

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Андижон давлат тиббиёт институти

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг

илмий техник кенгаши раиси

_____ Ш.К.Атаджанов

«_____» _____

**Пакирдинов Алишер Сайфитдинович., Мадазимов Мадамин
Муминович., Мамасолиев Неъматжон Солиевич**

**ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР
ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА
ПРОФИЛАКТИКАСИ**

Монография

Андижон – 2025

Аннотация

Монографияда узоқ умр кўрувчи аҳоли популяциясида гастродуоденал яраларни эпидемиологияси касалликка олиб келувчи хатар омиллари, алкоголь истемол қилиш даражаси, кашандалик, номувозалантирилган озукаланиш рацион, озикланиш режимини бузилиши, ортиқча тана вазни, стресс ҳолатлари, гиподинамия, дислипидемия, мева ва сабзавотларни меъёрдан кам истеъмол қилиш, дорилар суъистемоли ва бошқа омилларни таъсири ёритилган. Узоқ умр кўрувчи аҳоли популяциясида гастродуоденал яраларни клиник кечиши ва лаборатор кўрсаткичлардаги ўзига хос жихатлари ёритилган. Бундан ташқари гастродуоденал яраларни профилактикасини алгоритми тавсия этилган.

Аннотация

В монографии освещается эпидемиология гастродуоденальных язв у долгожителей, влияние факторов риска, вызывающих заболевание, таких как уровень алкоголя в крови, тяга к алкоголю, несоразмерный рацион питания, нарушения режима питания, избыточная масса тела, стрессовые расстройства, гиподинамия, дислипидемия, недостаточное потребление фруктов и овощей, наркотическая зависимость и другие факторы. В популяции долгожителей на лабораторных дисплеях высвечивается клиническое течение гастродуоденальных язв и их характерные проявления. Кроме того, был рекомендован алгоритм профилактики гастродуоденальных ранений.

Annotation

The monograph highlights the epidemiology of gastroduodenal ulcers in centenarians, the impact of risk factors that cause the disease, such as blood alcohol levels, alcohol cravings, disproportionate diets, eating disorders, overweight, stress disorders, physical inactivity, dyslipidemia, insufficient consumption of fruits and vegetables, drug addiction and other factors. In the long-lived population, laboratory displays show the clinical course of gastroduodenal ulcers and their characteristic manifestations. In addition, an algorithm for the prevention of gastroduodenal wounds was recommended.

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР ВА АТАМАЛАР РЎЙХАТИ.....	5
КИРИШ	7
I БОБ. ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЗАМОНАВИЙ КЛИНИК – ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ПРОФИЛАКТИК ХУСУСИЯТЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ).....	8
§1.1. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг келиб чиқишининг олдини олишнинг замонавий хусусиятлари.....	8
§1.2. Гастродуоденал яраларнинг узоқ умр кўрувчилар популяциясида замонавий клиник-эпидемиологик ва профилактик тавсифи.....	17
§1.3. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларни ривожланишини, кечишини, асоратланишларини прогностлаш ва профилактикаси бўйича инновацион технологияларини ишлаб чиқиш йўналишлари ва истиқболлари	23
II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИНИНГ ТАВСИФИ.....	33
§2.1. Тадқиқот объектининг тавсифи.....	33
§2.2. Эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинган популяциянинг тавсифи...	34
§2.3. Тадқиқотнинг сўровномали, биокимёвий, клиник ва инструментал усуллари тавсифи.....	38
§2.4. Гастродуоденал яра ва унинг асосий асоратлари, хавф омилларини аниқлаш ҳамда баҳолаш усуллари.....	41
§2.5. Тадқиқот натижаларининг статистик таҳлил усуллари.....	42
III БОБ. УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ.....	44
§3.1. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг аниқланиш частотаси ва гендерли эпидемиологик тавсифи.....	44

§3.2. Гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида тарқалишининг ижтимоий-эпидемиологик хусусиятлари	48
IV БОБ. УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.....	56
4.1. Узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг асосий умумий ўзгартирилиши мумкин бўлган хавф омилларининг эпидемиологик тавсифи.....	56
§4.2. Гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида етакчи эпидемиологик хавф омилларининг тарқалиш частоталарининг тавсифи.....	63
§4.3. Узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг специфик хавф омилларининг эпидемиологик тавсифи.....	68
V БОБ. ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНинг ХУСУСИЯТЛАРИ.....	79
§5.1. Узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг клиник ифодаланишида коморбидликнинг роли ва тавсифи.....	79
§5.2. Узок умр кўрувчилар популяциясида хавф омилларининг гастродуоденал яраларга боғлиқлик даражаларининг қийматлиқ эпидемиологик тавсифи.....	84
§5.3. Узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг ва уларнинг асоратланишлари хавфининг хронобиологияси, башоратлаш ва профилактикасининг математик модели.....	86
ХОТИМА	91
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	97

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМА ВА БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ

АБ	—	артериал босим
АГ	—	артериал гипертония
АИИия	—	аспирин-индуцирланган яраси
АСК	—	ацетилсалицил кислотаси
АТИО	—	аччиқ таом истеъмоли одати
ГДҚК	—	гастродуоденал қон кетишлар
ГДЯ	—	гастродуоденал яралар
ГДЯА	—	гастродуоденал яра асоратлари
ГП	—	гастропатиялар
ГППГ	—	гастропротектив простогландинлар
ГХС	—	гиперхолестеринемия
ЁТИҚО	—	ёғли таом истеъмол қилиш одати
ЖССТ	—	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ИО	—	ирсий омил
МК	—	миннесот коди
МСКТ	—	мультиспирал компьютер томография
МСМКИ	—	мева ва сабзавот маҳсулотларини кам истеъмоли
НЯҚВ	—	ностерандли яллиғланишга қарши дори воситалари
ОИТ	—	ошқозон ичак тракти
ОТВ	—	ортиқча тана вазни
ОЎБИЯ	—	ошқозон ва 12-бармоқли ичак яраси
ОЎБИТЯ	—	ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг тешилиши
ОШҚ	—	ошқозон шиллиқ қаватлари
ППИ	—	протон помпаси ингибиторлари
ПРУХ	—	проуцельроз ҳолатлар
РТ	—	рандомизирланган текширув
СЮБК	—	сурункали юқумли бўлмаган касалликлар
ТГ	—	триглицеридлар

ИМ	– ирсий мойиллик
ОШП	– оилавий шифокор пункти
ОП	– оилавий поликлиника
УХС	– умумий холестерин
УТТ	– ультратовуш текширувлари
УУКП	– узоқ умр кўрувчилар популяцияси
УХ	– умумий холецерин
ФЭГДС	– фиброгастродуоденоскопия
ХО	– хатар омили
ЦОГ 1	– циклооксигеназа 1
ШВП	– шаҳар врачлик пунктлари
ЭКГ	– электрокардиография
ЭФГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭхоКГ	– эхокардиография
ЮБСК	– юқумли бўлмаган сурункали касалликлар
ЮҚК	– юрак – қон томир касалликлари
ЯГДҚК	– ярали гастродуоденал қон кетишлар
ЯК	– яра касаллиги
ҚВП	– қишлоқ врачлик пунктлари
ҚД 2	– қандли диабетнинг 2-тури
FDA	– федерал агентлик
H. Pylori	– <i>Helicobacter pylori</i>
HCL	– хлорид кислотаси
OR	– Odds-ratio (имкониятлар/шанслар нисбати)
OR _a	– Odds ratio adjusted (Таҳрирланган имкониятлар нисбати)
CI low	– Confidence interval (паст ишонч интервали)
CI up	– Confidence interval (юқори ишонч интервали)

КИРИШ

Жаҳон мамлакатларининг узоқ йиллик илмий тадқиқотларда ЯК ва преульцероз ҳолатлар бўйича қуйидаги клиник – эпидемиологик тавсиялар асосан, ўсмир ва ўспиринларда, меҳнатга лаёқатли аҳолида, кекса ва қарияларда қайд қилинган: охирги 70 йилда ГДЯ билан касалланиш доимо пасайиб келган; ҳар йили 200 000 – 400 000 аҳолида ГДЯ аниқланиши давом этмоқда, даволанишлари учун йилига 3-4 млрд. доллар сарф қилинади; ГДЯ келиб чиқишида устуворлик роли *Helicobacter Pylori* га берилишига қарамадан (1980 йиллардан бошлаб) уларнинг шаклланишида асосий рол хавф омили эканлиги ҳозиргача эътироф этилмоқда (Calvet X., Ramirez Lazaro M.J. et al., 2013; Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.П., ва бошқ. 2018; Марий В.А., Романова Н.Н., 2019).

Дунёнинг ривожланган давлатларида ҳам ЯК 1,8% аҳолида учрайди, эркак ва аёллар бирдай касаланади, клиник текширув натижаларига кўра 20–50% беморларда ГДЯга нисбатан оилавий мойиллик кузатилади (Rothenbacter D., Lw M., Hardt P.D. et al., 2005). ГДЯнинг бошқа кислотага боғлиқ касалликларга қўшилиб аниқланиши олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра 40-50% ни ташкил этиб, кўпинча жиддий асоратларни келтириб чиқаради, ногиронликка олиб келади (Подолужный В.И., 2019) ёки канцерпревенция стратегиясини қайта кўриб чиқишни талаб қилади. Чунки, ГДЯ ва преульцероз ҳолати билан популяцияда канцерогенез каскади жадаллашади. Тадқиқотчилар томонидан *H.pylori* асоциирланган преульцероз ҳолатларда ошқозон раки келиб чиқади деган эпидемиологик аксиома ҳам фойдаланила бошлаган ва ошқозон раки олди ўзгаришларининг мониторинги бўйича тавсияларда канцерогенез хавфига мувофиқликда эндоскопик текширув ўтказиб туришни кўпайтириш (эндоскопик канцерпревенция схемаси), яъни профилактик ҳимоялаш амалиёти тавсия қилинган¹.

¹ [<http://internist.ru/broadcast/detail/30013/29991/>]

Ўзбекистон шароитида ҳам бу борада УУКПда тўлиқ ноаниқликлар мавжуд бўлиб, ГДЯга оид эпидемиологик вазиятни чин баҳолашга эҳтиёж туғилган. Клиник амалиётда ГДЯнинг тез – тез келиб чиқиши ва шиддатланиб асоратланиши нафақат хавф омилларининг таъсирида, балки кўплаб патологиялар негизида ҳам (артрозлар, артритлар, дорсопатиялар, остеопороз ва бошқ.) кузатилади (Марий В.А., Романова Н.Н., 2019). Аҳолида коморбид кечувчи ГДЯнинг хусусиятларини ўрганиш ва “эпидемиологик маршрути”ни муайян популяция ҳамда минтақа ёки вилоятларда аниқлаш нафақат ташхисот, профилактик, башоратли ва терапевтик, балки хирургик аҳамият ҳам касб этади. Лекин коморбид ГДЯларнинг моҳияти ва минтақавий хусусиятлари эпидемиологик текширувларда кам ўрганилган, Ўзбекистон шароитида ва узоқ умр кўрувчи аҳоли гуруҳларида эса ўрганилмаган. Шу каби хануз ечилмай келинаётган ГДЯ атрофидаги ўта долзарб масалалар ва илмий муаммолар ҳисобга олиниб ушбу диссертация тадқиқоти режалаштирилди ва амалга оширилди.

І БОБ. ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

§1.1. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг келиб чиқишнинг олдини олишнинг замонавий хусусиятлари

Гастродуоденал яралар барча ёш гуруҳларида, шу жумладан ≥ 90 ёшли узоқ умр кўрувчилар популяциясида ҳам ўзининг асоратлари билан, айниқса, қон кетиш билан асоратланишида бугунги кунда оғир ва ташхис қўйиш қийин бўлган асорат бўлиб қолмоқда. Даволаш, асосан, профилактиканинг натижаларини бу ҳолатларда яхшилаш усуллариини излаб топиш долзарб илмий муаммо бўлиб қолмоқда. Уни, яъни, гастродуоденал яралардан қон кетишларни бошқа табиатдаги ёки орфан сабабли ошқозон-ичак трактидан (ОИТ) қон кетишлардан масалан, травматик гемобилиядан фарқлаб

ташҳислаш ва мувофиқ тиббӣй тактикани амалга ошириш қийин кечади. Хорижий тадқиқотчилар бу мавзуга аксарият урғу беришади [53; 190-191-б., 56; 201-207-б., 104; 65-69-б., 109; 127-б., 112; 1384-б.].

Масалан, травматик гемобилия (ўт йўллариға қон кетиши) жуда кам ҳолатда, шу билан бирға жигарнинг барча шикастланишларини ташкил қилиб учрайди, шу билан бирға ҳаёт учун хавфли асоратларни келтириб чиқаради. Ушбу хасталик учун хос жиҳатлар С.Ф.Багненко ва ҳаммуалл.(2003) томонидан тасдиқлаб кўрсатилган маълумотларға кўра, қон кетиш клиникаси шикаст олингандан сўнг анча кеч, ўртача 2-3-5 кун ўтиб намоён бўлади. Тадқиқотда гемобилия масаласига ойдинлик киритилиб қайд қилинишича, ушбу ҳолатға боғлиқ келиб чиққан гастродуоденал қон кетишларнинг (ГДҚК) клиникаси ўнг қовурға ёйи ости оғриқлари ва сариклик билан (Гроува учлиги деб аталади) қўшилиб кўриниш беради [53; 190-191-б.].

Ф.Б.Алиджанов ва ҳаммуалл.(2022) тадқиқотида жигарнинг сегментар селектив эмболизацияси бажарилганидан сўнг гемобилиянинг қайта юзага келиши билан боғлиқ кам учрайдиган ҳолат ёритилган. 33 ёшли эркак беморға жигарнинг VI-VII чи сегментларининг травматик ёрилиши муносабати балан очик (лапаротом) усулда шикастланишни тикиш амалиёти бажарилган, аммо операциядан сўнг 3 ҳафта ўтгач беморда ошқозон ичак тизимига қон кетиш белгилари пайдо бўлган. УТТ(ультратовуш текширув), дуоденоскопия, МСКТ ва целиакография натижаларига кўра жигарнинг VII-VIII сегментларида сохта аневризма аниқланган ва уни қон билан таъминловчи артерия эмболизация қилиниб гемобилия тўхтатилган. Эмболизациядан 2 ҳафта ўтгач, гемобилия рецидиви юзага келган ва қайта бажарилган целиакографияда сохта аневризма девори орқали шаклланган артерио-билиар оқма аниқланган. Жарроҳлик амалиёти муваффақиятли ўтказилганидан сўнг гастродуоденал қонаш белгилари бартараф қилинган [2; 26-30-б.]. ГДЯ асоратларини ташҳислашда ва бартараф этишда ушбу орфан

ҳолатни эътиборга олиш ҳаётий муҳим аҳамиятга эга бўлишини муаллифлар исботли кўрсатиб беришган.

Нафақат ГДЯ ва уларнинг асоратларини фундаментал ва клиник жиҳатлари, балки превентив ҳамда профилактик қирралари ҳам бугунги кунда долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ҳанузгача терапевтик ва хирургик касалликларнинг асорати сифатида ГДЯ ва гастродуоденал асоратларнинг тез-тез учраши, ҳамда гастродуоденал континуумнинг (қон кетиш, пенетрация, перфорация, малигнизация, перитонит) кўрсаткичларининг юқорилиги эпидемиологик тадқиқ қилишнинг муаммо бўлишига асос бўлади.

ГДЯни даволашда оператив даво кўпинча асосий ўринда туради. Шу билан бирга, уни даволашнинг ҳамда олдини олишнинг замонавий усуллари етарлича таклиф этилган.

ГДЯ эпидемиологиясига бағишланган илмий изланишлар кўп бўлишига қарамай, ушбу ургент ҳолатни популяцияда ва беморларда учраш сони, превентив даво ва барвақт ташҳислаш усулини такомиллаштириш, танлаш масалаларига доир эпидемиологик тадқиқотларнинг ўтказилиши юқори долзарбликни касб этади.

Кўп сонли илмий нашрларда қуролланмаган кўз билан қаралганда ҳам кўринадики, тадқиқотчиларнинг эътиборларида гастродуоденал яра ва қон кетишларда яра олди ҳолатида *Helicobacter pylori* (H.Pylori) ва бошқа хавф омилларининг ролига урғу берилади [62; 1256-1258-б., 66; 152-155-б., 84; 8979-8985-б., 86; 1597-1604-б.].

Кўпинча H.Pylorini организмга ижобий роли ҳақида шохидлик қилувчи ва яна эрадикацион давонинг бир қатор негатив оқибатлари тўғрисидаги ишлар учрайди. В.И.Решетняк ва ҳаммуалл.(2022) тақдим қилган ҳажмли адабиётлар шарҳида шундай асосли хулоса қилинганки бу бизнинг алоҳида диққатимизни жалб этди.

Решетняк В.И. ва ҳаммуалл. исботлашиб кўрсатишича, охириги йилларда ушбу бактериянинг инсон организмига ижобий таъсирини ва

эрадикацион давонинг салбий оқибатларини ёритувчи ишлар тобора кўпаймоқда. Шунинг учун H.Pylori ни инсон микробиотасининг табиий таркибига мансуб эканлиги ҳақидаги масалалар муҳокама қилинмоқда. Муаллифларнинг асослаб беришларига кўра, ушбу микроорганизмнинг папуляцияда кенг тарқалганлиги ва аксарият ҳолларда инсон билан ҳеч қандай симптомларсиз бирга яшай олиши ҳақидаги далиллар бу бактериянинг организмда микробиота вакили сифатида персистенция қилиши эҳтимоли борлигига ишора қилмоқда. Юқоридаги зиддиятли фикрни янада чуқурроқ таҳлил қилишган ҳолда, ушбу тадқиқотчилар муҳим иккита масалани кўтаришади ва хулоса қилишади: 1) H.Pylori нинг инсон саломатлиги ҳолатига таъсири ҳақидаги йиғилган маълумотлар ушбу муаммонинг яққол чигаллашганлигини кўрсатмоқда; 2) H.Pylori ни оммавий равишда эрадикация қилувчи дастурларни яратиш зарурияти борми ёки эрадикацион давога кўпроқ шахсийлаштирилган равишда ёндашиш зарурми? [32; 79-85-б.].

Мантиқан олинганда илмий асосли ушбу саволга жавоб топиш бўйича жуда кўп тадқиқотлар ўтказилган, фундаментал - клиник эпидемиологик текширувлар олиб борилган ва натижалар шарҳли манбаларда эълон қилинган.

V.C. Fernandes ва ҳаммуалл. (2016) кўрсатишича, H.Pylori илк бора яра касаллигида XVIII аср охирларида топилган ва исботлаб берилган [66; 152-155-б.]. Кейинроқ эса K.E. McColl (2014) ва S.E.Crowe (2019) ишларида бу микробни соғлом инсонларда ҳам “уй қуриш”лари мумкинлиги (50% гача) исботлаб берилган [86; 1597-1604-б., 62; 1158-1165-б.].

Atherton J.C. (1997) ва Lijima K. et al. (2014) эпидемиологик тадқиқотда ушбу инфекция тарқалишини кенг кўламда камайиши сари идиопатик яра касаллигининг кўпайишини кўрсатишган. Уларнинг тасдиқлашича, яра касаллигининг унинг асосий чақирувчилари-H.Pylori, ностероид яллиғланишга қарши препаратларни суистеъмол қилиш ёки бошқа омиллар билан боғлиқлиги бўлмаган [51; 701-703-б., 77; 706-713-б.]. Бундай илмий

исбот бошқа тадқиқотда Charpignon C. ва бошқ. (2013), Goenka M.K. ва бошқ. (2011) томонидан ҳам тасдиқлаб берилган [58; 946-954-б., 72; 33-37-б.].

Бир қатор тадқиқотчиларнинг қайд қилишича, H.Pylori инфекциясининг ўзи якка ҳолда ГДЯни келтириб чиқара олмайди. Бунинг учун ушбу инфекция билан биргаликда бошқа ташқи ва ички хавф омиллари ҳам “унинг ёнида бўлишлари” зарур [57; 11-б., 36; 125-140-б., 97; 16-18-б., 52; 17771-17777-б.].

Cao C.V., Sheu B.S. et al. (2015), Sokic-Milutinovic A., Alempijevic T., et al. (2015), ва Huany J.Q., Sridhar S. et al. (2002) каби тадқиқотчиларнинг ишида эса H.Pylori, гастродуоденал касалликларни (сурункали гастрит, ошқозон ва 12 бармоқ ичак яраси ҳамда уларнинг малигнизацияланиши) бевосита хавф омили деб тасдиқланган: мазкур инфекциянинг ошқозонда персистирланиши билан боғлиқ ҳолда, ушбу патологиялар келиб чиқади ва асоратланиб ривожланади [78; 14-23-б., 105; 11654-б., 74; 14-22-б.].

Қайд этилганлардан келиб чиққан ҳолда хулоса қилиш мумкинки, ГДЯни ҳар қандай ёшдаги аҳолида, бундан узоқ умр кўрувчилар ҳам истисно эмас, келиб чиқишида H.Pylori роли шубҳасиз бўлади, аммо унга баҳо беришда ёки даволашда индивидуаллаштирилган ёндашувни, бошқа омилларни ҳам ҳисобга олиш тўғри бўлади.

Ўзбекистонда тиббиётнинг айнан шундай “фан ўзанига ва амалиёт бурилишига” асосланиб тараққиёт йўлига киргани ва унинг истиқболи белгиланганлигини алоҳида кўрсатиб ўтиш керак бўлади.

“Ўзбекистон-2030” стратегиясидан ўрин олган 100 та устувор мақсаддан ўн саккизинчиси юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси самарадорлигини оширишга қаратилган. Унга кўра, юқумли бўлмаган касалликларни эрта аниқлаш даражасини 70% га етказиш кўзда тутилган[49].

Ушбу масалаларнинг долзарблиги узоқ умр кўрувчилар популяциясида муаммога айланиб бораётганлиги ҳақида сўнгги йилларда тадқиқотчилар ва турли ҳамжамиятлар томонидан “бонг урилмоқда”. Бунинг энг асосий сабаби ер аҳолисининг тез қариётганлигидир. ЖССТ маълумотларига кўра 2050

йилга бориб кекса, қария ва УУКП сони 2 миллиардга етади, уларнинг аксарияти паст ва ўртача даромадли мамлакатларда яшашади [108; 26-28-б., 71; 407-408-б., 60; 667-674-б., 25; 665-666-б., 35; 51-53-б.].

УУКПда илмий ва амалий стратегиялар халқаро ҳужжатларда устувор вазифалар сифатида белгиланган: “Кексайиш муаммолари бўйича ҳаракатларнинг халқаро режасида” (1992 йил), “2001 йилга қадар қариш муаммолари бўйича глобал мақсадлар”да (1992 йил), “Европа ижтимоий хартиясида” (кекса ёшдагиларни эҳтиёжларига алоҳида эътибор берилган) ва унга “Қўшимча баённомада” (1961 ва 1988 йиллар), БМТ конвенциялари ва тавсияларида (Копенгаген, 1995) ва “Қария ёшидаги шахсларга тўлақонли ҳаётни бахш этиш” бўйича БМТ 16-чи Бош Ассамблеясида қабул қилинган тамойилларда (1991).

УУКПда касалликлар, шу жумладан, ГДЯ нинг келиб чиқиши, кечиши, даволаш ва профилактикаси ўзига хос жиҳатларга эга бўлади. Бу борадаги кўплаб тадқиқотлар хулосалари қуйидагича мужассамлаштирилади: 1) кўпинча бош мия жараёнга жалб қилинади; 2) компенсатор хусусиятлар уларда камайган ва шунинг учун касалликларнинг аломатлари ёшлардагига қараганда анча эрта босқичларда кўриниш беради; 3) бошқарув тизимлари бузилганлиги туфайли кўплаб ҳамроҳ бузилишларни келтириб чиқаради; 4) бактериурия, қоринчалар экстрасистолияси, остеопороз, глюкозага толерантликнинг бузилиши каби кўринишлар асосий касалликка кўпинча қўшилган ҳолда аниқланади; 5) бир вақтнинг ўзида бир неча симптомлар қўшилиб кузатилади; 6) касалликлар нисбатан оғир кечади ҳамда уларни даволаш ва профилактикаси ёшлардагига қараганда самаралироқ бўлади; 7) кўпинча атипик кечиши (специфик симптомларнинг бутунлай бўлмаслиги ва биринчи кўринишга хос бўлмаган кўринишлар) кузатилади; 8) латент кечиш ҳам хос бўлади (минимал клиник кўринишлар, секинлик билан клиник динамик, клиник кўринишларнинг ноаниқ ифодаланиши, ўткир дебютнинг бўлмаслиги, яққол ифодаланмаган лейкоцитоз ва субфебрилитет, кучсиз ифодаланган оғриқ синдроми - булар дезориентацияга, жадал даволаш

тадбирларидан воз кечишга олиб келади); 9) кўпинча касалликнинг симптомсиз кечиши кузатилади; 10) полиморбидлик (битта беморда бир неча касалликларнинг бўлиши) хос бўлади (уларнинг шаклланиши 30-45 ёшдан бошланади, кўпинча 46-60 ёшга тўғри келади, асосий ёрқин клиник “намоёнлашиш” 61-75 ёшдан кейин бошланади) [11; 270-285-б., 30; 774-776-б., 45; 28-29-б., 46; 31-37-б.].

Турли минтақа ва аҳоли гуруҳларида олиб борилган тадқиқотлар яна кўрсатадики, XXI асрга келиб “қария кексалар, узок умр кўрувчилар” жуда тез кўпаймоқда. Divo M.J. et al. (2014) тақдим этган маълумотларга кўра ушбу гуруҳдагилар йилига 2% га кўпаймоқда [64; 1056-1061-б.].

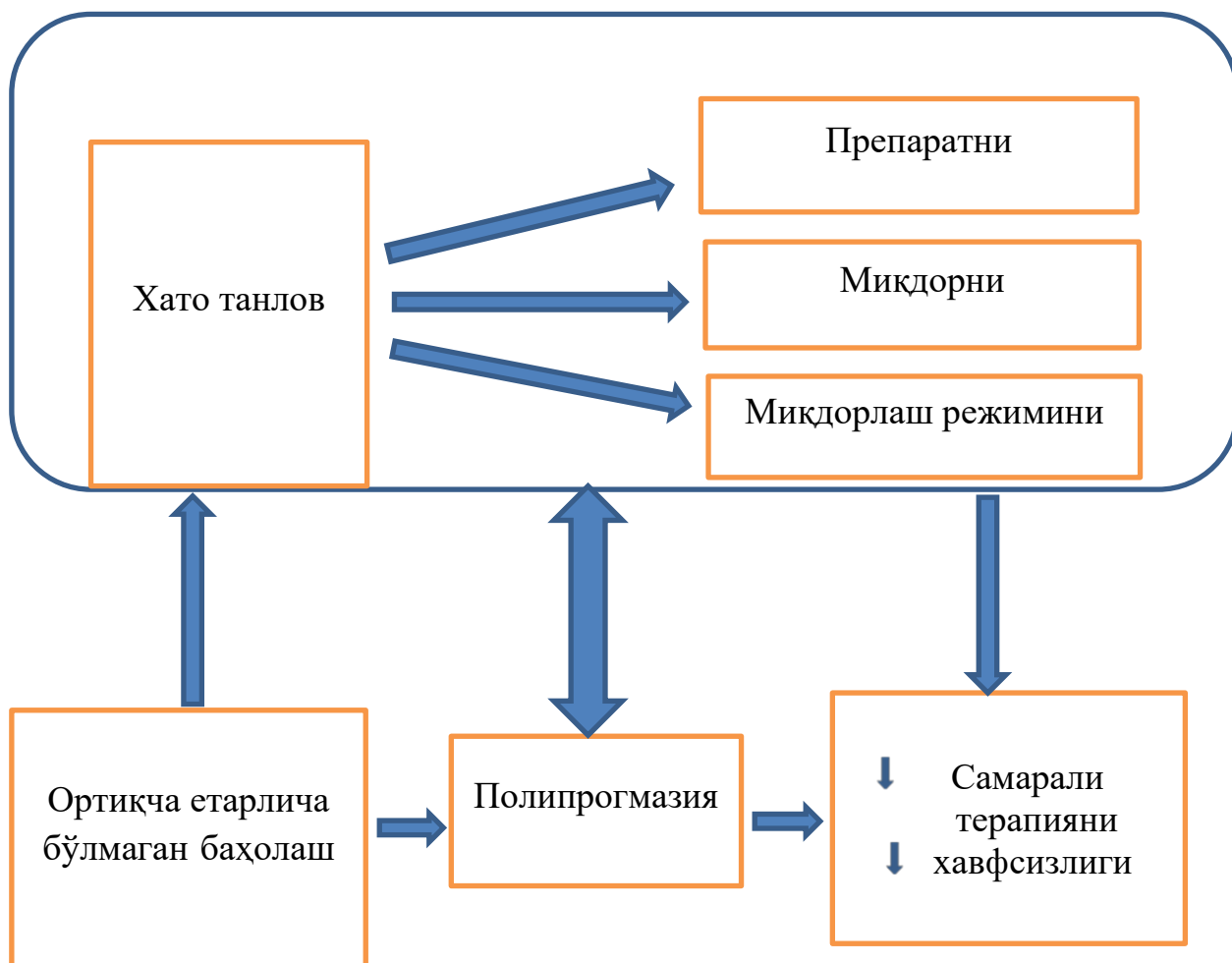
Marengoni A. et al (2011) олган натижаларига кўра эса “энг кексаларнинг ҳам кексалари” сони (≥ 85 ёшдагилар) 2060 йилга 10-15%га етиши мумкин экан [85; 432-437-б.].

Flat T. et al. (2017) ва Tetziaff J. et al. (2017) тадқиқотларида тасдиқланишича, кекса ёшдагилар таркибида аёллар устунлик қилади, ≥ 85 ёшдан кейин ва узок умр кўрувчиларда уларнинг сони эркакларга нисбатан 3,2 бараварга кўп бўлади [67; 93-б., 107; 680-684-б.].

Parameswazan Nair N. et al.(2016) кекса ва УУКП да хос хусусиятлардан келиб чиқиб ташхисот ва даволаш усуллари ташкил этиш муҳимлигини кўрсатишади ёки ўзларининг кузатувларида кўплаб, масалан, дори танлови билан ассоциирланган муаммо ва нотўғри қарор қабул қилинишига кекса ҳамда УУКПда йўл қўйилиш мумкинлигини қайд этишади [95; 0165757-б.].

Кекса ва УУКПда нотўғри қарорлар каскади, ҳар қандай гериатрик патологияда аксарият кузатилганидек, ГДЯда ҳам ушбу тадқиқотчиларнинг исботли тасдиқлаб беришлари қайд қилинган.

Бу жараёни, яъни нотўғри қарорлар каскадини қариялар ва УУКПда ифодаланиши 1.1-расмда тасвирланган.



1.1-расм. қариялар ва УУПКда нотўғри қарорлар каскадининг ифодаланиши (Parameswaran N. et al. 2016; цит 37).

Ёшга боғлиқ ҳолда ошқозон ичак тизимида (ОИТ) анатомик ва физиологик ўзгаришлар рўй беради. Шу туфайли гастродуоденал яранинг узок умр кўрувчиларда ўзига хос ўзгариб клиник ифодаланиши ёки барвақт аниқланиши, даволаш ҳамда профилактикаси жиҳатлари ёшга боғлиқ ҳолда ўрганилади [65; 1044-1050-б., 99; 698-702-б., 101; 2094-2096-б., 103; 806-807-б.].

