernandez - del Castillo C Ten-year experience with, 733 pancreatic resections: changing indications, older patients, and decreasing length of hospitalization. Archives of Surgery (Chicago, Ill:1960) [Internet]. 2001; 136(4): 391-398.

46. Bang J.Y., Arnoletti J.P., Holt B.A. Sutton B., Hasan M.K., Navaneethan U., et al. An endoscopic transluminal approach, compared with minimally invasive surgery, reduces complications and costs for patients with necrotizing pancreatitis // Gastroenterology. 2019; 156:1027-1036.

47. Bannone E., Andrianello S., Marchegiani G., Masini G., Malleo G., Bassi C., Salvia R. Postoperative Acute Pancreatitis Following Pancreaticoduodenectomy: A Determinant of Fistula Potentially Driven by the Intraoperative Fluid Management. // Ann Surg. 2018; 268(5):815-822.

48. Barnett K., Mercer S.W., Norbury M. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross sectional study // Lancet. - 2012.- Vol. 380.-P.37

49. Bassi C., Dervenis C., Butturini G., Fingerhut A., Yeo C., Izbicki J., Neoptolemos J., Sarr M., Traverso W., Buchler M. Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. Surgery. 2005; 138(1):8-13.

50. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Abu Hilal M, Adham M, Allen P, Anderson R, et. al. International Study Group on Pancreatic Surgery (ISGPS). The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. Surgery. 2017; 161(3):584-591

51. Bellin M.D., Whitcomb D.S., Abberbock J. et al. Patient and disease characteristics associated with the presence of diabetes mellitus in adults with chronic pancreatitis in the United States // *Am J of Gastroenterol.* - 2017; 112(9):1438-1461.
52. Bello B., Matthews J.B. Minimally invasive treatment of pancreatic necrosis. // *World Gastroenterol.* 2012; 18(46):6829-6835.
53. Belyaev O., Munding J., Herzog T., Suelberg D., Tannapfel A., Schmidt W.E., Mueller C.A., Uhl W. Histomorphological features of the pancreatic remnant as independent risk factors for postoperative pancreatic fistula: a matched pairs analysis. *Pancreatology.* 2011; 11(5): 516-524.
54. Beser H.G., Bau B.M. Severe acute pancreatic: clinical course and management // *World J. Gastroenterology.* - 2007; 13:5044-5050.
55. Bessede E., Dubus P., Megraud F., Varon C. *Helicobacter pylori* infection and stem cells at the origin of gastric cancer // *Oncogene.* - 2014.
56. Bliss L.A., Yang C.J., Eskander M.F., et al. Surgical management of chronic pancreatitis: current utilization in the United States. *HPB (Oxford).* 2015; 17(9):804-810
57. Boixhoorn L., Voermans R.P., Bouwense S.A., Bruno M.J., Verdonk R.C., Boermeester M.A., van Santvoort H.C., Besselink M.G. Acute pancreatitis. // *Lancet.* 2020; 396:726-731.
58. Bruce J., Sanchez-Alvarez R., Sans M.D., Sugden S.A., Qi N., James A.D., Williams J.A. Insulin protects acinar cells during pancreatitis by preserving glycolytic ATP supply to calcium pumps. *Nature communications.* 2021; 12(1):4384.
59. Connor S. Defining post-operative pancreatitis as a new pancreatic specific complication following pancreatic resection. *HPB (Oxford).* 2016; 18(8) 642:651
60. Danis B., Leben R., Chopin - Laly X., Adham M. Postpancreatectomy hemorrhage (PPH): Predictors and management from a prospective database. // *Langenbeck's Archives of Surgery.* 2013; 398(3): 441-448.

