

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**«ТАСДИҚЛАЙМАН»  
Эксперт кенгаши раиси  
т.ф.д., профессор  
М.М.Мадазимов**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 й.

**Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Ботиров Ж.А.**

**ЎЗБЕКИСТОННИНГ ЁШ, ЎРТА ЁШ, ГЕРОНТ ВА СУПЕРГЕРОНТ  
ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХОЛЕЦИСТИТНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ,  
КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**(монография)**

**Андижон – 2025**

Муаллифлар:

Мамасолиев  
Неъматжон Солиевич

Андижон давлат тиббиёт институти  
ВМО ва ҚТФ ички касалликлар, кардиология ва тез  
ёрдам кафедраси мудири Ўз.Рес.ТА Академиги  
т.ф.д., профессор

Мадазимов Мадамин  
Муминович

Андижон давлат тиббиёт институти умумий  
жаррохлик ва трансплантология кафедраси  
профессори

Ботиров Жаҳонгир  
Акрамжон ўғли

Андижон давлат тиббиёт институти жаррохлик  
касалликлар кафедраси доценти., DSc

Такризчилар:  
Туракулов У.Н.:

Республика врачлар малакасини ошириш  
маркази хирургия кафедраси доценти  
т.ф.д.

Косимов А.Л.:

Андижон давлат тиббиёт институти  
умумий жаррохлик ва трансплантология  
кафедраси профессори., т.ф.д.

Монография Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши  
томонидан 2025 йил \_\_\_-июнь \_\_\_-сон баён билан тасдиқланган ва нашрга  
тавсия этилган

**АДТИ Эксперт кенгаш котиби**  
т.ф.н., доцент

**Н.А.Насридинова**

## АННОТАЦИЯ

Монографияда Ўзбекистоннинг ёш, ўрта ёш, геронт супергеронт аҳолисида эпидемиологик мониторинг тизимини мунтазам амалий фаолиятга киритиш – холецистит, уни коморбид фони ва асоратларини барвақт аниқлаш имкониятини ва унинг иккиламчи ва учламчи профилактикаси хатар омиллари ўрганиш натижасида эрта ташхислаш ва унга қарши индивидуал профилактикани амалга оширишга мавжуд, ҳамда даволаш дастурларининг самарадорлигини назарий ва амалий асослари ёритилган. Ушбу масаланинг назарий жиҳатлари муаллифларнинг кенг кўламли шахсий материаллари билан тасдиқланган, ҳамда клиник ҳолатларнинг батафсил тавсифи кўринишида тақдим этилган. Муаллифлар ушбу патология билан оғриган беморларни эрта аниқлаш, профилактикасининг самарали, баъзи ҳолларда эса оригинал усуллари ишлаб чиқдилар, бу эса ёш, ўрта ёш, геронт супергеронт холецистит частотаси ва унинг хатар омилларини ҳақиқий баҳолаш имконини беради ва ўлим ҳолатларини сезиларли даражада камайтирди.

Муаллифлар ёш, ўрта ёш, геронт супергеронт аҳолисида холециститни эпидемиологик тадқиқотда ўрганишга, ва унинг хатар омиллари скринингига (узлуксиз ва даврий), бирламчи ва иккиламчи ҳамда учламчи профилактикасини аҳоли орасида олиб борилишига алоҳида эътибор беришади.

Монография оилавий шифокорлар, терапия, жаррохлик соҳасидаги мутахассислар, шунингдек, ички касалликлар соҳасида фаолият юритувчи барча ихтисосликдаги шифокорлар учун мўлжалланган.

---

---

## МУНДАРИЖА

---

---

<b>ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР ВА АТАМАЛАР РЎЙХАТИ</b> .....	8
<b>КИРИШ</b> .....	9
<b>I БОБ. ТУРЛИ ЁШГА МАНСУБ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХОЛЕЦИСТИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКА-СИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ҲОЛАТИ: МУВАФФАҚИЯТЛАР, МУАММОЛАР ВА УЛАРНИНГ АСОСИЙ УСТУВОР ЙЎНАЛИШЛАРИ</b> (адабиётлар шарҳи) .....	15
§1.1. Турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холецистит эпидемиологияси ва профилактикасига алоқадор эпидемиологик шароит ва вазиятлар ҳолати ҳамда муаммолари.....	16
§1.2. Турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холециститнинг превентив – профилактик масалалари, долзарб мавзулари ва асосий устувор йўналишлари .....	24
§1.3. Турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холециститнинг скрининг клиник – донозологик ташҳиси масалалари:% муваффақиятлар, муаммолар ва ечимларини истиқболли кўринишлари .....	32
§1.4. Турли ёшга мансуб аҳолида холециститни барвақт аниқлаш прогнозлаш ва профилактика қилиш технологияларининг янги шаклларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш йўллари ҳолати: уларни модернизация қилиш йўналишлари .....	39
§1.5. Боб бўйича хулосалар .....	44
<b>II БОБ.ШАХСИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ</b> .....	45
§2.1. Тадқиқотни ташкил қилиш ва амалга оширишни тавсифи .....	45
§ 2.2. Тадқиқотга жалб қилинган ёш ва ўрта ёш популяцияни тавсифи .....	48
§2.3. Тадқиқотга жалб қилинган геронт ва супергеронт популяцияни тавсифи .....	49
§ 2.4. Текшириш усуллари.....	51

§ 2.4.1. Сўровномали усуллар .....	51
§2.4.2. Тиббий – клиник усуллар .....	56
§ 2.4.3. Асбобли –махсус текшириш усуллари .....	59
§ 2.4.4. Лаборатор – биокимёвий текшириш ва гематологик текшириш усуллари .....	59
§ 2.5. Олинган эпидемиологик маълумотлар базасини шакллантириш ва уларга статистик ишлов бериш усуллари .....	59
<b>III БОБ. СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИ ЎЗБЕКИСТОННИНГ ЁШ ВА ЎРТА ЁШ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ХУДУДИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ .....</b>	<b>61</b>
§3.1. Ўзбекистоннинг ёш ва ўрта ёшли популяциясида холециститни эпидемиологияси ва профилактикасининг худудий хусусиятлари .....	61
§ 3.2. Ўзбекистоннинг худудларини ёш ва ўрта ёшли популяциясида сурункали холециститнинг ижтимоий-этник хатар омиллари, уларга боғлиқ холда касалликни эпидемиологик тавсифи .....	65
§3.3. Ўзбекистоннинг худудларини ёш ва ўрта ёшли популяциясида холециститнинг эпидемиологик хатар омилларини тарқалиши, уларга боғлиқ холда касалликнинг шаклланган механизми ва профилактикаси хусусиятлари .....	67
<b>IV БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ЁШ ВА ЎРТА Ёшли ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХОЛЕЦИСТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНING ЗАМОНАВИЙ ХОС ЖИХАТЛАРИ .....</b>	<b>84</b>
§ 4.2. Ўзбекистоннинг ёш ва ўрта ёшли популяциясида сурункали холециститни оғирлик даражаси ва асосий клиник синдромлари бўйича эпидемиологик тавсифи хусусиятлари .....	84
<b>V БОБ. СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИ ЎЗБЕКИСТОННИНГ ГЕРОНТ ВА СУПЕРГЕРОНТ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ .....</b>	<b>96</b>

§5.1. Сурункали холециститнинг Ўзбекистонни геронт – супергеронт аёллари ва эркалари популяциясида эпидемиологияси ва профилактикаси хусусиятлари..... 96

§5.2. Сурункали холециститни Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида ижтимоий хатар омилларини тарқалиши ва уларга боғлиқ холда касалликнинг шаклланиши механизмларини эпидемиологик тавсифи ..... 100

§5.3. Сурункали холециститни Ўзбекистон худудларининг геронт – супергеронт популяциясида эпидемиологик хатар омилларини тарқалиши частотаси ва уларга боғлиқ холда касалликнинг шаклланиши хусусиятлари..... 103

**VI БОБ. КОМОРБИДЛИК НЕГИЗИДА СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ЎЗБЕКИСТОННИ ГЕРОНТ – СУПЕРГЕРОНТ ПОПУЛЯЦИЯСИДА КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ ..... 149**

§6.1. Коморбидлик негизида сурункали холециститнинг клиник кечишини Фарғона водийсининг геронт – супергеронт популяциясида хусусиятлари, профилактикаси йўналишлари..... 149

§6.2. Коморбидлик негизида сурункали холециститнинг клиник кечишини Воҳанинг геронт – супергеронт популяциясида хусусиятлари, профилактикаси йўналишлари..... 152

§6.3. Ўзбекистон худудларининг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг клиник кечишини коморбидлик негизида клиник – профилактик тавсифи..... 154

**VII БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ГЕРОНТ – СУПЕРГЕРОНТ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ТУРЛИ ХУДУДИЙ ХОС КЎРИНИШЛАРИНИ ВА АСОСИЙ КЛИНИК СИНДРОМЛАРИНИ ИФОДАЛАНИШИ БЎЙИЧА ҚИЁСИЙ КЛИНИК – ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ ..... 158**

§7.1. Фарғона водийсининг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича клиник ифодаланишини эпидемиологик тавсифи.....	158
§7.2. Воҳанинг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича клиник ифодаланишини эпидемиологик тавсифи.....	158
§7.3. Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича клиник ифодаланиши эпидемиологик тавсифи.....	161
<b>VIII БОБ. ХОЛЕЦИСТИТНИНГ АСОСИЙ КЛИНИК СИНДРОМЛАРИНИ ВА АСОРАТЛАНИБ КЛИНИК КЕЧИШИНИ ЎЗБЕКИСТОННИНГ ГЕРОНТ – СУПЕРГЕРОНТ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ТАВСИФИ, ХОЛЕЦИСТИТНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ, ПРОГНОЗЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ АЛГОРИТМИ – МОДЕЛИ.....</b>	<b>164</b>
§8.1. Фарғона водийсининг геронт – супергеронт популяциясида холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталарини тавсифи.....	164
§8.2. Воҳанинг геронт – супергеронт популяциясида холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталарини тавсифи .....	166
§8.3. Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт популяциясида холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталарини тавсифи .....	167
§8.4. Ўзбекистон худудларини геронт – супергеронт популяциясида холециститнинг асоратланиб клиник кечишини хос жиҳатларини тавсифи.....	171
<b>ХОТИМА.....</b>	<b>177</b>
<b>ХУЛОСАЛАР.....</b>	<b>185</b>
<b>АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....</b>	<b>188</b>
<b>ШҲОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ .....</b>	<b>189</b>

---

---

## ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР ВА АТАМАЛАР РЎЙХАТИ

---

---

<b>АБ</b>	– артериал босим;
<b>АГ</b>	– артериал гипертония;
<b>АИ</b>	– артериал истеъмоли;
<b>ГТГ</b>	– гипертриглицеридемия;
<b>ГХС</b>	– гиперхолестеринемия;
<b>ДАБ</b>	– диастолик артериал босим;
<b>ДАГ</b>	– диастолик артериал гипертония;
<b>ДЛП</b>	– дислипидемия;
<b>ИХО</b>	– ижтимоий хатар омиллари;
<b>ҚД2</b>	– қандли диабет 2-тури;
<b>МИ</b>	– миокард инфаркти;
<b>Мм.сим.уст.</b>	– миллиметр симоб устуни;
<b>МС</b>	– метаболик синдром;
<b>МСМКИ</b>	– мева-сабзавот махсулотларини кам истеъмоли;
<b>Ммоль</b>	– миллимоль;
<b>ОИАК</b>	– ошқозон –ичак аъзолари касалликлари;
<b>ОТВ</b>	– ортиқча тана вазни;
<b>САБ</b>	– систолик артериал босим;
<b>САГ</b>	– систолик артериал гипертония;
<b>СТХ</b>	– сурункали тошли холецистит;
<b>СХ</b>	– сурункали холецистит;
<b>ХО</b>	– хатар омиллари;
<b>ЭКГ</b>	– электрокардиография;
<b>ЭхоКГ</b>	– эхокардиография ;
<b>ЮБСК</b>	– юқумли бўлмаган сурункали касалликлар;
<b>ЮИК</b>	– юрак ишемик касаллиги;
<b>ЮҚК</b>	– юрак – қон томир касалликлари

---

---

## КИРИШ

---

---

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, бутунги кунда демографик тенденциялардан бири бу – сайёра аҳолисининг ўртача умр кўриш давомийлигининг ҳамда кексалар улушининг ўсиши хисобланади<sup>1</sup>. Ривожланган мамлакатларда 65 ёшдан ошганлар улуши ҳозирги вақтда бутун аҳолининг 10-15 фоизини ташкил қилади ва 2050-йилларга келиб бу кўрсаткич икки баробар ортади. Республикамизда ўртача умр кўриш давомийлиги 74,7 ёшга етди<sup>2</sup>. Геронтологик ёшдаги аҳоли сонининг ортиб бораётганлиги ҳисобига, асосан клиник маълумотларга кўра, холецистит билан касалланиш янада ортмоқда. Чунончи, шошилиш тиббий ёрдам муассасаларига тушган холецистит билан касалланган беморларнинг 40% ни геронтологик ёшдагилар ташкил этмоқда. Холецистит терапевтик ва хирургик муаммо сифатида долзарб ҳисобланади, аммо “профилактик тиббиёт” йўналишида, айниқса геронт ва супергеронт аҳоли орасида деярли кўл урилмаган долзарб масала сифатида ҳозиргача сақланиб қолмоқда. Профилактик тиббиётнинг асосий тамойилларига таянган ҳолда холециститни преморбид ҳолатда прогноزلаш, олдини олиш ва даволаш тўлиқ самарага эришиш имкониятини беради. Лекин бундай йўналиш геронтологик беморлардаги холецистит мисолида деярли ривожланмаган, Ўзбекистон шароитида эса, умуман ишлаб чиқилмаган. Ваҳоланг-ки, ўзбек геронт популяциясида ушбу илмий ёндошувга эҳтиёж бор ва яқин йилларда бундай зарурат янада ортади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда беморларнинг ёш гуруҳларига боғлиқ ҳолда ўт пуфаги касалликларининг эпидемиологик жиҳатларини ўрганишга қаратилган ва ўткир холецистит оғирлик даражаси билан ўт пуфаги яллиғланиши ва лаборатор маълумотлар ўртасидаги корреляцияни

---

<sup>1</sup> <https://data.who.int/ru/indicators>

<sup>2</sup> [https://t.me/statistika\\_rasmiy/4562](https://t.me/statistika_rasmiy/4562)

аниқлаш бўйича кўп марказли популяцион статистик тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда, коморбид беморларда лапароскопик холецистэктомия ва кичик кесмали холецистэктомиянинг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш, гипогликемик дори воситалари, яллиғланиш оксиллари ҳамда ўт пуфаги касалликлари орасидаги корреляцион боғлиқликни, шунингдек, холин метаболитлари ва ўткир тошсиз холецистит ўртасидаги сабаб-оқибат алоқаларни аниқлашга доир тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари холецистит билан хасталанган беморларда профилактиканинг ҳамда хирургиянинг илғор технологияларини жорий этиш орқали олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган<sup>3</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, холецистит билан хасталанган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш, ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли профилактика ва хирургиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”, 2022 йил 25 апрелдаги ПҚ-215-сон “Бирламчи тиббий – санитария ёрдамини аҳолига яқинлаштириш ва тиббий хизматлар самарадорлигини ошириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида” ва 2024 йил 22 январдаги ПҚ-38-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида ислохатларни чуқурлаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги Қарорлари, шунингдек, мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий

---

<sup>3</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг. 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПҚ-60 сонли Фармони.

хужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Аниқланишича, бир йилда 64000 атрофидаги беморлар ўткир холецистит бўйича жарроҳлик стационар даволанишга эҳтиёж сезади, бу эса асосан катта ёшли беморларни шикастлайдиган кенг тарқалган жарроҳлик касаллигича қолмоқда (Klinik für Allgemein und Viszeralchirurgie (Германия)); шу билан бирга, ўткир холециститга чалинган беморлар ўлими 0–10% ни ташкил қилади, ташриҳдан кейинги ўлим эса 23–40% га етади (Sapporo Medical University (Япония), Washington University (АҚШ)); холецистэктомия ўтказган беморларда холецистит хавф омиллари, улар орасида гипертония, қандли диабет, юрак қон томир касалликлари, мия қон айланишининг бузилиши, буйрак етишмовчилигининг терминал босқичи ажратилиб ўрганилди (СНА University (Корея Республикаси)); холецистит ривожланишида гемоглобини паст ва умумий билирубин ҳамда ишқор фосфатаза концентрацияси юқори бўлган кишиларда грамм манфий бактериялар ва ўт энтерококки маълум аҳамият касб этиши тахмин қилинган (Anhui Medical University (Хитой)); холецистит келиб чиқишининг энг аниқ омиллари кузатилган кишилар контингентини аниқлаш бўйича тадқиқот натижаларига кўра, кўпроқ анамнезида гипертоник касаллик кузатилган 35–60 ёшдаги аёллар касалланади (Воронеж давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)); ўткир холециститни кузатиш натижалари, асоратлари, клиник кечиши ва патофизиологияси ўрганилган (University of Texas Health Science Center (АҚШ)); ўткир холециститни ташхислаш ва баҳолашнинг янги мезонлари тақдим этилган (Kumamoto University (Япония)); холецистэктомиядан кейинги асоратлар ривожланиши ва оғирлик частотаси ўрганилган, кўпинча ташриҳдан кейинги асоратлар ҳамроҳ кечувчи касалликлари мавжуд катта ёшдаги кишиларда ривожланиши аниқланган (All India Institute of Medical Sciences (Ҳиндистон)); очик холецистэктомия ва лапароскопик холецистэктомия хавфсизлиги ҳамда самарадорлиги қиёсий таҳлил қилиниб, ташриҳдан кейинги асоратлар ёш ва

кекса ёшдаги кишиларда бир хилда жуда кам ҳолатда ҳамда очик киришга қараганда лапароскопик ташриҳдан кейин кам ҳолатда ривожланиши аниқланган (Ospedale di Carate Brianza (Италия)); ташриҳдан кейинги асоратлар хавф омиллари таҳлили 18,3% ҳолатда умумий мураккабликдаги асоратлар, 1,3% ҳолатда ўлимга олиб келувчи натижа аниқланган, уларнинг 14,5% лапароскопик аралашув натижалари ва 29,8% очик холесцистэктомиядан кейинги оқибатлар бўлган, бунда беморлар 65 ёшдан катта, эркак жинсига хос, буйрак фаолияти бузилган кишилар бўлиб, ташриҳ очик холецистэктомия билан яқунланган, унда ташриҳдан кейинги асоратлар ривожланишининг мустақил бўлмаган хавф омиллари аниқланган (University of Helsinki (Финляндия)); олиб борилган тадқиқотлар ташриҳдан кейинги асоратларни тизимлаштиришга имкон берган (University of Missouri (АҚШ)); экспертлар тавсиялари, шунингдек, аниқ клиник вазиятга тегишли охириги тадқиқотлар асосида холециститга диагностик ва терапевтик ёндашувлар асосланган (University of Auckland (Янги Зеландия)); тошсиз холецистит билан касалланган беморларни мослаштирилган индивидуал тезлашган реабилитация дастури ишлаб чиқилган (Узлуксиз касбий таълим Россия тиббиёт академияси (Россия Федерацияси)); холецистит билан оғриган ёш кишиларда психоэмоционал хусусиятлар бўйича тадқиқот натижалари асосида ўт суюқлигининг литоген ўзгаришларини камайтириш, дисбиотик ва липид бузилишларини тузатиш, беморнинг психоэмоционал ҳолати ва ижтимоий-психологик кўрсаткичларини яхшилашга сабаб бўлувчи профилактика ҳамда комплекс даволаш алгоритмининг шахсга мўлжалланган дастури ишлаб чиқилган (Бошқиртистон давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)), ўткир ва сурункали тошли холециститларда жаррохлик тактикалари ва каминвазив оператив даволаш усуллари ишлаб чиқилган (Тошкент тиббиёт академияси, Андижон давлат тиббиёт институти (Ўзбекистон)).

Муаммонинг жиддийлигига қарамай, мавжуд дастлабки манбалар орасида холецистит “профилактик тиббиёт” соҳасида терапевтик ва

жарроҳлик муаммоси сингари долзарбдир. Ёшлар ва ўрта ёшлилар, шунингдек, геронт ва супергеронт популяцияда холецистит эпидемиологияси, олдини олиш, кечиш хусусиятларини аниқловчи устувор алгоритмларнинг яратилиши назарий ва амалий жиҳатдан долзарб ҳисобланади.