Хусусан, С.Н.Smith (2013) бўйича қария ва УУКПда сўлак ҳосил бўлиши кескин камаяди [103; 806-807-б.].

Feldman M. et all. (1996) олган натижаларига кўра нисбий соғлом (физиологик прогерия) УУКПда меъда шираси секрецияси сезиларли ўзгармайди аммо Н.Pylori анамнези бўлишида ошқозон ва 12-бармоқли ичак яраси (ОЎБИЯ) тарихи узок давом этганда хлорид кислота ва меъда ширасининг ишлаб чиқарилиши кучли ўзгариши (камайтилиши) мумкин.

Бундай клиник ҳолат ёшларга солиштирилганда 30% га кўп кузатилади ва яна алоҳида эътиборли ҳолат-ушбу гуруҳ аҳолида хеликобактер инфекцияси частотаси сезиларли суръатда юқори бўлади. Ушбу муаллифлар яна кўрсатишганки, ёшга боғлиқ ҳолда узоқ умр кўрувчиларда пепсин секрецияси 40% гача камаяди [65; 1044-1050-б.].

Rothenbacter D., LNM., Hardt P.D. et al. (2005) томонидан қария ва УУКПда олиб борган тадқиқотлар ва олинган натижалар ҳам эътиборни тортади: 1) уларда липаза, химотрипсин ва амилаза каби ферментлар ҳамда бикарбонатлар секрецияси кучли камаяди; 2) экзокрин етишмовчилик бу ёшдагилар учун характерли бўлади [90; 698-702-б.].

Sato T., Ito K., Tamada T. et al. (2012) ишларида ошқозон ости безининг экзокрин фаолиятининг сезиларли ўзгармаслиги, қарияларда ва УУКПда ёш ўзгаришига боғлиқ ҳолда тасдиқланган, лекин инсулинрезистентлик томонга функционал ўзгаришлар юз бериши қайд қилинган [101; 294-2096-б.].

Basu R., Breda E., Oberg A.L. et al. (2003) тадқиқотида эса ёши ўтган аҳолида наҳорги глюкозани ва гликемик жавобни ёшларга нисбатан солиштирилганда ҳар қандай овқат истеъмолидан кейин ортиши кузатилган [55; 1739-1745-б.].

Iber F.N. Murphy P.A. ва Connor E.S.(1994) ишларида тасдиқланишича, УУКПда жигарнинг қон оқими сусаяди ва жигар кучли ифодаланган ўзгаришларга (ҳажмини 40% гача кичрайиши)учрайди [76; 35-47-б.].

Умуман олганда, юқорида зикр этилган ўзгаришларни ва прогерия хусусиятларини ГДЯ ҳамда унинг асоратларининг скринингда ва профилактик технологияларини яратишда УУКПда ҳисобга олиш албатта керак бўлади. Улар терапевтик, башоратли ва профилактик аҳамият касб этиб, ГДЯ билан УУКПда кутилаётган умр кўриш давомийлигини узайтиради ва ҳаёт сифатини яхшилайдди.

§1.2. Гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида замонавий клиник-эпидемиологик ва профилактик тавсифи

Бир гуруҳ тадқиқотчилар томонидан гастродуоденал ярадан қон кетиши билан касалланишни даволашнинг самарадорлиги ўрганилган.

В.П.Сажин ва ҳаммуал. (2021) гастродуоденал қон кетиш (ГДҚК) билан 56 233 та мижозни даволаш натижалари 5 йил давомида таҳлил қилиб ўрганилган. ГДҚК билан беморларнинг сони ва жарроҳлик фаоллиги, шифохонадаги ўлим ва жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим ўртасида корреляцион боғлиқлик борлиги тасдиқланган. Фаол жарроҳлик амалиётида умумий шифохонадаги ўлим 6,5%ни ва ўртача жарроҳлик фаоллик кўрсатилганда эса-5,3% ни ташкил этган [33; 21-22-б.].

Замонавий хирургия жарроҳлик даволашни кенг қўллашда давом этмоқда, бунинг асосий сабаби эпидемиологик, ноинвазив, ретроскрининг текширувларнинг айниқса узок умр кўрувчилар популяциясида етарлича эмаслиги, ёки уларнинг амалий гастроэнтрологияда оммалаштирилмаганлиги бўлиб ҳисобланади. Чунки, асосан шу сабабларга кўра ГДЯлар кечикиб яъни перфорация ва ёки қон кетиш босқичида ташхисланади. В.П. Сажин ва ҳаммуал. (2013), Лебедов И.В. ва ҳаммуал. (2016), Levine M. Et al. (2018) ва Hu V. et al. (2017) томонидан амалга оширилган йирик тадқиқотларда тасдиқланишича, ҳозирги вақтда ошқозондаги жарроҳлик амалиёти учун умумжарроҳлик бўлимларда бош кўрсатма бўлиб (барча ёш гуруҳларида, жумладан, УУКПда ҳам) яра касаллигининг (ЯК) асоратлари бўлиб ҳисобланади. [34; 21-22-б., 20; 53-55-б., 82; 275-277-б., 75; 775-778-б.].

Никитин В.Н., Клипач С.Г. (2017) ва Бебуришвили А.Г. ва бошқ. (2019) катта клиник материал таҳлилларидан келиб чиқиб ягона хулосага келишган: перфоратив ярада ва декомпенсирланган органик пилородуоденал стенозда шубҳасиз жарроҳлик амалиётига мурожаат қилиш мақсадга мувофиқ бўлади [26; 576-581-б., 5; 69-71-б.].

Лекин ярали гастродуоденал қон кетишларда (ЯГДҚК) тубдан бошқа тавсиялар қилинади. Чунончи, В.А. Кубишкин ва бошқ. (2017) Kozck-Lan-

genecker S. A., et al. (2016) ва А.В.Шабулин ва бошқ. (2016) ишларини қилинган таҳлиллари қуйидаги хулосаларга келишга тўлиқ имкон беради, охирги бир неча ўн йилларда ЯГДҚКга қарашлар ўзгарган: фаол жарроҳлик амалиётини қўллаб даволаш эмас, балки ЯГДҚКни даволаш учун комплекс ножарроҳлик даволаш тактикасини фаол тарғиб қилиш ва оммалаштириш давом этмоқда [19; 4-9-б., 81; 332-395-б., 48; 363-371-б.].

Жуда кам ҳолларда RocKayl Т.А. ва бошқ. (1996) ва Ермалов А.С. ва бошқ. (2017) ишларида бу масала алоҳида мушоҳада қилинган, ярали қон кетиш билан беморларда “мулойим” (консерватив даволаш эвазига) даволаш стратегиялари эндоскопик гастродуоденоскопия ва комбинирланган эндоскопик гемостаз билан биргаликда қўлланилмоқда [98; 316-321-б., 10; 41-46-б.].

Худди шундай жарроҳлик комплекс даволашга етакчи ўринни бериш ва ЯГДҚКда превентив фаолиятни кучайтириш ёки такомиллаштиришнинг маъқуллиги аксарият бошқа замонавий тадқиқотларда ҳам келтирилади [44; 32-35-б., 18; 68-71-б., 79; 316-318-б., 22; 5-8-б., 24; 25-28-б.].

С.В. Тарасенко ва ҳаммуал. (2021) жарроҳлик шифохонаси шароитида 693 та беморда ошқозон ва 12-бармоқли ичакнинг тешилган ярасида (ОЎБИТЯ) фармакотерапиянинг самарадорлигини ўрганишган. Комплекс даволаш жарроҳлик даволашни (асосан ярадаги тешикни тикиб қўйишни) ва консерватив давони ўз ичига олган (протон помпаси ингибиторлари, антибактериал препаратлар).

Қайд этилишича, сўнгги 5 йилда ОЎБИТЯ бўйича операция қилинган беморларнинг ҳаёт тарзи сезиларли яхшиланган. Кўрсатилганки, яқин келажакда ошқозон резекцияси ушбу касалликни даволаш усули сифатида (ваготомиянинг турли шакллари ҳам) тарихий аҳамият касб этиб қолади холос. Хулоса қилинишича, ҳозирги вақтда ОЎБИТЯни муваффақиятли даволаш малакали тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳамма бўғинларида комплекс ёндашувни талаб қилади ва замонавий фармокотерапиясиз унинг муваффақиятини таъминлаб бериш мумкин эмас [42; 42-45-б.].

Ривожланган мамлакатларда яра касаллиги (ЯК) ва унинг асоратларини юқори даражаларда тарқалиши билан аниқланиш частотаси ҳозиргача сақланиб қолишда давом этмоқда.

В.И. Пололужний ҳаммуал. (2016) томонидан Россия шароитида олинган маълумотларга кўра ОЎБИТЯ билан беморлар сони охириги 5 йилда 19 мингта ҳолат билан ифодаланиб, ўлим ҳолати-9% даражада турғун сақланиб қолган [28; 33-34-б.].

Россия федерациясида ўхшаш тенденция ва натижалар Керимов М.К. ва бошқ. (2018), Попов А.М. ва бошқ. (2017) ва Алиев С.А. ва бошқ. (2018) кабиларнинг тадқиқотларида ҳам келтирилган. Ушбу тадқиқотларнинг исботлашича, ОЎБИЯК ва унинг асоратлари, хусусан, ГДЯҚКни ташхислаш ва даволаш муаммоси эндовидеожарроҳлик технологияларининг ривожланиши ва замонавий фармакология муваффақиятлари боис сезиларли енгиллашиб, натижавий тус олган [14; 3-8-б., 29; 30-32-б., 3; 101-103-б.].

ГДЯ ва унинг оқибатлари, жумладан, ОЎИТЯ ёки гастродуоденал қон кетиш (ГДҚК) бўйича алгоритмлар ишлаб чиқилган. Чунончи А.Г.Бабурашвили ва бошқ. (2016) А.Л. Левчук ва бошқ. (2017) В.И.Подолужний (2019) А.М. Хаджибаев ва бошқ. (2018) ҳамда С.В.Тарасенко ва бошқ. (2011) ишларида ОЎБИТЯни ташхислаш ва даволаш бўйича аниқ алгоритмлар мавжуд. Уларнинг шарҳида баён қилиб берилишича [6; 95-97-б., 21; 5-8-б.] муаллифлар ярага қарши препаратларни миқдорлаш ва касалликнинг кечишини назорат қилишга оид масалаларни ОЎБИТЯ мисолида ушбу алгоритмларда кўрсатиб беришган [27; 73-76-б., 17; 5-6-б., 41; 120-124-б.].

Россия аҳолисида тадқиқотчиларнинг олган натижаларга кўра, яра касалликларининг қон кетиш ва тешилиш каби асоратларининг частотаси юқори кўрсаткичларда кузатилади.

И.Н. Стукаев ва бошқ. [39; 98-99-б.], А.Н. Вачев ва бошқ. [9; 41-42-б.] ҳамда А.Ш. Ревшвили ва бошқ. [31] тадқиқотларида исботли тасдиқланган ва эълон қилинган маълумотларга кўра, яра касаллигининг қайд этилган

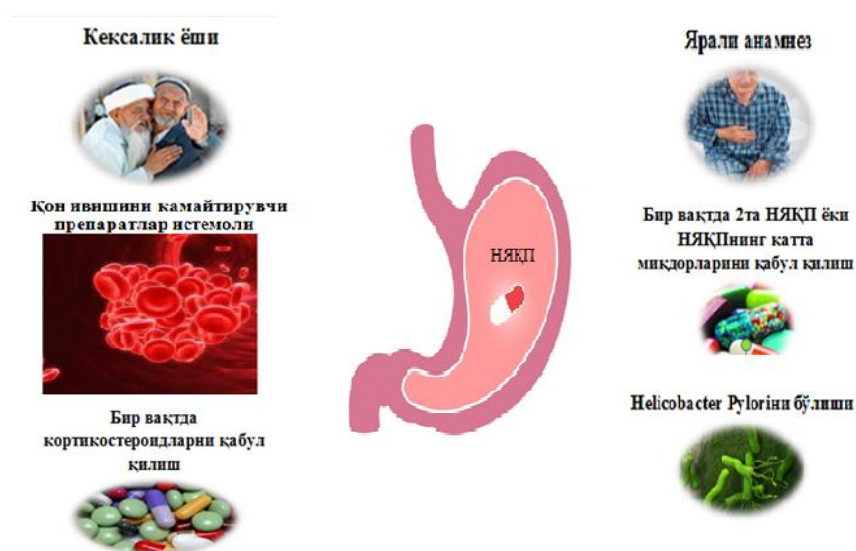
асоратлари – қон кетиш ва тешилиш ҳозирги вақтда ҳар 100 минг аҳолига мос равишда 43,4 ва 17,1% даражадаги сураатларда тасдиқланади.

Кўпчилик муаллифларнинг тасдиқлашича йилдан йилга яра асоратларини даволашда лапароскопик жарроҳликнинг ҳиссаси ортиб бормоқда.

Мисол учун, С.В. Тарасенко ва бошқ. (2016-2021) бу борада қуйидаги натижаларни исботли келтиришган: 1) Россиянинг Рязан вилоятида яра тешилиши туфайли жарроҳлик фаоллиги 97,1% ни ташкил этган 2) лапароскопик жарроҳлик амалиёти йилдан йилга ошиб бориб 16,7% га етган 3) операциядан кейинги ўлим суръати 7,6% частотада қайд қилинган 4) Россиянинг бошқа минтақаларида бу кўрсаткич 8,59% ва 9,09% (бутун Россия бўйича) қайд қилинган [40; 67-70-б., 42; 42-45-б.]. Ушбу тадқиқотларда эътиборга молик ҳолат шуки, гастроэнтерологик симптомлар 15 саволдан таркиб топган махсус сўровнома - Gastrointestinae symptom rating Scale (GSRS) қўлланилган.

Кейинги йилларда дори табиатли келиб чиқишга эга бўлган ГДЯ ва қон кетишлар ГДЯҚК аҳоли орасида, асосан, қария ва узок умр кўрувчиларда кўпайганлиги ҳақида илмий маълумотлар оқими ортмоқда.

Халқаро клиник тавсияларда кўрсатилишича бу энг аввало ностероид яллиғланишга қарши препаратларни (НЯҚП) “бошвоқсиз кенг қўлланилиши” билан боғлиқ ҳолда юз бермоқда [15; 5-21-б.] (1.2-расм).



1.2-расм. НЯҚП гастропатия ва энтеропатия, гастродуоденал қон кетишларни хатар омиллари(цит.:77).

Ёш ўтиши билан НЯҚП терапиясига ўткир эҳтиёж пайдо бўлади, лекин гастропатияларни хатар омиллари тўпланиб боради.

НЯҚП замонавий тадқиқотларда келтирилишича барча тиббиёт мутахассисликларида энг талаб кучли препаратлар бўлиб ҳисобланади. Бунинг сабаби унинг кенг доирада терапевтик самара беришидир: оғрик қолдирувчи, яллиғланишга қарши ва истима туширувчи таъсирлари борлиги туфайли НЯҚПни 84% ревматологлар ва 82% терапевтлар мунтазам буюришади. Аммо НЯҚПларни қисқа вақт давомида ва кичкина миқдорларда бериш ҳам қатор нохуш ҳолатларни келтириб чиқариши мумкин [75; 5-21-б.].

Хусусан, кўпинча НЯҚП гастропатия, энтеропатиялар қуйидаги сабабларга кўра келиб чиқади: НЯҚПни қўллаш қўлами жуда катта – ер шари аҳолисининг 30 млн.таси ушбу препаратларни истеъмол қилишади; НЯҚП ва антиагрегантларни қабул қилувчи мижозларнинг 25% (ҳар тўртинчиси) ЯК билан касалланган; ушбу мижозларнинг 70% да ингичка ичак шикастланган; НЯҚПдан фойдаланувчиларнинг мингтасидан 5 тасида ҳар йили ярадан қон кетиш ва 10 тасида яра тешилиш асорати ривожланади; ўлим хавфи 3,6% (ярадан қон кетиш туфайли) ва 7,6% (яра тешилиши туфайли) бўлади; НЯҚП гастропатия ва энтеропатияларга кўп аъзоларнинг зарарланиши, симптомсиз кечиши ва манифест қон кетиши характерли бўлади [15; 5-21-б.].

ГДЯ ва ярадан қон кетиш асосан НЯҚП гастропатия ва энтеропатияларда хавф омилларига боғлиқ ҳолда юз беради. Ушбу хавф омиллари 1.2- расмда тасвирланган.

НЯҚП гастропатия ва энтеропатия, ҳамда гастродуоденал қон кетишларнинг хавф омиллари сифатида қуйидагилар, айниқса, узоқ умр кўрувчиларда ва кекса ёшдаги аҳолида тасдиқланади, ёш ўтиши билан уларга эҳтиёж ортади ва натижада хавф омилларининг тўпланиши кўпайиб бориб, ГДЯ асоратланиши хавфини (энг кўп қон кетишни) кескин оширади: 1) кексалик ёши 2) ярали анамнез 3) қон ивишини пасайтирувчи препаратларнинг истеъмоли 4) бир вақтда кортикостероидларни қабул

килиш 5) бир вақтда иккита НЯҚПни ёки НЯҚПни юқори миқдорларини қабул қилиш 6) *Helicobacter Pylori* нинг бўлиши [100; 125-130-б.].

Cryer B. (2004), Scheiman M. (2016) ва Pirmohamed M. et al. (2004) тақдим этган илмий тадқиқотларда НЯҚПли гастропатиянинг анъанавий кўринишлари ва частоталари ўрганилган [63; 1256-1258-б., 102; 6-9-б., 96; 16-18-б.].

Асосан, НЯҚПли гастропатиялар уч гуруҳ симптомлар билан манзараланади: диспепсия симптомлари, симптомсиз яраланиш ва асоратланишларда ифодаланиб (ярадан қон кетиш, перфорация ва бошқ.). Ошқозон ичак трактининг юқори бўлимлари симптомлари 40%, симптомсиз яраланиш 27% ва асоратланишлар 30% аниқланиш частоталарида қайд этилади (1.3-расмда ифодаланган).

Loin L. (2004) тадқиқотининг маълумотларига кўра НЯҚПнинг носелектив шакллари 5 йилдан узоқ муддат давомида мунтазам истеъмол қилганларда НЯҚП – эрозия ва яралар 15-40% частотада келиб чиқади. [83; 34-40-б.].



1.3-расм. НЯҚПли гастропатияларнинг клиник кўринишларининг ифодаланиши

Fries J. et al. (2004) махсус клиник текширув ташкил қилишиб, популяцияда ва НЯҚП қабул қилувчи беморларда гастродуоденал яра ва ундан қон кетишлар келиб чиқишини ўрганишган. Исботланганки, НЯҚП қабул қилувчиларда гастродуоденал қон кетиш ва яранинг тешилиш ҳолатлари асосан кекса ёшдагиларда 4 баравардан ортиқ кўпаяди. 100 та шундай беморлардан тахминан биттасида қон кетиш ёки яранинг тешилиши келиб чиқади [69; 34-39-б.].

Тадқиқотчилар томонидан ацетилсалицил кислотасини кичик миқдорда қабул қилганда ҳам НЯҚПли гастропатия хавфи кузатилиши ёки сақланиб қолиши қайд қилинган. Чунки, 0,5 г аспирин истеъмол қилгандан сўнг ошқозон шиллиқ қаватининг патологик ўзгариши 16 дақиқа ўтгач бошланади [69, 83]. Кейинроқ эса аспирин мунтазам истеъмол қилиниб юрилганда: 1) 30% мижозларда диспепсия кузатилади; 2) 50% гача, оз ёки кўп сонли эрозиялар келиб чиқади; 3) ҳосил бўлган эрозия ёки яллиғланишлар ҳар иккинчи беморда (50%) симптомсиз кечади; 4) 7% беморларда ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак яраси пайдо бўлади (қон кетиш ёки тешилиш хавфлари билан); 5) ҳар йили 0,6% беморларда “катта” меъда ичакдан қон кетиш кузатилади.

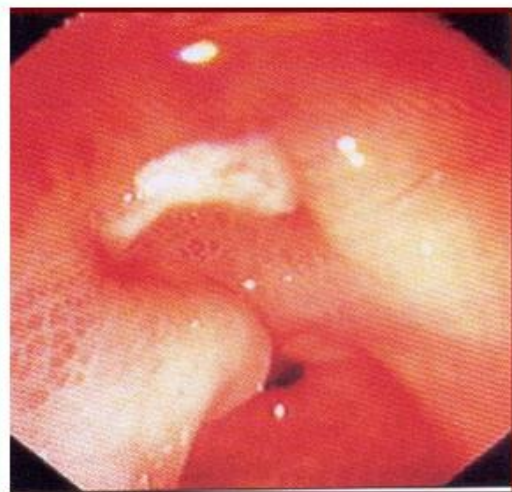
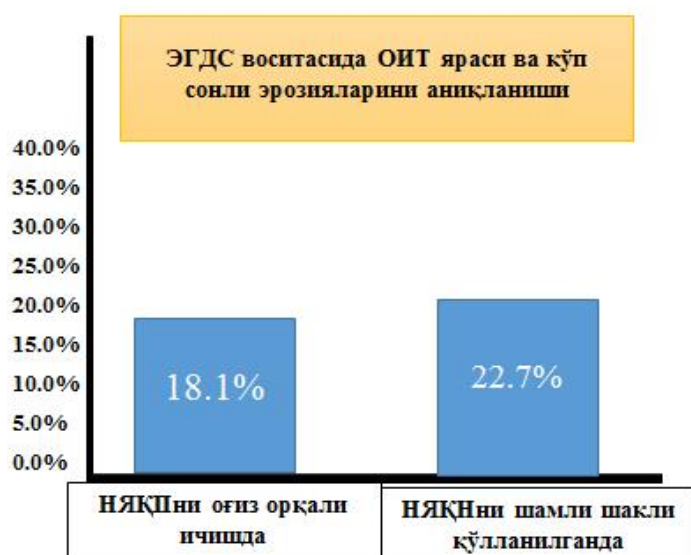
Бу маълумотларни ҳисобга олиш ва превентив профилактик чора тадбирларни ишлаб чиқиш, амалга ошириш, айниқса, узок умр кўрувчиларда ҳаётий муҳим аҳамият касб этади.

§1.3. Узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларни ривожланишини, кечишини, асоратланишларини прогнозлаш ва профилактикаси бўйича инновацион технологияларини ишлаб чиқиш йўналишлари ва истиқболлари

Халқаро клиник тавсияларда кўплаб илмий тадқиқотларнинг меташарҳи НЯҚП ульцероген таъсирларига бағишлаб баён қилинган ёки биз томондан амалга оширилган адабиётлар шарҳи буни тасдиқлади.

НЯҚПнинг ректалъ шакллари ОИТни
ульцерогенли шикастланишининг келиб чиқиш
хавфини камайтирмайди

Аспирин-индуцирланган ошқозон
яраси



1.4-расм. НЯҚП индуцирланган гастродуоденал яралар ва уларнинг асоратларининг кўринишлари

Қайд қилинишича, НЯҚПнинг инъекция шаклларида фойдаланиш ҳам улардан бўладиган ОИТнинг ульцероген шикастланиш хавфини келиб чиқишини камайтирмайди. Аксинча, НЯҚПлар ЦОГ-1ни блоклаб, физиологик гастропротектив простогландинлар (ПГ) ишлаб чиқарилишини камайтиради. НЯҚПнинг ҳаттоки инъекцион шакллари ҳам Тромбоксаннинг синтезини сўндириб, ошқозон яраларидан қон кетишда тромб ҳосил бўлиш жараёнини бузади. Микроциркуляцияни бузиш орқали ОИТ шиллик қаватларнинг ишемиясига олиб келади [15; 5-21-б.].

А.Е.Карашеев ва В.А.Насоновалар (2008) Россия шароитида НЯҚП қабул қилиб юрувчи беморларда ОЎБИЯКнинг келиб чиқишини ўрганишган (1.4-расм). Хулоса қилинганки, аспириннинг ошқозон ичак тракти учун хавфсиз тури мавжуд эмас. Чунончи, НЯҚПнинг ректал шакллари ҳам ошқозон ичак трактининг шикастланиши ушбу препаратларнинг ульцероген таъсиридан сақлаб қолмайди [13; 63-65-б.].

Бундан ташқари, адабиётларда аспирин-индуцирланган ингичка ичак яраси тадқиқотчилар томонидан келтирилган. Тасдиқланишича,

ацетилсалицил кислотасининг (АСК) ичакда эрувчи шакли кўпинча ингичка ичакнинг аспири-индуцирланган ярасини (АИИЯ) келтириб чиқаради.

Муаллифлар кўрсатган натижаларга кўра АСКнинг ичакда эрийдиган шакллари АСКни оддий шаклларига қараганда устуворлигини кўрсатган. Фарқи шунда бўлганки, улар кўпроқ ингичка ичакнинг дистал бўлимларининг шиллиқ қаватларини шикастлаш тенденциясига сабабчи бўлади. АСКни антацидлар билан комбинацияси кислота рикошети самараси ОИТ шикастланиши хавфини фақат кучайтиради [13].

Шунинг учун FDA қуйидаги тавсияларни тақдим этган, мақсад ГДЯни хавфли асоратларини (қон кетиш ва бошқ.) энг аввало узок умр кўрувчиларда эрта олдини олиш ва бартараф этиш дастурларини ишлаб чиқишдан иборат бўлган:

- АСК қобикли шакллари ОИТ асоратлари хавфини камайтирмайди;
- FDA (2017) томонидан аспири-индуцирланган антацидлар билан қўшиб ишлатиш тақиқланган: антацид миқдори даволаш дозасидан 10 мартага кам ва ичакни ҳимоя қилолмайди;
- FDA (2014) аспири-индуцирланган миокард инфаркти ва инсультни бирламчи профилактикаси учун тавсия этмайди фақат иккиламчи профилактикада ишлатилади (84).

Юқорида зикр этилганлардан келиб чиқиб, НЯҚП ассоциирланган ошқозон ичак трактининг шикастланиши долзарб тиббий муаммо эканлигига шубҳа қолдирмайди. Шунинг ҳисобга олиб, охириги йилларда халқаро илмий жамиятлар томонидан ушбу мавзуга бағишлаб кўплаб тавсиялар ишлаб чиқилган ва ҳозирда ҳам давом этмоқда (www.cordiosouzce.org).

Жумладан, Корея консенсуси (Ятроген яра бўйича клиник тавсиялар, 2020 йилги қайта нашри) деб номланган ошқозоннинг НЯҚП-ассоциирланган шикастланиши билан мижозларни олиб бориш бўйича тавсиялар мавжуд. Унда қуйидагилар кўрсатилган: 1) АСК кичик миқдорлари ва НЯҚП билан узок муддатли даволаш режалаштирилган мижозлар *H. Pylori* инфекцияси бўйича текшириш ва даволашни ўтказишлари шарт (пептик яра ва унинг

асоратларининг пайдо бўлишининг олдини олиш учун); 2) юқори хавф гуруҳидаги беморларга узок муддат давомида НЯҚП олганлар протон помпаси ингибиторлари (ППИ)ни кичик миқдорда олиш буюрилади² (пептик яра ва унинг асоратларининг пайдо бўлишини бартараф этиш учун); 3) НЯҚП-гастропатия билан беморларга гастропротектив воситаларни қўллаш тавсия қилинади [87; 108-б.].

В.И. Симаненков ва бошқ. (2021) НЯҚП-ассоциирланган ичак шикастланиши билан беморларни олиб бориш бўйича Россия клиник тавсияларини шарҳлаб беришган ва қуйидагиларга устуворлик бериб, уларни тақдим этишган: 1) ППИ энтеропатияларнинг профилактикаси учун фойдасиз (НЯҚП билан чақирилган турлари кўзда тутилади) ва ҳаттоки зарарли бўлиши мумкин; 2) гастродуоденопатияни ва энтеропатияларни бундай ҳолларда профилактикаси ва даволаш учун бошқа альтернативалар мавжуд (ребамитид, мизопростол, метронидазол, сульфасалазин, пробиотиклар); 3) мана шу фонда, агар иложи бўлса, НЯҚП истеъмолини тўхтатиш даркор [39; 2758-б.].

Айнан шундай тавсиялар бошқа клиник тадқиқотларда ҳам ўз аксини топган [59, 70; 57-64-б.].

ГДЯ ва ундан НЯҚП-ассоциирланган қон кетишлар қуйидаги клиник тавсияларда, узок умр кўрувчи аҳолида ҳам ҳисобга олиниб, долзарб илмий-амалий муаммо ва мавзу сифатида қайд этилган: 1) Россия гастроэнтерологлари ассоциацияси ва “эндоскопик жамият РЭНДО” ассоциациясининг клиник тавсиялари (Н.Pylori эрадикацияси схемасида, эрозив гастритлар, дуоденитлар, НЯҚП-гастроэнтеропатиялар); 2) Россия терапевтлари илмий-тиббий жамияти ва Россия гастроэнтерологларининг клиник тавсияларида (“ҳазм аъзоларининг функционал касалликлари” 2021); 3) Ошқозон ичакдан қон кетишларнинг хавфини камайтириш бўйича (орал антикаугулянт қабул қилувчи беморларда) экспертлар консенсуси, 2021; 4) Россия геронтолог ва гериатрлар ассоциацияси ва профилактик

² www.cardiosource.org JAAC, Vol.52, no 18, 2008

кардиологлар миллий жамиятининг “кекса ва қария ёшдагиларда анти тромботик даволаш” бўйича тавсиялари, 2021; 5) Россия гастроэнтерологик ассоциациясининг катталарда *Helicobacter Pylori* инфекциясининг ташҳисоти ва даволаш бўйича клиник тавсиялар, 2021.

Уларда аниқ кўрсатмалар тавсиялар тарзида акс эттирилган, хусусан, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар қабул қилиш давомида эрозив гастрит ва дуоденит билан мижозларга эрозияларнинг битишини тезлатиш мақсадида антисекретор давони протон насоси ингибиторлари билан 4-6 ҳафта давомида ўтказиш тавсия этилади [12; 55-70-б.].

Бу бир неча рандомизирланган клиник тадқиқотларда исботланган, ребамипид (универсал гастро - энтеропротектор) маъқул препарат деб тавсия этилган. Fujmori S. ва бошқ. (2001) олган натижаларга қараганда бу препарат НЯҚПлар қабул қилувчиларда (ППИ химояси остида) ингичка ичакнинг шикастланишини келиб чиқиш хавфини 4 мартага камайтиради [70].

Бундан ташқари клиник тавсияларда яна қуйидагилар тавсия этилади: 1) орал антикоагулянтлар олувчи мижозларда агарда, гастродуоденал қон кетиш хавф омиллари бўлса – ОИТни химоя қилиш учун ребамипидга қўшиб 3 ой давомида протон помпаси ингибиторларини қўшиб бериш тавсия этилади; 2) ребамипид бундай вазиятларда орал антикоагулянтлар қабул қилиш муддати давомида қўлланилади; 3) мижозга антиагрегант, НЯҚП, тизимли кортикостероидлар, айрим антидепрессантлар ва антибиотикларни қўллаш зарурати бўлганда такроран ППИни ребамипидга қўшиб буюриш масаласини кўриб чиқиш тавсия қилинади [16; 23-41-б.].

Протон помпаси ингибиторлари ва ребамипид ОИТни бутун қисмларида химоявий шиллиқ тўсиқни тиклайди, регенерацияни тезлаштиради ва ошқозон ҳамда ичакнинг шикастланган шиллиқ қаватларини тўлиқ битишига олиб келади, НЯҚП-индуцирланган ошқозон ва ичак шикастланишини бартараф этади (бу ҳақдаги маълумотлар 1.5-расмда кўрсатилган) [38].