61. Das S.L., Singh P.P., Phillips A.R., Newly diagnosed diabetes mellitus after acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. // Gut. 2014; 63:818-830.
62. Davies E.A., O'Mahony M.S. Adverse drug reactions in special populations –the elderly // Br J. Clin. Pharmacol. - 2015. - Vol.80. - N. 4. - P. 798-805.
63. Eric H.J., Daniel B.C., Waddah B.A., et al. Exocrine Pancreas. In: Townsend CM, et al. editors. Philadelphia; 2012:1515-1530
64. Forsmark C.E., Vege S.S., Wilcox C.M. Acute pancreatitis. // N Engl J Med 2016; 375:1972-1980
65. Fougere B., Baulanger E., Nourhashmi F. et al. Chronic inflammation Accelerator of Biological Aging // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. - 2017. Vol. 72.N.9.-2, 1219-1221.
66. Freeman M.L., Werner J., van Santvoort H.C., et al. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference. // Pancreas 2012; 41(8):1176-1194
67. Goa F, Li J, Quan S, Li F, Ma D, Yao L, Zhang P, Risk Factors and Treatment for Hemorrhage after Pancreaticoduodenectomy: A Case Series of 423 Patients. BioMed Research international Internet]. 2016, 2016.2815693.
68. Gapp J., Hall A.G., Walters R. W., Jahann D., Kassim T., Reddymasu S. Trends and outcomes of hospitalizations related to acute pancreatitis: epidemiology from 2001 to 2014 in the United States. Pancreas. 2019; 48(4):548-554
69. Gardner T.B., Adler D.G., Forsmark C.E. et al. ACG clinical guideline: Chronic pancreatitis // AmJ Gastroenterol. - 2020; 115(3):323-335
70. Gomatos I.P., Halloran C.M., Ghaneh P., Arat M.G., Polydoros F., Evans J.C., et al. Outcomes from minimal access retroperitoneal and open pancreatic necrosectomy in 394 patients with necrotizing pancreatitis. Annals of surgery. 2016; 263(5):992-1001
71. Graf R. Pancreatic stone protein - sepsis and the riddles of the exocrine pancreas. Pancreatology. 2020; 20(3):301-304

72. Habtezion A., Gukovskaya A.S., Pandol S.J. Acute pancreatitis: a multifaceted set of organelles and cellular interactions. *Gastroenterology*. 2019; 156(7):1941-1949 <https://doi.org/10.1053/j.gasrto.2018.11.082>
73. Hollemans R.A., Hallensleben N.D.L., Mager D.J., Kelder J.C., Besselink M.G., Bruno M.J., et al. Pancreatic exocrine insufficiency following acute pancreatitis: Systematic review and study level meta-analysis. *Pancreatol*. 2018; 18:253-260 DOI: 10.1016/j.pan.2018.02.009
74. Huyhes S.J., Papacchriston G.L., Federle M.P., Lee K.K., Necrotizing pancreatitis // *Gastroenterol Clin North Am*. - 2007; 36(2):315-321.
75. IAP/APA evidence - based guidelines for the management of acute pancreatitis. Working Group IAP/APA (International Association of Pancreatology // American Pancreatic Association) Acute Pancreatitis Guidelines. *Pancreatology*. - 2013; 4(13):2-13.
76. Jeffrey T., Brodsky M.D., Alan D.M., Turnbull M.D. Arterial Hemorrhage After Pancreatoduodenectomy. *Arch Surg*. 126(8):1037-1040.
77. Kleeff J., Stohr B., Q Maxerle J, et al. Evidence based surgical treatments for *Arztebl Int* 2016; 113(29-30):489-496. *Dtsch chronisch pancreatitis*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0489>
78. Kleeff J., Whitcomb D.C., Shimosegawa T., et al. Chronic pancreatitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017; 3:17060
79. Kokosis G., Perez A., Pappas T.N. Surgical management of necrotizing pancreatitis: an overview. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(43):16106-16112
80. Kuhlbrei C.M., Samiei N., Sick O., Makowies F., Hopt V.T., Wittel U.A. Pancreatitis After Pancreatoduodenectomy Predicts Clinically Relevant Postoperative Pancreatic Fistula, *J Gastrointest Surg*. 2017; 21(2): 330-338.
81. Kwon C.L., Cho J.H., Choi Sh. et al, Recent advances in the diagnosis and management of chronic pancreatitis // *Korean J Intern Med*. - 2019; 34(2):243-255.
82. Liu Z., Kuo P.L., Horvath S. et al. A new aging measure captures morbidity and mortality risk diverse subpopulations from NHANES IV: A cohort

study // PLOS Med. --2018. Vol.15.-N 12.-P. e1002714/ Doi: /10.1371/journal.pmed.1002718

83. Lugea A., Waldron R.T., Mareninova O.A., Shalbueva N. Deng N., Su H.Y., et al. Human pancreatic acinar cells: proteomic characterization, physiologic responses, and organellar disorders in ex vivo pancreatitis. *Am J Pathol* 2017; 187:2726-2742

84. Machicado J.D., Gougol A., Stello K., Tang G., Park Y., Slivka A., et al. Acute pancreatitis has a long-term deleterious effect on physical health related quality of life. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017; 15:1435-1442. e2. DOI: 10.1016/j.cgh. 2017.05.037

85. Majumder S., Chari S.T. Chronic pancreatitis // *Lancet.* - 2016; 387(100031):1957-1965.

86. Maleth J., Hegyi P. Ca²⁺ toxicity and mitochondrial damage in acute pancreatitis. translational overview. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2016; 371(1700):20150423

87. Malleo G., Wollmer C.M. Jr. Postpancreatectomy Complications and Management. // *Surg Clin North Am.* 2016; 96(6):1313-1336.