Турли ёшдаги аҳоли популяциясида холецистит ва унинг терапевтик ҳамда хирургик муаммоларини ечиб беришга бағишланган илмий кузатувлар олиб борилган (Марков П.В.,2023<sup>4</sup>; Mora – Guzman I., 2020<sup>5</sup>). Асосан клиник тадқиқотларда, турли ёшдаги аҳоли жалб қилиниб, олинган натижалар кўйидаги минтақа ва мамлакатларда эълон қилинган: Ўзбекистонда (Мамасолиев З.Н., 2023<sup>6</sup>), Россияда (Никитин Ю.П.,2019<sup>7</sup>), Японияда (Hirose N., 2020<sup>8</sup>) ва х.к. Мавжуд тадқиқотлар холециститнинг клиник-морфологик муаммоларини ечиб беришда маълум даражада олдинга ташланган қадамни тасдиқлайди. Профилактик усулларга деярли мурожаат қилинмаган, популяция даражасида, айниқса геронт-супергеронт аҳоли гуруҳларида профилактик тиббиёт нуқтаи назаридан холецистит муаммосига ёндошилмаган. Илмий манбаларда геронтхолециститга бағишланган скрининг натижалар жуда кам, борлари ҳам зиддиятли ёки қийматларини вақт ўтиши билан йўқотган. Ўзбекистон популяциясида бўлса (унинг барча ҳудудларини қамраб олган ҳажмда) – умуман йўқ.

Холециститни консерватив даволаш 80%га етиб самара бермайди ва натижада операция асоратлар фонида ўтказилади. Шу сабабли геронт беморларда ўлим 40-50% дан ошиб қайд қилинади (Tsimmerman Y.S.,2022<sup>9</sup>). Бунинг устига асоратланиб ўтувчи ва хамроҳ касалликлар фонида кечувчи

---

<sup>4</sup> Марков П.В., Арутюнов О.Р., Пыхтеев В.С., Власкина Л.А. Лапароскопическая холецистэктомия при удвоении желчного пузыря. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2023;182(1):81-87.

<sup>5</sup> Mora – Guzman I., Di Martino M., Bonito A.C. et al. Conservative management of gallstone disease in the elderly population: outcomes and recurrence //Scandinavian Journal of Surgery. – 2020; 109(3): 205-208.

<sup>6</sup> Мамасолиев З.Н. Особенности распространенности, развития и профилактики глаукомы у пожилого и геронтического возраста //Автореф... дис. доктора мед. наук (DSc). – Андижан. 2023. – С. 55-56

<sup>7</sup> Никитин Ю.П., Татарина О.В., Черных Н.И. Долгожительство в Сибири и на Дальнем Востоке: демографические и клинические аспекты. Новосибирск. – 2019. – С. 170-171.

<sup>8</sup> Hirose N., Sukuki M., Aral Y. Et al. Correlates of nutritional status in Japanese centenarians //In: centenarians. Autonomy versus Dependence in the Oldest Old/New York: Springer Publ. CO., 2020. P. 61-74.

<sup>9</sup> Tsimmerman Y.S., Gastroenterology. Manual. М.: GEOTAR – Media. – 2022: 20-31.

холециститни геронтологик беморда хирургик даволаш бўйича ҳам ҳозирги пайтда фикр бирлиги йўқ. Шундай экан, геронто-холецистит скрининг усуллари ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш, барвақт аниқлаш ва профилактика қилиш алгоритмлари ҳамда дастурлари, мавжуд коморбид касалликлар ва холециститнинг хусусиятларини ҳисобга олиб, ишлаб чиқиш долзарб масала ва зарурат ҳисобланади. XXI аср шароитида Ўзбекистон ҳудудлари геронт ва супергеронт аҳолисида ёш ва ўрта ёшдагиларга киёсланиб махсус эпидемиологик тадқиқот бажарилмаган.

Бундай маълумотлар мамлакатнинг тиббий- ижтимоий хизматини ташкил этиш, режалаштириш, ривожлантириш, предикция, профилактика, превенция, диспансеризация ва даволаш чора-тадбирлари тизимини ишлаб чиқиш, ҳаёт сифатининг юқори даражаси билан узок умр кўришга эришиш учун муҳим бўлади. Диссертация иши Ўзбекистон Республикаси Президентининг тиббий профилактика бўйича ишлар самарадорлигини ошириш ва бу йўналишда соғлиқни сақлаш тизимида янги механизмларни жорий қилиш тўғрисидаги Қарор ва кўрсатмаларда қўйилган вазифаларни бажаришга йўналтирилган.

---

---

**I БОБ. ТУРЛИ ЁШГА МАНСУБ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА  
ХОЛЕЦИСТИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКА-  
СИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ҲОЛАТИ: МУВАФФАҚИЯТЛАР,  
МУАММОЛАР ВА УЛАРНИНГ АСОСИЙ УСТУВОР  
ЙЎНАЛИШЛАРИ (адабиётлар шарҳи)**

---

---

Холецистит терапевтик, хирургик муаммо сифатида ва “профилактик тиббиёт майдонида” деярли қўл урилмаган долзарб масала сифатида то хозиргача сақланиб қолмоқда. Унинг ўткир шакллари ташхислаш ва даволаш усуллари такомиллаштиришда, асосан хирургик ёндошувларни ишлаб чиқиш ва амалиётга киритиб боришда, юқори натижаларга эришилган [1;2;16;27;115;189;204]. Халқаро ва Ўзбекистон миқёсида ҳам жумладан шундай холециститда бир томонлама номувозанатли ривожланиш профилактикасига қиёсланганда, - мавжуд ёки сақланиб қолмоқда [52;88;193;204].

Буларни ҳисобга олган ҳолда холецистит эпидемиологияси ва профилактикасининг замонавий ҳолатини турли минтақа ва популяцияларда аниқлаш ва баҳолаш жуда муҳим ва долзарб илмий масала ҳисобланади [4;19;26; 40;141].

“Профилактик тиббиёт” ва “клиник тиббиёт” мувозанатини холецистит мисолида тикланиши ёки “профилактик тиббиёт тошини” ортишини таъминлаш касалликни тўлиқ назорат қилиш имкониятини туғдиради, тиббий-иқтисодий йўқотишларни камайтиради ва ташхисот ҳамда даволаш технологияларининг самарасини кескин оширади. Адабиётлар шарҳи, халқаро тажрибалар мушоҳидаси ушбу “илмий ва амалий ҳақиқатни” тасдиқлайди. Улар ҳақида батафсил маълумотлар беришни мақсадга мувофиқ деб биламиз.

§1.1. Турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холецистит эпидемиологияси ва профилактикасига алоқадор эпидемиологик шароит ва вазиятлар ҳолати ҳамда муаммолари

Холецистит йилдан йилга ўсиб бориш частотаси билан аниқланмоқда. Бу кўп омилларга боғлиқ ҳолда содир бўлмоқда ва шунинг учун, ушбу йўналишда тадқиқотларни, хусусан, эпидемиологик – профилактик мазмунли, амалга ошириш ўта муҳим аҳамият касб этади [42;55;71;126;179].

Sandblom G. et al. (2015) тадқиқотида  $\geq 70$  ёш холециститнинг номақбул асоратларини, масалан, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни, хавфини оширувчи хатар омил ҳисобланади [189]. Умуман, ҳар қандай холецистит бўйича қилинган операция, D.G.Watt ва ҳаммуаллиф (2015). Маълумотлари бўйича, масалан, шошилич лапаратомия кекса беморларда асоратланишларни 58%га ва 30 кунлик ўлимни 22%га оширади [200].

Coccorullo G. et al (2016) кекса ёшдаги 159 та беморда холецистит билан операция қилингандан кейинги асоратларни таҳлил қилишиб хулоса қилишганки, 12,5% ўлим ва 19,4% операциядан кейинги асоратлар келиб чиқади [142].

Ҳар қандай жарроҳлик амалиётини ўтказиш, кекса ва қариялардаги холецистит бўйича, операциядан кейинги ўлим суръатини 2,2% дан 8,8% гача етиб ошириши мумкинлиги 1993 та 65 ёшдан ўтган беморларда Costa G. et al (2020) томонларидан исботли кўрсатилган [143].

Шулардан келиб чиқиб тадқиқотчилар яқдил хулоса қилишган:  $> 70$  ёш холецистэктомиядан сўнги номақбул оқибат, континуумни келтириб чиқарувчи хатар омиллар ҳисобланади [166;169;178;186;].

Кекса, қария, геронт ва супергеронт ёшдаги аҳолида кўпинча коморбид ёндош касалликлар бўлади ва худди шулар сабаб бўлиб ҳар қандай оператив

аралашувни хавфи бўлади ёки хавф кескинлашади. 80 ёшдан кейин деярли барчада ҳамроҳ қўшма касалликлар бўлади ва улар нафақат хирургия талаб қиладиган, балки талаб қилмайдиган холециститнинг ҳам муқобил фармакотерапиясини танлови ва амалга оширилишини қийинлаштиради [166].

Масалан, Nikfarjam M. et al. (2014) маълумотларига кўра холецистэктомия асоратларини 31%га ва лапароскопиядан бўладиган хавфни 21%га оширади [178].

Шу боис, кўплаб тадқиқотчилар исботи хулоса беришадикки, кекса, қария ва геронт ёшдаги аҳолида шошилишч холецистэктомияни бажариш учун нисбий монелик бўлади. Бу ёшдагиларда бажарилган мета-шарҳ ва тизимли мавжуд адабиётларни таҳлиллари ҳам асосан шундай хулосага келишга асос беради [169;186].

Холецистит, Mora – Guzman I. et al. (2020) тадқиқотларида келтирилган натижаларга кўра эса айнан 90 ёшдан ошганларда (80%) ва 80-89 ёшлиларда (28% дан 42% гача етиб частоталарда) юқори даражалар билан аниқланади [175]. Ва юқори хавфлар операцияга зарурат ва эҳтиёж туғилади.

Шунинг учун айнан шу ёшдаги аҳолида ва умуман, бошқа ёшроқ аҳолида ҳам холециститни эрта ташхислаш ва профилактика қилиш масалалари жуда ўткирлашган мавзу бўлиб ҳисобланади ёки шу йўналишдаги эпидемиологик тадқиқотлар катта аҳамият касб этишади [11;22;35;106;137;153].

Ўзбекистон ҳудудларида холециститни масалалари хирургия нуқтаи назардан кенг ўрганилганлиги адабиётлар таҳлилидан аён бўлади ва шундай фикрлар ватандош тадқиқотчилар томонидан ҳам билдирилган. Уларнинг деярли барчалари клиник тадқиқот маълумотлари ва уларда асосан ўткир холециститни хирургик даволашга бўлган замонавий қарашлар ўрганилган [3; 7;12;54;124;125].

Туляганов Д.Б. ва хаммуалл. (2023) кенг адабиёт шарҳини келтириб асосли тарзда, масалан, шундай хулосани баён этишган. Ва яна ушбу муаллифлар томонидан исботли қилинганки, холециститэктомия хозирда ўткир холециститни батамон даволовчи ягона усул бўлиб, даволашнинг бошқа стратегияларига нисбатан операциядан кейинги узок муддатларда билимлар асоратлар миқдори камроқлиги, шифохонада даволаниш муддатларининг қисқароқлиги ва даволанишининг умумий харажатлари билан жумладан, қари ва кекса ёшдаги беморларда ҳам, ажралиб туради [120].

Ошқозон ичак аъзолари касалликлари (ОИАК) билан беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни, хусусан, ўт йўллари ва жигар касалликларида, нохирургик йўлларини оптималлаштириш хозирги даврда муҳим масала бўлиб қолган. Айниқса нафақат ёшларда, ўрта ёшлиларда ва узок умр кўрувчилрда ушбу йўналиш муаммолашган. Чунки геронт аҳоли Ўзбекистонда кўпайган ва кўпайиб бормоқда (1.1-жадвал). Иккинчидан, масалан, холециститда хирургик даволаш стратегияларини геронт ёшдаги аҳолида хавфини камайтириш замонавий фанни устувор мавзуси бўлиб доимо келган ва келмоқда. ОИАКдан ўлим кўрсаткичларига ёш омили кучли таъсирини кўрсатади ва буни камайтиришда, фанга ва хусусан хирургия амалиётига профилактик йўналишни кенг жорий қилиниши мақсадга мувофиқ деб тавсия қилинади.

Короганская Е.В. ва хаммуал. (2022) тасдиқлатиб кўрсатишганки, айнан профилактик амалиёт хирургияга, жумладан ўт пуфаги ва ўт йўллари – хирургиясига, кенг жорий қилинмаганлиги натижаси бўлиб ОИАК дан ўлим 2019-2021 йилларда Россияда ошган: жигар касаликларидан – 17,9%дан 22,0% гача ва ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликларидан – 0,7% дан 0,9% гача ортган [60].

Хазм аъзолари касалликлари орасида сурункали холецистит нисбатан кенг тарқалган касаллик сифатида қайд этилади. Касаллик ҳар 1000 кишига 10,6 дан тўғри келиб кузатилади. Аёллар эркакларга қараганда 3-4 баробарга кўпроқ хасталанишади; айрим мамлакатларда холецистит билан беморларнинг ҳар тўртинчисида (20%), 65 ёшдан ўтканларда, тош аниқланади [56].

Касалликнинг хатар омиллари сифатида ёғли таомни истеъмол қилиш, стресслар, иммунли ва гормонал тасиротлар, ўт пуфаги нуқсонлари, инфекциялар тасдиқланади. Алкоголь ва парҳезни бузилш холециститни қайталантиради ва авжлантиради (ўнг қовурға ости оғриғи, диспептик симптомлар, иштаҳани йўқолиши, қорин дам бўлиши, ич қотиши, субфебрил ёки фебрил иситма тарзида), 20% ҳолларда ўт санчиғи тарзида ифодаланиб кечади [45;49]. Хозирги дунёда аҳолини ёш структураси уни қариши томон ўзгариб бормоқда. Мутахассисларни баҳо беришларича, 2025 йилга бориб 15 ёшгача бўлган боллар сони 40 процентга камаяди ва кексалар сони икки баробарга ортади. Шунинг учун кекса, қария ва геронт – супергеронт ёшдаги аҳолида аксарият келиб чиқадиган касалликларни, жумладан, холециститни эрта прогнозлаш ва олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш мавзулари хозирданда янада долзарблашади. Хозиргача ҳам бу мавзудаги эпидемиологик ишларни етарлича эмаслиги ёки қониқармаслиги тадқиқотчилар томонидан, адабиётлар тахлили бўйича, кўрсатилади [154;164;170].

Ёш ўтиши билан гепатобилиар тизим ўзаро ишларга учраб боради. Хусусан, жигар хажи кичраяди, унга қон оқими пасаяди, функциялари ва регенератив хусусиятлари ўзгаради. Бу ўзгаришлар, қатор касалликларини ва холециститнинг кечишини модификацияланишига олиб келиш хавфини оширади [1.1-расмда келтирилган; Тајігі К.,2013].

1.1-жадвал

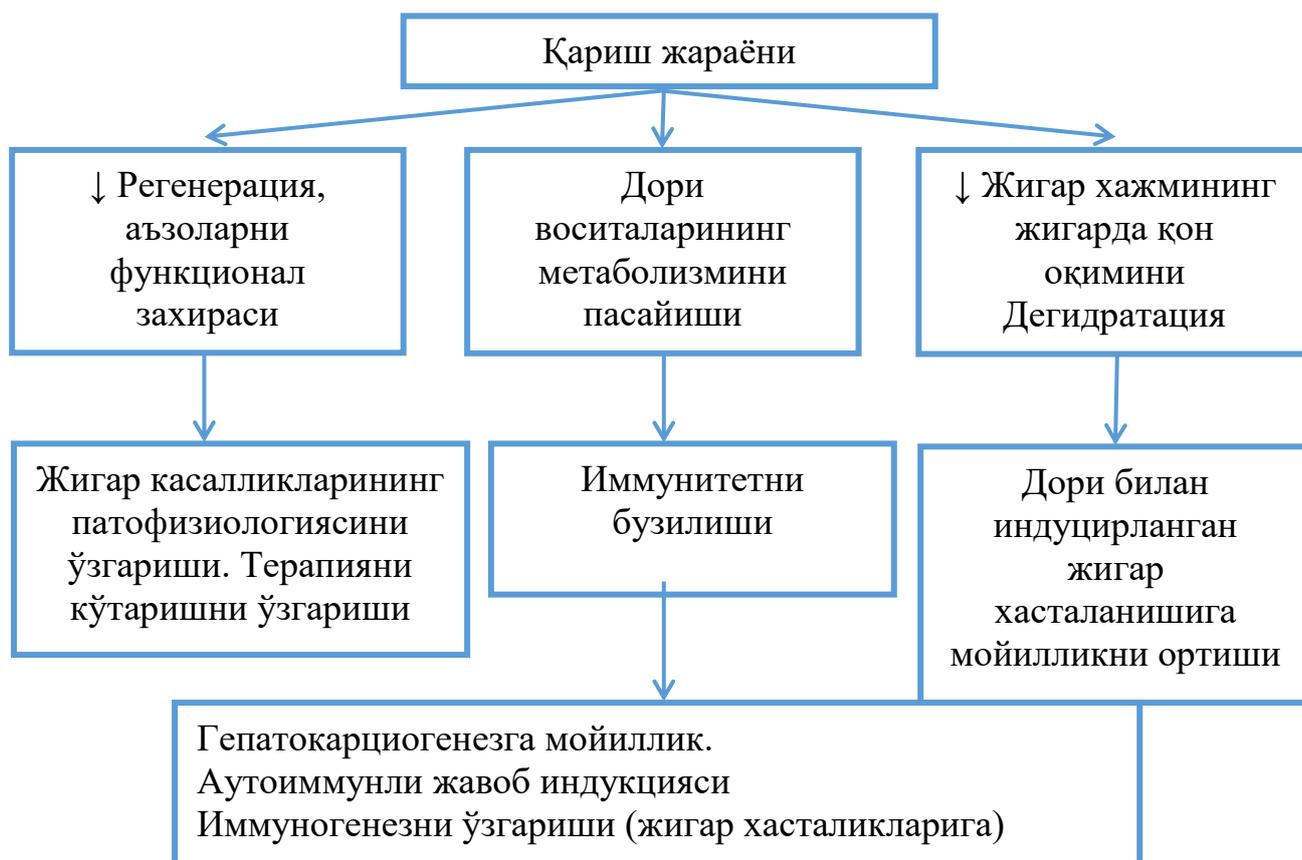
Узоқ умр кўрувчи 100 ёшга тўлган аҳолини Ўзбекистон  
худудларида тавсифи

№	Узоқ умр кўрувчилрни яшаш жойлари	Узоқ умр кўрувчилр сони	
		N	%
1.	Сурхондарё вилоятида	71 нафар	13,9
2.	Қашқадарё вилоятида	92 нафар	18,0
3.	Андижон вилоятида	48 нафар	9,3
4.	Фарғона вилоятида	45 нафар	8,8
5.	Тошкент вилоятида	41 нафар	8,1
6.	Самарқанд вилоятида	36 нафар	7,1
7.	Бухоро вилоятида	35 нафар	6,8
8.	Наманган вилоятида	33 нафар	6,4
9.	Хоразм вилоятида	28 нафар	5,4
10.	Тошкент шаҳрида	26 нафар	5,0
11.	Жиззах вилоятида	16 нафар	3,1
12.	Навои вилоятида	13 нафар	2,5
13.	Қорақалпоғистонда	21 нафар	4,1
14.	Ўзбекистон бўйича:	514 нафар (110 нафари эркаклар – 21,4%; 404 нафари аёллар – 78,6%)	100,0%

**Изоҳ:** маълумотлар 2024 йил 01 январ ҳолатига пенсия жамғармаси хатарига кўра олинган.

Шуни таъкидлаш керак бўладики, холецистэктомия ўт йўллари шикастланишига олиб келади: холестэктомиядан сўнг “кичик” ва “катта” асоратланишлар келиб чиқади ёки шундай хавф доимо сақланиб қолади. “Катта” асоратлар жуда хавфли бўлиб хаттоки ҳаёт учун хавф солади. “Кичик” асоратлар хавфи камроқ бўлсада, аммо О.И.Охотников ва ҳаммуаллифлар (2017) тақдим этишган маълумотларга кўра ташқи ўт оқимини бузилишига олиб келиб септик асоратланишлар хавфини оширади. [91].

Бошқа тадқиқотчилар ҳам бу натижани тасдиқловчи маълумотларни келтиришган: шу каби асоратлар – 0,17 – 0,97% частоталарда улар томонидан тасдиқланган [13;14;21;64;149;190;].