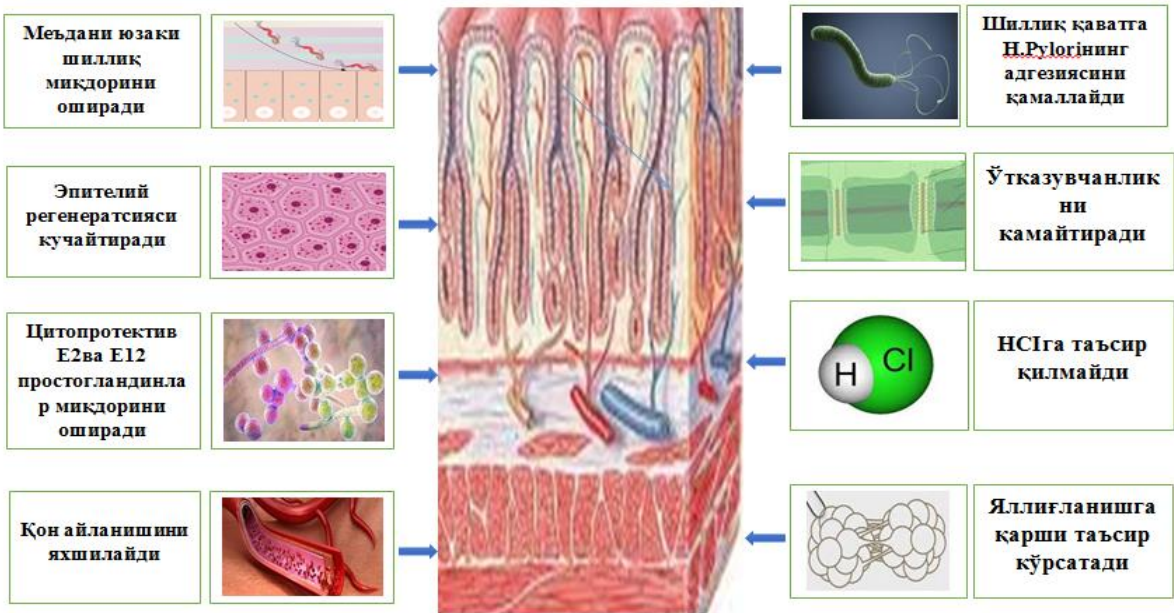
Цитопротектив препаратларни простогландин E_2 ва E_{12} ни узлуксиз генерациясини таъминлаш орқали таъсир этиш механизмлари

Шиллик қаватларнинг барча ҳимоявий механизмлари простогландинларни иштироки билан содир бўлади ёки стимуляцияланади



1.5-расм. Цитопротектив препаратларнинг ҳимоявий механизмларининг ифодаланиши (цит.90;91).

Универсал гастро ва энтеропротекторлар НЯҚП ассоциирланган гастродуоденал ярада ва унинг асоратларида комплекс механизмли таъсир кўрсатади: меъданинг юза шиллиқ миқдорини оширади, эпителий регенерациясини кучайтиради, цитопротектив E2 ва E12 простагландинлар миқдорини оширади, қон айланишини яхшилади, шиллиқ қаватга *H. Pylori* адгезиясини “жиловлайди”, ўтказувчанликни камайтиради, HCL секрециясига таъсир қилмайди ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади [93].



1.6-расм. Цитогастроэнтеропротекторларни НЯҚП - индуцирланган ошқозон ва ичак шикастланишларида комплекс механизми таъсирлари(цит.Степанов Ю.М.;38).

Жуда кўп сонли тадқиқотлар ва илмий манбаларни таҳлилидан бизга маълум бўлдики, хирургияда ва айниқса, шошилишч хирургияда эпидемиологик ёки рандомизирланган текширувларга асосланиб қабул қилинган қарор бор бўлимни топиш мураккаб, аксарият йўқ деса ҳам бўлади. Изланишлар давомида шундай фикр билдирган тадқиқотчилар кўплиги аниқланди. [93, 19; 7-9-б., 94, 8; 27-31-б.].

А.Л. Ақонов ва Д.Ю. Артюхларнинг (2021) берган адабиётлар шарҳида айнан шундай фикр чуқур асосланиб кўрсатилганлиги эътиборимизни тортди. Рандомизирланган (эпидемиологик) тадқиқотда олинган натижалар кўпчилик ҳолларда клиник маълумотларга мувофиқ келмайди. Энг яхши даволаш учун тавсиялар тиббиётда, шу жумладан, хирургияда исботланган тиббиётга топилма берувчи рандомизирланган текширувлардан (РТ) ва ҳеч бўлмаса катта ҳажмли эпидемиологик тадқиқотдан олинса мақсадга мувофиқ бўлади, бошқача айтганда ҳар қандай тиббий кашфиёт эпидемиологик ёки рандомизирланган тадқиқотлар “ғалвиридан” ўтган бўлиши керак. Ана шунда хирург тўғри қарор қабул қила олган бўлади ва бундай даво хавфсиз ҳамда кафолатли бўла олади [110; 93-97-б.].

Адабиётлар шарҳидан маълум бўладики, барча чоп этилган илмий ишларнинг тенг ярми тиббиётга бевосита ёки билвосита тааллуқлидир. Шу билан бирга, яна аёнки, Heneghan C. et al. (2017) ва Кубишкин В.А. (2014) олган илмий натижаларга кўра, кўпчилик нашрларда тиббий мавзуга оид зид бўлган маълумотлар мавжуд ва уларни қабул қилиш мураккаб кечади, булар эса амалиётда жиддий талофатларни келтириб чиқаради [73; 17]. Шу боис халқаро миқёсда мазкур салбий натижаларни бартараф этиш мақсадида исботланганлиги бўйича тадқиқотларни таснифлаш таклиф қилинган [94] ва ундан келиб чиқиб текширувлар амалга ошира бошланган.

Ушбу тасниф бўйича юқори даражада салоҳиятли текширув сифатида рандомизирланган тадқиқотлар (унинг битта шакли эпидемиологик

теширувлар ҳисобланади), паст даражали деб экспертлар фикрлари тан олиниб эътироф қилинган [94].

А.В. Быков (2007) ўзининг анча машҳурликка эришган “Хирургияда исботланган тиббиёт” номли монографиясида айнан шу мавзудаги фикрларни берган. Унинг айтишича, ҳатто нисбатан илмий салоҳиятли бўлган давлат Россияда ҳам қатор сабабларга кўра сезиларли даражада камроқ ўтказилади [8].

Ўзбекистонда эса хирургияда бундай тадқиқотлар ўтказилмаган, хусусан, узоқ умр кўрувчиларда бу йўналиш жуда долзарб илмий мавзу бўлиб келмоқда. Айниқса, даволаш амалиётига ушбу мавзу тегишлидир ёки бу масалада РТ роли тўлиқ ҳал қилинган: ҳар қандай препарат РТ дан ўтиб амалиётга кириши керак. РТ натижаларидан келиб чиқиб даволашга препарат тавсия қилинади ва тиббиётнинг бугунги асосий тамойили ҳисобланади.

Mc Culloch P. et al. (2002, 2005) исботли тасдиқлашларича замонавий жарроҳликда исботланган тиббиётга асосланган ҳолда қабул қилинган қарорни топиш жуда мураккаб ва қийин [87; 88]. Ҳатто унга яқин натижаларни берувчи эпидемиологик тадқиқотларнинг ҳам хирургияда камсонли эканлиги диққатни жалб қилади.

Эпидемиологик мазмундаги РТ йўналишлари 3 турга ажратилади: 1) жарроҳлик йўли билан даволанганларда фармакоэпидемиологик скрининг; 2) жарроҳлик йўли билан даволанганларда натижавийликни ўрганиш (аксарият фармакоэпидемиологик тусдаги РТ йўли билан); 3) жарроҳлик усуллар (айнан шу гуруҳда РТ ўтказилади ва уларнинг ҳиссаси 5%дан ошмайди).

Демак, шундай тусдаги тадқиқотларга хирургияда эҳтиёж кучли, улар клиник маълумотлардаги “гумонли ишонч берувчи” натижаларга чек қўйиб, кафолатли хулосалар чиқариш имкониятини туғдиради [50, 68, 91, 106]. Бундай ёндашув айниқса узоқ умр кўрувчилар хирургиясида муҳимдир ва ҳозиргача шундай талқинли тадқиқотлар ушбу популяцияда, масалан,

гастродуоденал яралар мисолида амалга оширмаганлиги бизга адабиётлар шарҳидан маълум бўлди.

Neugebauer E. et al. (1995), Barkun J.S. et al. (1992) ва Mc Mahon A.J. et al. (1994) каби тадқиқотчилар исботли тасдиқлашиб беришганки, исботларга “зид келувчи” хирургия бўлимлари тор бўлиб, қайсики хоҳлаганда ҳам РТга йўл бериш кийин кечади. Масалан бу лапароскопик хирургиялар холецистэктомиядир. Бу усулни ўт йўллари шикастлаш хавфи юқорилиги рандомизацияланмаган текширувларда кўтарилган. Лекин ушбу амалиёт шунчалик кенг “томир отганки” – яъни шифокорлар иштиёқи ёки беморларни жарроҳлик йўли билан (лапароскопик холецистэктомияга) даволаниш хоҳиши кучли бўладик, улар ҳар қандай исботланиши керак бўлган натижалардан устун келади. Бошқача айтганда, РТ га “йўл беришмайди” [54, 89, 92].

Худди шундай хулоса ва натижалар Россиялик тадқиқотчилар А.А.Литвин ва бошқ. (2008) томонидан исботли келтирилган [23]. Аммо тадқиқотчиларнинг исботлашича, тиббий фанлар тарихида РТ бўлган ва улар сўзсиз жарроҳлик тараққиётига сезиларли ҳисса қўшган. Мисол тариқасида қуйидагиларни келтириш мумкин: оғир эмфиземани дорили даволашга қараганда унинг жарроҳлик редукциясини қийинлашганда юқори натижавийлиги ва самарадорлигини тасдиқлаб берган РТ амалга оширилган [90]. Келгусида кейинги ўтказилган тадқиқотлар ҳам (1218 тадан ортиқ беморларни жалб қилиб), Criner C.J. et al. (2008) ва Welch C.J. (2017) тақдим этган илмий шарҳларга кўра ушбу натижаларни тўлиқ тасдиқлаган [61, 110].

Гастродуоденал қон кетишлар бевосита эмас балки билвосита йўл билан ҳам ўлим суръатини узоқ умр кўрувчиларда оширади Ф.И. Беялоров (2022) хусусан ўзининг қўлланмасида ушбу масалани чуқур ёритиб исботли кўрсатдики, гастродуоденал қон кетиш билан узоқ умр кўрувчиларда юрак етишмовчилиги ўлимни 67% га оширади.

Қайд қилинганки, юрак етишмовчилиги билан узоқ умр кўрувчиларда спиролактонни қўллаш гастродуоденал яралар ва қон кетишлар хавфини

2,7 бараварга оширади. Юрак етишмовчилигининг ушбу аҳоли гуруҳида бўлиши ошқозон ва ичак тўқималарини қон билан таъминланишини камайтиради ва шунинг натижасида ярали шикастланиш асоратланиш хавфини кескин туғдиради [7; 165-б.].

Адабиётлар шарҳидан хулоса шуки, узоқ умр кўрувчиларда яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиб кечувчи тури нисбатан юқори кўрсаткичларда аниқланиш частотаси билан аксарият тадқиқотчиларда тасдиқланган. Уни кўпинча кеч аниқланиш ҳолатлари кузатилади. Бунинг учун эпидемиологик тадқиқотларда РТнинг бир қисми сифатида кенг ўрин берилиб фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади. Бундай тадқиқотлар бор, лекин кенг кўламда эмаслиги ва ҳозирги замонавий папуляцияда жуда камлиги шарҳдан маълум бўлади, замонавий шароитда ва ҳаёт тарзи жуда кескин ўзгарган ХХІ-асрнинг учинчи ўн йиллигини ифодаловчи аҳоли гуруҳида, хусусан, узоқ умр кўрувчилар популяциясида ГДЯнинг клиник эпидемиологик хусусиятларини аниқлаш ва профилактикасига инновацион ёндашувларни ишлаб чиқиш ҳамда жорий қилиш замонавий фан учун устувор йўналиш, эҳтиёж ва зарурат бўлиб қолган.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИНИНГ ТАВСИФИ

§2.1. Тадқиқот объектининг тавсифи

Таdqиқот Андижон давлат тиббиёт институтида ўтказилди. Унинг объекти сифатида Фарғона водийси тавсифини тўлиқ ўзида акс эттирувчи Андижон вилоятининг >90 ёшли аҳолиси олинди (2.1-жадвал). Шунинг учун ишнинг натижаларини бутун миқёсига тааллуқли деб қабул қилиш мумкин бўлади.

2.1-жадвал

Таdqиқотга жалб қилинган объектлар

Эпидемиологик тадқиқот объектлари, n=16		
Туманлар n=12		Шаҳарлар n=4
Андижон тумани		Андижон шаҳри
Пахтаобод тумани		Асака шаҳри
Избоскан тумани		Пойтуғ шаҳри
Улуғнор тумани		Хонобод шаҳри
Бўстон тумани		
Олтинкўл тумани		
Шаҳрихон тумани		
Асака тумани		
Қўрғонтепа тумани		
Хўжаобод тумани		
Булоқбоши тумани		
Жалалқудуқ тумани		
Эркаклар n=262		Аёллар n=457
Абориген аҳоли, n=719		

2019 йил 22 декабр Олий Мажлис, вилоят, туман ва шаҳарлар депутатлиги учун ўтказилган сайлов рўйхати бўйича Андижон вилоятининг 16 та ҳудудида (12 туман ва 4та шаҳарда) яшовчи 90 ёшдан ошган аҳоли гуруҳи (узоқ умр кўрувчилар) ажратилди (n=719). ГДЯ билан ушбу репрезентатив аҳоли гуруҳини аборигенлар (100%), эркаklar (n=262) ва аёллар (n=457) ташкил этди. Уюшмаган ушбу аҳоли популяциясини таdqиқот объекти сифатида олинishiда ЖССТнинг (2018) тавсияларидан келиб чиқилди: улар ҳудуднинг узоқ умр кўрувчиларини ўзларининг тавсифида акс эттиради, миграцияланиш мутлоқ йўқ даражада, текширув (скрининг)

маркази билан боғланиш қийинчилик туғдирмайди, ушбу узок умр кўрувчилар популяциясида гастроэнтерологик тадқиқотларга қўйилган талабларга жавоб беради (ЖССТ,2020).

§2.2. Эпидемиологик тадқиқотга жалб қилинган популяциянинг тавсифи

Эпидемиологик тадқиқот дизайнига кўра бир вақтли, нотажрибавий, уюшмаган шаҳар ва қишлоқ, эркак ва аёллар популяциясида махсус таёрланган илмий жамоа иштироки билан ўтказилган текширув ҳисобланади. Унинг предмети Андижон вилоятининг туман ва шаҳарларининг ≥ 90 ёшли (узок умр кўрувчи) аҳолисида гастродуоденал яраларнинг эпидемиологик текшируви натижаларининг клиник, продуктив ва профилактик таҳлили, ҳамда улар асосида яратилган ҳудудий инновацион математик модел ташкил этади. Ўтказилган эпидемиологик тадқиқот тавсифи 2.1-расмда акс эттирилган.



2.1-расм. Эпидемиологик тадқиқотнинг тавсифи

Эпидемиологик тадқиқотни ташкил этишда ва ўтказишда унга оид халқаро тавсиялар эътиборга олинди (ЖССТ,2000) ва текширув 3 босқичда босқичма-босқич амалга оширилди.

I босқичда ЖССТ тавсия қилган <<Анкета сўровнома>> бўйича узок умр кўрувчи аҳоли популяцияси текширилди ва олинган натижалар баҳоланди. Хусусан, сурункали юқумли бўлмаган касалликлар (СЮБК) бўйича сўров, сигарета чекиш бўйича сўров, нос бўйича сўров, алкоголь бўйича сўров, мева ва сабзавотларнинг истеъмоли (МСМИ) бўйича (меъёрга ёки кам - МСМИК) сўров, саломатлик ҳолати бўйича сўров ва жисмоний фаоллик даражаси бўйича сўров-текширув ўтказилди.

II босқичда физикавий кўрув –антропометрик ўлчовлар, артериал босимни (АБ) ўрганиш, гемодинамик кўрсаткичларни ўрганиш ва асбобий кўрсаткич – натижаларини ўрганиш каби текширув ҳамда баҳолашлар амалга оширилди.

III босқичда УУКП мақсадли комплекс ва чуқурлаштирилган эпидемиологик текширувдан ўтказилди (скрининг марказининг малакали мутахассислари иштирокида). Биокимёвий скрининг, умумлаборатор скрининг, гастродуоденал яранинг специфик хавф омилларини аниқлаш ва баҳолаш ўтказилди.

Сўровномада ГДЯ, унинг хавф омилларини ва УУКПда коморбид патологияларни эпидемиологик ташҳисотини 100% таъминлашда спецификлиги ва сезгирлиги эътиборга олинган. ГДЯ аломатларини (у энг кўп аниқланиши мумкин бўлган белги частотасини таҳлилий таркибини, маълум бир кўрсаткич қайд этиладиган, масалан: ХОнинг аниқлик даражаси) ушбу популяцияда баҳоланиб сўровномага қўйилган. Сўровномада аниқланган ГДЯ ёки коморбид патологиянинг аломатини ҳисоблаб чиқишда қуйидаги формуладан фойдаланилди.

$$S.E.= \frac{\sqrt{PQ}}{n}, \text{ S.E.- стандарт хатолик,}$$

P-хасталанган популяция ҳиссаси; Q - (1-P); n - намунадаги популяция сони.

Эпидемиологик тадқиқот тавсифини мукаммаллаштиришда Андижон профилактик тиббиёт мактабининг кўп йиллик тажрибасидан фойдаланилди³.

Бундан ташқари, биз минтақавий (ҳудудий) белгилари бўйича шакиллантирилган, намуналарда олган натижаларни аҳамият касб этган – Фреймингем, Ольбани ва Текансе эпидемиологик тадқиқотлар тамойилини қўлладик [WHO,2013;2014].

Тадқиқот учун олинган УУКП Андижон вилояти қўламида танланди, қуйидагича тавсифланилди: 1) улар ўзларининг тиббий, иқтисодий-ижтимоий-географик, тавсифларига кўра Андижоннинг ≥ 90 ёшли аҳолисини тавсифлайди. 2) текширув дастури билан таништирилган ва хабардор бўлган салоҳияти етарли бўлган қишлоқ, шаҳар оилавий поликлиникалари, скрининг марказига яшаш жойлари яқин жойлашган.

Эпидтадқиқот натижавийлигини ошириш учун УУКП билан қуйидагича иш олиб борилди; 1) комплекс илмий текширув - скрининг жамоаси ташкил этилди, улар эпид дастур бўйича популяция ва маҳаллий тиббиёт муассасалари билан ишлашга, эпидемиологик текширув усулларига ўргатилди (маъсул ижрочиларни профилактик тиббиёт бўйича малакаси оширилди, сертификат билан таъминланди ва 14.00.43 - ихтисослиги бўйича имтиҳондан ўтказилди) вилоят статистика бошқармаси билан ҳамкорлик қилиб, узоқ умр кўрувчилар туман ва шаҳар бўйича ўрганилиб чиқилди; 2) текширувга таёргарлик тадбирлари амалга оширилди (популяцияни тайёрлаш скрининг маркази ва ходимларини тайёрлаш, яшаш жойларида учрашув ҳамда тушунтириш ишлари олиб борилди), текширув рўйхати тузилди; 3) текширув рўйхатига тушган ҳар бир УУКП статистик таҳлил албатта текширилиши шарт бўлган репрезентатив гуруҳга киритилди, супервайзер (маъсул ижрочи) ва тадқиқот иштирокчилари стандартизациядан ўтказилиб текширувга таёрланди; 4) эпидемиологик дастур ва тадқиқот популяция билан ишлаш учун тайёр бўлганидан кейин, УУКП кичик гуруҳида (50 та)

³ Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х. Профилактик тиббиёт бўйича тест саволлари тўплами: ечимлари ва амалий кўрсатмалар - Тошкент - 2022.

синов текшируви ўтказилди ва популяцияни ҳамда скрининг-интервьюларини таёргарлик ҳолати аниқлаб олинди.

Шундан сўнг, скрининг марказларига популяция чақирилиб (улар барча маҳалла ва яшаш жойларига яқин бўлган ОШП ва ОП, тиббий пунктларда ташкил этилган) комплекс текширилди ва бунинг учун маҳаллий тиббиёт муассасаларининг салоҳиятидан моддий техник базасидан тўлиқ фойдаланилди (биокимёвий, клиник –лаборатор ва асбобли скрининг учун зарур аппарат ҳамда воситалардан). Популяция қуйидагича чақирилди ва скрининг марказида ҳаракатлантирилиб тўлиқ текширилди (2.2-расм).



2.2-расм. УУКПни тадқиқотга таёрлаш, скрининг марказига жалб қилиб текшириш ва эпидемиологик хулоса қилиш тавсифи

Скрининг марказида биокимёвий ва умумклиник лаборатория хонаси (қон, сийдик ва ажралма анализи, умумклиник таҳлиллар, биокимёвий таҳлиллар, махсус синама ва лаборатор таҳлиллар ўтказилди), асбобли текширувларни ўтказиш ва назорат қилиш хонаси (ЭКГ, УТТ, ЭхоКГ, ЭФГДС) ва супервайзер хонаси (сўровнома бўйича текширилди, АБни

ўрганиш ва таҳлил қилиш учун, антропометрик ўлчовлар қилинди, барча хавф омиллари ўрганилди ва баҳоланди, ГДЯ ва унинг асоратларини ифодаловчи якуний ташҳис шакллантирилди) орқали популяция ҳаракатлантирилди, комплекс текширилди, якуний хулоса қилинди шошилиш ва режали даволаш ҳамда профилактика дастури ишлаб чиқилди, тавсиялар ҳамда назорат қилинди (комплекс текширув натижалари маҳаллий поликлиникага, тиббиёт пункти ва бригадаларига, оилавий шифокорларга тақдим этиш, махсус услубий йўриқнома ва тавсияномаларни амалиётга киритиб бериш орқали). Популяция маҳаллий 1-тиббий бўғинга узлуксиз назорат қилиш модели билан ГДЯ ва бошқа унга алоқадор коморбид патологияларни диспансер назорати, бирламчи ва иккиламчи фаол профилактикани узлуксиз олиб бориш учун тавсия этилди.

§2.3. Тадқиқотнинг сўровномали, биокимёвий, клиник ва инструментал усуллари тавсифи

Тадқиқотда сўровномали (эпидемиологик), биокимёвий, клиник, асбобли ва махсус усуллар қўлланилди.

Сўровномали (эпидемиологик) усуллар УУКП текширувида ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва эпидемиологик тадқиқотларда сурункали касалликлар, ҳамда уларнинг хавф омилларини босқичма босқич аниқлаб, мониторинг қилиб бориш учун тавсия қилинган махсус сўровнома – The WHO STEP Wise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS) қўлланилди⁴.

Ундан ГДЯ, унинг хавф омиллари ва асоратларининг эпидемиологик ташҳисини шакллантиришда фойдаланилди. Ушбу скрининг сўровномани ОИТ касалликларини аниқлаш учун спецификлиги 92% дан 100% гача ташкил қилади. Сўровнома популяциянинг овқатланиш характери ва хусусиятларини, чайнов аппаратининг ҳолатини, иштаҳани, оғриқларнинг мавжудлигини (жойлашуви, пайдо бўлиш вақти, овқатланиш билан

⁴ www.who.int/chp/steps ,Geneva 27.

боғлиқлиги, даврийлиги, оғриқларнинг мавсумийлиги), дисфагияларни, диспептик кўринишларни, тана вазнининг камайишларини, ички қон кетишни, илгари ўтказилган текширувлар маълумотларини ва ташҳисни ўзида ифодалантирган. Бошқа ЮБСК ёки коморбидлик, ҳамда уларнинг хавф омилларини аниқлаб ва баҳолаб ташҳислаш имкониятлари ҳам сўровномада тўлдирилган.

Биокимёвий текширув усуллари. УУКПда ахлат, қон ва сийдик таҳлили, махсус синамалар (эхтиёжга қараб Греггерсен синамаси) таҳлил қилиниб ўрганилди. Қон зардобидида умумий холестерин (УХ) ва триглицеридлар (ТГ) миқдори (ммоль/л) аниқланди. Бунинг учун “Техникон” фирмасининг “АА-2” автоанализаторидан фойдаланилди. Уларни хавф омили сифатида ЖССТнинг баҳолаш мезонларидан (1990) фойдаланиб ўрганилди. Гиперхолестеринемия (ГХС) деб – УХСнинг қон зардобидидаги миқдори

5.1 ммоль/л га тенг ва ундан ортиқ миқдорини, гипертриглецидемия (ГТГ) деб - триглицериднинг ≥ 1.7 ммоль/л миқдорлари қабул қилинди.

Бошқа асосий хавф омилларини (ХО) ташҳислаш ва баҳолаш учун умумқабул қилинган профилактик тиббиётда қўланишга тавсия этилган усуллар қўлланилди; 1) чекиш бор (чекувчи), сигарета ёки носни суткасига ҳеч бўлмаганда бир маротаба чекиш ҳолати аниқланганда ташҳисланди. 2) алкоголь истеъмол қилувчи деб агарда УУКП ойда бир маротаба бўлса ҳам алкоголь истеъмоли эпизоди кузатилган ҳолларда ташҳисланди; 3) мева ва полиз маҳсулотларини меъёрдан кам истеъмол қилиш деб – уларни кунига ўртача 400 г дан кам истеъмол қилинганда аниқланди.

Клиник ва инструментал текширув усуллари. УУКП текширувида клиник ташҳисот усуллари (анамнез, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия ва аускультация) маълумотларини таҳлил қилиш натижаларидан фойдаланилди. Заруриятга қараб касаллик варақалари ва амбулатор карталар таҳлил қилинди, ҳамда натижалар қабул қилинди. Қон босими 2 дақиқалик интервал билан 2 марта ўлчаниб, ўртачаси асосий кўрсаткич сифатида қабул

қилинди. Қон босимининг $\geq 140/90$ мм.сим.уст га тенг даражасини артериал гипертония (АГ) деб ташхисланди (ESC.2018).

Эпидемиологик талаблардан келиб чиқиб ва ЖССТ тавсияларига кўра антропометрик ўлчашлар бажарилди, тана вазни баҳоланди. Кетле индекси $\leq 18,5$ га тенг бўлганда тана вазнининг етишмовчилиги, 18,5-24,9 га тенг бўлса тана вазни меъёрида, 25-29,9 бўлса ортиқча тана вазни (ОТВ), 30-34,9 бўлса семизликнинг биринчи даражаси, 35-39,9 бўлса семизликнинг 2-даражаси ва ≥ 40 бўлса семизликнинг 3-даражаси деб ташхисланди.

Эпидемиологик ташхисот учун инструментал текширув усулларидан ҳам фойдаланилди; ЭКГ, меъда-ичак рентгеноскопияси, фиброгастродуоденоскопия (ФЭГДС) ва ультратовуш текширувлари (УТТ). Электрокардиография (ЭКГ) “6-НЭК” электрокардиография ёрдамида умумқабул қилинган 12 та уланишда амалга оширилди. ЭКГ Миннесота коди (МК) позицияси бўйича таҳлил қилинди. Бундан ташқари зарурат бўлганда ЭхоКГ дан “мақсадли” фойдаланилди.

Популяцияда қорин бўшлиғи аъзоларининг (жигар, талок, дарвоза вена томирлари, ўт пуфаги, буйраклар) ультратовуш текшируви ўтказилди. Текширув ALO-KA-5500 Prosound (Япония) аппаратида бир ўлчамли (М), икки ўлчамли (В) тартибда, 2-7,5 МГц тўлқин узаткичига эга конвексли узаткичда умумқабул қилинган қоидалар асосида бажарилиб, амалга оширилди [Рыхтик П.И. 2009. Хакимов Н.С, 2023].

ФЭГДС Г.Б. Гершман усули бўйича “Olympus” фирмаси аппаратида бажарилди: бир вақтнинг ўзида қизилўнгач, ошқозон ва 12 бармоқли ичак кўздан кечирилиб текширилди, заруриятга қараб шиллиқ қаватлардан морфологик ўрганиш учун мўлжалли биопсия амалга оширилди. Ошқозон ва 12-бармоқли ичак шиллиқ қаватлари (ОШҚ) ҳолати Сидней мезонлари бўйича В.В.Подусенко модификациясида баҳоланди. [В.В. Подусенко, 2006. Н.Б.Ходжиматов, 2011]. Қўлланилган текширув усуллари 2.3-чизмада келтирилган. Эпидемиологик ташхисот комплексли ёндашувга асосланди ва улар асосида хавф омиллари, ГДЯ, ГДЯ асоратлари ҳамда коморбидлик

аниқланди, ҳамда баҳоланди. “ГДЯ+ХО+Коморбидлиги“ бирламчи ва иккиламчи профилактикаси бўйича УУКП учун тавсиялар асосланиб, мувофиқлаштирилди.

§2.4. Гастродуоденал яра ва унинг асосий асоратлари, хавф омилларини аниқлаш ҳамда баҳолаш усуллари

ГДЯни баҳолашда ва унинг таҳлилини шакллантиришда П.Я.Григорьев (1986) таснифидан фойдаланилди.



2.3-расм. Текширув усуллари ва ГДЯ, ХО, Коморбидликнинг ташҳисоти

Юқорида кайд этиб ўтилган текширув усулларига асосланиб касалликка, унинг асоратларига ва ёндош патологияларга ташҳис қўйилди. Гериатрик хусусиятлар ҳисобга олиниб “ГДЯ+ ХО + Коморбидлик” дуэти ташҳиси қўйилди. ГДЯдан қон кетиш даражасини аниқлаш ва баҳолаш учун -

гемоглобин ва гематокритни аниқлаш, гемокоагуляцияни ҳамда ахлатда қон элементларини аниқлаш усуллари қўлланилди.

И.И.Затехин ва бошқ. (1997) мезонлари билан ГДЯдан қон кетиш тавсифлари ўрганилди, аниқланди ва баҳоланди: 1) қон кетиш жадаллигининг клиник тавсифи (жуда кучли ифодаланган қон йўқотиш ёки анамнезда коллапс эпизодлари); 2) гемостазнинг эндоскопик тавсифини (тромбланган яра, қон қуйқаси билан қопланган яра, эндоскопияда тўхтатилган ҳар қандай қон кетиш); 3) яранинг эндоскопик тавсифини (диаметри 1.3 см дан ортиқ ошқозон яраси ёки 0.8 см дан катта 12-бармоқли ичак яраси). УУКПда 2 ёки 3 балл тўпланганда ГДЯдан қон кетиш ташҳиси қўйилди (Қахаров А.А, 2007).

Гастродуоденал ярадан қон кетиш олди ҳолатларини аниқлаш ва баҳолашда (гастрит, дуоденит, ошқозон ва 12-бармоқли ичак ярасини) Сидней ташҳисий мезонларидан ҳам фойдаланилди (1990).

§2.5. Тадқиқот натижаларининг статистик таҳлил усуллари

Ишлаб чиқилган саволномани респондентларга тақдим этиш учун, Open Data Kit тизимининг www.Kobotoolbox.org платформасидан фойдаланилди.

Маълумотлар базасини йиғишда тадқиқотнинг 2 даражали хатоликларидан қочиш мақсадида, саволларга махсус чекловлар бириктирилди ва амалиётга тақдим этилди.