88. Medication Burden for G., Action Use // *Golomb Drugs Polypharmacy B.A. Aging.* et al. - (IGRIMUP): 2018. International Vol. 35.- Position Group N7.- for Statement P.576-- and Reducing 585. 10 Doi: 10.07/\$40266-018-0554-2

89. Morgan D.E. Imaging of acute pancreatitis and its complications/ *Clin Gastroenterol Hepatol.* - 2008; 6(10):1079-1083.

90. Mowery N.T., Bruns B.R., MacNew H.G., et al. Surgical management of pancreatic necrosis: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. // *J Trauma Acute Care Surg.* 2017; 83(2):316-327. PMID: 28452889

91. O'Brien S.J., Omer E. Chronic pancreatitis and nutrition therapy// *Nutr Clin Pract.* 2019; 34(1):14-23.

92. Patel V., Willingham F. The management of chronic pancreatitis // *Med Clin North Am.* - 2019; 103(1):154-160.

93. Penumadu P., Barreto S.G., Geol M., Shrikhande S.V. Pancreatoduodenectomy-preventing complications. *Indian J Surg Oncol.* 2015; 6(1):6-15.
94. Petrov M., Vadoy D. Global epidemiology and holistic: prevention of pancreatitis *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2018; 16(3):176-182.
95. Petrov M.S., Shanbhag S., Chakraborty M., Phillips A.R, Windsor J.A. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology.* 2010; 139(3): 813-820
96. Petrov M.S., Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of Pancreatitis. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology.* 2019; 16(3):175-184
97. Piciocchi M., Capurso G., Archibugi I. et al. Exocrine pancreatic insufficiency in diabetic patients: prevalence, mechanisms, and treatment // *Int J Endocrinol.* -2015; Age 2015:1-5.
98. Prasad Old S- Medicine: Sung B., Role of Aggarwal Chronic B.B. Age Inflammation Associated // *Prev Med. Chronic - Diseases* 2012.-Vol.54. Reguire Suppl. P.S 30 - \$33. Doi:10.1016/j.upmed.201 1.11.011
99. Raraty M.G.T., Connor S., Criddle D.N., Sutton R., Neoptolemos J.P. Acute pancreatitis and organ failure: pathophysiology, natural history, and management strategies. *Current gastroenterology reports.* 2004; 6(2):99-103
100. Raty S., Sand J., Lantto E., Nordback I. Postoperative acute pancreatitis as a major pancreatoco-mptying after gastric determinant of postoperative delayet duodenectomy. *J Gastrointest Surg.* 2006; 10(8):1 131-1139.
101. Reddy B.Jr., Hassan U., Seymour C., Angus D.C., Isbell T.S., Biomed 17(2):155-165
102. Vincent The Roberts Eng A, , incidence S.E., 2018; Bashir R, aetiology, 2(9):640-648.
103. Roulin D., Creantola Y., Demartines N., Schafer M. Systematic review of delayed postoperative hemorrhage after pancreatic resection. *Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract [Internet].* 2011; 15(6):1055-1062.