**1.1-расм. Кекса ёшдаги аҳолида жигар касалликларининг модификациясини механизмлари (Тажірі К. ва б.қ.; 196).**

Умуман холецистит эпидемиологиясига оид маълумотларда икки хил хулоса қилинганлиги ва уларга ойдинлик киритиш зарурати келиб чиққанлиги адабиётлар шарҳидан аён бўлади. Аксарият клиник тадқиқотлар натижаларига кўра сурункали тошсиз холецистит кам учрайдиган касалликлар қаторида тилга олинади. Охириги йиллардаги эпидемиологик йўналишли текширувларда бўлса бу хулосага зид фикр билдирилган: сурункали тошсиз холецистит (СТХ) кам учрайдиган касаллик эмас, мавжуд ҳақдаги клиник маълумотлар ҳақиқатга тўғри келмайди. Ҳазм аъзолари касалликлари таркибида СТХ кўп учрайдиган касаллик бўлиб ҳисобланади. Лекин унинг эпидемиологияси ва клиник кечишига оид кўплаб масалалари ҳозиргача ечилмай қоляпти ва муҳокама қилишни талаб қилади деб салоҳияти тадқиқотларда хулоса қилинади [128].

Хусусан, Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И. (2013) тадқиқотлари тасдиқлаб берганки, СТХ ахоли орасида 5% тарқалиш частотаси билан аниқланади ва холелитиазни ва билиар сладж (лойқа)ни олди холат сифатида у қабул қилинади [43].

Анисимова Е.В. ва ҳаммуалл. (2013) кўрсатган натижаларга кўра, СТХ ўт йўлларида барча касалликлари ичида 8-30%ни ташкил қилиб учради. СТХ билан касалланиш йилига ҳар 1000 та аҳолига 6-7 тани ташкил этади. Аёллар, айниқса ёш аёллар, эркакларга қараганда 3-4 баробарга кўп касалланишади [9].

Vitton V. et al. (2012) ва Brayman – Mintzer et al. (2014) тадқиқотларида муҳим натижалар кўрсатилган, қайсиларга холецистит муаммосини ҳал қилишда муҳим аҳамият касб этувчи назария ва амалиёт бўлиб нохирургик консерватив ва профилактик стратегия эканлигини тасдиқлашади: 1) оператив аралашув холецистит масаласида ҳозиргача ўткирлигича қолмоқда, лекин асоратланишлари хавфини кўплиги (айниқса кекса ёшдаги аҳолида) эътиборни тортади; 2) СТК кўпроқ терапевтларнинг гастроэнтерологик амалиётида учрасада лекин барибир охириги йилларда хирурглар ишида ҳам СТКга дуч келиш холатлари кўпайган; 3) ушбу касаллик бир неча этиологик омиллар оқибатида келиб чиқади, ва доимо ҳам консерватив даво ижобий натижага олиб келмайди ёки шу сабабларга кўра профилактик ёндошувга ўткир зарурият бўлади ва ноиложлик ҳаётини зарурати, хирургияга тузилади [139;197].

Анисимов Е.В. ва ҳаммуалл. (2014) маълумотларига кўра холециститнинг барча ёшдаги аҳолида келиб чиқиши ва кечиши асосан аҳолининг трофологик ҳолатини хусусиятлари билан ҳам боғлиқ бўлиб белгиланади. Ушбу тадқиқотчиларнинг клиник ишларида ҳулоса берилишича, тана вазни етишмовчилиги билан беморларда тошсиз холецистит ва ўт пуфаги дисфункциясини клиник ифодаланиши кучлироқ кўринишда ифодаланади ва абдоминал оғриқ синдроми устуворлик қилади.

Бундан ташқари тана вазни етишмовчилиги билан мижозлардаги тана пуфаги касаллигида чекловчи овқатланиш харажати ҳам устуворлик қилади. Тана вазни етишмовчилиги бўлган беморларда холецистит учун специфик клиник ифодаланиши шуки, беморларнинг гастробиоптатларида прояллийганишли хусусиятига эга бўлган цитокинларни ишлаб чиқарилиши ортади [8].

Циммерман Я.С. (2012)<sup>10</sup> ва Ильченко А.А. (2011) каби гастроэнтерология соҳасида катта ютуқларга эришган тадқиқотчиларнинг ишларида ҳам билиар тизим (БТ) касалликлари кенг кўламда ўрганилган. Уларнинг илмий маълумотларидан ҳам исботли кўринадикки, хазм аъзолари таркибида БТ касалликлари, хусусан, холецистит нисбатан кўп учрашади [47].

Гарбузенко Д.В. ва ҳаммуал. (2018) ва Drossman D.A. (2006) тадқиқотларида БТ касалликлари ва, холециститни хусусан, меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида айниқса юқори частоталарда аниқланиши, уларнинг ҳаёт учун хавфи асоратланишлари борлиги ва бундан ташқари юқори кўп сарф харажатлар талаб қиладиган касалликларга айланиб қолинганлиги тасдиқланади. Хулоса қилишадикки, ҳозирги даврда БТ касалликлари ва уни таркибида холециститлар ҳам нафақат гастроэнтерологияни долзарб муаммосигина бўлиб қолмасдан, ва яна умуман олганда тиббиётнинг муҳим ижтимоий – иқтисодий муаммоси ҳам ҳисобланадилар [32;150].

Максимов В.А. (2009) шархий маълумотларида ишончли ва исботли тасдиқлайдики, охириги йилларда ўт пуфаги касаликларида ва хусусан, холециститни этиологиясини, ташхисотини ва даволашини ўрганишда муваффақиятларга эришилганлигига қарамасдан, ушбу касалликлар ҳамон, айниқса эпидемиологияси ва профилактикаси соҳаси бўйича, тадқиқотчиларнинг эътиборлари марказида бўлиб қолмоқда [72].

Костюченко Л.Н. (2002) трофологик етишмовчиликни хазм аъзолари касалликларини мумкин бўлган хатар омили сифатида ўрганган ва уни кўплаб

---

<sup>10</sup> Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. ГЭОТАР – МЕДИА 2012: 20 – 31

касалликларни, жумладан, ўт пуфаги касалликларини ҳам, клиник кечишини оғирлаштириши ва беморни ҳаёт тарзи сифатини ёмонлантириши ҳамда касаллик оқибатини жиддийлаштириши хавфи юқорилиги кўрсатган [62].

Буклис Э.Р. (2004) ва Анисимова Е.В. ва б.қ. (2014) тадқиқотларида ҳам ушбу илмий хулосалар тасдиқланган ва бундан ташқари исботланганки, трофологик етишмовчиликни триггери омиллари бўлиб сурункали колорийли етишмовчилик ва энергетик номувофиқлик хисобланади. Номувофиқлик яна овқат қабул қилишни етарлича эмаслигига, малъабсорбция ва метаболик бузилишлар ҳам тўғридан тўғри таълуқли бўлади [8;24].

Хулоса қилиш мумкинки, зикр этилган ва келтирилган адабий шарҳларни барчаларида эпидемиологик ва профилактик ҳамда прогностик мохиятли тадқиқотларни давом эттириш, ривожлантириш ва уларнинг натижаларини амалий фаолиятга, холецистит мисолида, киритиб бориш долзарб масала ва зарурият бўлиб қолганлиги кўзга ташланади.

§1.2. Турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холециститнинг превентив – профилактик масалалари, долзарб мавзулари ва асосий устувор йўналишлари

Ўткир холециститни даволашда охириги йилларда сезиларли тараққиётга эришилганлигига қарамасдан хирургик аралашувдан бўладиган оқибатлардан қониқиш қилиш кўпчилик хирургларда – йўқ [16; 33; 38; 94].

Буни тасдиғи, Манзюк А.В. хаммуал. (2018), Кашенко В.А. (2022) Leardi S. (2009), Bentrem D.J. et al. (2009) томонидан ўтказилган йирик тадқиқотларни натижаларига кўра операциядан кейинги ўлим 6-9% даражада кузатилади, юқори хатар гуруҳидаги беморларда бўлса – 12-20%ни ташкил қилади [57;75; 114;138;165].

Ўткир холециститни учта тури (даражаси) Халқаро экспертлар томонидан тавсия этилган ва ундан келиб чиқиб даволаш стратегиясини олиб бориш баённомаси ишлаб чиқилган ва клиник амалиётга киритилган (1.2-расм). Ушбу даволаш стратегияси 2007 йили Токиода қабул қилинган

Massarwev N.N. et al. (2019) va Mivra F. et al. (2007) ishlarida taхлил bilan келтирилган [172;173].

1) Ўткир холециститни енгил шакли – ўт пуфагини ўртача ўзгаришлари билан ифодаланади ва органни дисфункцияси кузатилмайди. Холецистэктомияни хавфи паст бўлади; 2) Ўртача оғир даражали ўткир холецистит қуйдагилар билан ифодаланади: а) лейкоцитлар сонини  $18000/\text{мм}^2$  дан ортиши; б) қоринни ўнг юқори квадрантида оғриқли хосилани пальпацияланиши; в) касалликни давомийлигини 72 соатдан ортиқ бўлиши; г) маҳаллий асоратларни бўлиши – ўтли перитонитни, пуфак атрофи абсцессини жигар абсцессини, гангренозли холециститни, эмфизематозли холециститни. 3) Оғир даражали ўткир холецистит органларни дисфункцияси билан боғлиқ бўлади: юрак – қон томир дисфункцияси билан; · асаб тизимини дисфункцияси билан; · нафас дисфункцияси билан; · буйраклар дисфункцияси билан; · гемолитик дисфункция билан (тромбоцитлар сони  $100000/\text{мм}^2$ дан кам бўлади) [110].



**1.2-расм. Ўткир холециститни даволаш протоколи “Токио - 2007” (Совцов С.А., 2013).**

Айнан шундай протоколни ўткир ва сурункали холециститни барвақт аниқлаш ва профилактикасига бағишланиб ишлаб чиқишини ўта муҳим фаолият деб биламиз. Хозиргача ҳудудий ана шундай эпидемиологик протокол/ стандарт/алгоритмлар яратилмаганлиги адабиётлар шарҳидан маълум бўлади.

Махмадов Ф.Н. ҳаммуал (2019), Никитин И.Г. ҳаммуал (2020), Ширинов З.Т. ҳаммуал (2023) илмий натижалари бўйича ўт тош касаллиги 2-4% ҳолатларда ўткир холециститни келиб чиқиши билан асоратланиб кечади ва ўткир холециститни даволашнинг “олтин стандарти” бўлиб лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) саналади [77;85;132].

Ушбу операция дунёда энг кенг тарқалган операциялардан бири бўлиб қолмоқда. Аммо ЛХЭ салкам 40 йиллик тарихга эга бўлишига ва шу йилларда мунтазам такомиллаштирилиб борилишига қарамасдан, Оморов

Р.А. хаммуал. (2019;2020) ва Murphy M.M. et al. (2010) тақдим этишган хулосалар бўйича, операциядан кейин келиб чиқадиган асоратлардан камайиш тенденцияси кузатилмаяпти ва асоратланишлар 6% атрофида кузатилмоқда [84;88;176].

Ушбу тадқиқотчилар операциядан кейин келиб чиқадиган асоратларнинг сабабларини уч гуруҳга ажратишган: “Хирургия”, “мижоз” ва “оғир холецистит”.

Биринчи гуруҳга кирувчи сабаблар бўлиб тажрибаси етарли бўлмаган хурург ва интерооперационли холангиографиядан етарлича фойдаланмаслик хисобланади. Иккинчи гуруҳ сабабларга холециститни коморбид фониди (семизлик билан, анамнезда операцияни бошдан ўтказганлик, семизлик ва хомиладорлик билан) кечиши билан операция қилиниши киради. Учинчи, операция хавфини оширувчи омиллар бўлиб – деструктивли холецистит, перипуфакли инфилтратни ва ўтказилган микрохолецистостомияни бўлиши хисобланади [135;176;161].

Операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун бир неча ёндошув ва усуллар қўлланилади. Шулардан бири соғломлаштиришни тезлаштириш усули (СТУ) хисобланади [188;194].

СТУни қўлланилиши, Сажин А.В. ва б. Қ. (2018) 102 та мижозни жалб қилиб ўтказган проспектив рандомизирланган мультимарказли тадқиқотнинг натижаларига кўра, операциядан кейинги оғриқ синдромини, френитус-синдром ривожланиш частотасини ва операциядан кейинги кўнгил айнишни, бундан ташқари, стационарда узоқ туриб қолишни ҳамда такроран касалхонага тушишни кескин камайтириш имкониятини беради [105].

Операция ва операциядан кейинги хавфли асоратлардан огоҳланиш йўллари излашда давом этиш, зикр этилганлардан келиб чиқиб, демак, заруриятга айланган илмий мавзу бўлиб қолишда давом этмоқда [3;4;7;90;93; 140]. Бунда, энг аввало, профилактик ёндошувларни ривожлантириш кўзда тутилиши халқаро тажрибаларга кўра мақсадга мувофиқ бўлади [162;183].

В.В.Рыбачков ва хаммуалл. (2015) 127 кекса ва қария ёшдаги беморларда бажарилган холецистэктомия вақт ўтиши билан келиб чиқадиган ўзгаришларни ўрганиш натижаларини тақдим қилишган. Тасдиқланганки, операция қилинган вақтдан бошлаб муддат ўтиб бориши билан- ошқозон ости безида, ошқозонда ва 12-бармоқли ичакда патологик ўзгариш ортиб боради. Буларни хаммаси йиғилиб постхолециститэктомик синдромини ривожланишининг хавфини оширади ва медикаментозли коррекцияни талаб қилади [102].

Худди шундай маълумотлар бошқа тадқиқотчилар томонидан ҳам олинган. Рыбачков В.О. (2016), Ашуров А.С. хаммуал. (2016), Бокиев Ф.Б. хаммуал. (2020) ва Бабажанов А.С. хаммуал. (2017) маълумотлар бўйича, биринчидан, холецистэктомияга мурожат қилиш охириги йилларда ортган ва иккинчидан ўт пуфаги олиб ташланган беморларнинг 10-30% тида постхолециститэктомик синдром келиб чиқади. Унинг келиб чиқишида нафақат органик ўзгаришлар ҳам муҳим аҳамият касб этишади [13;14;21;103;].

Олинган натижалар хулоса чиқариш имконини берадики, холецистэктомия операциядан кейин кекса миждозларда чуқур ўзгаришлар жигарда, 12- бармоқли ичакда ва ошқозон-ости безида содир бўлади. Буни олдиндан прогностик ва профилактик амалиёт ўтказиб ҳисобга олиниши керак бўлади [103].

Ўт пуфаги касаллигини яна бир хусусияти, у барча ёш гуруҳларида долзарб муаммо ҳисобланади ва бундан ташқари, бундай миждозлар сони бутун дунё бўйлаб ошиб бормоқда. Вахрушев Я.М. (2015), Гарбузенко Д.В. (2018) маълумотлари бўйича охириги 10 йилда ўт пуфагининг патологиялари частотаси, жумладан холециститни ҳам, кескин ортган ва европа мамлакатлари аҳолисининг 10-20% тида аниқланилади [26;32].

Plchenko A.A., Delyukina O.V. et al (2006) ва Di Ciaula A. (2018) тадқиқотларида холециститнинг хатар омиллари ўрганилган ва баҳоланган.

Улардан маълум бўладики, сурункали холециститнинг турли шакллари келиб чиқишида муҳим ролни қуйидагилар ўйнайди: ирсий

мойиллик, ўт пуфагини нуқсони ривожланиши, сурункали инфекциялар ва холестеринга бой бўлган овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш [40;67;68; 152;173].

Дорофеева С.Г. (2020), кўрсатган натижаларга кўра эса сурункали касалликни бир текисда ўсиб бориш тенденциясига кўпчилик вазиятларда овқатланиш хусусиятларини бевосита таъсири бўлади [38].

Холециститни ва ўт пуфагининг барча бошқа касалликларини келиб чиқишида муҳим рол ўйновчи хатар омили бўлиб семизлик ҳисобланади. Шу билан бирга кахексия ҳам холециститнинг барча турларини келиб чиқиши хатар омил сифатида рол ўйнайди [38;198].

Анисимова Е.В., Козлова И.В. ва Волков С.В. (2014) 167 т ўт пуфаги билан беморларни таҳлил қилишиб аниқлашганки, ўт пуфагининг касалликларини келиб чиқишида, авжланиб боришида ва асоратнишида ҳамда клиник кўринишларида трофологик ҳолатни бузилиши, лептин ва инсулинни қон зардобидида ўзгаришлари билвоситачилик ролида аҳамият касб этишади[8].

Ўткир холецистит аксарият вазиятларда, юқорида бу ҳақда асосли ҳулосалар қилинганидек, шошилинич хирургик аралашув талаб қилади. Хирургик аралашувлар орасида эса лапароскопик холецистэктомия юқори самарали ва энг хавфсиз даволаш усули деб, адабиётлар таҳлили бўйича, деярли барча тадқиқотларда тавсия этилади [5;16;31;33;45;157].

Аммо лекин бу масалада ҳам ханузгача баҳсли саволлар сақланиб қолган, холецистит хирургик гастроэнтерологияни биринчи аҳамиятли муаммоси бўлиб ҳисобланади [18;41;42;63;71;167;168].

“Чунончи, Гаджиев Дж.Н. ва б.қ. (2017)”<sup>11</sup>, Луцевич О.Э. ва б.қ. (2012) ишларида кўрсатилишича холециститнинг барча турлари кекса ва қария ёшдаги аҳолида ортган, касалликдан юз берадиган операциядан сўнгги

---

<sup>11</sup> Гаджиев Дж.Н. и др. Особенности цитокинемии при различных вариантах синдрома системной воспалительной реакции у больных с острым калькулезным холециститом // Хирургия. – 2017. - № 10. –С. 61-65.

асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари ошган. Муаммо бу ёшдагиларда тиббий – ижтимоий ва иқтисодий аҳамият касб жиддийлашган [48;70].

Быстров С.В. ва б.қ. (2015) кўрсатган натижаларга кўра ўт пуфагини сурункали эмпиемаси билан беморлар, сурункали холецистит туфайли келиб чиқувчи, улушининг ортиши ортган [25].

Орешкин А.Ю. ва б.қ. (2008) тақдим этган тадқиқот маълумотлари бўйича 60 ёшгача аҳолида 73,5% тарқалиш частотасида деструктив холециститнинг ноанъанавий – “яширин” кечиш тури аниқланади ва кўпинча ўлим ёки операциядан кейинги асоратланишлар хавфини чақиради, ташхисий хатоликларга олиб келади [89].

Кекса ва қарияларда, умуман барча ёшдага аҳолида холециститга хос ўт пуфагида патоморфологик ўзгаришларни, Гаджиев Д. Н. ва б.қ. (2018) маълумотларга кўра, ташхисотнинг асбобий – лаборатор усуллари (УТ, КТ, лаборатория таҳлиллари) аниқ ташхислаш имкониятини бермайди. Бундай клиник вазиятда айрим антимикробли пептид (АМП) ва цитокинларни аниқлаш ташхисий аҳамият касб этади. Ўткир тошли холецистит АМП пептидлар ва цитокинлар концентрациясини ортиши билан ифодаланиб холецистит кечади. Улар яллиғланиш ва деструктив ўзгаришларни кучайиши билан корреляцияланиб ортади. АМПни – энг муҳим маълумотчан биомаркер сифатида ўткир холециститнинг ўткир турларини барвақт аниқлаш учун фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади деб муаллифлар тавсия этишган.

Охирги йилларда перфоратив холецистит бўйича янги илмий маълумотлар тадқиқотчилар томонидан олинди ва эълон қилинди.

Date R.S. et al. (2012) ва Stefanidis D. et al (2005) илмий хулосаларга кўра перфоративли холецистит клиник кўринишларини турли туманлиги ва умумий ўлим кўрсаткичларини юқорилиги билан ифодаланади. Ушбу муаллифларнинг олган маълумотлари бўйича ўлим частотаси то 40-70% га етиб қайд қилинади [144;191].

Бебуришливи А.Г., С.И. Панин ва Е.Н. Зюбина (2018) 20 йиллик доимий кузатувда 10215 та ўт пуфагини яллиғланиши беморларни ўрганишган. Текширилганларнинг 2,9% ида перфоратив холецистит қайд этилган [17].

Ўт пуфагини перфорациясининг атипик шакллари тарқалиш частотаси (кўп сонли ва кўшма перфорация, ичак ўткир тутилиши кўринишлари ва ички қон кетиш билан) 10%ни ташкил этгагн. Перфоратив холециститдан ўлим частотаси 2%ни ташкил қилган [17].

Перфоратив холециститни С.П.Федоров – Niemeier (1934) таснифи бўйича учта тури ажратилади: I тури – сурункали перфорация, II тури – нимўткир перфорация ва III тури – ўткир перфорация [177].

III – чи турли перфорация – 22%, II турли перфорация – 66% ва III тури – 12% тарқалиш частотаси билан аниқланади [17].

Перфоратив холециститнинг I – типни анъанавий тарзда ўткир холециститнинг хуружини клиник манзараси билан ифодаланади ва динамикада тарқоқлашган перитонит симптомлари келиб чиқади.

II – турли перфорация тиббий ёрдамга кеч қолиб мурожаат қилган ўткир холецистит билан беморларда кузатилади ва аксарият перипуфакли абсцессни келтириб чиқаради, персистирланувчи ўнг қовурға ости оғриғи, кўнгил айниш, иштаҳани йўқолиши ва интоксикация синдроми билан клиник ифодаланади.