Тайёр бўлган маълумотлар базаси “CSV” форматга экспорт қилинди ва “R studio” дастурида “rio, here, skimr, janitor, lubridate, epikit, scales, viridis, tsibble, apyramid, flextable, tidyverse ва dplyr пакетларидан фойдаланиб популяциянинг маълумотлар базаси турли статистик таҳлиллар учун тайёрланди. Гуруҳларда тарқалиши “R studio” дастурининг (tablel) пакетида тақсимланиб, олинган маълумотлар.xlsx. форматига экспорт қилинди ва жадвалларни тўлдиришда фойдаланилди.

Ўрганишда таъсир этган омил ва оқибат ўртасидаги боғлиқлик мавжудлигини баҳолаш учун, “R studio” дастурининг sjstats, expss, finalfit ва remote пакетлари ёрдамида, биостатистика асосларининг “имкониятлар нисбати” (OR) аниқланди. Таҳлил натижасида олинган “имкониятлар нисбати” статистик аҳамиятини баҳолаш мақсадида Эйлернинг константасидан фойдаланган ҳолда 95% Ишонч интервали олинди. “chisq.test” пакети асосида Пирсон мезони бўйича χ^2 ҳисобланиб, “p.value” пакетига махсус функция ёрдамида бириктирилди. Натижада, барча олинган хулосалар ўзида имкониятлар нисбати (OR), 95% ишонч интервали ва Фишернинг p қийматини ўзида жамлади. Барча аниқланган имкониятлар нисбати ва 95% ишонч интерваллари “Forest plot” диаграммаларида логарифмик ўсиш даражасида таққосланди.

III БОБ. УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

§3.1. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг аниқланиш частотаси ва гендерли эпидемиологик тавсифи

Рандомизирланган тадқиқотларда “профилактик тиббиёт технологиялари” бемор умрини шубҳасиз узайтиради деб хулоса қилинган “келажак профилактик тиббиётга” тегишли деб аллақачон башоратланган (Н.И.Пирогов). Тиббий профилактика замонавий тиббиётда ўзининг имконияти ва “тенгсиз самарадорлигини” кўрсатиб улгурди ва бу хулоса тадқиқотчилар ҳамда амалиётчилар томонидан тан олинган ҳамда қабул қилинган [1; 93-97-б., 25; 665-666-б.].

Тиббий профилактика – бу: 1) касалликларни эрта аниқлаш ва келиб чиқиш хавфини камайтиришга йўналтирилган тиббий фаолият; 2) амалий тиббиётнинг ташқи ва ички омилларининг саломатликка салбий таъсирини камайтиришга йўналтирилган фаолият тури; 3) “шахсийлаштирилган тиббиёт даври” келишини тезлаштиради.

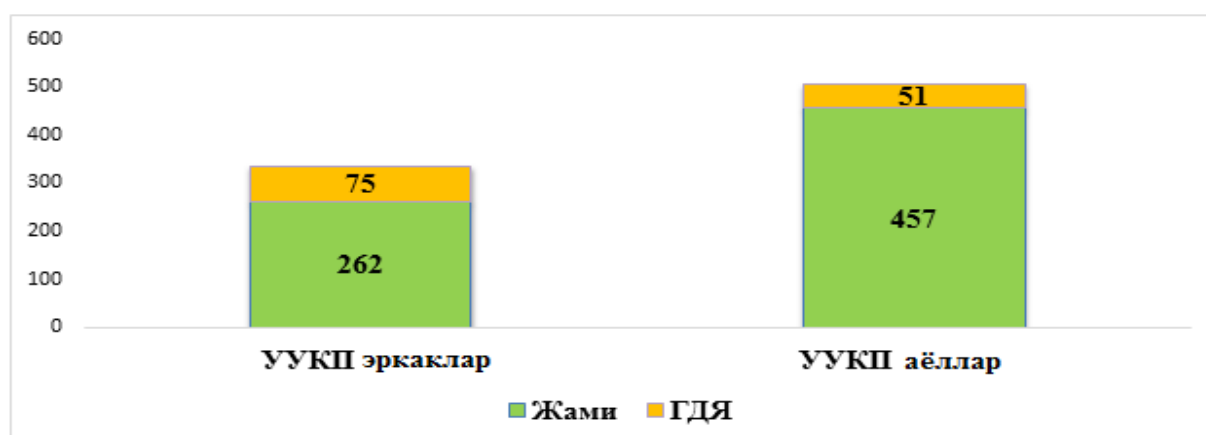
Шунинг учун бу йўналишдаги илмий тадқиқотларга эҳтиёж кўпайган ва шу билан бирга тан олиш керак бўладиги унинг асосий “нишони” бўлиб асосан терапевтик касалликлар бўлиб қолган ва шундай бўлиб қолмоқда. Хирургияда у деярли ривожланмаган ва унинг имкониятларидан 75% гача ҳолатларда фойдаланилмай келинади. Шунинг учун, биз, ГДЯ мисолида ушбу мавзуга қўл урдик ва УУКПда муаян натижаларни тақдим этамиз (3.1-жадвал ва 3.1-расм).

Популяцияда гендер омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари эркаларнинг ошқозон яраси касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги аёллардан кўра 3.2 бараварга юқори эканлиги клиник жиҳатдан асосланди [OR 3.19], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 2.26-4.76; p <0,001].

УУКПда гастродуоденал яралар эпидемиологиясининг тавсифи

Ёш гуруҳи	УУКП аёллар			p-value	УУКП эркеклар			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	457	51	11,2	p<0,05	262	75	28,6	719	126	17,5
univariable	OR= 3.19; CI 95%= (2.16-4.76); p<0.001.									
multivariable	ORa= 0.39; CI 95%= (0.005-2.75) ; p=0.367.									

Олинган натижаларни, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида таҳлил этилди ва эркек гендерда ошқозон ярасининг ривожланишида генетик мойил эканлиги ўз кучини йўқотиб, ушбу омил касаллик ривожланишига қарши ҳимоя омили сифатида таъсир этишида боғлиқлик мавжудлиги клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR = 0.39], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.005- 2.75; p >0,367]. Кўп омилли таҳлил натижаларига кўра ГДЯнинг бир омилли таҳлилда аҳамиятли деб топилиши маълумотлар базасининг бошқа омилларига боғлиқлиги, илмий тилда айтганда кофактор таъсири эканлиги тасдиқланди.



3.1-расм. Гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчиларда гендерли хусусиятларининг ифодаланиши

3.1-жадвал ва 3.1-расм маълумотларидан яна қуйидаги эпидемиологик тафсилотлар келиб чиқади: 1) ≥ 90 ёшли Андижон популяциясида гастродуоденал яраларнинг тарқалиш частотаси 17,5%ни ташкил қилди. 2) эркакларда -28,6% ва аёлларда 11,2% тарқалиш частотасида тасдиқланди ёки 17,4% тафовут билан эркак – геронтларда кўп тасдиқланди ($OR=3,19$; $CI=95\%=(2.16-4.76)$; $p<0.001$).

Келгуси 3.2-жадвал ва 3.2-расмда ГДЯнинг маълумотлилик турли бўлган узок умр кўрувчилар популяциясида эпидемиологик тавсифлари келтирилган. Келтирилган рақамли таҳлиллардан келиб чиқадиган маълумотлилик даражаси узок умр кўрувчиларда ГДЯнинг аниқланиш частотаси кўрсаткичларига таъсир этади ва демак, кексаликнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасида ҳамда диспансеризациясида буни ҳисобга олиш (хавф омили сифатида) мақсадга мувофиқ бўлади.

Адабиётларнинг маълумотларига эътибор берилса, бошқа тадқиқотлар ҳам кўпчилик ҳолларда айнан шундай натижалар кўрсатганлигига шохид бўлинади [24; 36-41-б., 71; 407-408-б., 97; 186-193-б.].

Бизнинг эпидемиологик натижаларимиз УУКПда, бошқа тадқиқотлардан кескин фарқ қилиб (ГДЯ эпидемиологиясига оид бундай маълумотлар узок умр кўрувчиларда олинмаган) қуйидагиларни тасдиқлаб кўрсатди: 1) статистик ўзаро боғлиқликнинг сезиларли ифодаланишининг кўриниши тасдиқланди (univariable- $OR=1,69\%$; $CI=95\%=(0.28-2.33)$; $P<0.63$ multivariable - $OR=58.2\%$; $CI=95\%=(0.23-5.61)$; $p<0.2$). 2) олий маълумотли аҳолида ГДЯнинг тарқалиш частотаси -14,3%, ўрта маълумотлиларда эса - 17,6% яни 3,3 % фарқ билан ўрта маълумотлиларда кўп частота билан аниқланди ($p<0.05$).

Популяцияда маълумот омилининг таъсири ўрганилиб, бир омили таҳлил натижалари олий маълумотли шахслар ошқозон яраси касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги ўрта маълумотли шахслардан кўра 1.7 бараварга юқори эканлиги клиник жиҳатдан асосланди [$OR=1,69$], лекин,

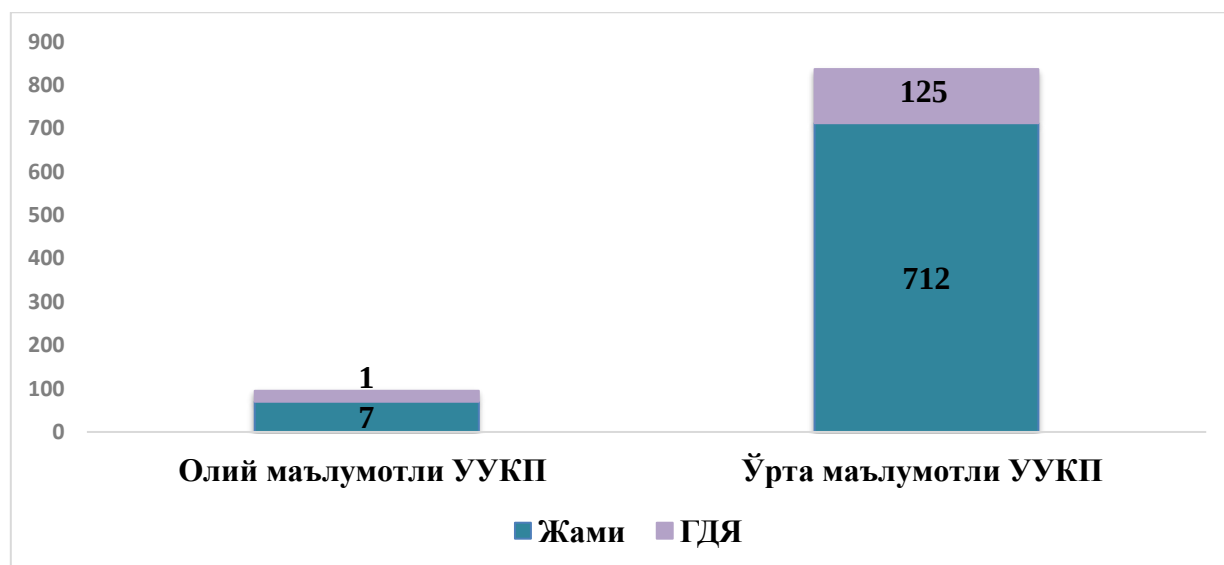
ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0,28- 2,33; $p=0.63$].

3.2-жадвал

ГДЯнинг узок умр кўрувчиларда маълумотлилик хусусиятлари

Ёш гуруҳи	Олий маълумотли УУКП			p-value	Ўрта маълумотли УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	7	1	14,3	p<0,05	712	125	17,6	719	126	17,5
univariable	OR= 1.69; CI 95%= (0.28-2.33) ; p=0.63.									
multivariable	ORa= 58.2; CI 95%= (0.23-561) ; p=0.2.									

Олинган натижанинг, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва олий маълумотли шахслар ўртасида ошқозон ярасининг ривожланиши ўрта маълумотли шахсларга қараганда сезиларли юқори эканлиги клиник таҳлил жиҳатидан ўз исботини топди [OR=58.2], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижанинг статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди CI 95%= [0,23 – 5,61]; $p=0,2$].



3.2-расм. Турли маълумотлиларда УУКПда гастродуоденал яраларнинг тарқалишининг хослиги

Тадқиқотни келгуси мақсадларидан келиб чиқиб, гасртодуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида етакчи эпидемиологик хавф омилларининг тарқалиш частотаси ўрганилди, қиёсий баҳоланди ва ажратилди. Бу ҳақдаги олинган малумотлар келгуси бобда берилган.

§3.2. Гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида тарқалишининг ижтимоий-эпидемиологик хусусиятлари

Гастродуоденал яраларнинг ижтимоий - эпидемиологик хусусиятлари узок умр кўрувчилар популяциясида ўрганилди ва аниқланди. Бу ҳақдаги илмий далиллар эпидемиологик тадқиқотларга жалб қилинган узок умр кўрувчиларда кам ва етарлича эмас, Ўзбекистонда эса йўқ ёки алоҳида бу мавзу ажратиб ёритилмаган.

3.3-жадвал ва 3.3-расмда ирсий омилни ГДЯнинг хавф омили сифатида аниқланиш частотаси узок умр кўрувчиларнинг эпидемиологик тавсифлари баён қилинган.

Улардан кўринадики, ирсий омил (ИО) ГДЯ билан ва унингсиз УУКПда сезиларсиз тафовутланиб -17,0% ва 17,6% тарқалиш частотасида кузатилди ($p>0.05$). Таъкидлаш жоизки, бизнинг мамлакатимизда ва хорижда кўплаб эпидемиологик текширувлар ўтказилган, улар асосида юқумли бўлмаган касалликларнинг хавф омиллари концепцияси ишлаб чиқилган. Бундай концепция, профилактик тиббиёт нуктаи назаридан ушбу касалликларга пойдевор бўлиб хизмат қилади.

Хавф омиллари шартли равишда икки гуруҳга бўлинади: ўзгартириб бўлмайдиган ва ўзгартириб бўладиган ХО; биринчисига ИО ҳам киради ва бу омилни ўзгартириб бўлмаса ҳам амалиётда эътиборга олиниши тавсия қилинади ёки превентив тадбирлар масалан, ГДЯда ҳам ҳисобга олиниб кўрилади [25; 665-6.].

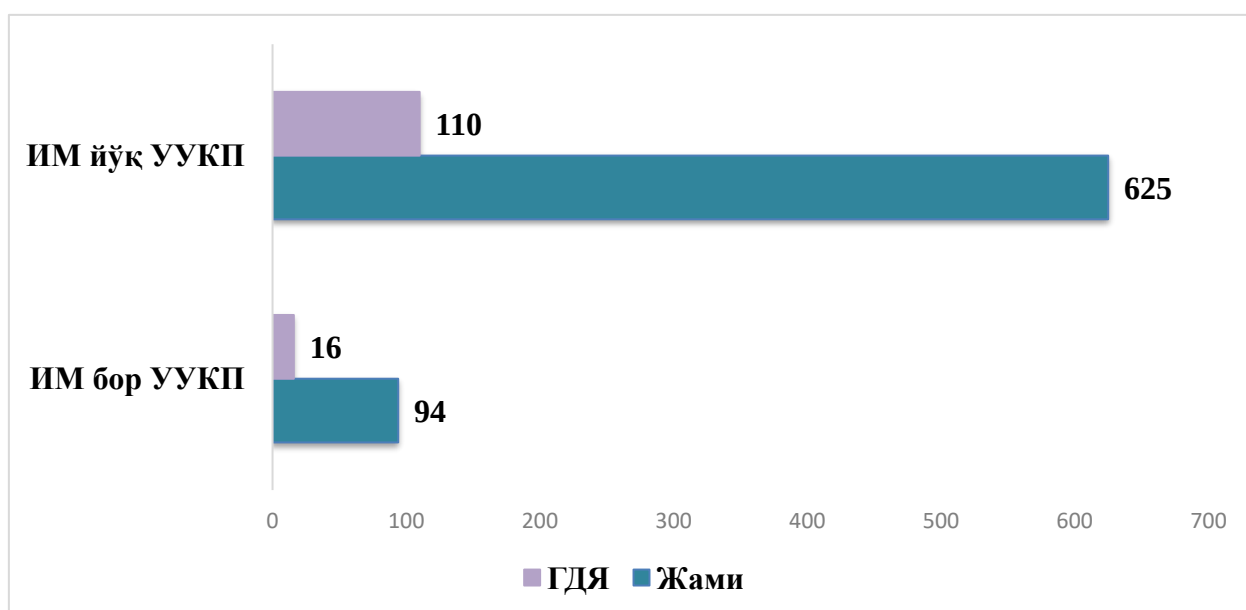
Популяцияда яқин қариндошлар ичида ГДЯ билан касалланиш, яъни ирсий мойиллик омилининг таъсири ўрганилганда, бир омилли таҳлил натижалари яқин қариндошлар ўртасида ГДЯ билан касалланиш мавжуд

бўлган шахсларнинг ўзларида ГДЯ касаллиги билан касалланишга бўлган мойиллиги 4% га камайиши клиник жиҳатдан асосланди [OR 0.96], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.52- 1.67; $p = 0.89$].

3.3-жадвал

Ирсий мойилликнинг ГДЯ билан УУКПда эпидемиологик хусусиятлари

Ёш гуруҳи	ИМ билан УУКП			p-value	ИМ йўқ УУКП			Умумий УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	94	16	17,0	p<0,05	625	110	17,6	719	126	17,5
univariable	OR= 0.96; CI 95%= (0.52-1.67) ; p=0.89									
multivariable	ORa= 0.02; CI 95%= (0.001-0.17) ; p=0.001									



3.3-расм. ГДЯнинг тарқалиш частотасига УУКПда ирсий омилнинг таъсирининг ифодаланиши

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил тамойилларида ўрганилди ва яқин қариндошлар ичида ГДЯ билан касал мавжуд бўлиши шахслар ўртасида ГДЯни ривожланиш эҳтимоллигини 98% га пасайишига олиб келиши клиник

жиҳатдан ўз исботини топди [OR 0.02], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.001-0.17; $p=0.001$].

Келгуси ижтимоий-эпидемиологик хавф омили сифатида ортикча тана вазнининг ГДЯга боғлиқлиги таҳлил қилинди.

Бу ҳақдаги рақамли маълумотлар 3.4-жадвал ва 3.4-расмда баён қилинган. Маълумотларни баҳолашда univariable ва multivariable таҳлиллардан фойдаланилди. Бундай таҳлил бўйича узоқ умр кўрувчилар популяциясида ГДЯ 18,4% тарқалиш частотаси билан қайд этилди. ГДЯ билан нопопуляцияда эса 16,6% частотада ва 1.8% тафовут билан кам тарқалиш частотаси билан кузатилди ($p=0.03$).

Бошқа тадқиқотларга солиштириб таҳлил қилинса маълум бўлдики, ОТВни ЮБСКнинг мустақил хавф омили деб ҳисоблаш учун тўлиқ асослар бор дейиш мумкин. Ушбу омил икки йўл билан ЮБСКга таъсирини ўтказди: биринчиси; ОТВ ва семизлик бевосита умр кўришга таъсир қилади: унинг таъсири туфайли инсон умри ўртача 8-10 йилга қисқаради [46;31-37-б.]. Ушбу ХО доимо, жумладан, гастродуоденал касалликларда ҳам ҳисобга олиниши тавсия этилади. Хусусан, тана вазнини ҳафтасига 0,5-1 кг камайтириб бориш мувофиқ ҳолат деб тавсия этилади. Узоқ умр кўрувчиларда бу омил алоҳида эътиборни тортади: тана вазнини тез пасайтириш мувофиқ эмас деб тасдиқланади⁵.

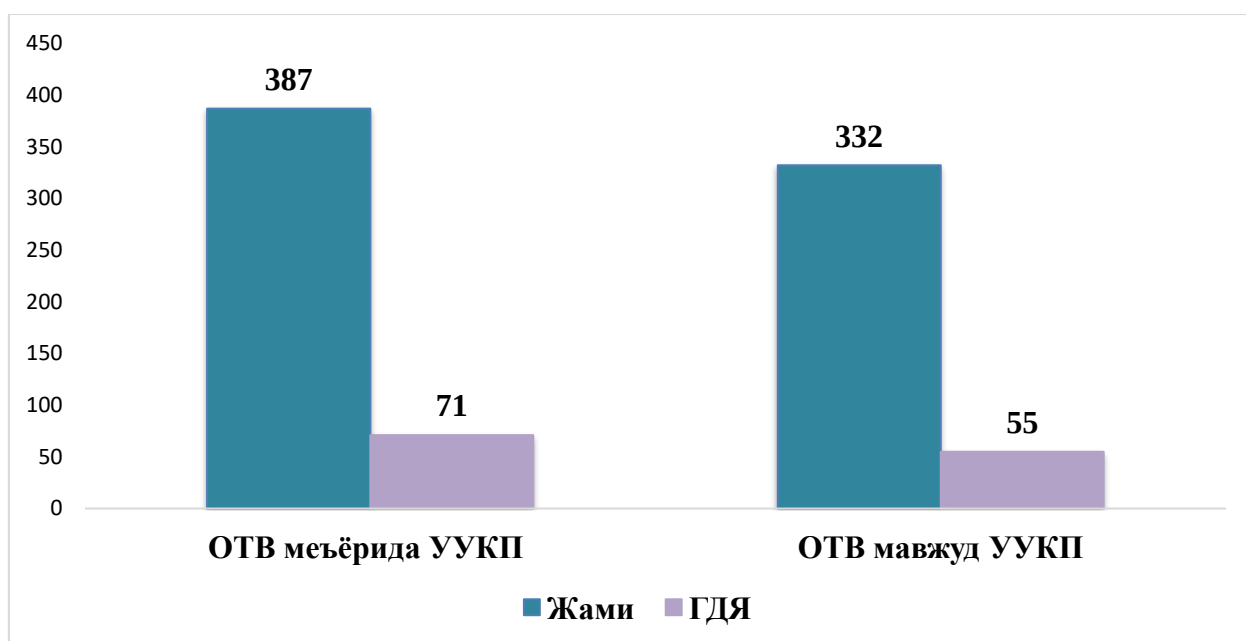
Популяцияда ортикча тана вазни ва тана вазни индексининг меъёрида бўлиши омилининг таъсири ўрганилганда, бир омилли таҳлил натижалари тана массаси индексининг юқори бўлиши ГДЯ билан касалланишга бўлган мойилликни 28% га камайтиришга олиб келиши статистик жиҳатдан асосланди [OR 0.72], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.38-1.59; $p=0.57$].

⁵ Оганов Р.Г. ва б.қ. Профилактик кардиология. –Москва. -2003.- Б. 37-43.

Ортиқча тана вазни узок умр кўрувчиларда тарқалиш частотасининг тавсифи

Ёш гуруҳи	ОТВ меъёрда бўлган УУКП			p-value	ОТВ мавжуд бўлган УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	387	71	18,4	p=0,03	332	55	16,6	719	126	17,5
univariable	OR= 0.72; CI 95%= (0.38-1.59) ; p=0.57									
multivariable	ORa= 0.00; CI 95%= (0-∞) ; p=0.999									

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва ортиқча тана вазни индекси ГДЯнинг ривожланишига таъсири йўқ эканлиги ўз исботини топди [OR 0.00], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0 - ∞; p =0.999].



3.4–расм. ОТВга боғлиқ ҳолда ГДЯ шаклланишининг УУКПда хослиги

Биз протез тишни ГДЯни хатар омил сифатида ўргандик ва УУКПда таҳлил қилиб баҳоладик (3.5-жадвал ва 3.5 – расм).

3.5-жадвал

Протез тишни ГДЯнинг УУКПда хавф омили сифатидаги тавсифи

Ёш гуруҳи	Протез тиш бор УУКП			p-value	Протез тиш йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	575	116	20,2	p<0,05	144	10	6,9	719	126	17,5
univariable	OR= 3.39; CI 95%= (1.81-7.06) ; p<0.001									
multivariable	ORa= 0.04; CI 95%= (0.01-0.19) ; p=0.001									

Популяцияда протез тишлари мавжуд бўлган УУКП протез тишлар бўлмаган респондентларга қараганда ГДЯ билан касалланишига бўлган мойиллиги 3-4 бараварга юқори эканлиги статистик жиҳатдан асосланди [OR 3.39], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу олинган натижани статистик аҳамиятга эканлигини кўрсатди [CI 95% 1.81- 7.06; p <0.001].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва протез тишларнинг мавжудлиги ГДЯнинг ривожланишига қарши ҳимоя омили сифатида таъсир этиши, натижада протез тишлари мавжуд бўлган шахслар протез тишлар бўлмаганларга қараганда 96% га камроқ ГДЯ билан касалланиши ўз исботини топди [OR 0.04], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.01 – 0.19; p =0.001].

Илмий натижаларимиздан исботли хулоса қилиндик, соғлом тиши бор (протези йўқ) УУКПда ва соғлом тиши йўқ (протези бор) УУКПда ГДЯ - 6.9% ва 20.2% дан яъни, 13.3% тафовути тарқалиш частотаси билан

аниқланди ($p < 0.05$). Ўйлаймизки, бу натижалар ГДЯ ва умуман ОИТ касалликларини эрта профилактикасига УУКПда муҳим аҳамиятли асос бўлиб хизмат қилади.

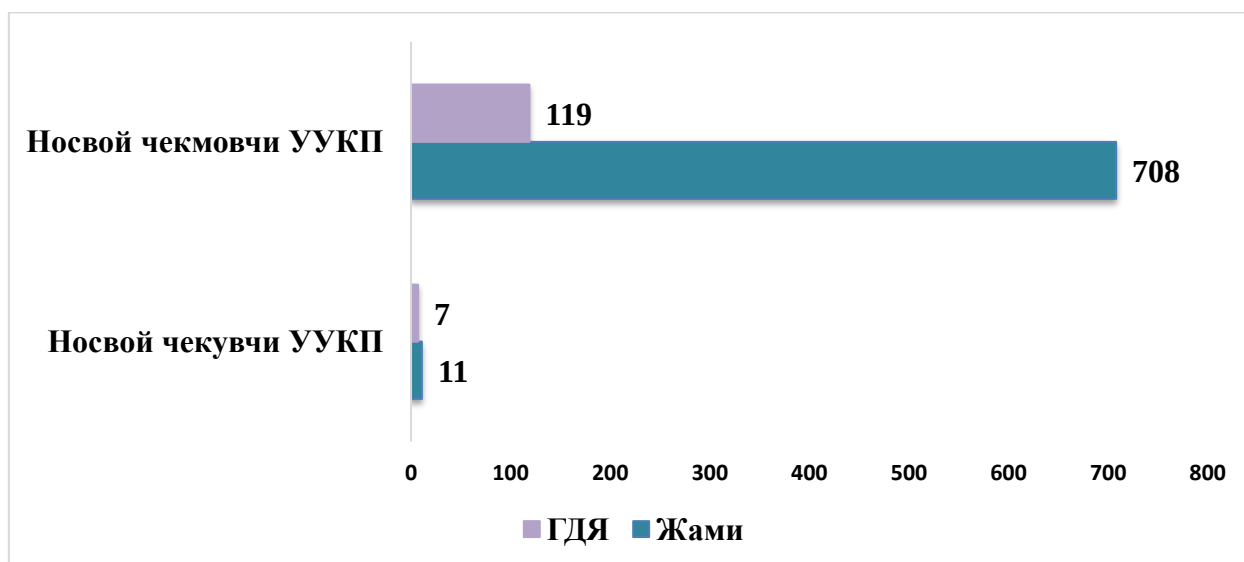


3.5-расм. Протез тишнинг УУКПда ГДЯнинг хавф омили сифатидаги тавсифи

Нос чекиш ва ГДЯ боғлиқлиги ҳам, бугунги даврий эпидемик ижтимоий-эпидемиологик хавф омили сифатида текширилгани УУКПда ўрганилди ва баҳоланди (3.6-расм ва 3.6-жадвал).

Популяцияда нос чекувчи шахслар чекмаганларга қараганда ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги 8,66 баробар юқори эканлиги клиник жиҳатдан асосланди [OR 8.66], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу олинган натижани статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 2.57- 33.5; $p = 0.001$].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва нос чекувчи шахслар чекмаганларга қараганда 3.8 баравар кўпроқ ҳолатда ГДЯ билан касалланиши ўз исботини топди [ORa= 95.87], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 2.81 – 5175; $p = 0.014$].



3.6-расм. УУКПда ГДЯга носнинг таъсири

Нос чекувчи ва чекмайдиган узок умр кўрувчиларда гастродуоденал яраларнинг аниқланиш частотаси 46,83% фарқ билан қайд қилинди (3.6-жадвал).

3.6–жадвал

Нос чекиш омилига боғлиқ холда ГДЯнинг узок умр кўрувчиларда тарқалиш частотаси

Ёш гуруҳи	Нос чекувчи УУКП			p-value	Нос чекмовчи УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	11	7	63,64	p<0,05	708	119	16,81	719	126	17,5
univariable	OR= 8.66; CI 95%= (2.57-33.5); p=0.001									
multivariable	ORa= 95.87; CI 95%= (2.81-5175); p=0.014									

Келтирилган рақамли таҳлиллардан кўринадикки, нос чекмайдиган ва чекувчи узок умр кўрувчи аҳоли популяциясида гастродуоденал яралар 16,81% ва 63,64% тарқалиш частоталари билан аниқланди ёки ГДЯнинг тафовутланиш даражаси- 46,83% ни ташкил этди ($P<0,05$). Демак, нос чекиш

ушбу популяцияда ГДЯни кенг тарқалган хавф омили эканлигини исботлайди.

Бошқа тадқиқотларда ҳам мазкур ва бошқа ижтимоий –эпидемиологик хавф омиллари кенг ўрганилган, бизнинг олган натижаларимиз улардагилардан сезиларли юқорилиги билан ажралиб туради.

ЮБСКдан бўладиган ўлим даражасига ушбу омилларнинг сезиларли даражада негатив таъсири борлиги Франция, Испания, Италия, Швеция, Норвегия, Финляндия ва Россия каби 7 та мамлакатда ҳам (уларга нисбатан ёш аҳоли гуруҳи ўрганилган) тасдиқланган (Оганов Р.Г. ва бошқ., 2003).

IV БОБ. УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

§4.1. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг асосий умумий ўзгартириш мумкин бўлган хавф омилларининг эпидемиологик тавсифи

Гастродуоденал яраларни узоқ умр кўрувчилар популяциясида шаклланиши ва кечишига юқумли бўлмаган сурункали касалликларга кучли негатив таъсири эпидемиологик тадқиқотларда исботланган. 2 та умумий ўзгартирилиши мумкин бўлган хавф омиллари – гиперхолестеринемия ва артериал гипертониянинг эпидемиологик тавсифи тадқиқотимизда ўрганилди ва баҳоланди (4.1-жадвал ва 4.1- расмда олинган натижаларнинг рақамли таҳлилларни баён қилинган).

Таҳлил қилишда univartable ва multivariable бир омилли ҳамда кўп омилли статистика усуллари қўланилди.