104. Schorn S., Demir L.E., Vogel T., Schirren R., Reim D. et al. Mortality and postoperative complications after different types of surgical reconstruction following pancreaticoduodenectomy-a systematic review with meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg.* 2019; 404(2):141-157.
105. Setiawan V.W., Monroe K., Lugea A., Yadav D., Pandol S. Uniting epidemiology and experimental disease models for alcohol-related pancreatic disease *Alcohol Res.* 2017; 38:173-180
106. Shah A.P., Mourad M.M., Bramhall perspectives on diagnosis and management. *J Inflamm Res.* 2018; 11:77-83.
107. Trounson A., McDonald C. Stem cell therapy in clinical trials: progress and challenges // *A stem cell.* - 2015. - No17. - 13-19
108. Underlying cause of death 1999-2017. data are from the multiple cause of death files, 1999-2017, as compiled from data provided by the 57 vital statistics jurisdictions through the vital statistics cooperative program. 2018.
109. Van Brunschot S., Bakker O.J., Besselink M.G., Bollen T.L., Fockens P., Gooszen H.G, et al. Treatment of necrotizing pancreatitis, *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2012; 10(11):1190-1197
110. Van Dijk S.M., Hallensleben N.D., van Santvoort H.C., Fockens P., van Goor H., Bruno M.J. Besselink M.G. Acute pancreatitis: resences through randomized trials. *Gut.* 2017; 66(11):2024-2032
111. van Grinsven van Dijk S.M., Dijkgraaf M.G. et al. Postponed or immediate drainage of infected necrotizing pancreatitis (POINTER trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2019; 20(1):239
112. van Santvoort H.C., Bakker O.J., Bollen T.L., et al. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroentrology* 2011; 141(4):1254-1263
113. van Santvoort H.C., Belsselink M.G., Bakker O.J., et al. A step-up approach Or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *NEngIJ Med.* 2010; 362(16):1491-1502

114. Violan C., Foguet Boren Q., Flores Mateo G. al. et Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies // PLoSOne. -2014.- No 9.-P. 10221448
115. Wu L., Vang L., An W., Xiulan Su. Anticancer bioactive peptide - 3 inhibits human gastric cancer growth by suppressing gastric cancer stem cells // J. Cell. Biochem. -2014; 115(4): 698-710
116. Wadhwa V., Patwardhan S., Garg S.K., Jobanputra Y., Lopez R., Sanaka M.R. Health care utilization and COSTs associated w1th acute pancreatitis. Pancreas. 2017; 46(3): 410-415
117. Werner J., Hartwig W., Hacken T. Surgery in the treatment of acute pancreatitis open pancreatic necrosectomy / Scand Surg. 2005; 94(2):132-133.
118. Wellner V.F., Kulemann B., Lapshyn H., Hoepfner J., Sick O., Makowisc F., Bausch D., Hopt V.T., Keck T. Postpancreatectomy Hemorrhage -- Incidence, Treatment and Risk Factors in Over 1,000 Pancreatic resections. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2014; 18(3):464-475.
119. Wente M.N., Viet J.A., Bassi C., Dervenis C., Fingerhut A., Gouma D.J., Izbicki J.R., Neoptolemos J.P., Padbury R.T., Sarr M.G., Yeo C.J., Buchler M.W. Postpancreatectomy hemorrhage (PPH): an International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) definition. Surgery. 2007; 142(1):20-25.
120. Whitcomb D.C., Shimosegawa T, Chari ST, et al. International consensus statements on early chnol. Pancreatitis. Recommendations from the working group. for the international corsensus guidelines for chronic pancreatitis in colabotation with the International (consensus) Association of Pancreatology, American Pancreatic Association, Japon Pancreas Society, Pancreas Fest Working Group and European Pancreatic Club. Pancreatology 2018; 18(5):516-527.
121. Witcomb D. Primer on precision medicine for complex chronic disorders // ClinTransl Gastroenterol. -2019; 10(7):e00067.
122. Xiao A.Y., Tan M.L, Wu L.M., Asrani V.M., Windsor J.A., Yadav D. Petrov M.S. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic

review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies. // The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2016; 1:45-55

123. Yang C.J., Bliss L.A., Freedman S.D., et al. Surgery for chronic pancreatitis: the role of early surgery in pain management. // Pancreas. 2015; 44(5):819-823.

124. Yekebas E.F., Wobfram L., Cataldegirmen G., Hebermann C.R., Bogoevski D., Koenig A.M., Kaifi J., Schurr P.G., Bubenhein M., Nolte-Ernsting C., Adam G., Izbicki J.R., Postpancreatectomy hemorrhage: Diagnosis and treatment- An analysis in 1669 consecutive pancreatic resections. // Annals of Surgery. 2007; 246(2):269-280

125. Zemedikun D.T., Gray L.J., Khunti K. et al. Patterns of Multimorbidity in Middle - Aged and Older Adults: An Analysis of the UK Biobank Data // Mayo Clin Proc. - 2018. Vol. 93.- N7. P. 858-863.

126. @ssvuz [@ssvmatbuotkotibi]. Facebook [instagram. - 2023.- 5 - peka6p]