I – тури перфорацияда касалликни кечиши даврий кучсиз ифодаланган оғриқ синдроми ва диспептика жараёнлар билан ифодаланади.

Бебуришвали А.Г. ва б.қ. тадқиқотида яна тасдиқланадики перфоратив холецистит беморларнинг хар ўнинчисида ноанъанавий клиник кечиш билан манзараланади: қорин ичига қон кетиш, кўп сонли перфорация (3,4% частота билан) ва ичак тутилиши кўринишлари билан (10%) ифодаланади [17].

Шундай қилиб, перфоратив холециститни ташхислашда ва баҳолашда хисобга олиш керакки, у биринчидан, ўт пуфагининг яллиғланишини турли шаклларида ривожланиши мумкин ва иккинчидан, ўта хилма хил

симптомлар билан тавсифланиб ифодаланади. Асосий даволаш усули бўлиб шошилиш операцияли аралашув хисобланади. Лекин видеоэндохирургик даволаш усуллари имкониятлари перфоратив холециститнинг ноанъанавий клиник вариантларида, холециститнинг бошқа шаклларида қиёсан, анча чегараланган бўлади. Перфоратив холециститни прогнозлаш имкониятини оширувчи ва барвақт аниқлаш усуллари такомиллаштирувчи технологияни ишлаб чиқиш ўта муҳим хисобланади. Бу деярли 55%гача етиб касалликни эрта аниқлаш ва операцияни хавфсиз ўтказиш шароитини беради [15;17].

§1.3. Турли ёшга мансуб аҳоли популяциясида холециститнинг скрининг клиник – донозологик ташхиси масалалари: муваффақиятлар, муаммолар ва ечимларини истиқболли кўринишлари

Гепатобилиар тизимни ўрганишда, ташхислашда ва баҳолашда клиник ёндошувларни устуворлиги ҳамда скрининг – донозологик ташхисот масалаларини эса қиёслаганда кам ўрганилганлиги, мавжуд манбалардан маълум бўлади [12;28;37]. Бунинг натижасида, хусусан, холецистит мисолида ҳам шу йўналишда муваффақиятлар камроқ бўлган ва, аксинча, муаммолар кўпайиб сақланиб қолган ёки холециститнинг профилактикасида оид ечимларини истиқболли кўринишлари тадқиқотларда етарлича асосланмаган.

Холециститни хирургик ечимларини устунлиги эса яққол кўзга ташланади ва/ёки ҳар қалай, айниқса операциялар частотаси ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликларида мутассил ортиб бормоқда [34;36;54;103;174;181].

Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е. (2016) ўзларининг шарҳли тадқиқотларида зикр этилган тенденцияларни ривожланишини амалиётга ультратовушли текширув усуллари (УТТ) тобора кенг қўламда киритилиши билан изоҳлашади. Шу билан бирга холецистэктомияни ўтказган беморларнинг 10-30%-ида постхолецистэктемик синдром келиб чиқади [55;61;75;76;77;182;184].

Муаллифларнинг 348 та беморларни холецистэктомиядан кейин 10 йил давомида кузатувида яна қуйидагилар тасдиқлаб берилган: 1) қон плазмасида ўт кислотасини концентрацияси кучли бузилади, ушбу бузилиш 10 йилдан

кейингина тикланади; 2) сурункали холецистит бўйича бажарилган холецистэктомиядан кейин бундай ўзгаришлар камроқ, ўткир холециститдан кейинги холецистэктомияда эса нисбатан кескинроқ ифодаланиб аниқланади; 3) ўт кислотасини бундай хусусиятли ўзгариши ва ошқозон-ичак трактининг юқори бўлимларида босимни ортиқча ортиши етакчи хатар омили бўлиб хисобланади. Бундай шароит операциядан кейинги биринчи уч йил давомида келиб чиқади [103].

Бироқ, бизнинг фикримизча, бу тақдим этилганлар жарроҳлик муаммосининг амалиётини биров бўлса ҳам пасайтирмайди. Шубҳасиз, жарроҳни холецистит билан беморларни даволаш тактикасининг ноаниқлиги ҳақида яна бир бор ўйлашга мажбур қилади. Муаммони профилактика томон буриб хал қилиш масаласини долзарблаштиради ва илмий ишларни айнан шу оқимга солиб давом этдириш лозимлигига ишонч туғдиради.

Курбанов Ф.С. ва б.қ. (2019) ўткир холециститни жарроҳлик йўли билан даволашни ва бир суткагача муддатда касалхонадан чиқариш масаласини 283 та беморда ўрганишган. Уларнинг натижаларига кўра, ўткир холецистит билан беморлар операциядан кейинги қисқа муддат ичида асоратлар келиб чиқиши бўйича кўпроқ хавф остида бўлишади.

Шунинг учун, муаллифларнинг тавсияларига кўра, касалхонадан эрта чиқариш масаласини ечишда хирург қуйидаги қоидага амал қилиши керак: 1) операциядан кейин келиб чиқиш мумкин бўлган ҳар қандай асоратларга гумон туғилганда беморни қўшимча текширувга жалб қилиш керак ва ташхисга аниқлик киритиш учун унинг устидан кузатувни давом этдириш лозим; 2) агардаки, эрта чиқаришга бемор розилик бермаса ҳам кузатув ва шифохонада даволаш давом эттирилади [66].

Қардош касалликлар холециститни патогенезида, кечишида ва даволаш дастурларини мувофиқлаштиришда муҳим ўрин эгаллашади. Ушбу соҳада охириги йилларда аҳамиятли маълумотлар тўпланган.

Галашев В.И., Зотиков С.Д. ва Глянцев С.П. (2001), Каримов Ш.И. ва б.қ. (2015) каби тадқиқотчиларни тақдим этган илмий натижалари бу борада диққатни жалб қилади. Охирги йилларда юқори даражали анестезиологик ва жарроҳий хавф гуруҳига кирувчи жарроҳий беморлар сонини ошиб бориш тенденцияси аниқ сезилмоқда. Чунончи, мисол қилиб кўрсатиш мумкинки, катта ёшдаги аҳолида кескин фарқланиб юқори частотада холециститнинг деструктивли шакллари қайд қилинади ва асосан декомпенсацияланган қардош касалликлар фониде кечади.

Ёш гуруҳига мансуб аҳолига солиштирганда ушбу контингентда ўлим частотаси 10-20 баробарга етиб кўп бўлади. Операциядан сўнгги ўлим частотаси ўткир холециститда 1,5%-12%, операция хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳида эса – бу кўрсаткич то 15-25% гача етиб ортиш частотаси билан қайд қилинади [29; 53;187;199].

Совцов С.А., Прилепина Е.В. ва Ионин М.А. (2014) 1998-2010 йилларда 75 ёшдан ошган ўткир холецистит билан 487 беморда ўтказилган тадқиқотларнинг натижаларини эълон қилишган.

75-79 ёшли мижозлар гуруҳида қардош касалликлар 87% тарқалиш частотаси билан аниқланган. 80 ёшдан ошган ўткир холецистит билан беморларда эса ушбу кўрсаткич 98,5%га чиқиб тасдиқланган. Қардош (коморбид) касалликлар орасида энг кўп юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги, юрак пороклари, постинфарктли кардиосклероз, юрак аневризмаси, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, қандли диабет, бош мияда қон айланиши бузилиши каби юрак қон-томир тизими касалликлари қайд этилган. Чарлсон индекси (коморбидликни ўртача кўрсаткичи) 6-9 ни ташкил этган ва ушбу мижозлар дарҳол ўлим келиб чиқиш хавфини юқори ва ўрта юқори гуруҳига киритилган [110].

Эпидемиологик вазиятни холецистит билан беморларда, коморбидлик фониде, кескинлашуви яна шу билан белгиланадики деструктивли жараёнлар билан ўтадиган холециститда беморлар организмида “ўзаро оғирлаштирувчи юк” пайдо бўлади. Бу фон касалликларни декомпенсациясига олиб келади ва

натижада номақбул “охирги нуқталарни” келиб чиқиши, даволаш давомида ортади. Ёшга боғлиқ холда операциядан кейинги ўлим кўрсаткичлари арифметик тарзда ортади. Шундай натижалар тадқиқотларда – Коморницкий В.М. [50] Bentrem D.J. et al. [138] ва Massarwen N.N. et al [172] томонларидан тасдиқланган.

Коморбид фонни, сўзсиз, эътиборга олиб касалликни баҳолаш ва даволаш дастурларини айниқса прогнозлаш ва профилактика қилиш чораларини мукамалтириш муҳим салоҳият касб этади.

О.Е.Бобров ва б.қ. (2008) тақдим қилган текширув натижалари бўйича 60 ёшгача ёш гуруҳидаги аҳолида ўткир холециститдан бўладиган операциядан кейинги ўлим – 0,2 – 0,3%ни, 61-75 ёшда – 2 – 3% ни ташкил этади. Ўткир холецистит билан 80 ёшдан ошган беморларда операциянинг номақбул оқибатини келиб чиқиш хавфи 198,6 баробарга ошиб 5,56%га етади [20].

Холециститни ташхисотида катта ижобий ютуқларга эришаётганлигига қарамасдан – ўн йиллар давомида касалликнинг оғир асоратларини аниқланиши частотаси бирдай ўзгармай қолинаётганлигини тадқиқотчилар кўрсатишади [73;79;80;85;202;203].

Масалан, Харитонов С.В. ва б.қ. (2018), Gurvits G.E., Lan G. (2014), Beuran M. et al. (2010) ва Dai Xin – Zheng et al. (2013) маълумотларига кўра тошли холецистит асорати бўлиб келиб чиқадиган тошли ичак тутилиши 1% дан то 4% гача етиб тарқалиш частотаси билан аниқланади, ўлимни юқори частотада кузатилиши унинг учун хос бўлади. Ўлимни асосий – сабаблари бўлиб ташхисотини қийинчилик туғдириши, қарилик, оғир қардош касалликларни бўлиши ва бундан ташқари касаллик рецидивлари частотасини юқорилиги кабилар хисобланади [90;93;127;156].

Ушбу баён қилинган шарҳлардан яна кўриладики, ўт пуфаги касалликларида / холециститда лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) энг

кўп қўлланиладиган операция бўлиб ҳисобланади ва ханузгача шундай қолмоқда [99; 100; 108; 109; 119].

Лекин бу жарроҳлик амалиёти техник жиҳатдан яхши ишлаб чиқилган бўлсада, Гордеев С.А. ва б.қ. (2008) ва Попов О.А. (2006) тақдим этишган тахлилий маълумотлардан кўринадики, маълум бир беморларда техник қийинчиликларга дуч келинади ва даҳшатли асоратлар ЛХЭга боғлиқ ҳолда келиб чиқади [97;121;122;123;133;134].

Бундан ташқари кўпчилик вазиятларда ЛХЭ ўт йўлини шикастланишига олиб келади. Гальперин Э.Ч. ва б.қ. [30], Сухарев В.Ф. (2018), Хаджибаев А.М. хаммуал. (2019), тадқиқотларида ЛХЭ бу каби асоратини аниқланиш частотаси – 0,22% дан то 0,7% гача етади.

Капшитарь А.В. (2019) узоқ умр кўрувчиларда холециститни ташхисоти ва даволаш натижаларини 20-йиллик кузатув даврида баҳолашган. Жами 3167 та беморлар таҳлил қилинган.

Ўткир холецистит 9,5% тарқалиш частотаси билан тасдиқланган (илк бирламчи текширув бўйича). УТТдан кейин эса тошли холецистит 50% аниқланиш частотасида тасдиқланган. Аниқланган холецистит кузатув давомида аксарият асоратли кечиш билан ифодаланган: 1) 50% беморларда ўт пуфаги перфорацияси кузатилган; 2) 50% беморда тарқоқ йирингли – фибринозли перитонит келиб чиққан; 3) 50 % бемор абдоминал сепсисдан вафот этган; 4) 50% геронт-бемор тузалган (ушбу беморларнинг хаммасида тошли холецистит билан жарроҳлик амалиётлари бажарилган Лэбман бўйича лапаротомия, холецистэктомия, қорин бўшлиғини ўткир гангренозли холецистит бўйича дренажлаш). Касалликнинг ташхисоти 47,6% беморларда қийин кечган ва қўшимча текширувлардан мини-лапароскопия энг маълумотлиси деб тавсия этилган [51].

Турли ёшдаги аҳолида абдоминал хирургик шошилиш ҳолатлар, жумладан уларнинг сафида узоқ умр кўрувчилардаги холецистит ҳам ўзига хос кузатув тактикасини талаб қилади[81;44].

Даволаш дастурларида анестезияни тўғри танлаш, мини – киришга интилиш, коррекция учун минимал жарроҳлик усул ва эҳтимолий асоратларни барвақт профилактикаси, кўпчилик тадқиқотларда тасдиқланишича, холециститни даволаш натижаларини яхшилади ва унумлаштиради [107;113].

Сопуев А.А., Бакиров С.А. ва б.қ. (2020) кекса ёшдаги аҳолида ўткир холециститнинг айрим замонавий хусусиятларини ўрганишган ва шарҳлашган. Қуйидаги муҳим эпидемиологик, клиник ва профилактик жиҳатларини ишончли тасдиқлашиб беришган: 1) шошилишчи хирургияга тушадиган барча беморларнинг 40%ни 65 ёшдан ўтган шахслар ташкил этади; 2) ўткир холецистит билан беморда ўта хос симптом бўлиб юқори ўнг квадрантда жойлашиб ифодаланган оғриқ хисобланади, оғриқ иситмалаш ва кўнгил айниш ҳамда қайд қилиш билан давом этади; 3) кекса ёшдагиларда касалликни клиник ифодаланиши кескин фарқ қилади, кўпчилик мижозларда қардош касаллик бўлгани учун анъанавий симптомлар бўлмайди; 4) трансабдоминалли ультрасонография ўткир холециститга ўта аниқ ташхис бера олади; 5) ёшларга қараганда кексаларда кўпроқ юқори даражада ифодаланган лейкоцитоз ўткир холецистит учун хос бўлади [112].

Нотўлиқ ёки ноаниқ касаллик анамнези бундан ташқари кексаларда ноанъанавий ва баҳсли физикал текширувларнинг натижаларини бўлиши холециститда ташхисий жараёни қийинлаштиради [159].

XXI асрни хос жиҳатларидан бири, бу – узоқ умр кўрувчилар сонини охириги 15 йилда 4 баробарга кўпайиб 108 000 га етгани хисобланади [39; 148;196]

В.С.Савельев (2005) ва De bernardini I. (2002) маълумотлари бўйича гериаτρик хизматни ташкил қилиш ва такомиллаштириб боришга зарурият туғилган. Айниқса нафақат клиник хирургияга ва шу билан бирга профилактик геронтохирургияга эҳтиёж ортган, унга “қарияларни” ҳаётини узайтиришгина эмас, уларга фаол узоқ умр кўришни таъминлаб бериш мақсади ҳам қўйилган.

Ўткир холециститни ташхисоти ва даволаш усулларини такомиллаштиришда қарияларда ва геронт популяцияда, ютуқларга эришишган. Чунончи улардан бўладиган ўлим то 2,5%га етиб камайган [96; 145].

Адабиёт маълумотларига кўра [111;120;129] энг кенг тарқалган патология бўлиб кекса ёшдагиларда холецистит хисобланади ва хирургик касалликлар орасида иккинчи ўринда туради. Кекса ва қария ёшдаги популяцияда 50% тарқалиш частотасида аниқланади [58]. Эркакларга қиёсан аёллар 5 баробарга кўп касалланишади ва ўлим даражаси бошқа хирургик касалликлардан (аппендицит, жароҳатланган чурра, перфоратив гастродуоденал яралар) ўзиб кетади.

Коновалов О.Е. (1999) тақдим этишган маълумотларга кўра операциядан кейинги ўлим бу ёшдаги аҳолида тобора ошиб бормоқда ва 2% да 12%гача частоталарда кузатилади [59]. Узоқ хорижий мамлакатларда, Роркен F. et al [185] томонидан кекса ва қария ёшли аҳолида олинган натижалар бўйича, ўткир холециститдан операция пайтида ўлим 20 %ни ташкил қилади ёки 80 ёшдан ўтганларда бу кўрсаткич – 40-50%га етади.

Умуман, турли минтақаларда ўтказилган тадқиқотларни шарҳидан бизга маълум бўлдики, ўткир холецистит ёки жами ўт пуфаги касалликлари кекса, қария ва геронт аҳолини касаллиги бўлиб қолган. Бу ёшларда холецистит учун мойиллик кескин ортади: ўт пуфагидаги морфологик ўзгаришларни келиб чиқиши, умумий ва маҳаллий қон айланишини бузилишлари, димланиш, инфекция ва панкреас – пуфакчали рефлюксларни келиб чиқишлари шулар жумласидандир [87; 112; 120].

Маълум бўладики, холециститни эпидемиологияси ва профилактикасига бағишланиб ўтказилган махсус тадқиқотлар ёш, ўрта ёш ва геронт-супергеронт популяцияда жуда оз ва Ўзбекистон шароитида – йўқ, маҳаллий фан ва тадқиқотчиларнинг эътиборидан четда қолган. Холецистит – терапевтик ва хирургик йўналишлари барча ёшдаги аҳолида хануз қизгин муҳокама чақирмоқда. Масалани бундай ўткир қўйилиши – ушбу мавзуга

бағишланган тадқиқотларнинг етарлича эмаслиги билан, энг аввало, изоҳланади деб хулоса қилишга адабиётлар шархи тўлиқ асослар беради.

§1.4. Турли ёшга мансуб аҳолида холециститни барвақт аниқлаш прогнозлаш ва профилактика қилиш технологияларининг янги шаклларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш йўллари ҳолати: уларни модернизация қилиш йўналишлари

Таъқидлаш керакки, ёш ва ўрта ёш ҳамда кекса ва қария ёшидаги аҳолида касалликларни, жумладан, ошқозон ва ичак тизими касалликларини ҳамда холециститни, ўрганишга бағишланган маълумотлар адабиётларда ортиқча кўп. Олинган натижалари турли мамлакатларда эълон қилинган: Японияда [160], Италияда [153;145], Швецияда [158], Данияда [137], АҚШда [171], Венгрияда [19], Ўзбекистонда [74;126], Россияда [86], Озарбайджонда [11], Украинада [35], Новосибирскда [86], Хитойда [141], Германияда [179], Тюменда [22] ва Санкт-Петербургда [106].

Л.В.Ленская (2004) 525 та узоқ умр кўрувчиларни Санкт-Петербург шароитида текширган. Текширилганлар орасида хазм тизими фаолияти бузилишига хос шикоятлар – 45,5% (аёлларда) ва 66,7% дан (эркакларда) тарқалиш частотасида аниқланган. Бундай шикоятлар энг кам частота билан 90-94 ёшлиларда ва юқори частотада – 95-99 ёшлиларда тасдиқланган.

Холецистит – 18,1% частотада тарқалиш билан аниқланган, энг юқори кўрсаткич 95-90 ёшлиларда (16,7%) ва нисбатан кам тарқалиш частотаси билан (12,5%) 100 ёшдан ўтганларда қайд қилинган [69].

Комарова Л.Н. (2009) Тюмен шаҳрининг 6462 та кекса ёшдаги ва 260 та геронт ёшдаги аҳолисида клиник –эпидемиологик тадқиқотни амалга оширган. Ушбу популяцияда хирургик патологиялар 15% частотада тасдиқланган ва улар орасида холецистит 35,4% тарқалиш частотани ташкил қилиб учраган. тадқиқотда ишлаб чиқилган алгоритм кекса, қария ва геронт ёшдаги аҳолининг ҳаёт сифатини 64,6%га яхшилаган [58].

Келтирилган маълумотлардан яна аён бўладики, бугун тиббиёт олдига янги, ўта ўғир вазифалар қўйилмоқда.

Бу ҳаёт даражасини юқорилиги билан боғлиқ ҳолда геронт-супергеронт аҳолини ҳар 10 йилда 5-7%га етиб ошиб бораётганлига алоқадор бўлган вазифалардир, қайсиларки холециститга ҳам тегишли бўлади. Чунки, адабиёт шарҳида тасдиқланганидек, холецистит – ушбу ёшда ( $\geq 90$  ёш) нисбатан тез-тез учраб турадиган касалликларидан бири ҳисобланади. Мазкур контингент аҳолида холецистит юрак- қон томир касалликларига ва бошқа юқумли бўлмаган касалликларга қўшилиб тасдиқланади. Ўткир холециститнинг асоратланган турларида ўлим частотаси 8-12% гача етиб кузатилади [15].