4.1–жадвал

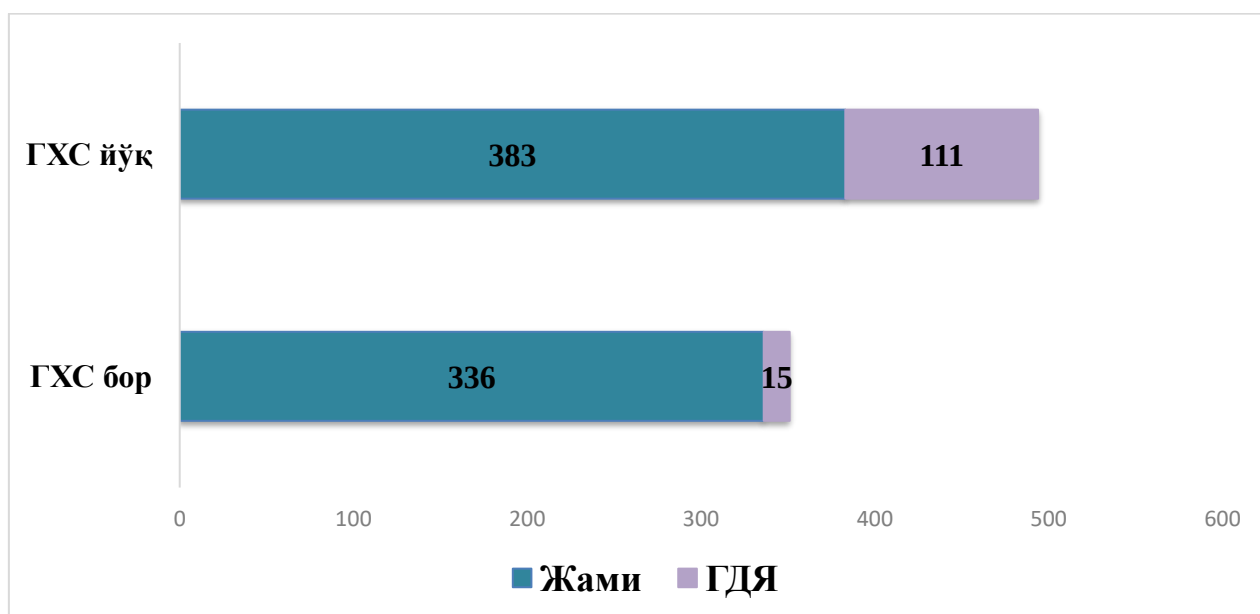
Узоқ умр кўрувчиларда гиперхолестеринемиянинг тарқалиш частотаси ва ГДЯга боғлиқлиги

Ёш гуруҳи	ГХС бор УУКП			p-value	ГХС йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		N	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	336	15	4,5	p<0.05	383	111	28,9	719	126	17,5
univariable	OR= 8.73; CI 95%= (5.13-15.93); p<0.001									
multivariable	ORa= 924; CI 95%= (0-∞) ; p=0.999									

Популяцияда гиперхолестеринемия омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари гиперхолестеринемия омили УУКПда ГДЯ касаллиги билан касалланишга бўлган мойилликни 8,7 бараварга

кўтарилишига сабаб бўлиши клиник жиҳатдан асосланди [OR 8.73], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 5.13- 15.93; $p < 0.001$].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва гиперхолестеринемия УУКПда гастродуоденал яра ривожланишининг сезиларли ортишига сабаб бўлиши статистик асосланди [OR 924], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижанинг статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% 0- ∞ ; $p = 0,999$].



4.1-расм. ГХСни УУКПда гастродуоденал яраларнинг келиб чиқишига таъсирининг ифодаланиши

ГХС омили таъсирида текширув гуруҳларида, яъни узок умр кўрувчи популяцияда гастродуоденал яраларнинг келиб чиқиш частотасининг хавфи сезиларли ортади. Чунончи, касалликнинг аниқланиш частотаси = 4,5% (ГХС бор УУКПда) ва 28,9% (ГХС йўқ УУКП да) кўрсаткичлар билан аниқланди ($p < 0.05$).

Бошқа гуруҳ популяциясида олинган натижадан сезиларли камлиги билан бу кўрсаткичлар эътиборни тортади⁶.

⁶ Ходжиматов Н.Б. Преульцероз ҳолатлар ва ЯКни ишга лаёқатли аҳоли популяциясида тарқалиши ҳақида фармакоэпидемиологияси//номзод .дисс.авторереферат.-Андижон -2011.

Артериал гипертонияси бўлмаган УУКПда эса – ГДЯнинг тарқалиши 14,7% частотада қайд қилинди. Тафовутланиб аниқланиш частотаси 4,8% ни ташкил қилади ($p < 0,005$).

Геронт аҳолида, қайд қилинганлардан келиб чиқиб хулоса қилиш мумкинки, ёш билан ассоциирланган АГ ёки гипертония касаллигининг бўлиши – 100 тасидан салкам 20 тасида гастродуоденал яра шаклланади. Бунни даволаш амалиётида албатта ҳисобга олиш керак бўлади.

Узоқ йиллардан бери артериал гипертония хавф омили сифатида барча аҳоли гуруҳларида, жумладан, геронтларда ҳам эпидемиологик текширувларда тадқиқ қилиб келинади. Аҳоли орасида турли мамлакатларда 39-41% частотада аниқланди ва катта ёшдагиларда, ҳозирги даврда, энг кўп тарқалган юқумли бўлмаган касалликларнинг ХО бўлиб ҳисобланади. Яна унга хос бир чизги шуки, эпидемиологик текширувда нисбатан сезиларли даражада юқори тарқалиш частоталари билан кузатилади (WHO, 2023).

Бизнинг тадқиқотимиз маълумотларининг исботлашича, АГ омилининг салбий таъсири натижасида гастродуоденал касалликларнинг келиб чиқиш хавфи узоқ умр кўрувчиларда 19,5% га ортади ёки ҳар икки миждода шундай хавф туғилади.

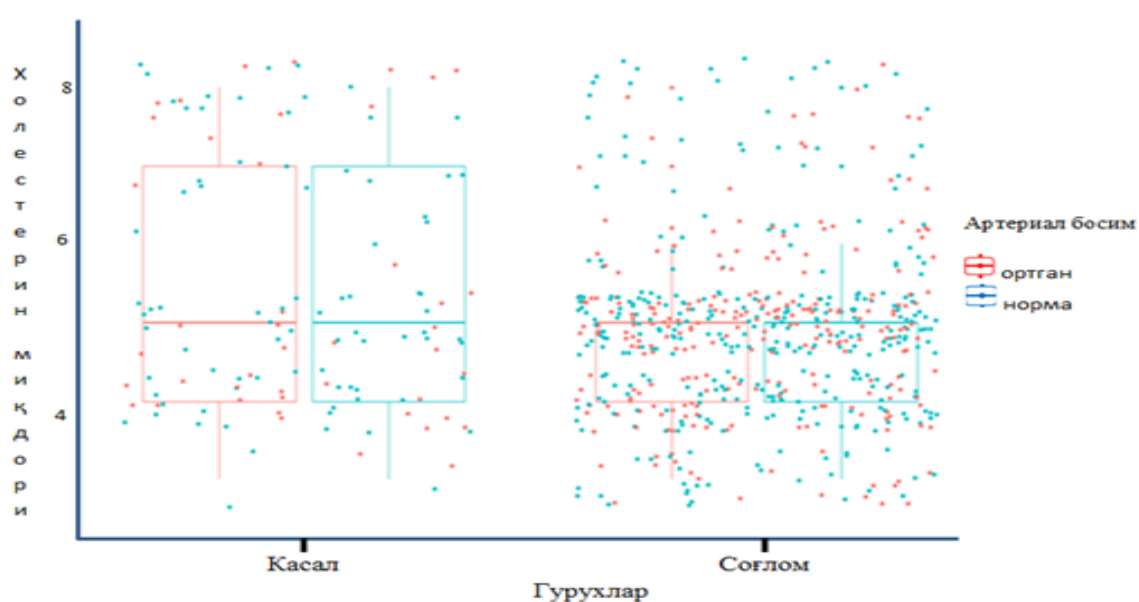
Артериал гипертонияси бор беморларда ёки ушбу хавф омили билан яшаётган узоқ умр кўрувчи аҳолида гастродуоденал яраларнинг аниқланиш частотаси 19,5% ни ташкил қилади.

Популяцияда артериал гипертензия омилининг таъсири ўрганилганда, бир омили таҳлил натижалари артериал гипертензия билан касалланган шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги қон босими меъёрий бўлган шахсларга нисбатан 4.0% га юқори эканлиги статистик жиҳатдан асосланди [$OR=1.41$], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [$CI\ 95\% 0.95- 2.11; p = 0.096$].

4.2-жадвал

Гастродуоденал яраларни узоқ умр кўрувчиларда келиб чиқиш частотасига артериал гипертониянинг таъсири тавсифи

Ёш гуруҳи	АГ бор УУКП			p-value	АГ йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	420	82	19,5	p<0,005	299	44	14,7	729	126	17,5
univariable	OR= 1.41; CI 95%= (0.95-2.11) ; p=0.096									
multivariable	ORa= 812; CI 95%= (0-∞) ; p=0.999									



4.2-расм. Популяцияда ГДЯнинг касалланган ва соғломлар ўртасида холестерин ҳамда артериал босим кесимида тарқалиш хусусиятлари

Артериал гипертония бўлмаган УУКПда – ГДЯнинг тарқалиши 14,7% дан ортмаган частотада қайд қилинди. Тафовутланиб аниқланиш частотаси 4,8% ни ташкил қилди ($p<0,005$).

Геронт аҳолида, қайд қилинганлардан келиб чиқиб хулоса қилиш мумкинки, ёш билан ассоциирланган АГ ёки гипертония касаллигининг бўлиши – 100 тадан салкам 20 тасида гастродуоденал яра шаклланади. Бунини даволаш амалиётида албатта ҳисобга олиш керак бўлади.

Гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида шаклланиши ва кечишига кучли негатив таъсири эпидемиологик тадқиқотларда исботланган. Шундан умумий ўзгартирилиши мумкин бўлган хавф омиллари – НЯҚВ ва *H.Pylori* эпидемиологик тавсифи тадқиқотимизда ўрганилди ва баҳоланди (4.2 - жадвал ва 4.2 - расмда олинган натижаларнинг рақамли таҳлиллари баён қилинган ҳамда тасвирланган).

Таҳлил қилишда univartable ва multivariable бир омилли ҳамда кўп факторли статистика усуллари қўланилди.

4.3—жадвал

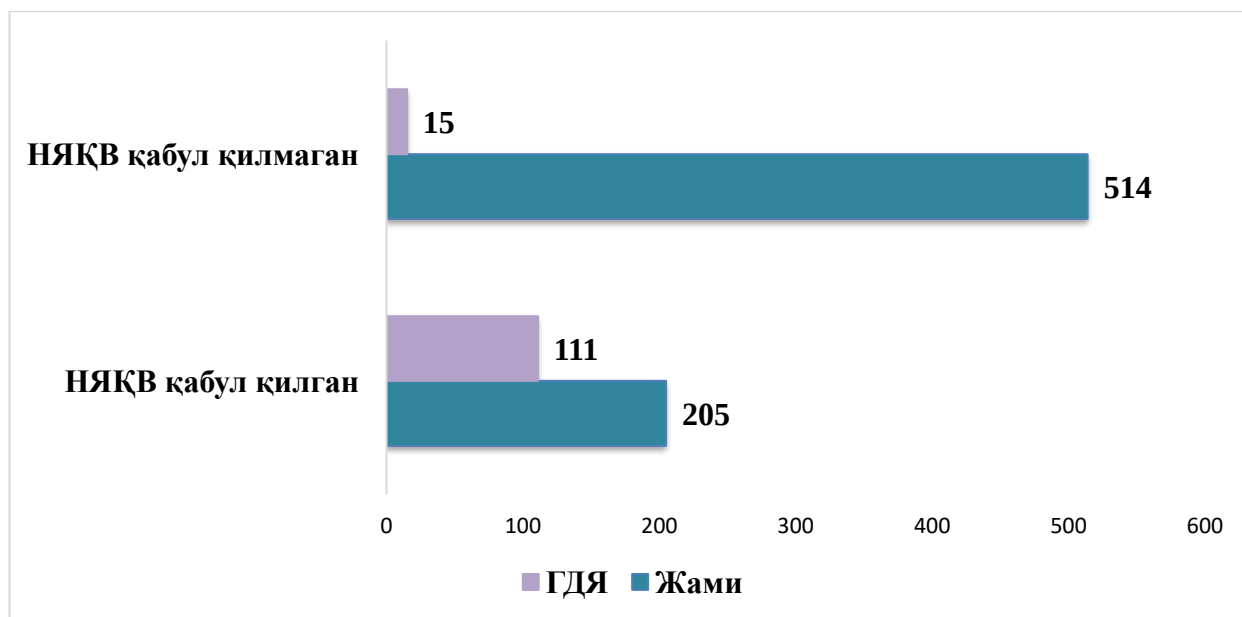
Узок умр кўрувчиларда НЯҚВ қабул қилишнинг тарқалиш частотаси ва ГДЯ билан боғлиқлиги

Ёш гуруҳи	НЯҚВ қабул қилган			Р	НЯҚВ қабул қилмаган			Умумий УУКП		
	n	ГДЯ		p-value	n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	205	111	54,15	p<0,001	514	15	2,92	719	126	17,5
univariable	OR= 39.28; CI= 95% (22.6-72.9); p<0.001									
multivariable	ORa= 8.52; CI= 95% (0.84-115.9); p=0.083									

Популяцияда НЯҚВ қабул қилиш омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари НЯҚВ қабул қилиш омили УУКПда ГДЯ касаллиги билан касалланишга бўлган мойилликнинг 39,28 бараварга ошишига сабаб бўлиши клиник жиҳатдан асосланди [OR 39.28], ишонч интервал ва Фишернинг p қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 22.6-72.9; p <0.001].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва НЯҚВ қабул қилиш УУКПда гастродуоденал яра ривожланишини сезиларли ортишига сабаб бўлиши статистик асосланди [OR 8.52], лекин, ишонч

интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижанинг статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.84-115.9; $p = 0.083$].



4.3-расм. Ностероид яллиғланишга қарши препаратларнинг ГДЯда хавф омил сифатидаги тавсифи

Популяцияда *Helicobacter pylori* омилининг таъсири ўрганилганда, бир омилли таҳлил натижалари *Helicobacter pylori* мусбат бўлган шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги *Helicobacter pylori* манфий бўлган шахсларга нисбатан 5,23% га юқори эканлиги статистик жиҳатдан асосланди [OR 5,23], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.38-8.1; $p < 0.001$].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди (4.4- жадвал ва 4.4-расмда олинган натижаларнинг рақамли таҳлиллари баён қилинган ҳамда тасвирланган).

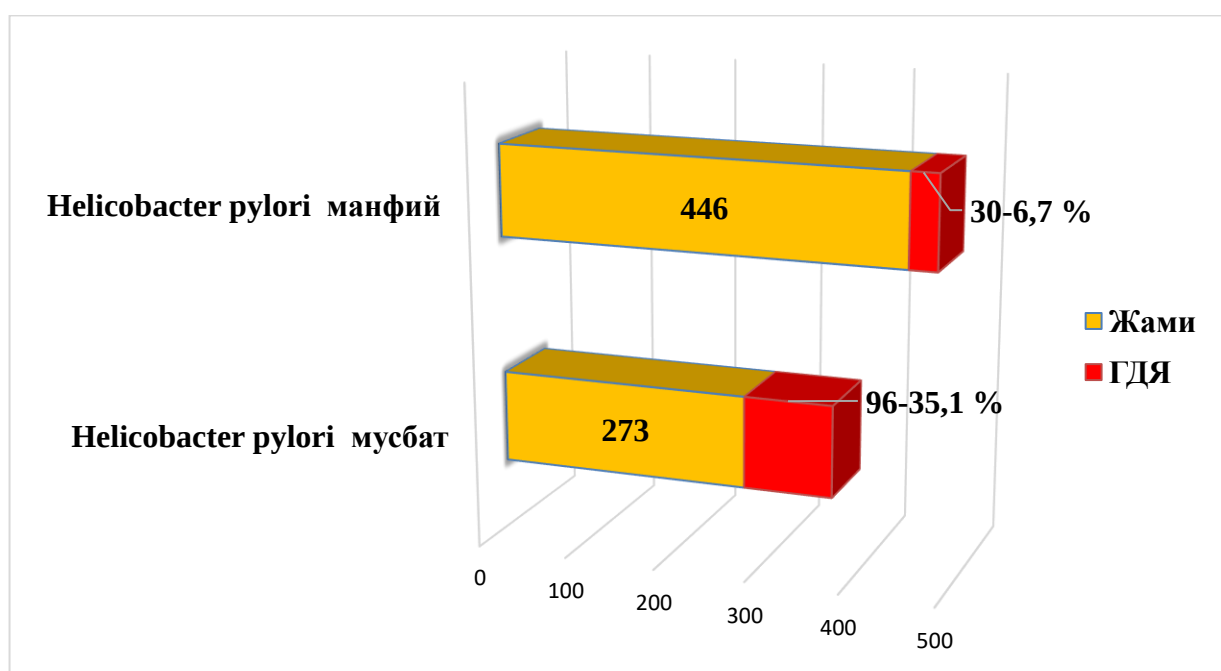
4.4–жадвал

Узоқ умр кўрувчиларда *Helicobacter pylori* қабул қилишнинг тарқалиш частотаси ва ГДЯ билан боғлиқлиги

Ёш гуруҳи	<i>Helicobacter pylori</i> (мусбат)	р	<i>Helicobacter pylori</i> (манфий)	Умумий УУКП
-----------	--	---	--	-------------

	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	273	96	35,16	p<0.001	446	30	6,73	719	126	17,52
univariable	OR= 5,23; CI = (3.38-8.1) ; p<0.001									
multivariable	ORa= 13.9; CI = (9,6-27,3) ; p<0.001									

Helicobacter pylori мусбат бўлган шахсларда ГДЯ ривожланиши *Helicobacter pylori* манфий бўлган шахсларга қараганда сезиларли юқори эканлиги клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 13.9], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижанинг статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% 9,6-27,3 p<0.001].



4.4-расм. *Helicobacter pylori*ни УУКП да ГДЯга таъсири

§4.2. Гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида етакчи эпидемиологик хавф омилларининг тарқалиш частоталарининг тавсифи

Тадқиқотларнинг яна бир йўналиши гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчилар популяциясида ЮБСКнинг етакчи эпидемиологик хавф омилларини яъни – мева ва сабзаёт маҳсулотларини кам истеъмоли (МСМКИ), чекиш ва қандли диабетнинг 2 тури кабиларни тарқалиш частотасини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди (олинган натижалар 4.5-жадвал ва 4.5-расмда рақамли келтирилган).

Бундай мазмундаги эпидемиологик тадқиқотлар ўтказилган ва улар асосида ЮБСКлар профилактикасининг стратегияси, хавф омиллари концепциясига асосланиб ишлаб чиқилган. Аммо уларнинг ҳам кўпчилиги геронтологик ёшгача бўлган популяцияда бажарилган [59, 80; 105-132-б.]. Шундай таҳлиллар ҳисобга олиниб 4.6-жадвал ва 4.6-расмда ҳам баён қилинган.

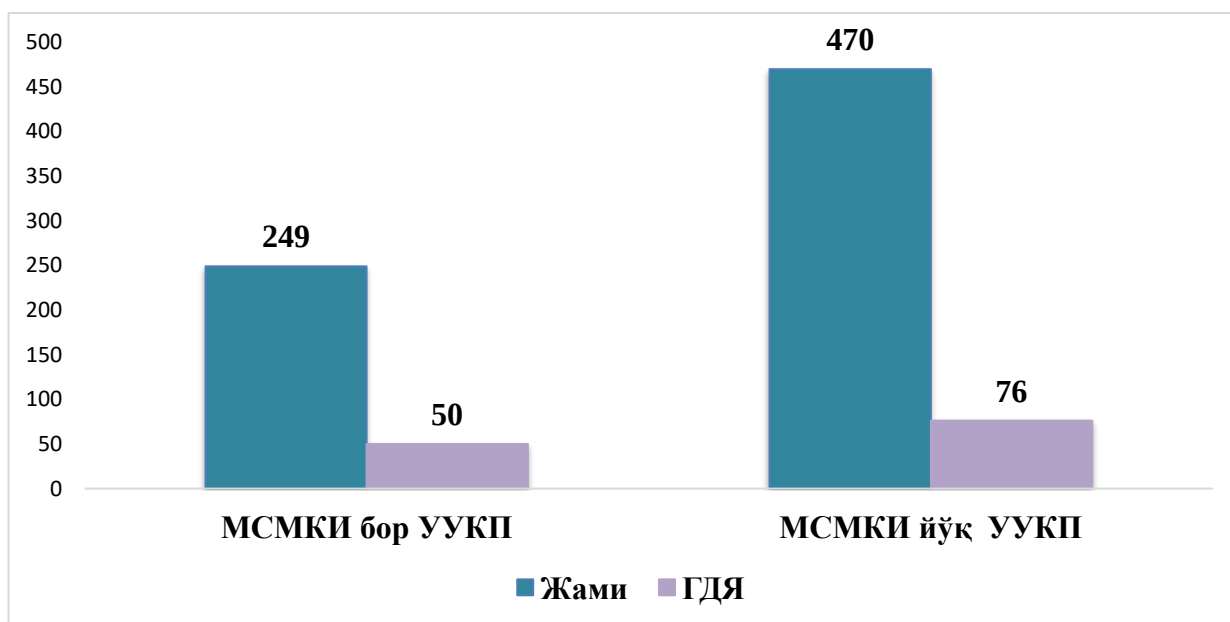
4.5-жадвал

Узок умр кўрувчилар популяциясида мева ва сабзаёт маҳсулотларини истеъмол қилиш ва уни ГДЯга боғлиқлигининг тавсифи

Ёш гуруҳи	МСМКИ бор УУКП			p-value	МСМКИ йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	249	50	20,1	p=0,003	470	76	16,2	719	126	17,5
univariable	OR= 0.76; CI 95%= (0.3-1.47); p=0.081									
multivariable	ORa= 789; CI 95%= (0-∞) ; p=0.999									

Популяцияда мева ва сабзаётлар истеъмоли омилининг таъсири ўрганилганда, бир омилли таҳлил натижалари мева ва сабзаётларни кам истеъмол қилувчи УУКП ГДЯ касаллиги билан касалланишга бўлган мойиллиги 24% га камайиши клиник жиҳатдан асосланди [OR 0.76], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.3- 1.47; p =0.081].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва МСМКИ бор популяцияда ГДЯ ривожланиши бу хавф омили йўқларга қараганда юқори эканлиги статистик жиҳатдан ўз исботини топди [ORa=789], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% 0-∞; p =0,999].



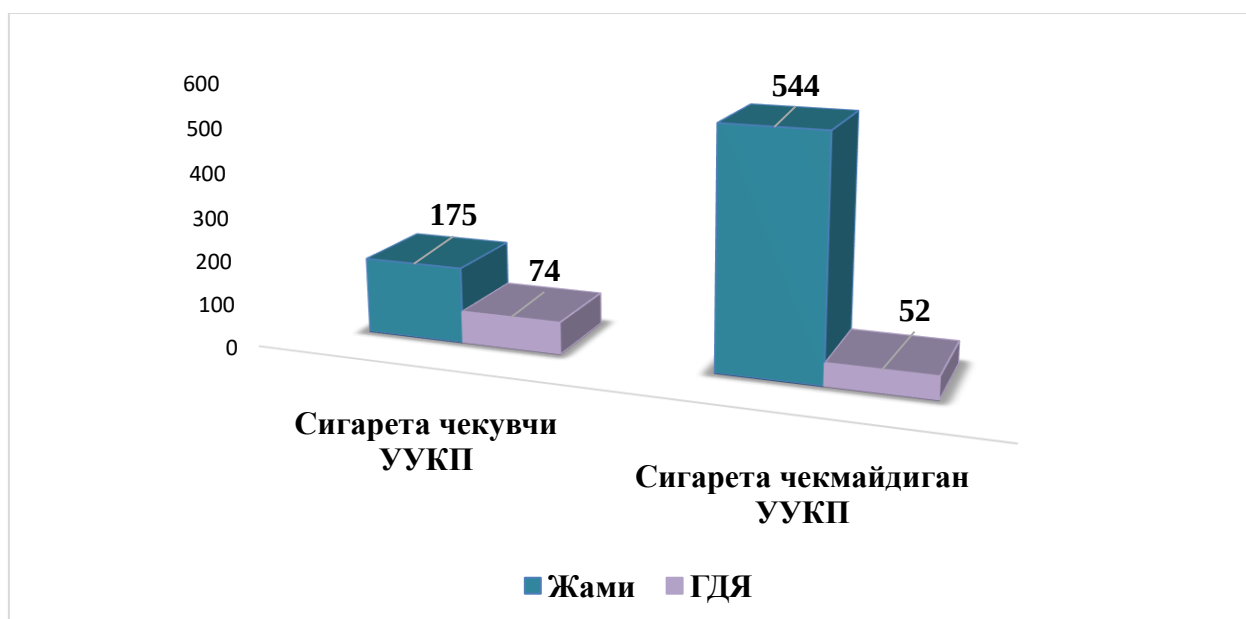
4.5-расм. МСМКИни гастродуоденал яраларнинг хавф омили сифатида аниқланиш частотасининг узок умр кўрувчиларда ифодаланиши

Популяцияда тамаки истеъмол қилувчи шахслар чекмаганларга қараганда ГДЯ касаллиги билан касалланишга бўлган мойиллиги 7 баравар юқори эканлиги клиник жиҳатдан асосланди [OR 6.93], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу олинган натижанинг статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 4.6- 10.54; p <0.001].

**Сигарета чекиш омилини узоқ умр кўрувчилар популяциясида
тарқалиши ва ГДЯ билан боғлиқлигининг тавсифи**

Ёш гуруҳи	Сигарета чекувчи УУКП			p	Сигарета чекмайдиган УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	175	74	42,29	p=0,001	544	52	9,56	719	126	17,5
univariable	OR= 6.93; CI 95%= (4.6-10.54); p<0.001									
multivariable	ORa= 35.1; CI 95%= (4.52-392.9); p=0.002									

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва тамаки чекувчи шахслар чекмаганларга қараганда 35 барабар кўпроқ ҳолатда ГДЯ билан касалланиши ўз исботини топди [OR 35.1], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 4.52 – 392.9; p =0.002].



**4.6-расм. УУКПда сигарет чекишга боғлиқ ҳолда ГДЯнинг келиб
чиқишининг ифодаланиши**

Таҳлилий шарҳ шуни исботладики, (4.5-жадвал ва 4.5-расм) мева ва сабзаёт маҳсулотларини кам истеъмоли тасдиқланган узоқ умр кўрувчиларда гастродуоденал яраларнинг аниқланиш частотаси 20,1%ни, мева ва сабзаёт маҳсулотларини меъёрида истеъмол қиладиганларда бўлса - 16,2%ни ташкил этиб тасдиқланди тафовутланиш кўрсаткичи 3.9% , $p=0.003$.

Сигарет чекишга ГДЯнинг боғлиқлиги кучли ифодаланган кўринишда тасдиқланди (4.6-жадвал ва 4.6-расмда бу статистик қонуният рақамли малумотлар билан кўрсатилган).

Малум бўлдики, сигарета чекиш гастродуоденал яраларнинг келиб чиқиш частотасини узоқ умр кўрувчи популяцияда 32,7%га оширади ёки ушбу аҳоли гуруҳида чекиш ҳам етакчи ва кучли ГДЯ омили сифатида ўз тасдиғини исботли топди.

Сигарет чекувчи ва чекмайдиган УУКПда гастродуоденал яралар мос равишда - 42,29 % ва 9,56 % тарқалиш частотаси билан билан қайд қилинди ($p<0.001$).

Демак, ГДЯга нисбатан бирламчи ва иккиламчи профилактика дастурларини тузишда этиборга олиш керак бўладики, узоқ умр кўрувчиларни нафақат фаол чекишдан, балки нофаол чекишдан ҳам четлатиш тадбирларини кўзда тутиш керак бўлади ёки бундай амалиёт ГДЯ хавфини 42% дан ортиқ бартараф этади.

Узоқ умр кўрувчилар популяциясида қандли диабет омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари қандли диабет билан оғриган шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги қандли диабет билан оғримаяган шахслардан кўра 13% га камроқ мойил эканлиги статистик жиҳатдан асосланди [OR 0.27], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу олинган натижалар статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.008- 0.66; $p=0.012$].

**Қандли диабет 2-турининг узок умр кўрувчиларда тарқалиш частотаси
ва ГДЯга боғлиқлигининг тавсифи**

Ёш гуруҳи	ҚД2 бор УУКП			p-value	ҚД2 йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥ 90 ёш	69	4	5,8	p<0,05	650	122	18,8	719	126	17,5
univariable	OR= 0.27; CI 95%= (0.008-0.66) ; p=0.012									
multivariable	ORa= 1.99; CI 95%= (0.21-14.83) ; p=0.51									

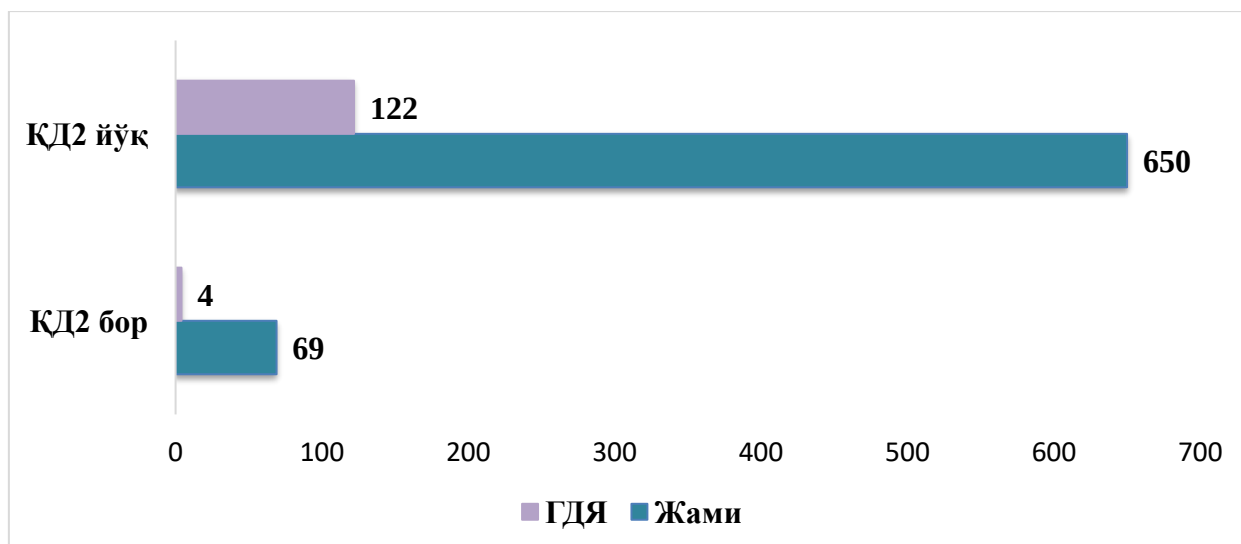
Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил тамойилларида ўрганилди ва қандли диабет билан оғриган УУКП орасида ГДЯнинг ривожланиши – 5,8% гача юқори бўлиши мумкинлиги клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 1.99], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди CI 95% [0.21 – 14.83]; p =0,51].

Кўп омилли таҳлил натижаларига кўра қандли диабетнинг бир омилли таҳлилда аҳамиятли деб топилиши маълумотлар базасининг бошқа омилларига боғлиқлиги, илмий тилда айтганда кофактор таъсири эканлиги тасдиқланди.

4.7-жадвал ва 4.7-расмда қандли диабетнинг 2-турини хавф омили сифатида гастродуоденал яралар билан узок умр кўрувчиларда аниқланиши ва ҳиссасининг эпидемиологик тавсифлари рақамли шарҳларда келтирилган.