Адабиётларда холециститни геронт аҳолида клиник кузатуви бўйича олинган маълумотлар оз сонда бўлса ҳам бор ва улар асосида амалиёт ҳамда превентив фаолият учун хулоса чиқарса бўлади. Хусусан, охириги йилларда кекса, қария ва геронт ёшдаги аҳолида ўткир холецистит билан касалланишни ўсганлиги яқин ва хорижий мамлакатларда қайд қилинган [65; 104;146].

Холециститнинг тошли турини хирургик даволаш усулларида катта ижобий натижаларга эришилган ва катта ёшдаги аҳолида кичик-инвазивли хирургияни қўллаш мустаҳкам ўрин эгаллаган [92;118;136;180].

Панфилов Б.К. ва б.қ. (1999) холециститни хирургик гастроэнтерологиянинг XXI асрдаги биринчи рақамли муаммоси деб тасдиқлашади, чунки ушбу муаллифларни берган маълумотлари бўйича холециститда жарроҳий фаоллик 77,3%ни ташкил этган [92].

Маят В.С. (1995) шахсий натижалари бўйича Москва шароитида холецистит билан беморларни сони 1992 – 1998 йиллар оралиғида 3527 тани, аппендицит билан беморлар сони эса 2763 тани ташкил қилган. Бундан аён бўладики, холецистит билан касалхонага тушиш аппендицит бўйича тушганларга қараганда 854 тача ортиқ бўлган. Бу натижалар ҳам ҳозирги

вақтга келиб хирургик гастроэнтерологияда холецистит биринчи ўринни эгаллаб турганини тасдиқлайди.

Шундай “биринчиликни” тадқиқотчилар ўтган асрнинг 70-чи йилларидан бери давом этаётганлигини тасдиқлашади [78].

Бошқа тадқиқотларда ҳам айнан шундай натижалар тақдим қилинган: ҳозирги пайтда ўткир холецистит хирургик шифохонага тушаётган беморлар орасида 1-чи ўринга чиққан, операция қилинганлар орасида бўлса – ўткир аппендицитдан кейин муҳим 2-чи ўринни эгаллайди [32;40;43;83;84].

Мавжуд тадқиқотларда турли ёшга мансуб аҳолида холециститни тарқалиши, хатар омиллари, келиб чиқиш механизмлари, ножарроҳий ва жарроҳий даволашни хусусиятлари, асоратланишлари ҳақида тадқиқотчилар янги маълумотларни тақдим этишган.

Холециститэктомия ўткир холециститни асосий даволаш усули ҳисобланади. Шалимов А.А. ва б.қ. олган натижаларга кўра режали амалга оширилган операциядан кейин 0,2-0,3% ўлим ҳолати кузатилади [131].

Прилепина Е.В. (2011), Мусабаев Е.М. ва б.қ. ҳамда Чадаев А.П. маълумотлари бўйича холецистэктомия операциясидан кейин бўладиган ўлим айрим хирургик клиникаларда 12% га етади, ўткир холециститнинг перитонит билан асоратланган гангренозли шаклида – то 46%га етиб ортади [82;98].

Асоратланмаган ўткир холециститда ўлим частотаси – 0,5% дан ошмайди, умумий холецистит билан беморларни гериатрик гуруҳи эса 65%-95%ни ташкил этиб учрайди [5].

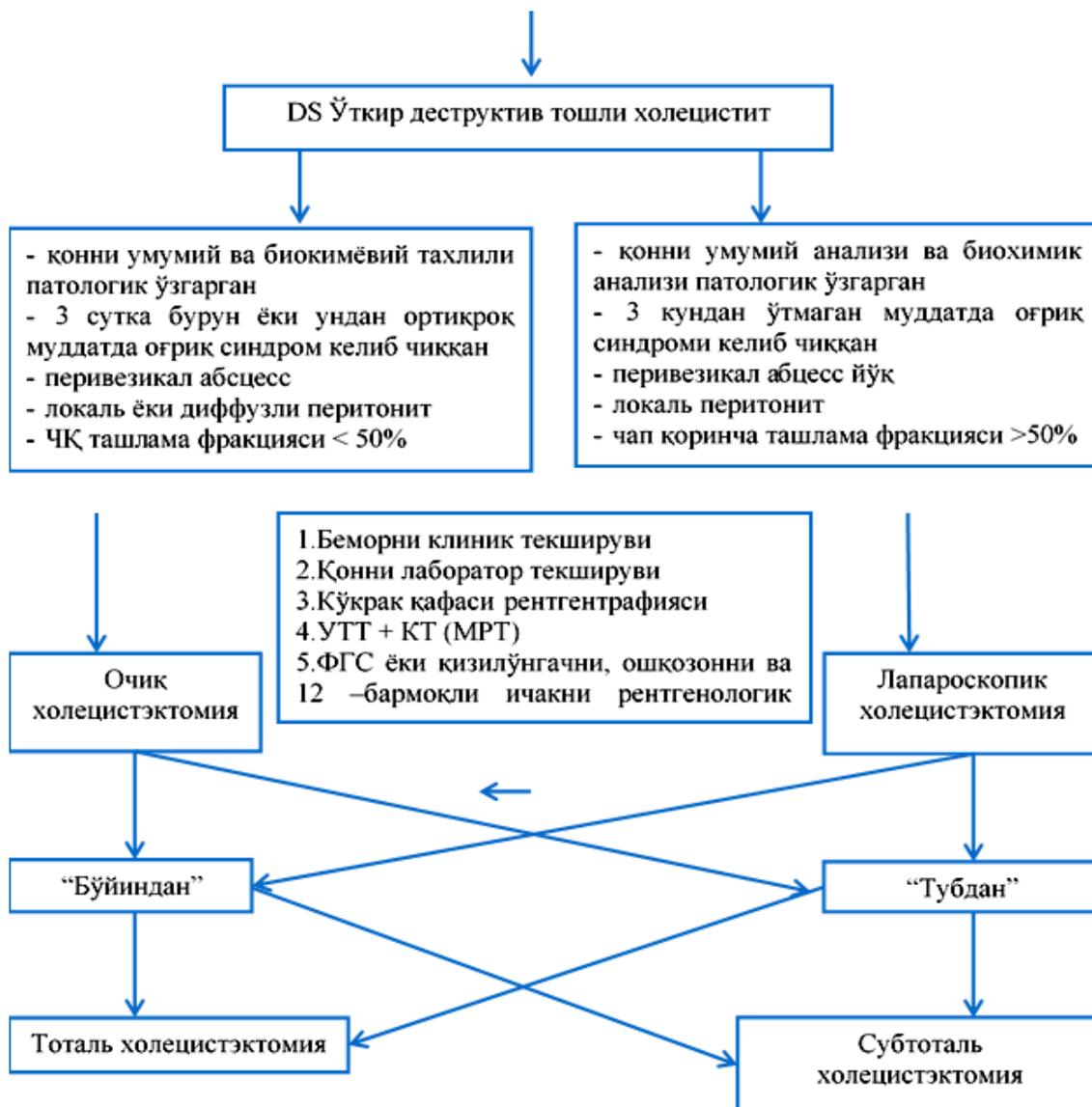
Ширинов З.Т. ва б.қ. (2021) 2015-2019 йиллар оралигида 50 та 60 дан 90 ёшгача бўлган миждозларда (60-74 ёшлилар – 41 та, 75-89 ёшлилар – 9 та ва  $\geq 90$  ёшлилар – танловга тушишмаган) проспектив текширув ўтказишган. Ўткир тошли холецистит (ЎТХ) билан шифохонага тушган ва даволанган ушбу беморларнинг барчаси Токио протоколи (2018) фойдаланиб операция қилинган.

Кузатув тахлилидан келиб чиқиб қуйидаги муҳим хулосалар чиқарилган ва амалиётга ўткир деструктив тошли холециститни операцияга боғлиқ келиб чиқадиган ўлимни 98%га камайтириш имконини берадиган алгоритм ишлаб чиқилиб амалиётга тавсия этилган (1.3-расм): 1) ўткир деструктивли тошли холециститда танлов фаол хирургик тактика бўлиши керак; 2) хавфсиз холецистэктомия ва ёндош тизимларни ятроген шикастланишларни профилактикаси учун “тубидан” мохиятли субтоталь холецистэктомия таклиф қилинган [150].

Турли ёшли аҳолида, асосан кекса ва қария ёшли деструктив тошли холецистит билан беморларда ушбу таклиф этилган алгоритмни қўлланилишини самаралилиги муаллифлар томонидан ишончли исботланиб берилган: интра – ва барвақтли операциядан кейинги асоратлар, умумсоматик асоратлар ва ўлим кескин камайган, беморни касалхонада қолиш муддати қисқарган [8].

Бахтга қарши, бизнинг манбаларни ўрганишимиз ва изланишимиз кўрсатдики, айнан шундай, лекин “предиктив”, “превентив” ва “профилактик” устунларни ҳам қўйиб яратилган алгоритм мавжуд эмас экан [116;117].

## КОНВЕРСИЯ



**1.3-расм. Ўткир деструктив тошли холециститни таххисоти ва хирургик даволаш алгоритми [цит. З.Т.Ширинова ва б.қ. дан 104].**

Ёш, ўрта ёш ва геронт-супергеронт аҳолида холециститни эпидемиологияси, кечиши ва профилактикаси хусусиятларини устувор қўйиб алгоритмларни яратиб бериш фан ва амалиёт учун долзарб масала ва зарурият бўлиб қолган. Бундай амалиётни киритилиши, мавжуд технологияларни холецистит мисолида, бизнинг тахлилларимиз бўйича, ижобий натижаларини яна 80-90% гача ошириши мумкин бўлади [49;151].

## §1.5. Боб бўйича хулосалар

Мавжуд манбалар шохидлик берадики, ёш ва ўрта ёш ҳамда геронт – супергеронт аҳолида холецистит билан касалланиш охириги йилларда барқарор ўсган ва ўсиб бормоқда. Айниқса унинг асоратланган шакллари то 60-68% гача частоталарда ошган. Касалликдан ўртача ўлим даражаси кўрсаткичлари юқори – 8-20% (60 ёшдан ўтганларда) ва 40-80%ни (80 ёшдан ўтганларда) ташкил қилади.

Ўткир хал қилинмаган мавзу бўлиб кўзга ташланадиган яна иккита холат аниқланади: Биринчиси, операциядан кейинги асоратларни то 44% гача етиб тасдиқланаётганлиги ва иккинчиси, холециститни 93%-га етиб коморбидлик фонида келиб чиқиши, клиник ифодаланиши ва асоратланаётганлигидир. Буларга эътиборни кескин кучайтирилиши ўта муҳим илмий масала бўлиб қолган.

Бундан ташқари, адабиётлар тахлилида яна хулоса қилиш мумкин бўладики, холециститда хирургик аралашувини муддати ва хажми тактикаси хозиргача ойдинлаштирилмаган, мавжуд тавсиялар ва ёндошувлар бахсли. Кўпчилик тадқиқотчилар консерватив даволашни, масалан, тошли холециститда, тарафдори бўлиб чиқишган. Аммо бундай давони 80% холатларда самарасиз эканлиги тасдиқланган ёки консерватив стратегияни “ортиқча бўрттириш” операцияни асоратлар фонида бажаришга ва организмнинг компенсатор имкониятларининг “силласини қуритиши” олиб келган. То хозиргача холецистит барвақт аниқлаш, олдини олиш ва профилактикасини таъминлаб бера оладиган, коморбидликни ҳисобга олиб, алгоритмлар ва дастурлар ишлаб чиқилмаган ва амалиётга киритилмаган.

Эпидемиологик мониторинг асосланиб мана шундай инновацияларни ёшларда ўрта ёшли аҳолида, геронт ва супергеронт аҳолида яратиш ва амалий фаолият учун киритиш – актуал ва, сўзсиз, ечилиши зарур бўлган илмий – амалий долзарб мавзу бўлиб қолган.

---

---

## II БОБ. ШАХСИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

### ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

---

---

#### §2.1. Тадқиқотни ташкил қилиш ва амалга оширишни тавсифи

Ушбу тадқиқот бир вақтли эпидемиологик текширув ҳисобланади ва у 2022 та аҳоли популяциясида олинган натижаларни таҳлилига асосланган. Тадқиқотга мамлакатнинг 6 та вилояти – Андижон, Наманган, Фарғона, Жиззах, Қашқадарё ва Сирдарё аҳолиси жалб қилинди.

“Скрининг текширув гуруҳи (терапевт, кардиологик, умумий амалиёт шифокори, офтальмолог, хирург, профилактик тиббиёт бўйича мутахассислар) ташкил этилди ва илмий жамоа махсус эпидемиологик текширув учун тайёрланди (малакаси оширилди ва сертификат берилди)”



2.1 – расм. Текширув тавсифи

Тадқиқотни тавсифи 2.1-расмда келтирилган. Тадқиқотни ташкил қилиш тизими ва ғояси ЖССТ томонидан эпидемиологик текширувлар учун ишлаб чиқилган мезон ва талаблар бўйича шакллантирилди [WHO, 2018].

Ишда қўйилган вазифалардан келиб чиқиб Ўзбекистоннинг водий ва воҳа худудларида 6 та бир вақтли эпидемиологик тадқиқот ташкил қилинди ва амалга оширилди: Андижоннинг эркак ва аёллар, ёш ва ўрта ёш ҳамда геронт-сепергеронт популяциясида; Наманганнинг эркак ва аёллар, геронт-супергеронт популяциясида; Фарғонаннинг эркак ва аёллар, геронт-супергеронт популяциясида; Жиззах эркак ва аёллар, геронт ва супергеронт популяциясида; Сирдарё эркак ва аёллар, геронт-супергеронт популяциясида; Қашқадарённинг эркак ва аёллар, геронт-супергеронт популяциясида.

Эпидемиологикни ташкил қилиш ва ўтказишни алоҳида тавсифлари таъминланди: скрининг гуруҳи ташкил этилди, сўровнома-анкеталар тайёрланди ва скрининг гуруҳи тадқиқот учун зарур ускуналар билан таништирилди (2.2-расмда эпидемиологик тадқиқотни ташкил қилиш ва ўтказиш тавсифи баён қилинган).

Келтирилган маълумотлардан кўринадикки, тадқиқот олди босқичида унинг ишончли натижаларини таъминлаб бериш кафолатини берувчи фаолиятлар бажарилди. Чунончи аҳоли танловини шакллантириш ўрганилди ва таъминланди, аҳоли миграциясини пастлиги таъминланди, аҳолининг репрезентативлиги таъминланди, маҳаллий/худудий скрининг марказлари ташкил қилинди ва бошқа текширувларга жалб қилинмаган аҳоли популяцияси ажратилди. Бундан ташқари, аҳоли билан мулоқотга киришга тайёргарлик ишлари, скрининга керакли ускуна ва кодловчи вароқларни тайёрлаш ишлари бажарилди. Эпидемиологик ташхисни шакллантириш мезонлари ишлаб чиқилди, амалий-профилактик тавсияномалар нусхалари ишлаб чиқилди ва популяцияни статистик қайта ишлаш учун етарли сони таъминланди.

## II боб тадқиқот материаллари



2.2-расм. Тадқиқотни амалга ошириш

Эпидемиологик скринингга тайёргарлик ишлари олиб бориш босқичида, халқаро талаблардан келиб чиқиб, ходимларни скринингга тайёрлаш ва ходимлар билан тренинг машғулотлар ўтказиш ишлари бажарилди. Популяция билан ишлаш тартиби яратилди ва популяцияни текширув тартиби ишлаб чиқилди.

§ 2.2. Тадқиқотга жалб қилинган ёш ва ўрта ёш популяцияни тавсифи

Тадақиқотга жалб қилинган аҳоли- популяцияни ёши 18-74 дан то  $\geq 90$ -109 ёшгачани ташкил қилди. ЖССТ қабул қилган тавсиялар бўйича ёш гуруҳлари ажратилди: ёш популяция (18-44), ўрта ёшли популяция (45-59), геронт популяция (90-109) ва супергеронт популяция ( $>109$ ).

Эпидемиологик текширувга жалб қилинган ёш ва ўрта ёш популяцияни тавсифи 2.1-жадвал ва 2.3-расмда тақдим қилинган.

### 2.1 – жадвал

#### Эпидемиологик текширувга жалб қилинган ёш ва ўрта ёш популяцияни тавсифи

Популяцияни тавсифи	Популяцияни ёш гуруҳлари				18 – 59 ёшдаги популяция (n=1997)	
	Ёш популяция (n=1353)		Ўрта ёш популяция (n=644)			
	n	%	n	%	n	%
Эркаклар	737	54,5	392	60,9	1129	56,5
Аёллар	616	45,5	252	39,1	868	43,5
Ақлий меҳнат устуворлиги билан популяция (АМУП)	122	9,0	58	9,0	180	9,0
Жисмоний меҳнат устуворлиги билан популяция (ЖМУП)	1231	91,0	586	91,0	1817	91,0
Оилавий ҳолати яхши популяция (оилали) - ОХЯП	761	56,2	440	68,3	1201	60,1
Оилавий ҳолати қониқарсиз популяция – ОХҚП (ажрашган, оиласиз)	592	43,8	204	31,7	796	39,9
Маълумоти олий популяция (МОП)	154	11,4	98	15,2	252	12,6
Маълумоти ўрта популяция (МУП)	1199	88,6	546	84,8	1745	87,4
Абориген (ўзбеклар) аҳоли - АА	884	65,3	434	67,4	1318	66,0
Келгинди (бошқа миллатлар) аҳоли - КП	469	34,7	210	32,6	679	34,0

**Изоҳ:** 1) Қишлоқ шароитида ўтказилган текширувга жалб қилинган 18-44 ва 45-59 ёшли аҳоли; 2) Ёш популяция деб 18-44 ёшдагилар қабул қилинади, ўрта ёшдагилар деб 45-59 ёшдагилар қабул қилинади; 3) 18-44 ва 45-59 ёшли популяцияни гендерли, этник ва ижтимоий – демографик хусусиятлари

Жами 18-59 ёшли 1997 та ахоли текширилган, уларнинг 1353 тасини ёш популяция ва 644 тасини ўрта ёш популяция ташкил қилган. Текширилган аёллар сони – 868 та (43,5%), эркеклар – 1129 та (56,5%).

Шундан ёш эркеклар популяцияси – 737 та (54,5%), ўрта ёш эркеклар – 392 та (60,9%), ёш аёллар популяцияси – 616 та (45,5%) ва ўрта ёш аёллар – 252 та (39,1%).

18-59 ёшли умумий популяция, 18-44 ёшли популяция ва 45-59 ёшли популяция мувофиқ равишда қуйидаги эпидемиологик ва ижтимоий-демографик ҳамда этник хусусиятлар билан тавсифланади: 1) ақлий меҳнат устуворлиги бўлган популяция (АМУП) – 9,0%, ва 9,0% дан; 2) жисмоний меҳнат устуворлиги бўлган популяция (ЖМУП) – 1817 та (91,0%), 123 (91,0%) ва 586 та (91,0%); 3) оилали, оилавий ҳолати яхши популяция (ОХЯП) – 1201 та (60,1%), 761 та (56,2%) ва 440 та (68,3%), оилавий ҳолати қониқарсиз – ажрашган ва оиласиз популяция (ОХҚП) – 796 та (39,9%), 592 та (43,8%) ва 204 та (31,7%), маълумоти олий популяция (МОП) – 252 та (12,6%), 154 та (11,4%) ва 98 та (15,2%), маълумоти ўрта популяция (МЎП) – 1745 та (87,4%), 1199 та (88,6%) ва 546 та (84,8%), абориген (ўзбеклар) популяция (АА) – 1318 та (66,0%), 884 та (65,3%) 434 та (67,4%), келгинди (бошқа миллатлар) популяция (КП) – 679 та (34,0%), 469 та (34,7%) ва 210 (32,6%).

§2.3. Тадқиқотга жалб қилинган геронт ва супергеронт популяцияни тавсифи

Узоқ умр кўрувчи популяция (геронт-супергеронт ёшдаги ахоли - УУКП) жами Ўзбекистоннинг 6 та ҳудудидан тадқиқотга жалб қилинди (улар тавсифлари 2.2-2.5 жадвалларда ва 2.4-расмда тақдим этилган). Республиканинг 6 та вилояти ва 2 та минтақасидан тадқиқотда жами 635 та УУКП текширилди, эркеклар – 258 та ва аёллар – 377 та.

Уларнинг 630 тасини геронт ахоли (эркаклар – 257 та ва аёллар – 373 та) ва 5 тасини супергеронт ахоли (эркаклар – 1 та ва аёллар-4 та) ташкил қилади.

Тадқиқотда комплекс текширилган жами УУКПни сони, Фарғона водийсининг 3 та вилоятдан, 410 тани (эркаклар – 149 та ва аёллар 261 та) ва Воҳанинг 3 та вилоятдан – 220 тани (эркаклар – 108 та ва аёллар – 112 та) ташкил этади. Фарғона водийси бўйича 410 та геронт популяция (149 та эркаклар ва 261 та аёллар) ва 3 та супергеронт популяция (эркаклар бу ёшдагилар йўқ ва аёлларда – 3 та) тадқиқотга жалб қилинди. Воҳанинг 3 та худудидан (Жиззах, Қашқадарё ва Сирдарё) бўлса – 220 та геронт ахоли (эркаклар – 108 та ва аёллар – 112 та) ва 2 та супергеронт популяция (1 та эркак ва 1 та аёл) текширилди (2.2-жадвал).