Улардан кўринадики, ҚД2 бор узок умр кўрувчи популяцияда гастродуоденал яралар 5,8% аниқланиш частотаси билан тавсифланди. ҚД2 билан касалланмаган узок умр кўрувчи аҳолида эса гастродуоденал яра касаллигининг тарқалиш частотаси 18,8%ни ташкил қилади. Тафовутларнинг кўрсаткичи -13,0% ёки ҚД2 омили таъсирида ГДЯни мазкур популяция

гуруҳида келиб чиқиш хавфи салкам 6%га етиб исботланади ($p<0.05$). Бу эпидемиологик хулоса ҳам превентив алгоритм, дастур ва моделларни ишлаб чиқишда эътиборга олиниши лозим ёки шундай тавсия амалётга тавсия этилади.



4.7-расм. ГДЯ билан УУКПда қандли диабетнинг 2 турининг тарқалиш частотасининг ифодаланиши

§4.3. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг специфик хавф омилларининг эпидемиологик тавсифи

Маълумки, умрнинг қисқариши асосан аҳоли орасида ЮБСК ва уларнинг хавф омилларининг юқори суръатларда тарқанганлиги билан боғлиқ рўй бермоқда [12; 55-70-б., 15; 5-21-б., 57; 5-11-б., 59].

Шунинг учун дунё миқёсида, XXI асрда айниқса, эпидемиологик мониторинг ва ЮБСК профилактикасига оид тадқиқотлар жадаллашди, улар асосида самарали дастурлар яратилганлигининг гувоҳимиз (Countywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme, ва бошқ.).

Популяцияда асаб тизими касаллиги омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари асаб тизими касаллигига чалинган шахсларнинг ошқозон яраси касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги асаб тизими касаллиги билан оғримаган шахслардан кўра 88% га камроқ эканлиги клиник жиҳатдан асосланди [OR 0.12], ишонч интервали ва

Фишернинг p қиймати ҳам ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.002- 0.39; $p = 0.03$].

4.8-жадвал

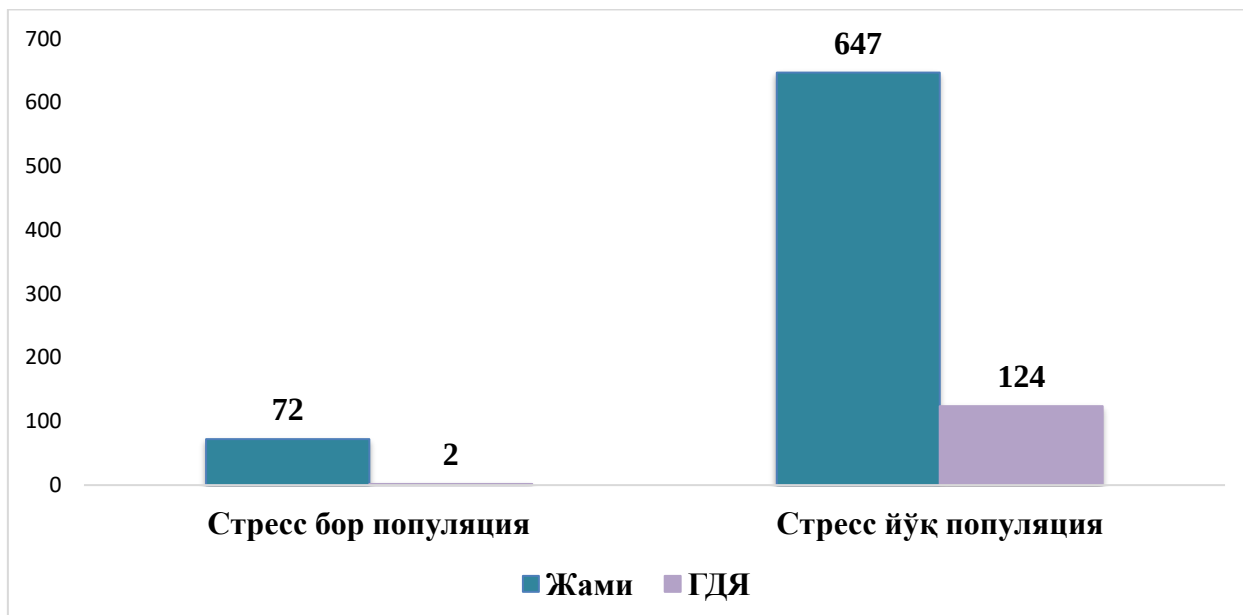
Стрессни гастродуоденал яраларнинг узок умр кўрувчиларда хатар омили сифатида тавсифи

Ёш гуруҳи	Стресс билан УУКП			p-value	Стресс йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	72	2	2,78	p<0,005	647	124	19,17	719	126	17,5
univariable	OR= 0.12; CI 95%= (0.02-0.39) ; p=0.03									
multivariable	ORa= 0.49; CI 95%= (0.02-4.87) ; p=0.58									

4.8-жадвал ва 4.8-расмнинг рақамли маълумотларнинг таҳлили тасдиқлайдики, стресс узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яралар келиб чиқиш хавфини ёки шундай мойилликни оширувчи омил бўлиб ҳисобланади. Жумладан, стресс билан ва стрессиз УУКПда ГДЯ - 2,78% ва 19,17% дан тарқалиш частоталари билан аниқланади, тафовутларнинг кўрсаткичи -16,39% га тенг ($p < 0.005$).

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва стресс билан шахслар ўртасида ГДЯнинг ривожланиши ушбу тизим касаллигига чалинмаган шахсларга қараганда 2 барабар камроқ ГДЯ билан оғриши клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 0.49], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ушбу натижанин статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди CI 95% [0.02 –4.87]; $p = 0,58$].

Кўп омилли таҳлил натижаларига кўра асаб тизими касаллиги бир омилли таҳлилда аҳамиятли деб топилиши малумотлар баъзасининг бошқа омилларига боғлиқлиги, илмий тилда айтганда софактор таъсири эканлиги тасдиқланди.



4.8-расм. УУКПда гастродуоденал яраларнинг келиб чиқишининг стрессга боғлиқлик хусусиятлари

Бугунги аҳоли ўзининг соғлиги ҳақида янада фаолроқ ғамхўрлик қилишликларига маълум даражада тайёрланган. Бу ишни янада кучайтириши мумкин бўлган майдон, бу - амбулатор – поликлиник бўғиндир. Бундан фойдаланиш даркор, чунки, ҳар йили 65% катта ёшдаги аҳоли айнан шу бўғинга у ёки бу сабабларга кўра ташриф буюради. Лекин фақат 40% аҳоли ўз сиҳатини тиклашда фаоллик кўрсатади холос ёки тиббиёт ходимларининг профилактика томон бурилишларини “суст”лигини ҳам адабиёт маълумотлари бўйича таъкидлаб кўрсатиш керак бўлади: тиббиёт ходимлари ўзларининг кундалик фаолиятларида 70% эътиборларини фақат даволашга қаратишади (Дгахов Р.Г ва бошқ ., 2003).

Айнан шу мавзулардаги эпидемиологик ва профилактик тусдаги тадқиқотлар юқорида таъкидланганлардан келиб чиқиб, ҳозирги даврда янада бутун дуёда ва жумладан, Ўзбекистонда ҳам ўта долзарблаган.

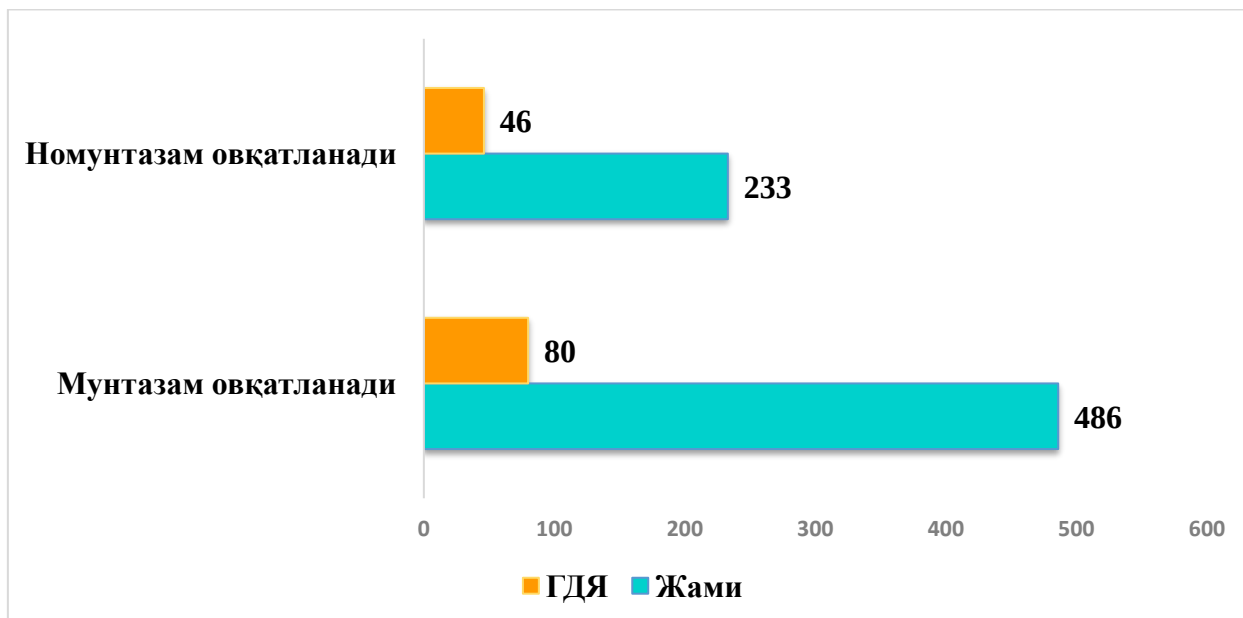
Гериатрия, жумладан, ОИТ касалликларида ана шундай эпидтадқиқотлар бор, лекин, мутлақо етишмаслиги адабиётлар таҳлилидан аён бўлади. Шуларни ҳисобга олиб тадқиқотларнинг бир қисmini узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг специфик хавф омилларини эпидемиологик тавсифини ўрганишга бағишладик (4.9-жадвал ва 4.9-расм).

“Овқатланиш тартиби” бузилишининг узок умр кўрувчиларда тарқалиш частотаси ва ГДЯга боғлиқлигининг тавсифи

Ўш гуруҳи	Мунтазам овқатланиш тартиби билан УУКП			p-value	Номунтазам овқатланиш тартиби билан УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥ 90 ўш	486	80	16,46	p<0,05	233	46	19,74	719	126	17,5
univariable	OR= 1.25; CI 95%=(0.83-1.86) ; p=0.28									
multivariable	ORa= 22.83; CI 95%=(4.06-223) ; p=0.002									

Популяцияда мунтазам овқатланиш омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари мунтазам овқатланувчи геронтларни ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги номунтазам овқатланувчи шахслардан кўра 1,25%га кўпроқ ҳолатда кузатилиши клиник жиҳатдан асосланди [OR 1.25], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.83-1.86; p =0.28].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва мунтазам овқатланиш омили гастродуоденал яра ривожланишга кучли таъсир этиб, мунтазам овқатланувчилар номунтазам овқатланувчи шахсларга нисбатан 22.83 баравар кўпроқ ҳолатда ГДЯ касаллиги ривожланиши клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 22.83], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижани статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 4.06 – 223; p =0.002].



4.9-расм. ГДЯнинг УУКПда келиб чиқишига “овқатланиш тартиби” бузилишининг негатив таъсирининг ифодаланиши

Алиментар омилларнинг ГДЯ касаллигида таъсири кўпчилик тадқиқотларда ўрганилган ва уларнинг патоген роллари фанга маълум. Хусусан, узоқ умр кўрувчиларда шундай ишлар кам бажарилган ва уларнинг аксариятини клиник тадқиқотлар ташкил этган. Геронт аҳолида ГДЯнинг келиб чиқишига “овқатланиш тартиби” бузилишининг роли махсус эпидемиологик тадқиқотда деярли ўрганилмаган, Ўзбекистонда, хусусан, Фарғона водийсида –умуман бундай иш бўлмаган.

Шунинг учун, биз томонимиздан “овқатланиш тартиби”нинг узоқ умр кўрувчиларда тарқалиши частотаси ва ГДЯга боғлиқлигининг тавсифи махсус эпидемиологик тадқиқотда ўрганилди (олинган малумотлар 4.9-жадвал ва 4.9-расмда мужассамлаштирилган).

Тасдиқланган “мунтазам овқатланиш одоби билан УУКПда” (кунига 3-4 маҳал вақтида овқат истеъмол қилиш) гастродуоденал яра касаллигининг тарқалиш частотаси 16,4%ни ташкил қилди. Номутаносиб овқатланиш билан УУКПда эса ГДЯнинг аниқланиш частотаси 19,74% кўрсаткич билан ифодаланди. Тафовут частотаси - 3,28%; мазкур омил таъсирида ГДЯ ва унинг асоратларининг келиб чиқиш хавфи текширилган популяцияда 16,5%га ошади.

Шундай таҳлиллар овқатланиш тартиблари бўйича амалга оширилди (4.9-жадвал ва 4.9-расм; 4.10-жадвал ва 4.10-расмларда келтирилган).

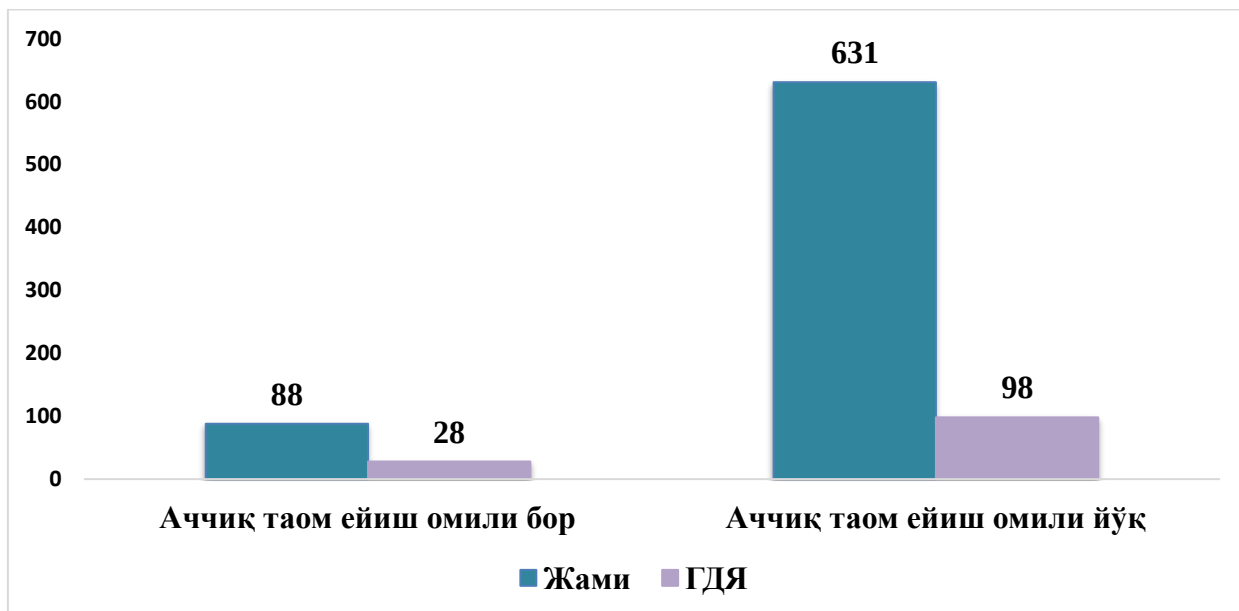
4.10-жадвал

Аччиқ таом истеъмол қилиш одатининг УУКПда тарқалиш частотаси ва ГДЯ таъсирининг тавсифи

Ёш гурухи	“Аччиқ таом истеъмоли”одати бор УУКП			p-value	“Аччиқ таом истеъмоли” одати йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥ 90 ёш	88	28	31,8	p<0,05	631	98	15,5	719	126	17,5
univariable	OR= 2.54; CI 95%= (1.53-4.14) ; p<0.001									
multivariable	ORa= 2.063; CI 95%= (0.24-20.9) ; p=0.52									

Узоқ умр кўрувчи аҳолида “Аччиқ таом истеъмоли одати“ (АТИО) таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари аччиқ таом истеъмол қилувчи кексалар ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги аччиқ таом истеъмол қилмайдиган шахслардан кўра 2 баравар кўпроқ ҳолатда кузатилиши статистика бўйича асосланди [OR 2.54], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 1.53- 4.14; p <0.001].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва аччиқ таом истеъмоли омили ГДЯ ривожланишига кучли таъсир этиб, аччиқ таом истеъмол қилувчи аҳолида истеъмол қилмайдиганлардан кўра 2,063 баробар кўпроқ ҳолатда ГДЯ касаллиги ривожланиши клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 2.063], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижа статистик аҳамияга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.24 – 20.9]; p =0.52].



4.10-расм. Аччиқ таом истеъмолининг ГДЯга патоген таъсирининг ифодаланиши

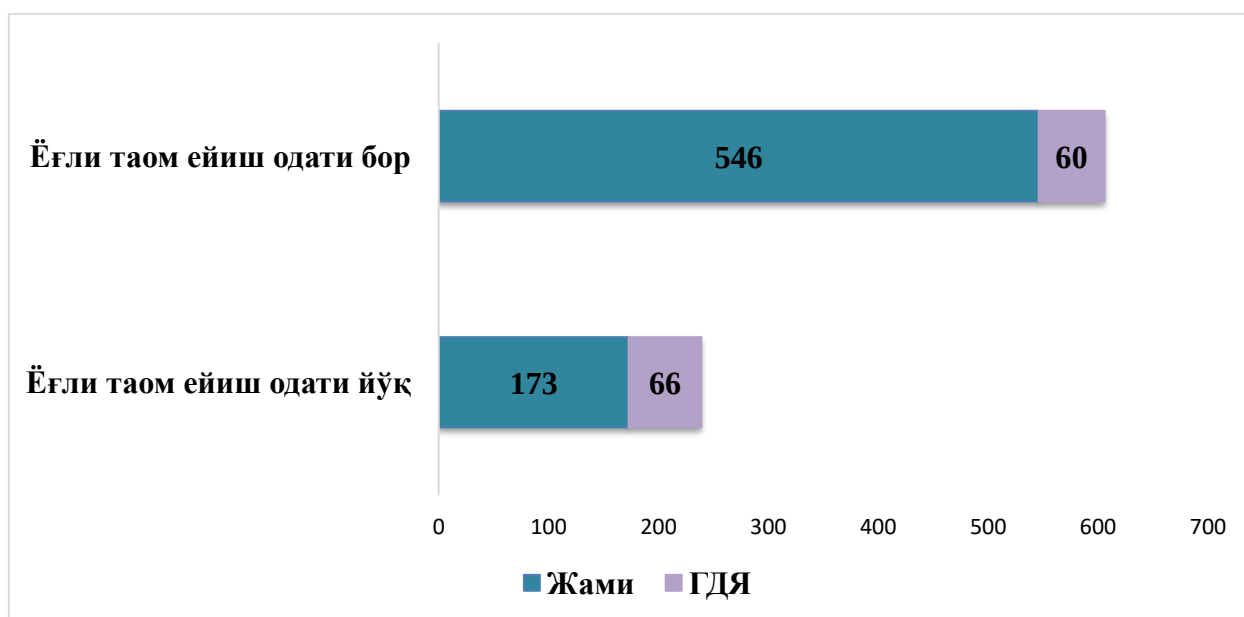
4.11-жадвал

Ёғли таом истеъмол қилиш одатининг УУКП да тарқилиш частотаси ва ГДЯга боғлиқлик даражасининг тавсифи

Ёш гурухи	Ёғли таом ейиш одати бор УУКП			p-value	Ёғли таом ейиш одати йўқ УУКП			Умумий УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	173	66	38,2	p=0,26	546	60	11,0	719	126	17,5
univariable	OR= 5.0; CI 95%= (3.33-7.53) ; p<0.001									
multivariable	ORa= 0.06; CI 95%= (0.00-1323) ; p=0.85									

Популяцияда ёғли таом истеъмоли таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари ёғли таом истеъмол қилувчи шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги ёғли таом истеъмол қилмайдиган шахслардан кўра 5 бараварга кўпроқ ҳолатда кузатилиши клиник жихатдан асосланди [OR 5.0], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 3.33-7.53; P <0.001].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва ёғли таом истеъмоли омили ГДЯнинг ривожланишига ҳимоя кўринишида таъсир этиб, ёғли таом истеъмол қилувчи шахсларда истеъмол қилмайдиганлардан кўра 94% камроқ ҳолатда ГДЯ касаллиги ривожланиши клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 0.06], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижа статистик аҳамияга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.00 – 1323]; $p=0.85$].



4.11-расм. Ўғли таом истеъмол қилиш омилига боғлиқ ҳолда ГДЯнинг УУКПда ривожланишининг тавсифи

4.10-жадвал ва 4.10-расм маълумотларидан маълум бўладики “аччиқ таом истеъмоли одати бор (АТИОБ)” ва йўқ (АТИОй) узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яралар 31,8% ва 15,5% частоталарда тарқалиш билан аниқланди. Ҳар учинчи текширилган популяцияда, АТИО таъсири натижаси бўлиб, ГДЯ хавфи мавжуд бўлади ($P<0.05$).

Демак, АТИО геронт ёшдагиларда ГДЯни етакчи ва кучли хавф омилларидан бири ҳисобланади. Бизнинг таҳлилий натижаларимиз бўйича узок умр кўрувчиларда гастродуоденал яра касалликларининг яна бир кучли

хавфли специфик омили бўлиб ёғли таом истеъмол қилиш одати (ЁТИҚО) тасдиқланди.

Ушбу малумотлар 4.11-жадвалда баён этилган ва 4.11-расмда тасвирланган.

Аён бўлдики, ЁТИҚ омили бўлган ва бўлмаган узок умр кўрувчи аҳолида гастродуоденал яраларнинг тарқалиш частотаси мос ҳолда 38,2% ва 11,0% , яъни 27,2% тафовутланиш билан аниқланди ($P=0.26$).

Умумий хулоса тарзида қайд қилиш керак бўлади, узок умр кўрувчиларда таом истеъмол қилиш одати ва сифати деярли ҳар тўртинчи кишида протектив ёки хавф омили бўлиб аҳамият касб этади.

Тадқиқот натижаларини таҳлил қилишдан яна аён бўлдики “аччиқ кофе ичиш одати” ҳам буларданда кучлироқ хавф омили сифатида тасдиқланади (4.12-жадвал ва 4.12-расм).

4.12-жадвал

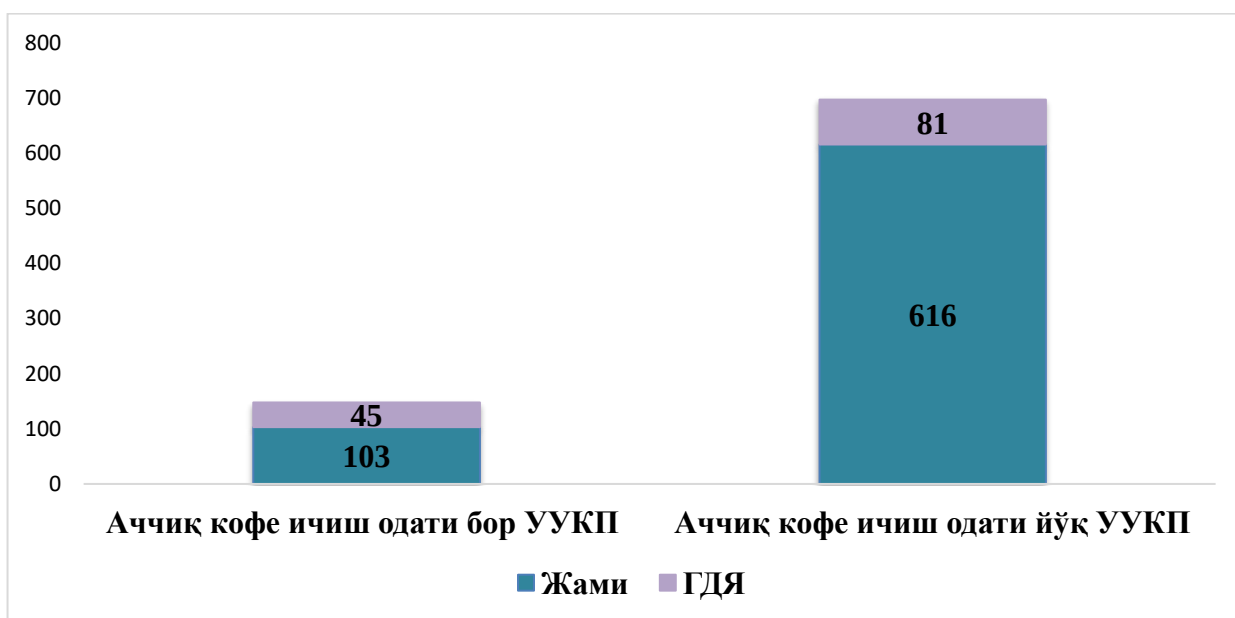
Узок умр кўрувчиларда аччиқ кофе ичиш одатининг тарқалиш частотаси ва ГДЯ билан боғлиқлик даражаси

Ёш гурухи	Аччиқ кофе ичиш одати бор УУКП			p-value	Аччиқ кофе ичиш одати йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	103	45	43,69	p<0,05	616	81	13,15	719	126	17,5
univariable	OR= 5.12; CI 95%= (3.25-8.07) ; p<0.001									
multivariable	ORa= 11.46; CI 95%= (0.81-230) ; p=0.86									

Текширилган аҳолида аччиқ кофе истеъмоли таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари аччиқ кофе истеъмол қилувчи шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги аччиқ кофе истеъмол қилмайдиган шахслардан кўра 5 барабар кўпроқ ҳолатда кузатилиши статистик жиҳатдан асосланди [OR 5.12], ишонч интервали ва Фишернинг p

қиймати ҳам ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 3.25- 8.07; $p < 0.001$].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва аччиқ кофе истеъмоли омили ГДЯнинг ривожланишига кучли таъсир этиб, ёғли таом истеъмол қилувчи шахсларда истеъмол қилмайдиганлардан кўра 11,5 баравар кўпроқ ҳолатда ГДЯ касаллиги ривожланиши клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 0.81], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ушбу натижа статистик аҳамияга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.81 –230]; $p = 0.86$].



4.12-расм. Узоқ умр кўрувчиларда аччиқ кофе ичиш одатига боғлиқ ҳолда ГДЯнинг келиб чиқишининг тавсифланиши

Жадвал ва расмнинг рақамли баёни шоҳидлик қиладики, биринчидан, аччиқ кофе истеъмоли ҳар тўртинчи узоқ умр кўрувчида ГДЯ келиб чиқишининг асосий сабабчиси сифатида тасдиқланди. Бу маълумот univariable ва multivariable таҳлилларида ишончли исботланган.

Чунончи, аччиқ кофе ичиш одати бўлган ва бўлмаган УУКПда гастродуоденал яра касаллиги 43,69% ва 13,15% тарқалиш частоталарида аниқланди, тафовутланиш 30,5%ни ташкил этди ($P < 0.05$).

Хулоса шуки, узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг омиллари хос эпидемиологик тавсифларга эга бўлади. Уларга индивидуал ёндашиб таъсир этиш ГДЯларни даволаш ва профилактика чора тадбирларининг самарасини 45% гача оширади ёки хавф даражасини шунчага бартараф этади.

V БОБ. ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

§5.1. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг клиник ифодаланишида коморбидликнинг роли ва тавсифи

Маълумки, популяция хусусиятларини ва атроф муҳитнинг ҳамда бир неча касалликларнинг кўшилиб келиши (коморбидлик, коморбид потологиялар) ҳисобга олган фармакотерапия ва профилктикани самаралилиги ҳамда хавфсизлиги нисбатан сезиларли юқори бўлади. Бир касаликка, масалан, ГДЯга, бошқасининг ҳам бир вақтда кўшилиб келиши янги бир клиник вазиятни туғдиради. Бу вазият ўзига хос фармакотерапия ва профилактикани танлаб фаолият кўрсатиш талабини қўяди. Шунинг учун кўшма – коморбид касалликлар замонавий фаннинг, хусусан профилактик тиббиётнинг амалий муҳит ва етарлича ўрганилмаган соҳаси сифатида тасаввурланади⁷. Тадқиқотимизда ушбу муҳим йўналиш ҳам эътиборга олинди ва УУКПда ГДЯни клиник ифодаланишда коморбидлик роли ўрганилди, ҳамда аниқланди (5.1-жадвал ва 5.1-расм, 5.2-жавдал ва 5.2–расмларда гастродуоденал гепатокоморбидлик тавсифланган).

5.1-жадвал

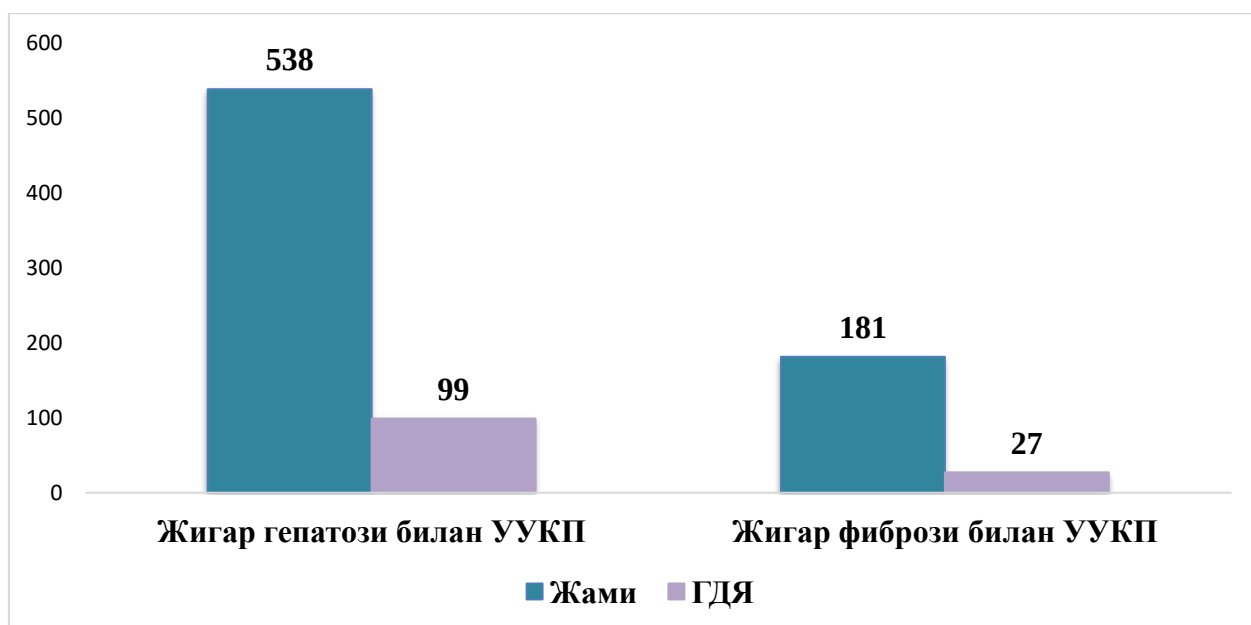
ГДЯ билан узоқ умр кўрувчиларда гепатокоморбидликни аниқлаш частотаси ва тавсифи

Ёш гуруҳи	Жигар гепатози билан УУКП			p-value	Жигар фибрози билан УУКП			Умумий УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥ 90 ёш	538	99	18,4	p<0,05	181	27	14,9	719	126	17,5
univariable	OR= 0.78; CI 95%=(0.48-1.22); p=0.29.									
multivariable	ORa= 524; CI 95%=(0-∞) ; p=1.0									

⁷ Белялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности. 12- издание, переработанное и дополненное. – Москва. – 2022. – С. 11.