Абориген ва келгинди геронт-супергеронт ахолини эпидтадқиқотдаги иштироки қуйидагича тавсифланади (2.3-жадвалда кўрсатилган) 1) Республика бўйича жами – 564 та (эркаклар – 233 та ва аёллар – 331 та) ва 71 тани (эркаклар – 25 та ва аёллар – 46 та); 2) Воҳадан – 178 та (91 та эркаклар ва 87 та аёл) ва 44 тани (эркаклар 18 та ва аёллар 26 та); 3) Фарғона водийси бўйича – 386 та (142 та эркаклар ва аёллар 244 та) ва 27 та (эркаклар 7 та ва аёллар – 20та) абориген ва келгинди ахоли текширувига жалб қилинган.

Геронт-супергеронт қишлоқ ахолисини текширув сони Республика бўйича 475 тани (эркаклар – 207 та ва аёллар – 268 та), Фарғона водийси бўйича – 276 тани (эркаклар – 106 та ва аёллар – 170 та) ва Воҳа худудларидан – 199 тани (эркаклар -101 та ва аёллар – 98 та) ташкил этади.

2.4-жадвал маълумотларида тақдим этилганидек, геронт- супергеронт шаҳар популяциясида текширилганларнинг Республика бўйича – 160 тани (эркаклар – 51 та ва аёллар – 109 та), водий бўйича – 137 тани (эркаклар-4 ва аёллар 94 та) ва Воҳа худудларидан – 23 тани ташкил этди (эркаклар – 8 та ва аёллар – 15 та).

2.5-жадвал ва 2.4-расмда турли касбларда / меҳнатларда ишлаб фаолиятини яқунлаган геронт-супергеронт аҳолининг эпидемиологик тадқиқотдаги иштирокни тавсифи кўрсатилган.

Рақамли маълумотлардан кўринадики, Республика бўйича жами ақлий меҳнат билан шуғулланган – 85 та геронт – супергеронт аҳоли (эркаклар – 31 та ва аёллар 54 та) ва жисмоний меҳнат билан шуғулланган 550 та геронт-супергеронт популяция (эркаклар -227 та ва аёллар – 323 та) тадқиқотда текширилган.

Воҳа худудидан ақлий меҳнат билан шуғулланган 22 та (7 та эркак ва 15 та аёллар ва жисмоний меҳнат билан шуғулланган 200 та (эркаклар – 102 та ва аёллар -98 та) геронт-супергеронт аҳоли текширилди.

Водийнинг ақлий меҳнат ва жисмоний меҳнат билан иш фаолиятини яқунлаган геронт-супергеронт аҳолининг эпидемиологик тадқиқотда иштирок этганларни сони қуйидагича таснифланади (мувофиқ бўлиб): 39 та (эркаклар – 24 та ва аёллар – 39 та) ва 350 тани (эркаклар – 125 та ва аёллар – 225 та) ташкил қилинган.

#### § 2.4. Текшириш усуллари

Тадқиқотда сўровномали, тиббий – клиник, махсус, лаборатор – биокимёвий ва гематологик текширув усуллари қўлланилди.

##### § 2.4.1. Сўровномали усуллар

Ўзбекистон Республикаси ССВ қошидаги Этика кўмитаси томонидан тасдиқланган ва эпидемиологик текширувларда қўлланишга тавсия қилинган “Сурункали ноинфекцион касалликларни аниқлаш учун Сўровнома - Анкета” қўлланилди (У.К.Каюмов).

**Эпидемиологик тадқиқотида комплекс текширилган геронт ( $\geq 90$  – 109 ёшли) ва супергеронт ( $>109$  ёшли) аҳолининг репрезентатив гуруҳини тавсифи**

Текширув худудлари	Геронт аҳоли						P	Супергеронт аҳоли						Жами узоқ умр кўрувчи популяция					
	Эркаклар		Аёллар		Жами			Эркаклар		Аёллар		Жами		Эркаклар		Аёллар		Жами	
	abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Андижон	35	13,6	68	18,2	103	16,3	<0,001	0	0	2	50,0	2	40,0	35	13,6	70	18,6	105	16,5
Фарғона	83	32,3	139	37,3	222	35,2	-	0	0	0	0,0	0	0	83	32,2	139	36,9	222	35,0
Наманган	31	12,1	54	14,5	85	13,5	<0,001	0	0	1	25,0	1	20,0	31	12,0	55	14,6	86	13,5
Жиззах	25	9,7	22	5,9	47	7,5	-	0	0	0	0	0	0	25	9,7	22	5,8	47	7,4
Қашқадарё	56	21,8	61	16,4	117	18,6	<0,001	1	100,0	0	0	1	20,0	57	22,1	61	16,2	118	18,6
Сирдарё	27	10,5	29	7,8	56	8,9	<0,001	0	0	1	25,0	1	20,0	27	10,5	30	8,0	57	9,0
Фарғона водийси	149	58,0	261	70,0	410	65,1	<0,001	0	0	3	75,0	3	60,0	149	57,8	264	70,0	413	65,0
Воҳа худуди	108	42,0	112	30,0	220	34,9	<0,001	1	100,0	1	25,0	2	40,0	109	42,2	113	30,0	222	35,0
Русублика худудлари	257	100,0	373	100,0	630	100,0	<0,001	1	100,0	4	100,0	5	100,0	258	100,0	377	100,0	635	100,0

**Эслатма:** геронт эркак ва аёллар 90 – 109 ёшлилар, супергеронт эркак ва аёллар - > 109 ёшдан ўтганлар аҳоли.

## Абориген ва келгинди геронт – супергеронт аҳолини тадқиқотдаги иштирокини тавсифи

Текширув худудлари	Абориген геронт-супергеронт аҳоли						P	Келгинди геронт-супергеронт аҳоли						Жами аҳоли					
	Эркаклар		Аёллар		Жами			Эркаклар		Аёллар		Жами		Эркаклар		Аёллар		Жами	
	abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Андижон	33	14,2	67	20,2	100	17,7	<0,001	2	8,0	3	6,5	5	7,0	35	13,6	70	18,6	105	16,5
Фарғона	80	34,3	124	37,5	204	36,2	<0,001	3	12,0	15	32,6	18	25,4	83	32,2	139	36,9	222	35,0
Наманган	29	12,4	53	16,0	82	14,5	<0,001	2	8,0	2	4,3	4	5,6	31	12,0	55	14,6	86	13,5
Жиззах	22	9,4	16	4,8	38	6,7	<0,001	3	12,0	6	13,0	9	12,7	25	9,7	22	5,8	47	7,4
Қашқадарё	47	20,2	46	13,9	93	16,5	<0,001	10	40,0	15	32,6	25	35,2	57	22,1	61	16,2	118	18,6
Сирдарё	22	9,4	25	7,6	47	8,3	<0,001	5	20,0	5	10,9	10	14,1	27	10,5	30	8,0	57	9,0
Фарғона водийси	142	60,9	244	73,7	386	68,4	<0,001	7	28,0	20	43,5	27	38,0	149	57,8	264	70,0	413	65,0
Воҳа худуди	91	39,1	87	26,3	178	31,6	<0,001	18	72,0	26	56,5	44	62,0	109	42,2	113	30,0	222	35,0
Русублика худудлари	233	100,0	331	100,0	564	100,0	<0,001	25	100,0	46	100,0	71	100,0	258	100	377	100	635	100,0

## Қишлоқлик ва шаҳарлик геронт – супергеронт аҳолини эпидемиологик тадқиқотдаги иштирокини тавсифи

Текширув худудлари	Геронт-супергеронт қишлоқ аҳоли						P	Геронт-супергеронт шаҳар аҳоли						Жами аҳоли					
	Эркак		Аёл		Жами			Эркак		Аёл		Жами		Эркак		Аёл		Жами	
	abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Андижон	28	13,5	40	14,9	68	14,3	<0,001	7	13,7	30	27,5	37	23,1	35	13,6	70	18,6	105	16,5
Фарғона	51	24,6	92	34,3	143	30,1	<0,001	32	62,7	47	43,1	79	49,4	83	32,2	139	36,9	222	35,0
Наманган	27	13,0	38	14,2	65	13,7	<0,001	4	7,8	17	15,6	21	13,1	31	12,0	55	14,6	86	13,5
Жиззах	25	12,1	20	7,5	45	9,5	<0,001	0	0	2	1,8	2	1,3	25	9,7	22	5,8	47	7,4
Қашқадарё	52	25,1	55	20,5	107	22,5	<0,001	5	9,8	6	5,5	11	6,9	57	22,1	61	16,2	118	18,6
Сирдарё	24	11,6	23	8,6	47	9,9	<0,001	3	5,9	7	6,4	10	6,3	27	10,5	30	8,0	57	9,0
Фарғона водийси	106	51,2	170	63,4	276	58,1	<0,001	43	84,3	94	86,2	137	85,6	149	57,8	264	70,0	413	65,0
Воҳа худуди	101	48,8	98	36,6	199	41,9	<0,001	8	15,7	15	13,8	23	14,4	109	42,2	113	30,0	222	35,0
Русублика худудлари	207	100,0	268	100,0	475	100,0	<0,001	51	100,0	109	100,0	160	100,0	258	100,0	377	100,0	635	100,0

Бундан ташқари “Ноинфекцион касалликлар профилактикаси” бўйича ишлаб чиқилган ва тавсия қилинган Россия тавсиялари (2013) қўлланилди. Ушбу халқаро миқёсда тан олинган ва қўлланиладиган тавсиялардан фойдаланиб: саломатликни популяцияда умумий баҳолаш, антропометрия, чекишни баҳолаш, артериал гипертонияни ташхислаш ва баҳолаш, жисмоний фаолликни ўрганиш ва баҳолаш, овқатланиш одатини ўрганиш ва баҳолаш, алкоголь истеъмолини баҳолаш ва ўрганиш, дислипидемияни ўрганиш ва баҳолаш, ортиқча тана вазнини (ОТВ) аниқлаш ва баҳолаш, семизликни аниқлаш ва баҳолаш, мева ва сабзавот маҳсулотларини истеъмолини ўрганиш ва баҳолаш, коморбидликни ўрганиш ва баҳолаш амалга оширилди.

Хатар омиллари қуйидагича ташхисланди:

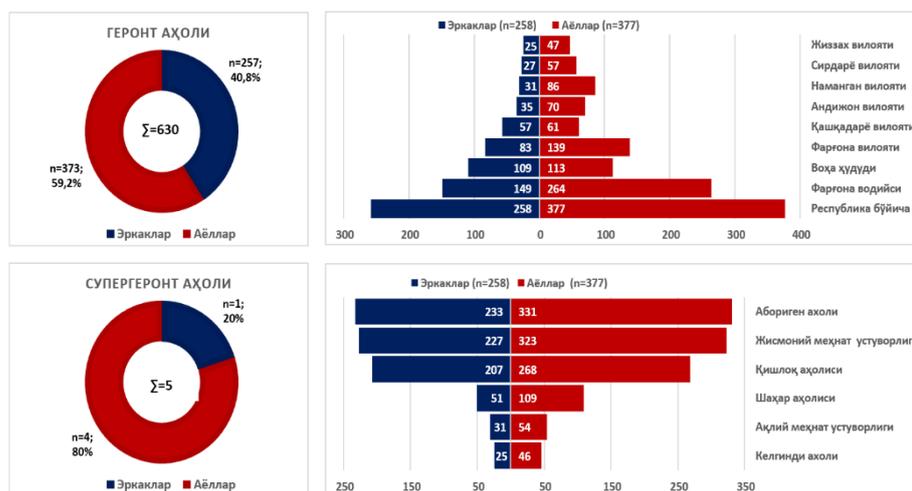
1) ОТВ ва семизлик Кетле индекси (КИ) даражасига қараб аниқланди:  $КИ \geq 25-29,9 \text{ кг/м}^2$  бўлганда ОТВ деб,  $\geq 30 \text{ кг/м}^2$  дан ортиқ аниқланганда – семизлик деб ташхисланди. Кетле индекси  $\frac{\text{тана вазни, кг}}{\text{бўй, м}^2}$  формуласи бўйича аниқланди.

КИни  $\leq 18,5 \text{ кг/м}^2$  даражаси тана вазнини меъёрдан паст даражаси ва  $18,5 - 24,9 \text{ кг/м}^2$  га тенг даражаси – нормал тана вазни деб қабул қилинди;

2) гиперхолестеринемия деб холестеринни  $\geq 5,0 \text{ ммоль/л}$ , гипертриглицеридемия деб унинг қон зардобидаги  $\geq 2,0 \text{ ммоль/л}$  даражаси қабул қилинди;

3) ирсий мойиллик деб популяциянинг қариндош уруғларида ёки ота-онасида холецистит кўрсатилганда қабул қилинди; 4) гиподинамия / жисмоний кам фаоллик деб қачонки популяция хафтасига 2 соатга етмай жисмоний тарбия билан шуғулланган ҳолатда қабул қилинди; 5) алкоголь истеъмоли хатар омил сифатида популяция энг камида ойига бир марта спиртли ичимликлар қабул қилиш ҳолати аниқланганда қабул қилинди;

б) кашандалик деб популяцияда ҳар куни ёки гоҳида чекиш ҳолати кузатилганда қабул қилинди; 7) артериал босимни  $\geq 140/90$  мм сим.уст.га тенг даражаси артериал гипертензия (АГ) деб ташхисланди; 8) мева ва сабзавот маҳсулотларини истеъмол қилишни ўртача суткалик миқдори 400 мгдан кам бўлганда – уларни етарлича эмас (МСИК) деб қабул қилинди.



**2.3 – расм.** Геронт – супергеронт аҳолини эпидемиологик тадқиқотдаги иштирокини ифодаланиши

#### §2.4.2. Тиббий – клиник усуллар

Бирламчи субъектив ва объектив текширувда шикоятлар баҳоланди, батафсил касаллик ва ҳаёт анамнези тўпланди. Алоҳида эътибор анамнезда механик сариқлик, холангит ва бошқа қардош касалликларни бирлиги ёки йўқлигига аниқлик киритилди. Анамнестик ва клиник манзараланишни баҳолашда етакчи аломатлар баҳоланди: 1) сурункали холецистит қайталаниши учун хос бўлган парҳезни бузилиши (ёғли, қовурилган ва ўтқир овқат истеъмоли, алкоголь истеъмоли), 2) ўнг қовурға ёйи ости оғирлик хисси ва оғриғи хусусиятлари, 3) диспептик кўринишларни тавсифланиши (ёмон иштаҳа, кекириш, кўнгил айниш, қабзият), 4) “жигар санчиғи”ни ифодаланиши, келиб чиқиш сабаблари (рефлектор таъсиротлар, нейрогуморал бошқарувни бузилиши,

**Турли касбларда фаолиятини яқунлаган геронт-супергеронт аҳолининг эпидемиологик тадқиқотдаги  
иштирокини тавсифи**

Текширув худудлари	Ақлий меҳнатда бўлган геронт-супергеронт аҳоли						P	Жисмоний меҳнатда бўлган геронт-супергеронт аҳоли						Жами аҳоли					
	Эркак		Аёл		Жами			Эркак		Аёл		Жами		Эркак		Аёл		Жами	
	abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Андижон	8	25,8	8	14,8	16	18,8	<0,001	27	11,9	62	19,2	89	16,2	35	13,6	70	18,6	105	16,5
Фарғона	16	51,6	22	40,7	38	44,7	<0,001	67	29,5	117	36,2	184	33,5	83	32,2	139	36,9	222	35,0
Наманган	0	0	9	16,7	9	10,6	<0,001	31	13,7	46	14,2	77	14,0	31	12,0	55	14,6	86	13,5
Жиззах	3	9,7	4	7,4	7	8,2	<0,001	22	9,7	18	5,6	40	7,3	25	9,7	22	5,8	47	7,4
Қашқадарё	3	9,7	5	9,3	8	9,4	<0,001	54	23,8	56	17,3	110	20,0	57	22,1	61	16,2	118	18,6
Сирдарё	1	3,2	6	11,1	7	8,2	<0,001	26	11,5	24	7,4	50	9,1	27	10,5	30	8,0	57	9,0
Фарғона водийси	24	77,4	39	72,2	63	74,1	<0,001	125	55,1	225	69,7	350	63,6	149	57,8	264	70	413	65,0
Воҳа худуди	7	22,6	15	27,8	22	25,9	<0,001	102	44,9	98	30,3	200	36,4	109	42,2	113	30	222	35,0
Русублика худудлари	31	100,0	54	100,0	85	100,0	<0,001	227	100,0	323	100,0	550	100,0	258	100,0	377	100,0	635	100,0

эндокрин омиллар, рухий таъсиротлар), 5) истма бўлиши ва хос ифодаланиши жиҳатлари.

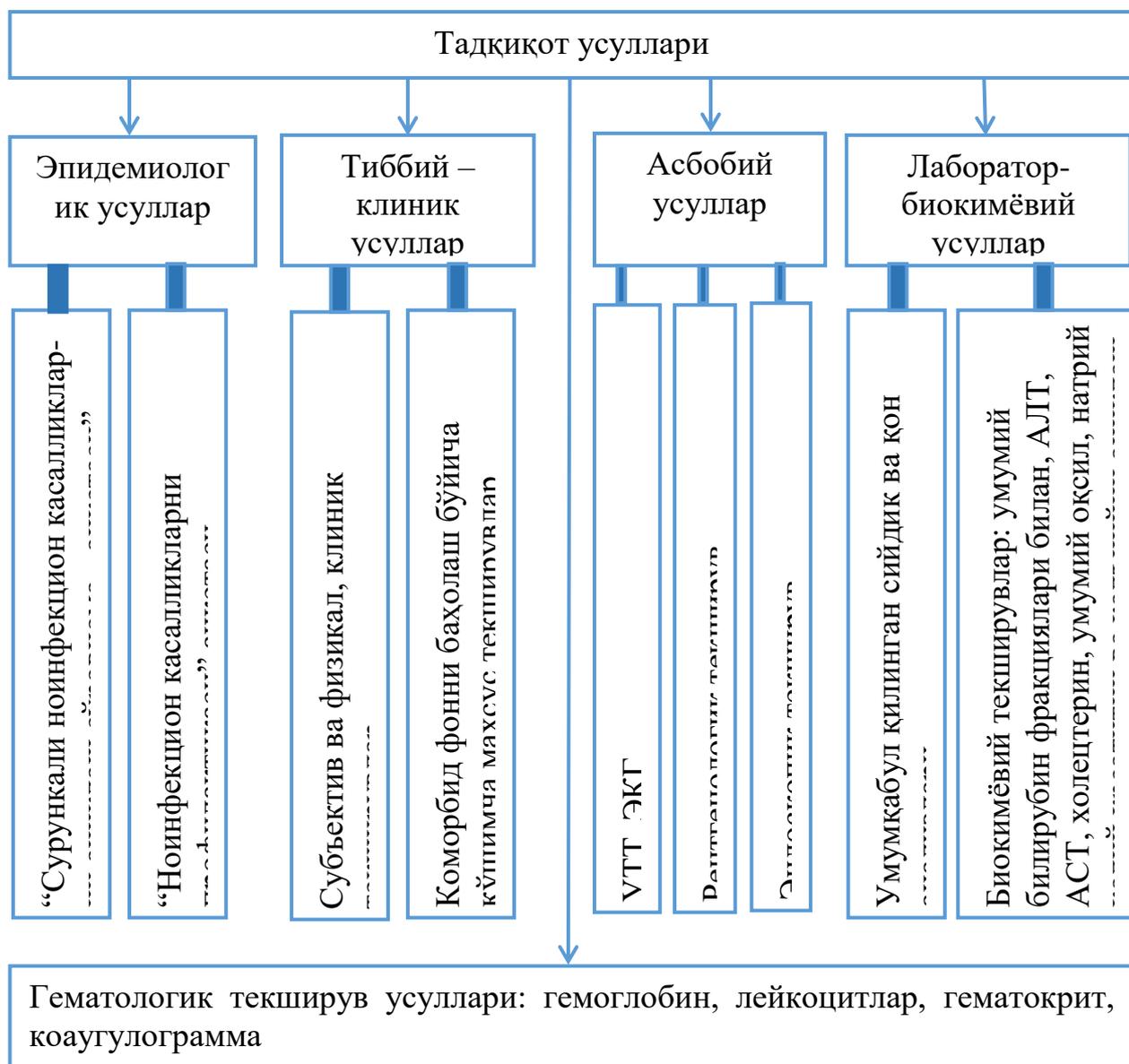
Популяцияда коморбидлик фони тахлил қилиниб баҳоланди: юрак-қон томир касалликлари (ЮИК, АГ, бўлмачалар фибрилляцияси), эндокринологик касалликлар (қандли диабет, семизлик), хазм аъзолари тизими касалликлари (ошқозон ва 12 – бармоқли ичак яра касаллиги, сурункали гастрит, панкреатит, жигар циррози, гепатитлар), сийдик-таносил тизими касалликлари (пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, простатит, простата аденомаси) ва цереброваскуляр касалликлар.