Популяцияда жигарда патологик ўзгариш омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари жигарда гепатоз бўлган шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги жигарида фиброз бўлган шахслардан кўра 22% га камроқ кузатилиши статистик жиҳатдан асосланди [OR 0,78], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.48- 1.22; p =0.29].

Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва жигарда гепатоз ҳолати, фиброз ҳолатига нисбатан 524 баравар кўпроқ нисбатда ГДЯнинг ривожланишига таъсир этиши клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 524], лекин, кўп омилли таҳлил ҳам ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати орқали ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% [0 – ∞]; p =1.0].



5.1-расм. Сурункали жигар касалликларини ГДЯ билан қўшилиб аниқлаш хусусиятлари

Узоқ умр кўрувчи аҳолида дуоденит омилининг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари дуоденит билан оғриган шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги дуоденит бўлмаган шахслардан кўра 3-4 баравар кўпроқ ҳолатда кузатилиши статистик

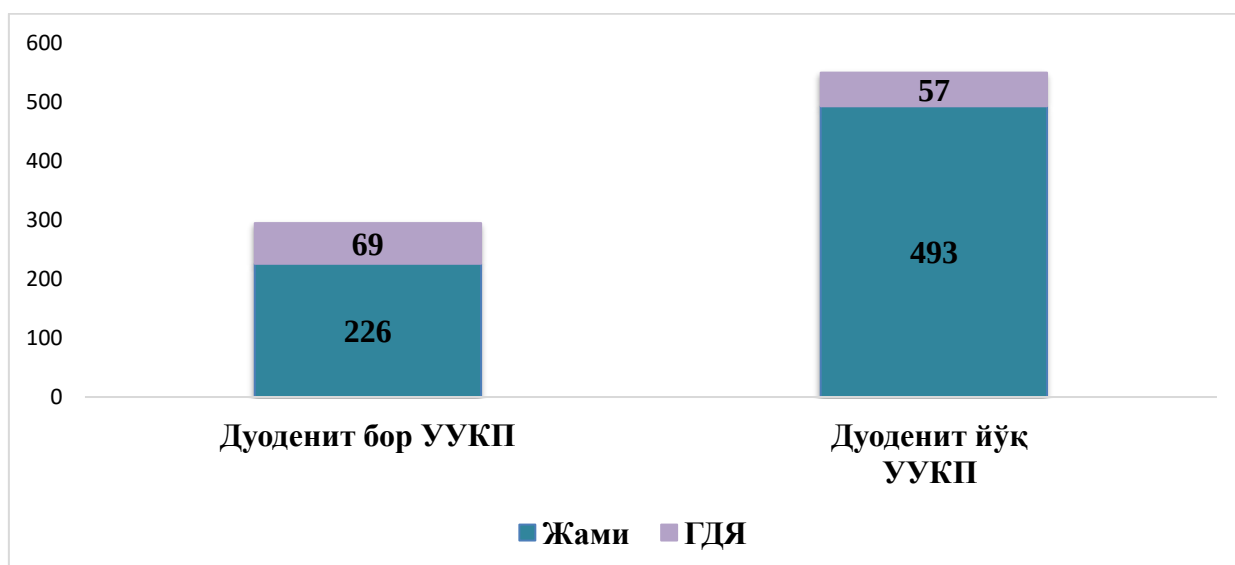
жиҳатдан асосланди [OR 3.36], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 2.227- 5.01; $p < 0.001$].

5.2-жадвал

ГДЯга дуоденитнинг коморбидлик ҳосил қилиб аниқланиш частотаси ва кечишининг УУКПда тавсифи

Ёш гуруҳи	Дуоденит бор УУКП			p-value	Дуоденит йўқ УУКП			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥ 90 ёш	226	69	30,5	p=0,09	493	57	11,6	719	126	17,5
univariable	OR= 3.36; CI 95%= (2.227-5.01) ; p<0.001									
multivariable	ORa< 0.001; CI 95%=(0-∞) ; p=1.0									

Олинган натижа Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва дуоденит омили ва ГДЯнинг ривожланиши ўртасида боғлиқлик йўқ эканлиги клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR<0.001], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди CI 95% [0 – ∞]; $p=1.0$].



5.2-расм. ГДЯга дуоденит қўшилиб учрашининг узок умр кўрувчиларда ифодаланиши

Жадвал ва расмларда берилган рақамли таҳиллар бўйича хулоса қилиш мумкинки, узоқ умр кўрувчиларда асосан иккита сурункали жигар касалликлари – гепатоз ва жигар фибрози гастродуоденал яралар билан коморбид фон ҳосил қилиб қайд қилинади (5.1-жадвал ва 5.1-расм).

ГДЯга узоқ умр кўрувчиларда гепатоз – 18,4% ва жигар фибрози эса – 14,9% частоталарда қўшилиб тасдиқланди, тафовутланиш – 3,5% ($p<0.05$). Жами гепатокоморбидлик ГДЯда 33,3% ни ташкил этиши кузатилди.

ГДЯга дуоденитнинг коморбидлик ҳосил қилиб аниқланиш частотаси узоқ умр кўрувчиларда ўрганилганда қуйидагилар тасдиқланди (5.2-жадвал ва 5.2-расмда кўрсатилган): 1) дуоденитсиз узоқ умр кўрувчиларда гастродуоденал яраларнинг тарқалиш частотаси 11,6% ни ташкил қилди; 2) дуоденит билан узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг аниқланиш частотаси 30,5% аниқланиш частотаси билан тасдиқланди; 3) дуоденит узоқ умр кўрувчиларда ГДЯнинг келиб чиқиш хавфини 18,9% га оширади.

Келгуси таҳлилларда ГДЯ билан юрак – қон томир касалликларининг (ЮҚК) қўшилиб учраши ўрганилди ва баҳоланди (бундай маълумотлар 5.3-жадвал ва 5.3-расмда баён қилинган).

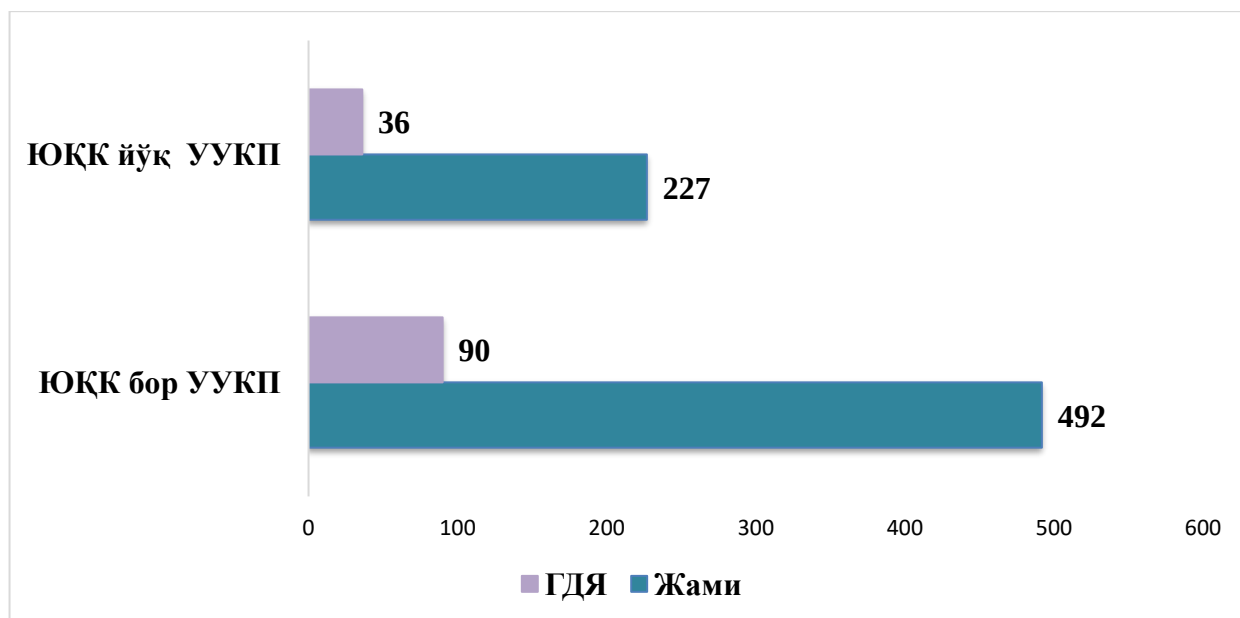
5.3-жадвал

ГДЯга кардиал касалликларнинг қўшилишиб учрашининг УҚПда тавсифи

Ёш гуруҳи	ЮҚК бор УУҚП			p-value	ЮҚК йўқ УУҚП			Жами УУҚП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Жами ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥ 90 ёш	492	90	18,29	p<0,05	227	36	15,86	719	126	17,5
univariable	OR= 1.19; CI 95%= (0.78-1.83) ; p=0.425									
multivariable	ORa= 16.78; CI 95%= (3.72-100.6) ; p=0.001									

Популяцияда юрак қон-томир касаллигининг (ЮҚТК) таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари юрак қон-томир тизим касаллиги билан оғриган шахсларнинг ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойиллиги юрак қон-томир тизими касаллиги бўлмаган шахслардан кўра 20% га кўпроқ ҳолатда кузатилиши статистик жиҳатдан асосланди [OR=1.19], лекин, ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эмаслигини кўрсатди [CI 95% 0.78- 1.83; p =0.425].

Олинган натижа Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва юрак қон - томир тизими касаллиги омили ГДЯ ривожланишига кучли таъсир этиб, юрак қон-томир тизими касаллиги билан касалланган шахсларда 16,8 баравар кўпроқ ҳолатда ГДЯ касаллиги ривожланиши клиник жиҳатдан ўз исботини топди [OR 16.78], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди CI 95% [3.72 – 100.6]; p =1.0].



5.3-расм. Кардиокоморбидликнинг ГДЯ билан узоқ умр кўрувчиларда ифодаланишининг хусусиятлари

ЮҚТК бўлган ва бўлмаган узоқ умр кўрувчилар популяциясида мос равишда – 18,29% ва 15,86% тарқалиш частотаси билан аниқланди (p<0,05).

ЮҚТК билан популяцияда ГДЯнинг келиб чиқиш хавфи 18%дан ортиқ кўрсаткичгача ошади.

Умуман, коморбидлик ГДЯ учун узок умр кўрувчиларда хавф омили бўлиб ҳисобланади. Коморбидлик сонининг ортиб бориши билан ГДЯ хавфи кескинлашиб, кучайиб боради демак, бунга қарши иккиламчи фаол профилактикага зарурат бўлади. Кардиокоморбидлик фонида ГДЯнинг келиб чиқиши ва асоратланиш хавфи 32,0% га ортади, агарда унга гепатокоморбидлик ҳам қўшилса бу хавф-62% га етади ва уларга қўшилиб дуоденит кечса – геронтпопуляцияда ГДЯнинг келиб чиқиш ва асоратланиш хавфи – 80% дан ортиқ ортади.

§5.2. Узок умр кўрувчилар популяциясида хавф омилларининг гастродуоденал яраларга боғлиқлик даражаларининг қиёсий эпидемиологик тавсифи

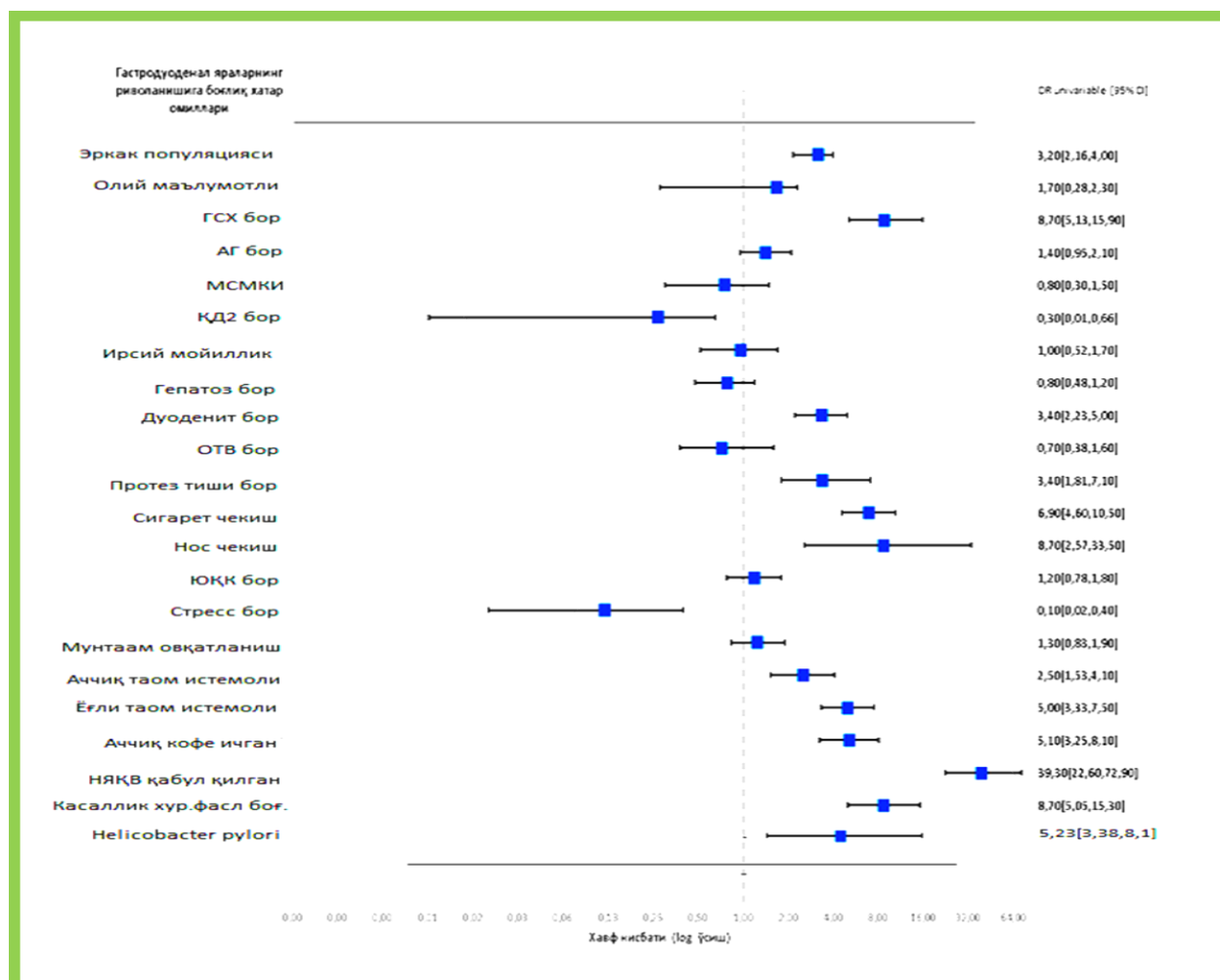
Хавф омилларининг гастродуоденал яраларга боғлиқлик даражалари узок умр кўрувчилар популяциясига қиёсланган ҳолда таҳлил қилинди ва баҳоланди. Сифати ва ҳиссаси юқори бўлган хавф омиллари ГДЯнинг келиб чиқишида ва асоратланиб кечишида, қуйидагилар тасдиқланди (5.4-жадвал 5.4-расмда кўрсатилган): эркак жинси, олий маълумотлилиқ, гиперхолестеринемия, артериал гипертензия, мева ва полиз махсулотларини меъёридан кам истеъмол қилиш, қандли диабетнинг 2-тури, ирсий мойиллик, гепатоз, дуоденит, ортиқча тана вазни, тишларнинг йўқлиги (сунъий тишлар), сигарет чекиш, *Helicobacter pylori*, нос чекиш, юрак қон - томир тизими касалликлари, стресс, аччиқ кофе сувистеъмоли, овқатланиш тартибининг бузилиши, аччиқ таом суистеъмоли, ёғли таом суистеъмоли, ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари суистеъмоли ва мавсумий омиллар.

5.4-жадвал

Узок умр кўрувчилар популяциясида хавф омилларининг гастродуоденал яраларга боғлиқлик даражаларининг қиёсий тавсифи

№	Хавф омиллари	OR	CI low	CI up
1	НЯҚПс	39,28	22,6	72,9
2	ГХС	8,73	5,13	15,93

3	Нос чекиш	8,66	2,57	33,5
4	Мавсумий омил	8,72	5,05	15,27
5	Сигарет чекиш	6,93	4,6	10,54
6	<i>Helicobacter pylori</i>	5,23	3,38	8,1
7	Аччиқ кофе суистеъмоли	5,12	3,25	8,07
8	Ёғли таом суистеъмоли	5,0	3,33	7,53
9	Протез тишлар	3,39	1,81	7,06
10	Дуоденит	3,36	2,22	5,01
11	Эркак жинси	3,19	2,16	4,76
12	Аччиқ таом суистеъмоли	2,54	1,53	4,14
13	Маълумотлилик	1,69	0,28	2,33
14	Артериал гипертония	1,41	0,95	2,11
15	Овқатланиш тартибини бузилиши	1,25	0,83	1,89
16	ЮҚК	1,19	0,78	1,83
17	Ирсий мойиллик	0,96	0,52	1,67
18	Гепатоз	0,78	0,48	1,22
19	МСМКИ	0,76	0,3	1,47
20	ОТВ	0,72	0,38	1,59
21	ҚД 2	0,27	0,008	0,66
22	Стресс	0,12	0,02	0,39



5.4-расм. Асосий хавф омиллари таъсири билан ГДЯнинг УУКПда ривожланиши хусусиятлари

Жадвал, расм маълумотларидан яна кўринадик, 12та хавф омили (НЯҚПс, ГХС, нос чекиш, мавсумий омил, сигарет чекиш, *Helicobacter pylori*, аччиқ кофе суистеъмоли, ёғли таом суистеъмоли, протез тишларнинг бўлиши, дуоденит, эркак жинси, аччиқ таом суистеъмоли) ГДЯларнинг геронт популяцияда энг кучли хавфини юзага келтиради. Айнан уларни бирламчи ва иккиламчи профилактикасини изчиллаштириш билан ушбу хавф икки баравардан ортиқ (52.4%) камаяди ва ёки умуман бартараф этиш мумкин бўлади.

§5.3. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг ва уларнинг асоратланишлари хавфининг хронобиологияси, башоратлаш ва профилактикасининг математик модели

Узоқ умр кўрувчиларда гастродуоденал яраларни ва уларнинг асоратлари хавфини башоратлаш ва профилактика технологияларини такомиллаштиришни кўзда тутиб ушбу касалликнинг хронологияси тадқиқотимизда махсус яратилди.

Олинган натижаларнинг рақамли баёни ва чизмалар тасвири 5.5-жадвал ҳамда 5.5-расмда келтирилган. Улардан кўринадик, мавсумий омил ГДЯларнинг кучли хавф омилларидан бири ҳисобланади: ҳар иккинчи ва ундан кўпроқ узоқ умр кўрувчиларда ГДЯ баҳор ва куз ойларида кўпаяди ёки қайталанаяди.

5.5-жадвал

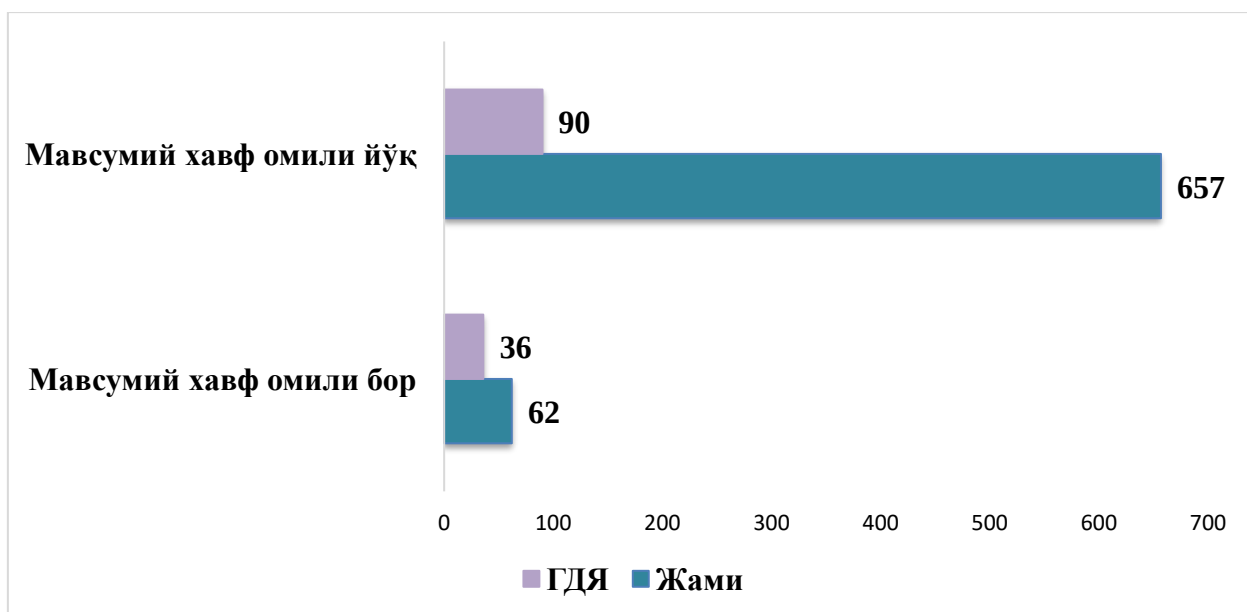
ГДЯнинг узоқ умр кўрувчиларда хронобиологик тасвифи

Ёш гуруҳи	ГДЯ хуружини мавсумийлиги бор (баҳор-куз)			p-value	ГДЯ хуружини мавсумийлиги йўқ (баҳор-куз)			Жами УУКП		
	n	ГДЯ			n	ГДЯ		n	Умумий ГДЯ	
		№	%			№	%		№	%
≥90 ёш	62	36	58,1%	p<0,05	657	90	13,7%	719	126	17,5%

univariable	OR= 8.72;	CI 95%= (5.05-15.27) ;	p<0.001
multivariable	ORa= 28.87;	CI 95%= (2.92-383.9) ;	p=0.006

ГДЯнинг хуружи фасл мавсумларига боғлиқлиги ўрганилганда хуружнинг фаслга боғлиқ эканлиги 8,7 баравар устунликка эришиб, клиник жиҳатдан асосланди [OR 8.72], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу олинган натижани статистик аҳамиятга эканлигини кўрсатди [CI 95% 5.05- 15.27; p <0.001].

Олинган натижа Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан татбиқ этилган кўп омилли таҳлил принципларида ўрганилди ва ГДЯнинг хуружи фасл мавсумларига боғлиқлиги тўлақонли устунликка эришди ва хуруж тутиши 44,3% юқори эканлиги исботини топди [OR=28.87], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 2.92 – 383.9; p =0.006].



5.5-расм. Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал касалликлар мавсумийлигининг ифодаланиши

Йилнинг баҳор – куз ойларида, мавсумий омиллар таъсири бўлганда, ГДЯ 58,1% ва бошқа ойларда эса ўртача 13,7% дан ошмасдан тарқалиш даражаси аниқланади. Тафовутланиш даражаси – 44,3% ни ташкил этди (p<0,05).

Мавсумий омил таъсири мазкур аҳоли гуруҳида ГДЯнинг келиб чиқиш хавфини сақлаб уч бараварга ошириши univariable таҳлилларидан маълум бўлди ($p < 0,001$).

Хавф омилларини ҳисобга олиб ГДЯ ва унинг асоратларининг узоқ умр кўрувчи аҳолида келиб чиқиш хавфи, ГДЯнинг шаклланишини, башоратлаш ва профилактикасининг эпидемиологик - математик модели ҳисоблаб чиқилди (5.6-жадвал).

5.6-жадвал

Узоқ умр кўрувчиларда гастродуоденал яраларнинг ва асоратларининг келиб чиқишини башоратлаш ва профилактикасини индивидуаллаштиришнинг эпидемиологик-математик модели

№	УУКПда ГДЯ шаклланишига олиб келувчи устувор хавф омиллари	OR Катталиги	p	ГДЯ ва асоратларнинг кутилаётган келиб чиқиш хавфи %	Иқтисодий ва тиббий самара келтирадиган профилактика тури
1	НЯҚПс	39,28	$< 0,001$	54,15	Бирламчи профилактика
2	ГХС	8,73	$< 0,001$	4,5	Бирламчи профилактика
3	Нос чекиш	8,66	$< 0,001$	63,64	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
4	Мавсумий омил	8,72	$< 0,001$	58,1	Бирламчи профилактика
5	Сигарет чекиш	6,93	$< 0,001$	42,29	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
6	Helicobacter pylori	5,23	$< 0,001$	35,16	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
7	Аччиқ кофе суистеъмоли	5,12	$< 0,001$	43,69	Бирламчи ва учламчи профилактика
8	Ёғли таом суистеъмоли	5,0	$< 0,001$	38,2	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
9	Протез тишлар	3,39	$< 0,001$	20,2	Иккиламчи профилактика
10	Дуоденит	3,36	$< 0,001$	30,5	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика
11	Эркак жинси	3,19	$< 0,001$	11,2	Бирламчи профилактика

12	Аччиқ таом суистеъмоли	2,54	< 0,001	31,8	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
13	Маълумотлилик	1,69	< 0.63	14,3	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
14	Артериал гипертония	1,41	< 0.096	19,5	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
15	Овқатланиш тартибини бузилиши	1,25	< 0.28	16,46	Бирламчи профилактика
16	ЮҚҚ	1,19	< 0.425	18,29	Иккиламчи профилактика
17	Ирсий мойиллик	0,96	< 0.89	17,0	Бирламчи профилактика
18	Гепатоз	0,78	< 0.29	18,4	Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика
19	МСМКИ	0,76	< 0,081	20,1	Бирламчи профилактика
20	ОТВ	0,72	< 0,57	18,4	Бирламчи ва иккиламчи профилактика
21	ҚД 2	0,27	< 0.012	5,8	Иккиламчи профилактика
22	Стресс	0,12	< 0.03	2,78	Бирламчи профилактика

Статистик таҳлиллар кўрсатдики, ГДЯ ва унинг асоратлари – ГДЯ (кон кетиш, перфорация, пенетрация, пилоростеноз) келиб чиқишида, энг кучли хавф омили бўлиб НЯҚПС, ГХС, нос омили, мавсумий омил, кашандалик, *Helicobacter pylori* ва аччиқ кофе суистеъмоли тасдиқланди. Улар мувофиқ ҳолда ГДЯ ва ГДЯнинг келиб чиқиш хавфни узок умр кўрувчиларда – 54,15%, 4,5%, 63,6%, 58,1%, 42,3%, 35,2% ва 43,7% гача оширади.

Уларга нисбатан 12,8% дан 32,2 баробаргача ГДЯ ва ГДЯ га боғлиқлик даражасида бўлган қуйидаги хавф омиллари ажратилди: сунъий тишларнинг борлиги (ГДЯ хавфни 20,2% га оширади), дуоденит (хавфни 30,5% га оширади), ёғли таом суистеъмоли (хавфни 38,2% га оширади), эркак жинси омили (хавфни 11,2% га оширади) ва аччиқ таом суистеъмоли омили (ГДЯ ва ГДЯнинг келиб чиқиш хавфни 31,8% га оширади).

Боғлиқлик даражаси ГДЯ ва ГДЯ билан узоқ умр кўрувчилар популяциясида куйидаги кучсиз бўлган хавф омиллари башоратли аҳамият касб этади ва индивидуал тарзда профилактика дастурларини (бирламчи, иккиламчи ва учламчи турдаги) тавсия бериш имкониятини беради: олий маълумотлилик омили (ГДЯ ва ГДЯ келиб чиқиш хавфини, 14,3% га оширади), артериал гипертония (хавфни УУКПда 19,5% га оширади), овқатланиш тартибининг бузилиши (хавфни 16,4% га оширади), юрак қон-томир касалликлари (хавфни 18,3% га оширади), МСМКИ (хавфни 20.1% га оширади), гепатоз (хавфни 18,4%га оширади), ОТВ (хавфни 18,4% га оширади), ҚД2 (хавфни 5,8% га оширади) ва стресс (ГДЯ ва ГДЯ асоратларининг келиб чиқишини 2,8% га оширади).

Профилактика дастурлари, моделлари ва алгоритмларини амалга оширишда, эпидемиологик тадқиқотларни бажаришда ва даволаш фаолиятларини ташкил қилишда ушбу маълумотлар узоқ умр кўрувчи аҳоли учун “йўлчи йўналиш” бўлиб хизмат қилади ва аҳамият касб этади. Хирургик даволаш – профилактика усулларини ушбу аҳолида қўлланилиши юқори самарали бўлишига қарамасдан геронт аҳолида кўпинча уларнинг чегаралангани ёки хавф туғдириши ҳисобга олинса сўзсиз, превентив хирургик гастероэнтерологиянинг гастродуоденал яра касаллиги мисолида салоҳияти яққол намоён бўлади. Ҳар қалай шундай хулосаларга келишга ва амалиётга тавсиялар беришга тадқиқотимиз натижалари асос бўлди ва исботли маълумотларни берди.

ХОТИМА

Гастродуоденал яра касаллиги ҳанузгача клиник ва превентив тиббиётнинг долзарб масаласи бўлиб ҳисобланади. Бунинг тасдиғи – беморлар хирургик ёрдамга кўп мурожаат қилишади, аксарият операция оқибати хавфли тус олади ёки ГДЯ асоратларидан вафот этишади. Шундай натижалар ушбу касалликни хирургик даволашда улкан янги технологиялар қўлланиб келинаётганлиги, клиник тадқиқотларда юзлаб йиллар давомида ГДЯ ўрганилиб ҳамда тадқиқ қилиб келинаётганлигига, амалиётда улар асосида яратилиб берилаётган шунча даволаш, ташҳисот дастурлари ва алгоритмлари яратилиб берилганлиги ва берилиши давом этирилаётганлигига қарамасдан қайд қилинмоқда [12; 42-45-б., 89; 135-138-б.].

Яна эътиборни алоҳида жалб қиладиган ҳолат бор-ки, асосан бажарилган тадқиқотлар дунё миқёсида ва жумладан, Ўзбекистонда ҳам, ўсмирларда, ўспиринларда, меҳнатга лаёқатли ва кекса ҳамда қария ёшдаги аҳоли орасида бўлган. Узоқ умр кўрувчиларда жуда кам, ҳаттоки, дунёнинг кўп мамлакатларида, шу жумладан Ўзбекистон ва унинг ҳудудларида ҳам умуман махсус эпидемиологик текширувлар ўтказилмаган. Шундай шароитда узоқ умр кўрувчи аҳоли популяциясида ГДЯ ва ГДЯси ҳақида чин эпидемиологик шароитлар ва вазиятларни тавсифлаб бера оладиган маълумотларга эга бўлмаган дейилса хато хулоса бўлмайди. Бошқа тадқиқотларнинг ҳам шундай муаммога ёндашувлари ва билдирилган мантиқан исботли маълумотлари мавжуд [23; 36-41-б., 57; 5-11-б., 80; 108-б.].

Клиник ва фундаментал тадқиқотларнинг натижаларини кенг қўламда ва тиббий фаолиятига “ўта чуқур”, ҳамда узоқ йиллар давомида киритилишига қарамасдан яра касалликларининг кўп учрайдиган ва хавфли асоратлари таҳдидли қайд этиладиган, кўп омилли ва шу пайтгача унга қарши туриб олдини олиб қоладиган профилактик тизим яратилмаган, ҳам хирургик ҳам терапевтик патология бўлиб давом этиб келаётган касаллик мақомида сақланиб қолмоқда.

Ҳар йили 200 мингдан 400 минггача аҳолида ГДЯнинг аниқланиши давом этмокда, уларни даволаш учун йилига 3 млрддан - 4 млрд. долларгача маблағ сарфланмокда ва яра генезли концерогенез каскади 50% гача, жиддий асоратларни келтириб чиқариш суръати жадаллашган [27; 73-46-б., 98; 316-321-б., 99; 698-702-б.].

Мана шундай муаммолар УУКПда ҳам мавжуд ва долзарб масала ҳисобланади. Ўз-ўзидан шу каби ечилмаган саволларнинг жавобини топиш зарурияти келиб чиқади. Биз шундай изланиш қилдик ва мавжуд илмий-амалий манбалардан қўйилган саволларга қуйидагича топилмаларни жавоб тарзида ҳавола этдик, уларга мувофиқ илмий йўналишларни замонавий хирургиянинг “профилактик превентив – донозологик бўлимида “устувор” замонавий фан рақобатдош” мавзу деб тасдиқладик; 1) ГДЯнинг скрининги УУКПда профилактикаси масалаларини ҳал қилиб бериш мақсади деярли амалга оширилмаган; 2) геронт ГДЯ ва ГДЯнинг коморбидлигига УУКПда аниқлик киритилмаган ва популяция бўғинида уни концепцияси яратилмаган, истиқболли стратегияси ишлаб чиқилмаган; 3) УУКПда гастродуоденал яра ва унинг асоратларининг хавф омиллари популяция даражасида тўлиқ баҳоланмаган ва башоратланмаган, “эпидемиологик йўли” очилмаган;

4) геронт ГДЯ ва ГДЯни минтақавий эпидемиологик, башоратлаш ва профилактикаси модели, алгоритми ёки дастурлари (ташҳисий, хирургик ва терапевтик иқтисодий, тиббий ва ижтимоий фойда келтирувчи) яратилмаган, амалий тиббиётга киритилмаган.

Диссертация тадқиқотимизда қайд этиб ўтилганлардан келиб чиқиб мақсад ва вазифалар қўйилди, ҳамда тўлиқ очиб берилди – узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларнинг клиник – эпидемиологик хусусиятлари ўрганилди ва профилактикасининг такомиллаштирилган технологиялари ишлаб чиқилди.

Диссертациянинг объекти сифатида Андижон вилояти шаҳар ва туманларида яшовчи ≥ 90 ёшдан ўтган узок умр кўрувчи 719 та аҳоли олинди.

Унинг предметини Андижоннинг узок умр кўрувчи популяциясида ГДЯнинг эпидемиологик тадқиқот натижаларини клиник, профилактик ва предиктив таҳлил қилишдан иборат бўлди. Бундай изланиш объект – предметни ГДЯ мавзуси бўйича танлаш, ҳамда диссертация доирасида қайд қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади [16; 23-б., 34; 21-22-б.].

Тадқиқотда замонавий, стандартизацияланган ва унифицирланган, ЖССТ томонидан тавсия қилинган (эпидтадқиқотлар учун) эпидемиологик, клиник, биокимёвий, инструментал ва статистик текшириш усуллари қўлланилди.

2019 йил 22 декабр Олий Мажлис, вилоят, туман ва шаҳарлар депутатлиги учун ўтказилган сайлов рўйхати бўйича Андижон вилоятининг 16 та ҳудудида (12 та туман ва 4 та шаҳар) яшовчи геронт аҳоли (n=719) текширилди. Репрезентативлик таъминланган, 100% аборигенлар, эркак (n=262) ва аёллар (n=457) уюшмаган олий ва ўрта маълумотлар скринингга жалб қилиниб, комплекс текширилди.

Тадқиқотда узок умр кўрувчилар популяциясида ГДЯнинг эпидемиологик тавсифи аниқланди ва тасдиқланди; 1) ≥ 90 ёшли популяцияда ГДЯ 17,5% тарқалиш частотаси билан қайд қилинди (аёлларда - 11,2% ва эркакларда - 28,6%); 2) олий ва ўрта маълумотлиларда мос равишда - 14,3% ва 17 % ГДЯ кузатилди; 3) ирсий мойиллик омили ГДЯ билан популяцияда 17%; 4) ОТВ-18,4%; 5) протез тиш -20,2 % ва нос чекиш -63,64 % даражалар билан қайд қилинган.

Ушбу омиллар бошқа тадқиқотларда ЮБСКга боғланиб ўрганилган ва таҳлил қилинган [46; 31-37-б., 44; 32-35-б.].

Узок умр кўрувчиларда ва ГДЯ мавзусига боғланиб, ҳамда эпидемиологик тадқиқот ўтказилиб махсус таҳлил қилинмаган ёки охириги йилларда бу каби маълумотларга эга бўлинмаган.

Биз тадқиқотимизда яна ГДЯнинг узок умр кўрувчилар популяциясида шаклланишига ва кечишига 2 та умумий ўзгартирилиши мумкин бўлган хавф омиллари – ГХС ва АГнинг ҳам боғлиқлигини ўргандик. ГХС

гастродуоденал яра билан УУКПда – 4,5% ва АГ эса 19,5% тарқалиш частоталарида аниқланди. Исботландики, ГХС бўлган популяциянинг ҳар 100 тадан 4 тасида ва АГси борларнинг эса – 100 тадан қарийб 20 тасида ГДЯ шаклланади.

ГДЯ ва ГДЯни узоқ умр кўрувчилар популяциясида етакчи эпидемиологик хавф омиллари сифатида қуйидагилар кузатилди ва исботланди; МСМКИ – 20,1% , сигарет чекиш – 42,29% , *Helicobacter pylori* – 35,16%, ҚД 2 тури – 5,8% , стресс – 2,78% , овқатланиш тартибининг мунтазам бузилиши – 19,74%, аччиқ таом истеъмоли – 31,8%, ёғли таом ейиш одати – 38,2%, аччиқ кофе ичиш одати – 43,69% тарқалиш частоталари билан тасдиқланди.

Умуман аниқланиб кўрсатилдики, узоқ умр кўрувчилар популяциясида ГДЯнинг хавф омиллари хос эпидемиологик тавсифларга эга бўлди. Уларга индивидуал ёндашиб таъсир этиш (даволаш, профилактика, диспансеризация) ГДЯга қарши қўлланиладиган чора-тадбирларнинг самарасини 45% гача оширади ва уларнинг хавф даражасини салкам ҳар иккинчи геронт ёшдаги аҳолида бартараф этади. Бундай таҳлиллар геронт популяцияда жуда кам ўтказилган (фақат клиник ишлардагина) ёки аксарият геронтологик ёшгача ўтказилган холос [59, 80; 105-б., 12; 55-70-б., 15; 5-21-б., 57; 5-11-б.].

Диссертация ишида биринчилар қаторида гастродуоденал яраларни узоқ умр кўрувчилар популяциясида клиник кечиши ва профилактикаси ўрганилиб аниқланди.

ГДЯ узоқ умр кўрувчиларда асосан коморбидлик фонида кечиши билан клиник ифодаланди. ГДЯга қўшилиб қуйидагилар аксарият нисбатан юқори частоталарда тарқалиш билан тасдиқланди – гепотокоморбидлик (гепатоз мисолида) -18,4%, дуоденит – 30,5 % ва кардиокоморбидлик (юрак ишемик ва ноишемик касалликлари мисолида) – 18,28%. Коморбидлик ГДЯ учун мазкур популяцияда кучли хавф омили кўринишида қайд қилинди.

Кардиокоморбидлик фонида ГДЯ ва ГДЯни келиб чиқиш хавфи – 32%га, гепатокоморбидликнинг унга қўшилишида – 62% га ва дуоденитнинг ҳам бу қўшилувларга ассоцияцияланишида гастродуоденал яраларнинг келиб чиқиш ва асоратланиш хавфи – 80% дан зиёдга етиб ортади.

Мавжуд адабиётларда ўхшаш клиник маълумотлар бор ва уларнинг деярли ҳаммаси геронтологик ёшдаги (≤ 89 ёшлилар) аҳолида олинган, нисбатан тарқалиш частоталари билан ГДЯ тасдиқланган [24; 25-28-б., 27; 73-76-б., 46; 31-37-б.].

Диссертация ишида узоқ умр кўрувчилар популяциясида хавф омилларининг ГДЯга боғлиқлик даражалари қиёсланиб таҳлил қилинди ва баҳоланди.

Бундай таҳлил кўрсатдики, ГДЯ мазкур популяцияда 22та хавф омили билан кучли корреляцион боғлиқликда ифодаланди. Ушбу омиллар профилактикасини такомиллаштиришга эришиш ГДЯни 52,4% гача камайтиради, ҳаттоки умуман уларни бартараф этиш мумкин бўлади.

Айнан мана шундай таҳлилий натижаларни кўрсатган тадқиқотлар мавжуд эмас.

Маълум бўлдики, УУКПда гастродуоденал касалликларни хуружли кечиши хронобиологик тавсифларни кўрсатиб ифодаланди. ГДЯнинг мавсумийлиги (айнан баҳор - куз ойларида қайталаниш, хуружланиш) – 58,1% частотада тарқалиш билан кузатилди. Мавсумий омил таъсири УУКПда гастродуоденал яраларнинг келиб чиқиши хавфини уч баробарга ошириши univariable таҳлиллари билан тасдиқланди.

Тадқиқотимиз натижаларига асосланиб, узоқ умр кўрувчиларда гастродуоденал яраларнинг ва асоратларининг келиб чиқишини башоратлаш ва профилактикасининг эпидемиологик – математик модели ишлаб чиқилиб амалиётга жорий қилинди.

Ушбу моделни фаолият учун қабул қилиш ГДЯ ва ГДЯни келиб чиқиш хавфини энг камида ўртача – 54,4%гача камайтиради ёки бартараф этади. У профилактика дастурларини амалга оширишда, эпидемиологик

тадқиқотларни бажаришда ва даволаш фаолиятини ташкил қилишда илмий ходимлар ва амалиётчилар учун “ йўналиш “ бўлиб хизмат қилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙЎАТИ

1. Аонов А.И., Артюх Д.Ю. Рандомизированные исследования и прогресс Хирургии. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова 2021, №1 С. 93-97.
2. Алиджанов Ф.Б., Салахитдинов Ш.Н., Хомидов М.А., Шукуров Б.И., Турсунов С.Б. Случай рецидива травматической гемобилии после селективной эмболизации сегментарной печеночной артерии // Вестник экстренной медицины. - 2022. Том 5. - №2. - С. 26-30.
3. Алиев С.А., Алиев Э.С. Лапароскопические технологии в хирургии перфоративных гастродуоденальных язв. Вестн. хир. 2018; 4: 101 103.
4. Башенко С.Ф., Курыгин А.А., Беляев А.М., Карпова Б.А. Лечение гемобилии // Анналы хирургической гепатологии. 2003; 8(1):125-126.
5. Бебуришвили А.Г., Папин С.И., Михайлов Д.В., Постолов М.П. Возможности консервативного лечения прободной язвы. // Хирургия. 2016;5 :69-71.
6. Бебуришвили А.Г., Федоров А.В., Сажин В.П., Папин С.И. и др. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019; 4:95-97.
7. Белялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности. 12-е издание, переработанное и дополненное. Москва. «ГЭОТАР-Медиа».-2022.- Б. 165.
8. Быков А.В. Доказательная медицина и хирургия. Лекарственный вестник. 2007;1:27-31.
9. Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В., Щербатенко В.Ю. Почему следует отказаться от операции простого ушивания язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией. Вести. хир. 2018; 3:41-42.
10. Ермолов А.С., Тверитнева Л.Ф., Тетерин Ю.С. Современные методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных

гастродуоденальных кровотечений (обзор литературы). // Медицинский алфавит. 2017; 3(29):41-46.

11. Журавлева Т.П. Основы гериатрии. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М.- 2007.- Б. 270-285.

12. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.П., Шептулин А.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Рос. журн. гастроэнтерологии гепатолколонопроктологии. 2018; 28(1):55-70.

13. Карашеев А.Е., Насонова В.А., Развитие и рецидивирование язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты: влияние стандартных факторов риска // Тер. Архив. - 2008. №5.- С. 63-65.

14. Керимов М.К., Каханенко Н.Ю., Луговой А.Л., Данилов С.А., Сериков В.А. Эндовидеохирургия В лечении больных С перфоративными гастродуоденальными язвами. // Медицина: теория и практика. 2018; 3:3-8.

15. Клинические рекомендации: применение НПВП. Ассоциация ревматологов России, Научное общество гастроэнтерологов России, Российское межрегиональное общество по изучению боли. - 2009. - Б. 5-21

16. Консенсус экспертов по снижению риска желудочно кишечных кровотечений у пациентов, получающих оральные антикоагулянты // Терапия. -2021; 10:23-41.

17. Кубышкин В.А. Безопасная хирургия и клинические рекомендации. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2014;5:4-6

18. Кубышкин В.А., Петров Д.Ю., Смирнов А.В. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013; 9:68-71.

19. Кубышкин В.А., Сажин В.П., Федоров А.В., Кривцов Т.А., Сажин И.В. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастродуоденальном кровотечении В стационарах Центрального Федерального округа. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017; 2:4-9.

20. Лебедев И.В., Климов А.Е., Петухов В.А. Повторный эндоскопический гемостаз как альтернатива хирургическому лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2016. - №6. - Б. 53-55.

21. Левчук А.Л., Абдуллаев А.Э. Сравнительная характеристика результатов лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017;4(2):42-44.

22. Липницкий Е.М., Алекберзаде А.В., Гасанов М.Р. Причины рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2017. - №3. - С. 5-8.

23. Литвин А.А., Калинин А.Л., Тризна Н.М. Использование данных Доказательной медицины в клинической практике. Проблемы здоровья и экологии. 2008; 3:36-41.

24. Марий В.А., Романова Н.Н., Кремьянский М.А., Третьяков В.О. и др. Анализ современного состояния плановой хирургии язвенной болезни // Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. № 4- Б. 25-28. Хирургия.

25. Меметов С.С., Шаркунов Н.П. Медико социальные проблемы долгожителей на современном этапе // Успехи геронтологии. 2019. - №4(32). -С. 665-666.

26. Никитин В.Н., Клипач С.Г. «Трудная культа» при осложненных гигантских пенетрирующих, пилородуоденальных язвах // Новости хирургии. -2017; 25(6):576-581.

27. Подолужный В.И. Современные представления о генезе, методах хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Фундаментальная и клиническая медицина. 2019;1(4): 73-76.

28. Подолужный В.И. Иванов С.В., Радионов И.А. Анализ результатов лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // Политравма. 2016;1:33-34.

29. Попов А.М., Ульянов Ю.Н. Лапицкий А.В., Анатонова А.М. Влияние способа лапароскопического ушивания перфоративной пилородуодентальной язвы на моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки в раннем послеоперационном периоде. // Вестн. хир. 2017; 1:30-32.

30. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. - 2008. - Б. 774-776.

31. Ревিশвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П. и др. Хирургическая помощь в Российской Федерации М. 2019.

32. Решетняк В.И., Бурмистров А.И., Сабиров Д.М. H.Pylori: Всё ли так очевидно? // Вестник экстренной медицины. -2022. -Том 15. - №05.-6.79-85.

33. Сажин В.П., Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Сажин И.В., Постолов М.П. Влияние заболеваемости язвенным гастродуоденальным кровотечением на эффективность лечения. Статистическое наблюдение // Хирургия. Журнал им.Н.И. Пирогова. 2021. - №1. - Б. 27-32.

34. Сажин В.П., Савельев В.М., Сажин И.В., Климов Д.Е. и б.к. Лечение больных с высокой вероятностью развития язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013; 7:21-22.

35. Седова Е.В., Палеев Ф.Н., Старцева О.Н. Основы гериатрии для врачей первичного звена: учебно-методическое пособие.- М.: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского. - 2019. С. 51-53.

36. Сидоренко С.В. Диагностика и лечение инфекций, вызываемых *Helicobacter pylori*. В кн.: Инфекции в амбулаторной практике. М., 2002:125-140. [Sidorenko S.V. Diagnosis and treatment of infections caused by *Helicobacter pylori*. In: Infections in outpatient practice. М., 2002:125-40 (In Russ.)]

37. Симаненков В.И., Маев И.В., Ткачева О.Н. и др. Синдром повышенной эпителиальной проницаемости в клинической практике. Мультидисциплинарный национальный консенсус // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2021; 20(1):2758.

38. Степанов Ю.М. Современные стандарты профилактики и лечения НПВП- ассоциированных повреждений желудка и кишечника // ГУ «институт гастроэнтерологии НАМЫ Украины». №00, январь, 2023.

39. Стукачев И.Н., Барсуков Е.А., Ургентное лечение перфоративных гастродуоденальных язв. Научный журнал 2018; 3(26):98-99.

40. Тарасенко С.В., Богомолов А.Ю., Зайцев О.В., Песков О.Д., Натальский А.А., Соколова С.Н., Донюкова С.П., Рахмаев Т.С., Баконина И.В., Кадыкова О.А. ERAS современная концепция ведения хирургических больных. Собственный опыт. Наука молодых Eruditio Juvenium. 2016;3:67-70.

41. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Конейкин А.А., Рахмаев Т.С. Натальский А.А., Баконина И.В. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни. Рос. мед. - биол. вестн. им. акад. И.П.Повлова. 2011; 4:120-124.

42. Тарасенко С.В., Натальский А.А., Папин С.И., Сажин И.В. и др. Современные аспекты комплексного лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал Н.И. Пирогова. - 2021. - №1. -С. 42-45.

43. Тарасенко С.В., Натальский А.А., Папин С.И., Сажин И.В., Юдин В.А., Сажин В.П., Песков О.Д., Богомолов А.Ю. Современные аспекты комплексного лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал имени им Н.И. Пирогова 2021, №1 С. 43-45.

44. Тарасов Е.Е., Багин В.А., Нишиевич Е.В., Астафьева М.И. и др. Эпидемиология и факторы риска неблагоприятного исхода при неварикозных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Хирургия. Журнал им Н.И. Пирогова. - 2019. - 5:32-35.

45. Усманова С.В. Понятие о геронтологии. Классификация возрастных групп. - Иркутск: Ир ГУПС МК ЖТ. - 2017. - Б. 28-29.

46. Халматов А.Н., Мамасаидов Ж.А., Шахнабиев С.М., Урумбаев Р.К. ва б.к. Актуальные вопросы геронтологии и гериатрии. - Бишкек. 2021. - Б. 31-37.

47. Ходжибаев А.М., Пулатов Д.Т., Тилемисов С.О. Фурацилиновая проба при диагностике прикрытых перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Вестник экстренной медицины. 2018; 2:5-6.
48. Шабунин А.В., Негинай А.М., Коржева И.Ю., Бедин В.В., Багателя З.А., Макшейв А.Э. Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения. Анналы Хирургии. 2016; 21(6):363-371.
49. @ssvuz [@ssvmatbuot Kotibi] Facebook [instargam] - 2023;15.12.
50. Abbas SK, Yelika SB, You K, Mathai J, Essani R, Krivokapic Z, Bergamaschi R. Rectal cancer should not be resected laparoscopically: The rationale and the date. Tech Coloproctol. 2017; 21:237-240. <https://doi.org/10.1007/s10151-017-1596-x>.
51. Atherton J.C. The clinical relevance of strain types of *Helicobacter pylori*. Gut. 1997; 40(6):701-703. DOI: 10.1136/gut.40.6.701
52. Atherton J.C., Cao P., Peek R.M. Jr, Tummuru M.K., Blaser M.J., Cover T.L. Mosaicism in vacuolating cytotoxin alleles of *Helicobacter pylori*. Association of specific vacA types with cytotoxin production and peptic ulceration. J Biol Chem. 1995; 270(30): 17771-17777. DOI: 10.1074/jbc. 270.30.17771
53. Bagnenko S.F., Ermolov A.S., Abakumov M.M., Vladimirova E.S. Liver injury. Moscow Medicine. 2003; 190-191.
54. Barkun JS, Barkun AN, Sampalis JS, Fried G, Taylor B, Waxler MJ, Goresky CA, Meakins JL, Randonuzed controlled trial of laparoscopic versus minicholecystectomy. The McGill gallstone treatment group. Lancet. 1992;340:1116-1119.
55. Basu R., Breda E., Oberg A.L. et al. Mechanisms of the age-associated deterioration in glucose tolerance: contribution of alterations in insulin secretion, action, and clearance // Diabetes. 2003. Vol.52. №07. P. 1739-1745. Doi:10.2337/diabetes.52.7.1738.
56. Berry R., Han J.V., Kardashian A.A., LaRusso N.F., Tabibian J.H. Hemobilia: Etiology, diagnosis, and treatment// Liver Res. 2018; 2(4):201-207. doi.:10.1016/j.livres.2018.09.007.

57. Calvet X., Ramirez Lazaro M.J., Lehours P., Megraud F. Diagnosis and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*. 2013; 18(1 Suppl): 5-11. DOI: 10.1111/hel.12071
58. Charpignon C., Lesgourgues B., Pariente A., Nahon S., Pelaquier A., Gatineau Sailliant G., et al. Peptic ulcer disease: one in five is related to neither *Helicobacter pylori* nor aspirin/NSAID intake. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013; 38(8):946-954. DOI: 10.1111/apt. 12465
59. Clinical Guidelines for Druginduced. Peptic Ulcer, 2020 Revised Edition.
60. Cognitive Frailty in Geriatrics. Arai H, Satake S, Kozaki K. *Geriatr Med*. 2018 Nov; 34(4):667-674. doi:10.1016/J.Cger. 2018.05.011.
61. Criner G.J., Sternberg A.L., National Emphysema Treatment Trial: the major outcomes of lung volume reduction surgery in severe emphysema. *Proe Am Thorac Soc*. 2008; 5(4):393-405.
62. Crowe S.E. *Helicobacter pylori* Infection. *N Engl J Med*. 2019; 380:1158-1165. DOI: 10.1056/NEJMcp1710945
63. Cryer B. COX-2-specific inhibitor or proton pump inhibitor plus traditional NSAED: is either approach sufficient for patients at highest risk NSAED – induced ulcers? // *Gastroenterology*.2004.-127(4):1256-1258.
64. Divo M.J., Martinez C.H., Mannino D.M. Ageing and the epidemiology of multi-morbidity // *Eur. Respir.J*. 2014. Vol. 44. - №4. P. 1056-1061.
65. Feldman M., Cryer B., Mc.Arthur K.E. et al. Effects of aging and gastritis on gastric acid and pepsin secretion in hummans: a prospective study// *Gastroenterology*.1996. Vol. 110. №4.-P. 1044-1050.
66. Fernandes Y.C., Bonatto Gda R., Bonatto M.W. Recurrence rate of *Helicobacter pylori* in patients with peptic ulcer five years or more after successful eradication. *Arq Gastroenterol*. 2016; 53(3):152-155.
67. Flatt T., Partridge L. Horizons in the evolution of aging. *BMC Biol*. 2018. - Vol.16.-№1.-P. 93.

68. Fleshman J. Branda M, Sargent DJ, Boller AM, George V, Abbos M, Peters WR. Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer: The ALaCaRT Randomized clinical Trial. // JAMA. 2015;314(13):1356-1363.

69. Fries J., Kristen N., Bennet M. et al. The rise and decline of nonsteroidal anti- inflammatory drug associated gastropathy in rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. 2004; 50:2434-39.

70. Fujimori S., Takahashi V., Gudis K. et al. Rebamipide has the potential to reduce the intensity of NSAED induced small in testinal injury: a double blind, randomized, controlled trial evaluated by capsule endoscopy // J Gastroenterol. - 2011; 46(1):57-64.

71. Gerontology competencies: Construction, consensus and contribution // Fassbinder J. Gerontol Geriatr Educ. 2019 Oct-Dec; 40(4): 407-408.

72. Goenka M.K., Majumder Majumder S., Sethy P.K., Chakraborty M. Helicobacter pylori negative, non-steroidal anti-inflammatory drug-negative peptic ulcers in India. // Indian J Gastroenterol. 2011; 30(1):33-37.

73. Heneghan C, Mahtani K.R., Goldacre B, Godlee F., Macdonald H, Jarvies D. Evidence based medicine manifesto for better healthcare. // BMJ. 2017;357:j2973.

74. Huang J.Q., Sridhar S., Hunt R.H. Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease: a meta-analysis. // Lancet. 2002; 359(9300):14-22.

75. Hy V., Wan J.H., Li X.V. et al. Systematic review with meta - analysis: the global recurrence rate of Helicobacter pylori // Alimentari pharmacology therapeutics. 2017; 46(9):775-778.

76. Iber F.L., Murphy P.A., Connor E.S. Age - rebated changes in the gastro intestinal system. Effects on drug therapy//Drugs Aging, 1994. Vol.5. - №1. - P. 35-47.

77. Lijima K., Kanno T., Koike T., Shimosegawa T. Helicobacter pylori-negative, non-steroidal anti-inflammatory drug: negative idiopathic ulcers in Asia. // World J Gastroenterol. 2014; 20(3):706-713.
78. Kao C.Y., Sheu B.S., Wu J.J. Helicobacter pylori infection: An overview of bacterial virulence factors and pathogenesis. // Biomed J. 2016; 39(1):14-23.
79. Kim K.B., Voon S.M. Youn S.J. Endoscopy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Clin Endosc.- 2014;47(4):316-318.
80. Korean S. Gastroenterol 2020; 76(3):108-132.
81. Kozek - Langenecker SA, Ahmed AB, Afshari A, Albaladejo P, Aldecoa C, Barauskas G, et al. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology: First update 2016. // European Journal of Anaesthesiology. 2017; 34(6):332-395.
82. Levine M., Beuhler M.C., Pizon A., Cantrel F.L., Spyres M.B. et al. Assessing Bleeding Risk in Patients With Intentional Overdoses of Novel Antiplatelet and Anticoagulant Medications // Ann Emerg Med. 2018. 71(3):275-277.
83. Loin L. Proton pump inhibitor cotherapy with nonsteroidal anti-inflammatory drugs-nice or necessary? // Rev Gastroenterol Dis. 2004; №4. - C. 34-40.
84. Malnick S.D., Melzer E., Attali M., Duek G., Yahav J. Helicobacter pylori: friend or foe?. // World J Gastroenterol. 2014; 20(27):8979-8985.
85. Marengoni A., Anglement S., Mellis R. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature // Ageing Res. Rev. - 2011. - Vol. 10. №4.-P. 432-437.
86. McColl K.E. Clinical practice. Helicobacter pylori infection. // N Engl J Med.2010; 362(17):1597-1604.
87. McCulloch P., Kaul A, Wagstaff G.F., Wheatcroft J. Tolerance of uncertainty, extroversion, neuroticism and attitudes to randomized controlled trials among surgeons and physicians. // Br J Surg. 2005;92(10):1293-1297.

88. McCulloch P., Taylor I., Sasako M., Lovett B, Griffin D. Randomized trials in surgery: problems and possible solutions. // BMJ. 2002;324:1448-1451.
89. McMahon AJ, Russell IT, Baxter JN, Rass S, Anderson JR, Morran CG, Sunderland G, Galloway D, Ranesay G, O'Dwyer PJ. Laparoscopic versus mini - laparotomy cholecystectomy: a randomized controlled trial. // Lancet, 1994; 343:135- 138.
90. National Emphysema Treatment Trial Research Group A. randomized trial comparing lung volume reduction surgery with medical therapy for severe emphysema // N Engl J Med 2009; 348:2059-2073.
91. National Emphysema Treatment Trial Research Group. Patients at high risk of death after lung volume reduction surgery. // N Engl J Med. 2001; 345:1075-1083.
92. Nengebaner E., Troidl H., Kum C.K., Eypasch E., Miserez M. The EAES consensus development conferences on laparoscopic cholecystectomy, appendectomy and hernia repair. // Surg Endosc. 1995; 9:550-563.
93. Omirii N., Андреев В.Л. // Consilium. - 2020; 22(8):41-45.
94. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009).<https://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>.
95. Parameswaran Nair N., Chalmers L., Connolly M. et al. Prediction of Hospitalization due to Adverse Drug Reactions in Elderly Community Dwelling Patients (The PDDR-EC Score) // PLOS One. 2016. Vol. 11. № 10. - P. e 0165757. Doi: 10.1371/Journal.pone.0165757.
96. Pirmohamed M., James S., Meakin S. et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients // BMJ. - 2004;329(7456):16-18.
97. Rosenstock S., Jorgensen T., Bonnevie O., Andersen L. Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. // Gut. 2003; 52:186-193. DOI: 10.1136/gut.52.2.186

98. Roskall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., Northfield T.S. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. // Gut. 1996; 38:316-321. <https://doi.org/10.1136/gut.38.3.316>.
99. Rothenbacter D., Lw M., Hardt P.D. et al. Prevalence and determinants of exocrine pancreatic insufficiency among older adults: results of a population - based study // Scand.J.Gastroenterol. 2005. Vol. 40. №6. - P. 698-702. Doi: 10.1080/00365520510023116. PMID:16036530.
100. Sanford H. Poth Nonsteroidoi anti-inflammatory drug gastropathy: nen avenues for safety // Clinical intervention in Aging. - 2011. - №6. C. 125-130.
101. Sato T., Ito K., Tamada T. et al. Age-related changes in normal adult pancreas: MR imaging evaluation // Eur. J. Radiol. - 2012. - Vol. 81. - №9.-P. 2094-2096. Doi: 10.1016/j.ejrad.2011.07.014.PMID: 21906894.
102. Scheiman J.M. NSAED-induced Gastrointestinal injury: A Focused Update for Clinicians // J Clin Gastroenterol. 2016; 50(1):6-9.
103. Smith C.H., Boband B., Danreeawoo V. et al. Effect of aging on stimulated salivary flow in adults// J. Am. Geriatr. Soc. 2013.-Vol.61.-№5.-P. 806-807.
104. Soad W.EA., Davies M.G., Darey M.D. Management of bleeding after percutaneous transhepatic cholangiography or transhepatic biliary drain placement//Tech Vase Interv Radiol 2008. №11.5.65-69.
105. Sokie-Milutinovic A., Alempijevic T., Milosavljevic T. Role of Helicobacter pylori infection in gastric carcinogenesis: Current knowledge and future directions. // World J Gastroenterol. 2015; 21(41):11654-11672.
106. Stevenson A.R., Solomon M.J., Lumley J.W., Hewett P., Clouston A.D., Gebsky V.J., Davies L., Wilson K. Effect of laparoscopic - assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer: The ALaCaRT The ACOSOG16051 Randomized Clinical Trial. // JAMA. 2015; 314(13):1346-1355.
107. Tetzlaff J., Muschik D., Epping J. et al. Expansion or compression of multimorbidity? 10-year development of life years spent in multimorbidity based

on health insurance claims data of Lower Saxony. Germany // Int.J.Pubtic. Health. 2017. Vol. 62. - №. P. 680-684.

108. The advanced practice nurse in gerontology, a trial to be transformed // Lambert P., Lambert T., Trochet C., Rothan - Tondeur M. Soins Gerontol.- 2020.-May- Jun; 25(143): 26-28.

109. Walter J.F., Paaso B.T., Cannon W.B. Successful transcatheter embolic control of massive haemobilia secondary to liver biopsy // Am J Roentgenol. 1976;127:848.

110. Welch C.J. Evidence based medicine misses the "art" of helping humans. // BMJ 2017;358:j3426.

111. www.cardiosource.org.

112. Zhernitskiy A., Berry R., Han J.V. Tabibian J.H. Hemobilia: Historical overview, clinical update, and current practices // Liver int. 2019; 39(8): 1384-1886.