Тадқиқотда популяцияни текшириш учун қуйидаги асбобий усуллар қўлланилди: ультратовушли текширув (УТТ), электрокардиография (ЭКГ), рентгенологик ва эндоскопик текширувлар. Қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовушли текшируви Toshiba Ario 500 (Япония) аппаратида бажарилди.

Рентгенологик текширувлар (кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларини) РЕНОКС – флюорограф (Россия) ва Fudji (Япония) аппаратида бажарилди. ЭКГ текшируви 12 та стандарт уланишларида осойишталик ҳолатида бажарилди. Эндоскопик текширувлар, кўрсатмаларга қараб, “Olympas” Video (Япония) фиброгастроуденоскопидан фойдаланиб бажарилди. Холециститни ташхисий мезонлари сифатида қуйидаги ультратовушли мезонлар олинди: ўт пуфагини узунасига (>80 мм) ва кўндалангига ўлчамларини (>40 мм) катталашуви; ўт пуфаги деворини қалинлашуви (>3 мм) ва унинг эхотаркибини бузилиши; ўт пуфаги бўйин қисмида тўсиб қўювчи конкрементни бўлиши.

Ушбуларни ҳисобга олган ҳолда холецистит ташхиси комплекс текширув натижалари бўйича қуйидагиларни олиб шакллантирилди: яллиғланишни маҳаллий белгилари (Мерфи симптоми, юқори ўнг квадрантдаги оғриқ) яллиғланишни тизимли белгилари (иситма, лейкоцитоз) ва холецистит учун характерли натижаларни бўлишида

### §2.4.3. Асбобий – махсус текшириш усуллари



2.4- расм. Тадқиқот усуллари

коморбид касалликлар умумқабул қилинган клиник инструментал (асбобий) ва биокимёвий текширувлар бўйича ташхисланди.

#### § 2.4.4. Лаборатор – биокимёвий текшириш усуллари

Қуйидаги лаборатор – биокимёвий текшириш усуллари қўлланилди: умумқабул қилинган сийдик ва қон анализлари, қонда умумий билирубинни, АСТ, АЛТ, холестерин, умумий оқсил, натрий, калий, креатинин ва кальцийни биокимёвий аниқлаш усуллари.

Сийдикни умумий анализ “Clinitek status” фирмасини аппаратида ва қон умумий анализи эса “SWELAB 920 EO”, “HORTVA ABX MICROS ES 60” автоанализаторида ўтказилди. Қоннинг биокимёвий текшируви “Dimension Xpang” автоанализаторида (махаллий даволаш муассасаларининг Моддий-техник базасидан фойдаланиб) бажарилди.

## **§2.5. Олинган эпидемиологик маълумотлар базасини**

### **шакллантириш ва уларга статистик ишлов бериш усуллари**

Олинган маълумотларга статистик ишлов бериш MateBook D14 “Huawei” персонал компьютерида Windows 10 дастурий таъминотида IBM SPSS Statistic ва статистик пакетлар мажмуасининг проприетар лицензияга эга 27,0 талқинида (2023 й) ва MedCalc 20.216 (MedCalc software lid, 2023, Бельгия) биотиббий тадқиқотлар учун дастурий таъминотининг статистик пакетлари ёрдамида амалга оширилди.

Маълумотлар таҳлилининг дастлабки босқичида барча маълумотларнинг меъёрий тақсимоти текширилди. Бунда Колмагоров – Смирнов ва Shapiro – Wilk мезонлари қўлланилди. Меъёрий тақсимотга мувофиқ келмаган ҳолларда ўзаро боғлиқ бўлмаган йиғиндиларни таққослаш учун Маин - Уитнинг V – мезонидан фойдаланилди.

Сифатий белгилар ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш учун сифатий белгилар узвийлигининг тетрагорик коэффиценти (Пирсоннинг  $\chi^2$  – мезони) тўрт майдонли жадвал ёрдамида ҳисоблаб чиқилди. Жадвал ёрдамида олинган натижаларни аниқлаштиришда Йейтс узлуксизлик тузатмасида фойдаланилди.

Гуруҳлар ичидаги хатоликлар эҳтимолини апостериор таҳлили учун Бонферрон тузатмаси қўлланилди. Эҳтимолликнинг клиник белгиси сифатида  $P < 0,05$  қабул қилинди.

---

---

### III БОБ. СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИ ЎЗБЕКИСТОННИНГ ЁШ ВА ЎРТА ЁШ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ХУДУДИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

---

---

§3.1. Ўзбекистоннинг ёш ва ўрта ёшли популяциясида холециститни эпидемиологияси ва профилактикасининг худудий хусусиятлари

Ўзбекистоннинг Андижон худудида сурункали холециститни (СХ), ёш ва ўрта ёшли қишлоқ аҳолиси популяциясида, эпидемиологик тавсифи аниқланди ва баҳоланди (3.1-жадвалда бу ҳақдаги тахллий маълумотлар келтирилган).

Улардан кўринадики, ёш ва ўрта ёш популяцияда СХ 15,7% ва 8,9% тарқалиш частотаси билан аниқланади, яъни 6,8% фарқ билан ёш аҳолида ўрта ёшли популяцияга қиёсан юқори частотада тасдиқланади ( $RR=1,758$ ; 95%  $CI=1,479 - 2,091$ ;  $\chi^2=42,321$ ;  $P<0,001$ ). Ёш популяцияда тошсиз СХ – 11,7% ва 4,0% дан тарқалиш частотаси билан ( $P<0,01$ ), ўрта ёшли популяцияда эса – 6,2% ва 2,8% частотада ( $P<0,01$ ) тасдиқланади.

Аёллар популяциясида СХ 8,8% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади (ўрта ёшлиларда) ва ёш популяцияда эса 9 баробарга етиб ортиқ (18,3%) аниқланиш частотасида қайд қилинади. Тошсиз ва тошли СХ ўрта ёшлиларда – 5,9% ва 2,9% дан, ёш популяцияда эса – 13,5% ва 4,7% дан тарқалиш частоталари билан қайд этилади ( $RR=2,079$ ; 95%  $CI=1,608 - 2,688$ ;  $\chi^2=33,212$ ;  $P<0,001$ ).

Ёш эркаклар популяциясида СХни аниқланиш частотаси 13,7%ни ташкил қилади, тошсиз ва тошли шакллари эса – 10,4% ва 13,7% дан тасдиқланади. Ўрта ёш эркаклар популяциясида тошли ва тошсиз СХни аниқланиш частоталари – 6,4% ва 2,7%ни ташкил қилади, жами СХ 9,0% тарқалиш кўрсаткичлари билан тасдиқланади ( $RR=1,468$ ; 95%  $CI=1,159 - 1,858$ ;  $\chi^2=12,334$ ;  $P<0,05$ ).

Ушбу натижалар далолат берадики, аҳолининг турли ёшларида жами СХни ва хусусан, унинг тошсиз ва тошли турларини профилактикасида

## Сурункали холециститни ёш ва ўрта ёшли ахоли популяциясида эпидемиологик тавсифи

Текширув гурухи	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Аёллар популяцияси (n=868)	117	13, 5	41	4,7	158	18, 2	51	5,9	25	2,9	76	8,8	2,079	1,608- 2,688	33,212	<0,00 1
Эркаклар популяцияси (n=1129)	117	10, 4	38	3,4	155	13, 7	72	6,4	30	2,7	102	9,0	1,468	1,159- 1,858	12,334	<0,05
Умумий популяция (n=1997)	234	11, 7	79	4,0	313	15, 7	123	6,2	55	2,8	178	8,9	1,758	1,479- 2,091	42,321	<0,00 1

индивидуал хосликлар бўлиши керак. Аёл ва эркекларда эса, ёш ва ўрта ёшлиларда, скринингли назорат қилиш стратегияси тубдан фарқланади. СХни хавфи ёш популяцияда ўрта ёшли популяцияга нисбатан 1,8 баробарга етиб юқори бўлади. Бундай хавф аёлларда – ёш популяцияда, ва эркекларда бўлса – ўрта ёшли эркеклар популяциясида сезиларли юқори бўлади. Бу маълумотлар хорижий тадқиқотчилар маълумотларидан кескин пастлиги билан эътиборни тортади. Тадқиқотчилар томонидан ёшга боғлиқ бўлиб, айниқса 65 ёшдан кейин, СХни то 20%га етиб аниқланиши ва аёллар эркекларга қараганда 3-4 баробар кўпроқ хасталанишади [72]. Маълум бўлдики, СХни эпидемиологик тавсифлари абориген (ўзбек) ва келгинди (бошқа миллатлар) ёш ва ўрта ёшли аҳолида фарқланиб тасдиқланади (3.2-жадвал).

Абориген ёш аҳоли популяциясида СХ 15,4% тарқалиш частотасида қайд қилинади, тошсиз тури – 12,0% ва тошли тури – 3,4% аниқланиш частоталари билан тасдиқланади. Ўрта ёшли абориген аҳоли популяциясида СХ – 8,2% тарқалиш частотасида, тошсиз ва тошли турлари эса мувофиқ бўлиб – 5,2% ва 3,0% дан аниқланиш кўрсаткичларида қайд қилинади (RR=1,879; 95% CI=1,507 – 2,344;  $\chi^2=32,901$ ; P<0,001).

Келгинди ёш аҳоли популяциясида СХни тарқалиши 16,2% частотада тасдиқланади, тошсиз СХ – 11,2% ва тошли СХ – 5,0% аниқланиш частотаси билан қайд қилинади. Ўрта ёшли келгинди аҳоли популяциясида СХни аниқланиш частотаси -10,3%, тошсиз тури – 11,2% ва тошли тури – 5,0% дан тарқалиш частотасини ташкил қилиб қайд этилади (RR=1,571; 95% CI=1,187 – 2,079;  $\chi^2=10,247$ ; P<0,05).

Хулоса қилиш мумкин бўладики, СХ хавфи келгинди аҳолида абориген аҳолига қараганда сезиларли юқори бўлади. Хар икки гуруҳ аҳолида СХнинг тошсиз тури устуворлик қилади ва индивидуал скрининг анзорат талаб қилинади.

**Сурункали холециститни абориген (ўзбек) ва келгинди (бошқа миллатлар) ёш ва ўрта ёшли ахоли  
популяциясида юзага келиши частоталарини эпидемиологик тавсифи**

Популяция тавсифи Текширилган гурӯҳлар	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Абориген ахоли (n=1318)	158	12,0	45	3,4	203	15,4	68	5,2	40	3,0	108	8,2	1,879	1,507- 2,344	32,901	<0,001
Келгинди ахоли (n=679)	76	11,2	34	5,0	110	16,2	55	8,1	15	2,2	70	10,3	1,571	1,187- 2,079	10,247	<0,05
Умумий популяция (n=1997)	234	11,7	79	4,0	313	15,7	123	6,2	55	2,8	178	8,9	1,758	1,479- 2,091	42,321	<0,001

§ 3.2. Ўзбекистоннинг худудларини ёш ва ўрта ёшли популяциясида сурункали холециститнинг ижтимоий-этник хатар омиллари, уларга боғлиқ холда касалликни эпидемиологик тавсифи

Тадқиқот маълумотлари таҳлилидан аён бўлдики (3.3-жадвал), СХ хавфини ёки келиб чиқишини ёш ва ўрта ёшли популяцияда 6 турли ижтимоий хатар омиллари (ИХО) оширади: ақлий меҳнат устуворлиги, жисмоний меҳнат устуворлиги, оилавий яхши холат, оилавий номақбул холат, олий маълумотлилик ва маълумотни пастлиги.

Жами ИХО сурункали холецистит билан ёш популяцияда – 15,7% (тошсиз турида – 11,7% ва тошли турида – 15,7% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 8,9% (тошсиз турида -6,2% ва тошли турида – 2,8% дан) тарқалиш частотаси билан аниқланади ёки СХ хавфини оширади (RR=1,758; 95% CI=1,591 – 1,943;  $\chi^2=1994,725$ ; P<0,001).

Ақлий меҳнатда бўлган ёш аҳолида СХ 13,3% (тошсиз ва тошли турлари- 7,2% ва 6,1% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 8,3% (тошсиз ва тошли тури – 4,4% ва тошли тури – 3,9% дан) аниқланиш частоталари билан тасдиқланади (RR=1,600; 95% CI=0,868 – 2,948;  $\chi^2=2,329$ ; P>0,05).

Жисмоний меҳнатда бўлган ёш популяциясида эса СХ – 15,9% (тошсиз СХ – 12,2% ва тошли СХ – 3,7% дан) ва ўрта ёш популяциясида бўлса – салкам уч баробарга кўп бўлиб – 9,0% (тошсиз СХ – 6,3% ва тошли СХ – 2,6% дан) частоталарда қайд қилинади (RR=1,773; 95% CI=1,480 – 2,124;  $\chi^2=40,113$ ; P<0,001) (3.3-жадвал ва 3.1-расмда баён қилинган). Хусусан тасдиқландики, оилавий яхши холатда бўлган ёш популяцияда СХ -12,5% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади (тошсиз тури – 9,3% ва тошли тури – 3,2% дан); ўрта ёш популяциясида эса СХ – 9,3% частотада (тошсиз тури – 6,6% ва тошли тури – 2,7% дан) аниқланади (RR=1,3393; 95% CI=1,063 – 1,688;  $\chi^2=6,186$ ; P>0,05).

**Сурункали холециститни ёш ва ўрта ёшли аҳоли популяциясида ижтимоий хатар омилларига боғлиқ холда  
эпидемиологик тавсифи**

Ижтимоий хатар омиллари	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Ақлий меҳнатда бўлган аҳоли (n=180)	13	7,2	11	6,1	24	13,3	8	4,4	7	3,9	15	8,3	1,600	0,868-2,948	2,329	>0,05
Жисмоний меҳнатда бўлган аҳоли (n=1817)	221	12,2	68	3,7	289	15,9	115	6,3	48	2,6	163	9,0	1,773	1,480-2,124	40,113	<0,001
Оилавий яхши ҳолат (n=1201)	112	9,3	38	3,2	150	12,5	79	6,6	33	2,7	112	9,3	1,3393	1,063-1,688	6,186	>0,05
Оилавий номақбул ҳолат (n=796)	122	15,3	41	5,2	163	20,5	44	5,5	22	2,8	66	8,3	2,469	1,888-3,230	47,990	<0,001
Олий маълумотлилиқ (n=252)	18	7,1	7	2,8	25	9,9	14	5,6	6	2,4	20	7,9	1,250	0,713-2,192	0,610	>0,05
Маълумотни пастлиги (n=1745)	216	12,4	72	4,1	288	16,5	109	6,2	49	2,8	158	9,1	1,823	1,519-2,187	43,444	<0,001
Жами ижтимоий хатар омиллари (n=5991)	702	11,7	237	4,0	939	15,7	369	6,2	165	2,8	534	8,9	1,758	1,591-1,943	1994,725	<0,001

Оилавий номақбул ҳолатда бўлган ёш ва ўрта ёшли аҳоли популяциясида СХ 20,5% (тошсиз СХ – 15,3% ва тошли СХ – 5,2% дан) ва 8,3% дан (тошсиз СХ – 5,5% ва тошли СХ – 2,8% дан) частоталарда тасдиқланади (RR=2,469; 95% CI=1,888 – 3,230;  $\chi^2=47,990$ ; P<0,001).

Оилавий маълумотлиликка эга ёш популяцияда СХ – 9,9% (тошсиз тури – 7,1% ва тошли тури – 2,8% дан) ва 7,9% дан (тошсиз СХ – 5,6% ва тошли СХ – 2,4% дан) тарқалиш кўрсаткичи билан аниқланади (RR=1,250; 95% CI=0,713 – 2,192;  $\chi^2=0,610$ ; P>0,05).

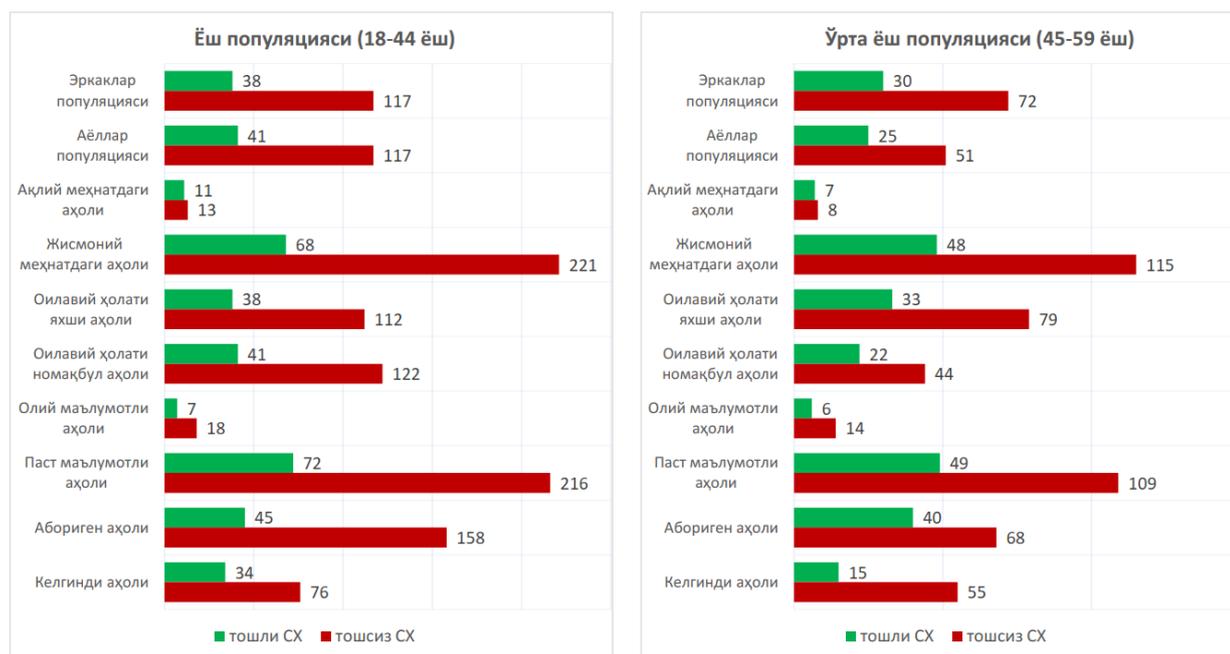
Маълумоти паст ёш популяцияда СХ – 16,5% (тошсиз тури – 12,4% ва тошли тури – 4,1% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 9,1% дан (тошсиз тури – 6,2% ва тошли тури – 2,8% дан) аниқланиш частоталари билан ифодаланади (RR=1,823; 95% CI=1,519 – 2,187;  $\chi^2=43,444$ ; P<0,001).

Тадқиқот маълумотларини тахлили исботладики, ижтимоий хатар омиллари ёш ва ўрта ёш популяцияда то 20,5% гача етиб юқори тарқалиш частотаси билан кузатилади. Бу омиллар ёш аҳоли популяциясида СХ хавфини ўртача – 15,7% га ва ўрта ёшли аҳоли популяциясида – 8,9% га оширади. Профилактик чора тадбирларни монанд ишлаб чиқиш ва амалга ошириш эса -18 – 59 ёшли аҳолида СХ келиб чиқиши ва асоратланиши хавфларини то 24,6% гача етиб камайтиради деб хулоса қилиш мумкин бўлади.

§3.3. Ўзбекистоннинг худудларини ёш ва ўрта ёшли популяциясида холециститнинг эпидемиологик хатар омилларини тарқалиши, уларга боғлиқ ҳолда касалликнинг шаклланган механизми ва профилактикаси хусусиятлари

Келгуси тахлилларда ёш ва ўрта ёш популяцияда эпидемиологик хатар омиллари таъсирида СХ хавфини ошиб бориши кўрсатилган ва тарқалиши частоталари келтирилган маълум бўлдики, тана вазнини ортиши сурункали холецистит хавфини ёш популяцияда 3 баробарга ва ўрта ёш популяцияда 4 баробарга оширади (3.4-жадвал). Паст тана вазнида СХ 7,5% (ёш популяцияда 5,6% дан) (ўрта ёш популяцияда) тарқалиш частотаси билан

аниқланади. Тошсиз ва тошли турлари мувофиқ бўлиб ёш популяцияда – 6,5% ва 0,9% дан ўрта ёш популяцияда – 4,7% ва 0,9% дан частоталарда қайд қилинади ( $RR=1,333$ ;  $95\% CI=0,479 – 3,713$ ;  $\chi^2=0,306$ ;  $P>0,05$ ;  $r=0,95$ ).



**3.1-расм.** Сурункали холециститни ёш (18 – 44 ёш) ва ўрта ёшли (45 – 59 ёш) аҳолида шаклланиши жиҳатлари

Меъёрдаги тана вазни билан ёш популяцияда CX тарқалиш частотаси – 5,6%ни ташкил қилади (тошсиз тури – 4,5% ва тошли тури – 1,1% дан), ўрта ёшлиларда – 2,8% (тошсиз тури – 1,8% ва тошли тури – 1,1% дан) аниқланиш частотасида қайд қилинади ( $RR=1,961$ ;  $95\% CI=1,234 – 3,118$ ;  $\chi^2=8,474$ ;  $r=0,095$ ;  $P<0,05$ ). Ортиқча тана вазни (ОТВ) га боғлиқ бўлиб CX ёш аҳоли популяциясида – 28,8% (тошсиз CX – 22,1% ва тошли CX – 6,7% дан) ва ўрта ёш популяциясида – 16,1% дан (тошсизларда кузатилади) ( $RR=1,783$ ;  $95\% CI=1,429 – 2,225$ ;  $\chi^2=27,590$ ;  $r=0,095$ ;  $P<0,001$ ). Семизлик билан ёш аҳоли популяциясида CXни тарқалиш частотаси – 21,5% ни ташки қилади (тошсиз CX – 14,1% ва тошли CX – 7,4%ни); ўрта ёшли аҳолида эса

Ёш ва ўрта ёшли популяцияда тана вазни индексига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг аниқланиш частотасини эпидемиологик тавсифи

Тана вазни индекси (ТВИ) (кг/м <sup>2</sup> )	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Паст – < 18,5 (n=107)	7	6,5	1	0,9	8	7,5	5	4,7	1	0,9	6	5,6	1,333	0,479-3,713	0,306	0,095	>0,05
Меъёрда – 18,5 дан то 25 (n=913)	41	4,5	10	1,1	51	5,6	16	1,8	10	1,1	26	2,8	1,961	1,234-3,118	8,474		<0,05
Ортикча – 25 дан то 30 (n=601)	133	22,1	40	6,7	173	28,8	71	11,8	26	4,3	97	16,1	1,783	1,429-2,225	27,590		<0,001
Семизлик – 30 ва ундан юқори (n=376)	53	14,1	28	7,4	81	21,5	31	8,2	18	4,8	49	13,0	1,653	1,195-2,287	9,523		<0,01

13,0% частота билан (тошсиз СХ – 8,2% ва тошли СХ – 4,8% дан) қайд қилинади (RR=1,653; 95% CI=1,195 – 2,287;  $\chi^2=9,523$ ;  $r=0,095$ ;  $P<0,01$ ).

3.1-расм ва 3.5-жадвалда чекишни СХнинг хатар омили сифатида эпидемиологик тасифини рақамли тахлили келтирилган.

Чекиш ҳолатиг боғлиқ ҳолда ёш популяцияда СХ – 15,7% (тошсиз тури 11,7% ва тошли тури – 8,0% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 8,9% дан (тошсиз тури – 6,2% ва тошли тури – 2,8% дан) тарқалиш частотаси билан аниқланади (RR=1,758; 95% CI=1,479 – 2,091;  $\chi^2=42,321$ ;  $r=0,225$ ;  $P<0,001$ ).

Умуман чекмасдан ҳолатида ёш популяцияда СХни тасдиқланиш частотаси – 0,5%ни (тошсиз тури – 12,5% ва тошли тури – 0,5%ни) ва ўрта ёшли аҳолида бўлса – 7,3% (тошсиз СХ – 5,5% ва тошли СХ – 1,7%ни) тарқалиш частотасини ташкил қилади (RR=1,791; 95% CI=1,347 – 2,381;  $\chi^2=16,715$ ;  $r=0,225$ ;  $P<0,001$ ). “Хар куни чекиш” ҳолатига боғлиқ бўлиб СХ ёш популяцияда – 17,0% (тошсиз СХ – 10,4% ва тошли СХ – 6,6% дан) ва ўрта ёш аҳолида – 12,9% дан (тошсиз СХ – 9,3% ва тошли СХ – 3,5% дан) частоталарда қайд қилинади (RR=1,316; 95% CI=1,033 – 1,678;  $\chi^2=4,976$ ;  $r=0,225$ ;  $P<0,05$ ).

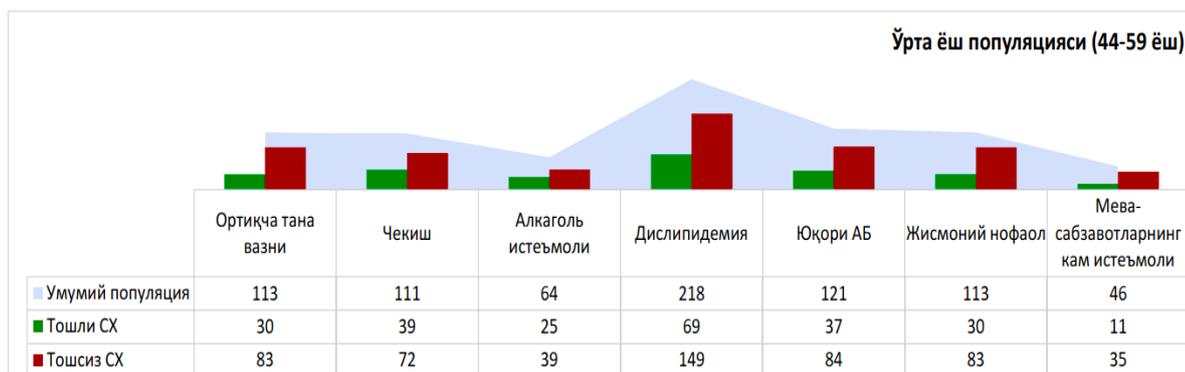
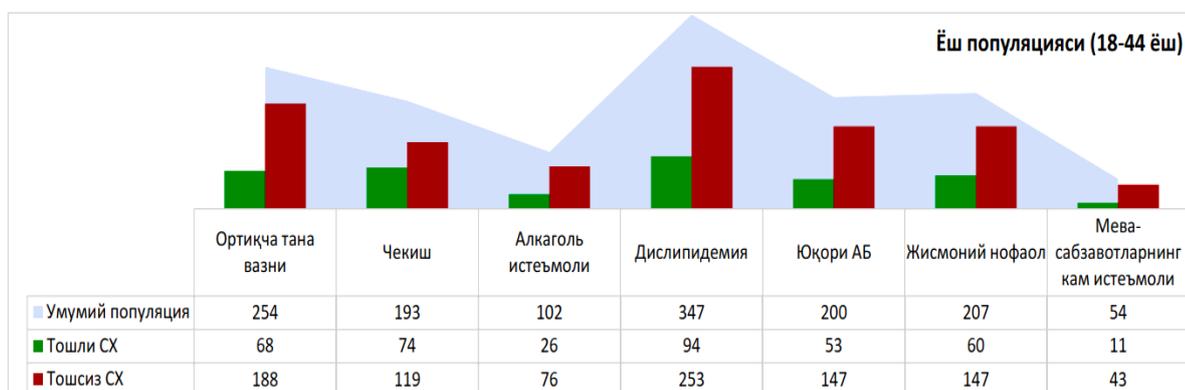
“Базида чекувчи” ёш аҳолида СХни тарқалиш частотаси – 20,4% (тошсиз тури – 12,8% ва тошли тури – 7,7%ни ташкил қилиб) ва “Ўрта ёшли популяция”да – 4,2% (тошсиз тури – 0,3% ва тошли тури – 3,8% ни ташкил қилиб) даражалар билан кузатилади (RR=4,923; 95% CI=2,769 – 8,758;  $\chi^2=38,517$ ;  $r=0,225$ ;  $P<0,001$ ).

Чекиш одати СХ келиб чиқиш хавфи ёш аҳолида 1,8 баробарга кўп келтириб чиқаради ва у, сўзсиз, касалликнинг асосий хатар омиллари қаторида тасдиқланади.

Худди шундай ўзаро боғланишлик жисмоний фаоллик ҳолати ва СХ орасида ҳам тасдиқланади. Бу ҳақдаги тахлилий солиштирма маълумотлар 3.6-жадвалда ва 3.2-расмда келтирилган.

**Чекиш хатар омилига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни ёш ва ўрта ёшли популяцияда тарқалиши частотасини эпидемиологик тавсифи**

Чекиш тафсилоти	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Хар куни чекиш (n=761)	79	10,4	50	6,6	129	17,0	71	9,3	27	3,5	98	12,9	1,316	1,033-1,678	4,976	-0,225	<0,05
Баъзида чекиш (n=313)	40	12,8	24	7,7	64	20,4	1	0,3	12	3,8	13	4,2	4,923	2,769-8,758	38,517		<0,001
Умуман чекмаслик (n=923)	115	12,5	5	0,5	120	13,0	51	5,5	16	1,7	67	7,3	1,791	1,347-2,381	16,715		<0,001
Жами чекиш холати (n=1997)	234	11,7	79	4,0	313	15,7	123	6,2	55	2,8	178	8,9	1,758	1,479-2,091	42,321		<0,001



**3.2-расм.** Сурункали холециститни ёш (18 – 44 ёш) ва ўрта ёшли (45 – 59 ёш) аҳолида асосий хатар омиллари

Жисмоний нофаол (гиподинамия) ҳолати билан ёш аҳоли популяциясида СХни тарқалиш частотаси 45,2%ни ташкил қилади (Тошсиз СХ – 30,2% ва тошли СХ – 15,1%дан). Ўрта ёшлиларда касалликнинг аниқланиш частотаси – 14,3% кўрсаткич билан (тошсиз тури – 9,5% ва тошли тури – 4,8% дан) кузатилади ( $RR=3,167$ ; 95%  $CI=1,981 – 5,061$ ;  $\chi^2=28,873$ ;  $r=0,033$ ;  $P<0,001$ ).

Аксинча, жисмоний фаоллик даражаси юқори бўлган ёш популяцияда – 2,3% ва ўрта ёш популяцияда – 1,6% (жумладан, тошсиз ва тошли СХ – 1,6% ва 0,6% ҳамда -1,0% ва 0,6% дан мувофиқ ҳолда) аниқланиш частоталарда, яъни кескин кам кўрсаткичлар билан қайд қилинади ( $RR=1,385$ ; 95%  $CI=0,683 – 2,807$ ;  $\chi^2=0,822$ ;  $r=0,033$ ;  $P>0,05$ ).

Жисмоний фаоллик даражаси ўртача ёш популяцияда СХ – 15,5% (тошсиз тури – 13,0% ва тошли тури – 2,5% дан) ва ўрта ёш популяцияда –

9,1% дан (тошсиз тури – 5,6% ва тошли тури – 3,5% дан) қайд қилинади (RR=1,692; 95% CI=1,226 – 2,336;  $\chi^2=10,556$ ;  $r=0,033$ ;  $P<0,05$ ).

Жисмоний фаоллик даражаси паст ёш популяцияда СХни аниқланиш частотаси – 29,4%ни ташкил қилади (тошсиз тури – 21,5% ва тошли тури – 8,1% дан); ўрта ёшли аҳоли гуруҳида бўлса касаллик – 18,5% (тошсиз тури – 14,0% ва тошли тури – 4,7% дан аниқланиш частотаси билан эътибор тортади) (RR=1,568; 95% CI=1,251 – 1,966).

Алкоголь истеъмолига боғлиқ холда ёш ва ўрта ёш аҳоли популяциясида – 15%,7% (тошсиз тури – 11,7% ва тошли тури – 4,0% дан) ва 8,9% дан (тошсиз тури – 6,2% ва тошли тури – 2,8% дан) СХ тарқалиш частотасида тасдиқланади (RR=1,758; 95% CI=1,479 – 2,091;  $\chi^2=42,321$ ;  $r=0,127$ ;  $P<0,001$ ). Бундай маълумотлар тахлили 3.7-жадвалда баён қилинган.

АИ кунига 20 г дан ортиқни ташкил қилган ёш популяцияда СХни аниқланиш частотаси -46,9% ни (тошсиз ХС – 29,6% ва тошли ХС – 17,3% дан) ва ўрта ёшли аҳолида 24,7% ни (тошсиз ХС – 9,9% ва тошли ХС- 14,8%ни) ташкил этади (RR=1,900; 95% CI=1,217 – 2,9;  $\chi^2=8,702$ ;  $r=0,127$ ;  $P<0,05$ ).

“АИ йўқ” ёш популяцияда СХ 14,8% тарқалиш частотаси билан (тошсиз тури -11,1% тошли тури -3,7%ни) ва ўрта ёш популяцияда бўлса – 8,0% аниқланиш частотасида (тошсиз тури – 5,9% ва тошли тури – 2,1% дан) қайд қилинди (RR=1,851; 95% CI=1,492 – 2,296;  $\chi^2=32,686$ ;  $r=0,127$ ;  $P<0,001$ ).

“Охирги бир хафта ичида АИ” бор ёш ва ўрта ёш аҳолида СХ – 12,8% (тошсиз тури – 9,8% ва тошли тури – 3,0% дан) ва ўрта ёш аҳолида – 11,8% дан (тошсиз тури – 7,9% ва тошли тури 3,9% дан) частоталар билан тасдиқланади (RR=1,083; 95% CI=0,709 – 1,656;  $\chi^2=0,137$ ;  $r=0,127$ ;  $P>0,05$ ).

“Охирги 10 ой ичида АИ бор” ёш популяцияда СХни аниқланиши – 26,4% частота билан тавсифланади (тошсиз СХ – 22,6% ва тошли СХ – 3,8% дан). Бу кўрсаткичлар ўрта ёш популяцияда – 12,3%, 9,4% ва 1,9% ларда мувофиқ тавсифланиб қайд қилинади (RR=2,333; 95% CI=0,970 – 5,010;  $\chi^2=3,944$ ;  $r=0,127$ ;  $P>0,05$ ).

Шундай тахлиллар “Охирги 12 ой ичида АИ бор” ахоли популяциясида ҳам амалга оширилди (3.7-жадвал): 1) ёш популяциясида СХ – 8,1% тарқалиш частотасида кузатилади ва унинг тошсиз ҳамда тошли турлари – 7,4% ва 0,7% дан тасдиқланади; 2) ўрта ёш ахоли популяциясида СХни аниқланиш частотаси – 1,5% ташкил қилиб, унинг тошсиз ва тошли турлари 1,5% ва 0,00% дан кузатилиб тасдиқланади (RR=5,500; 95% CI=1,242 – 24,350;  $\chi^2=6,544$ ;  $r=0,127$ ;  $P<0,05$ ).

Жадвал ва расм маълумотларидан келиб чиқадики, МСМКИ (<400г / сут) билан ёш популяцияда СХ – 14,5% тарқалиш частотасида (тошсиз СХ – 10,4% ва тошли холецистит – 4,1% дан) ва 7,3% аниқланиш частотаси билан (тошсиз СХ – 4,6% ва тошли СХ – 2,7% дан) қайд қилинади (RR=1,977; 95% CI=1,395 – 2,801;  $\chi^2=15,464$ ;  $r=0,070$ ;  $P>0,05$ ). Мева – сабзавотларни хар куни истеъмол қилмаслик билан ёш ахоли популяциясида СХ – 20,0% частотада (тошсиз тури – 14,9% ва тошли тури – 5,1% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 10,2% дан (тошсиз тури -7,0% ва тошли тури – 3,2%дан) частота билан тасдиқланади (RR=1,955; 95% CI=1,542 – 2,479;  $\chi^2=32,357$ ;  $r=0,070$ ;  $P<0,001$ ) (3.8-жадвал ва 3.2- расмда).

Мева – сабзавотларни кунига  $\geq 400$  г/сут миқдорда истеъмол қилиш билан аниқланган ёш ахоли популяциясида СХ – 10,0% (тошсиз СХ – 8,0% ва тошли СХ – 2,0% дан) ва ўрта ёш ахолида эса – 8,6% (тошсиз СХ – 6,5% ва тошли СХ – 2,0% дан) тарқалиш частотасида тасдиқланади (RR=1,174; 95% CI=0,807 – 1,707;  $\chi^2=0,706$ ;  $r=0,070$ ;  $P>0,05$ ). МСМКИ, тахлиллар хабар беришича, СХ хавфини, айниқса ёш ахолида, 1,5 баробарга оширади. СХ хавфи ва тарқалиши частотаси липид алмашинуви бузилишига боғлиқ холда хос тавсифланади (3.9-жадвал ва 3.2-расмда бу ҳақдаги тахлилий хулосалар келтирилган).

## 3.6 – жадвал

**Жисмоний фаолликка боғлиқ бўлиб сурункали холециститни ёш ва ўрта ёшли популяцияда тарқалиши частотасини эпидемиологик тавсифи**

Жисмоний фаоллик ҳолати	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Жисмоний фаоллик даражаси юқори (n=796)	13	1,6	5	0,6	18	2,3	8	1,0	5	0,6	13	1,6	1,385	0,683-2,807	0,822	0,033	>0,05
Жисмоний фаоллик даражаси ўртача (n=569)	74	13,0	14	2,5	88	15,5	32	5,6	20	3,5	52	9,1	1,692	1,226-2,336	10,556		<0,05
Жисмоний фаоллик даражаси паст (n=506)	109	21,5	41	8,1	149	29,4	71	14,0	24	4,7	95	18,8	1,568	1,251-1,966	15,748		<0,001
Жисмоний нофаол (гиподинамия) (n=126)	38	30,2	19	15,1	57	45,2	12	9,5	6	4,8	18	14,3	3,167	1,981-5,061	28,873		<0,001

## 3.7 – жадвал

**Алкогол истеъмоли омилига боғлиқ бўлиб сурункали холеиститни ёш ва ўрта ёшли популяцияда юзага келиш частотасини эпидемиологик тавсифи**

Алкогол истеъмоли тафсилоти	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Охирги 12 ой ичида АИ (n=136)	10	7,4	1	0,7	11	8,1	2	1,5	0,00	0,00	2	1,5	5,50 0	1,242-24,350	6,544	0,127	<0,05
Охирги 10 ой ичида АИ (n=53)	12	22,6	2	3,8	14	26,4	5	9,4	1	1,9	6	11,3	2,33 3	0,970-5,610	3,944		>0,05
Охирги 1 hafta ичида АИ (n=305)	30	9,8	9	3,0	39	12,8	24	7,9	12	3,9	36	11,8	1,08 3	0,709-1,656	0,137		>0,05
АИ йўқ аҳоли (n=1422)	158	11,1	53	3,7	211	14,8	84	5,9	30	2,1	114	8,0	1,85 1	1,492-2,296	32,686		<0,001
Жами АИ (>20 г дан зиёд кунига); (n=81)	24	29,6	14	17,3	38	46,9	8	9,9	12	14,8	20	24,7	1,90 0	1,217-2,966	8,702		<0,05
ЖАМИ (n=1997)	234	11,7	79	4,0	313	15,7	123	6,2	55	2,8	178	8,9	1,75 8	1,479-2,091	42,321		<0,001

**Изоҳ:** АИ алкогол истеъмоли; АИ суъистемоли деб кунига 20 г дан ортиқ тоза алкогол истеъмол қилишига аталади (эритилган спирт бўлса – бу, 40 г ароқ ёки вино демакдир).

ДЛП билан ёш аҳоли популяциясида СХни аниқланиш частотаси – 16,1% ни ташкил қилади, жумладан, тошсиз СХ – 16,4% ва тошли СХ – 6,1% тарқалиш суръатларида кузатилади. ДЛП билан ўрта ёш аҳоли популяциясида эса касалликни қайд қилиниш частотаси – 14,2% ни ташкил қилади (тошсиз СХ – 9,7% ва тошли СХ – 4,1% дан) (RR=1,133; 95% CI=0,958 – 1,340;  $\chi^2=2,131$ ; r=0,130; P>0,05).

ГХС билан ёш аҳоли гуруҳида СХ – 23,7% (тошсиз тури – 17,7%; ва тошли тури – 6,0% дан) ва 14,4% дан (тошсиз тури – 10,8% ва тошли тури – 3,6%) тасдиқланиш частоталарида ифодаланади (RR=1,648; 95% CI=1,302 – 2,087;  $\chi^2=17,847$ ; r=0,130; P<0,001).

ГТГ тасдиқланган ёш популяцияда СХ -21,7% (тошсиз СХ – 15,6% ва тошли СХ – 6,2% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 14,0% дан тарқалиш частоталарида кузатилади (RR=1,551; 95% CI=1,266 – 1,901;  $\chi^2=18,416$ ; r=0,130; P<0,001).

Маълум бўлдики, АБнинг турли ўзгаришларига боғлиқ ҳолда ёш популяцияда СХ – 15,7% (тошсиз СХ – 11,7% ва тошли – СХ – 4,0%) ва ўрта ёш популяцияда – 8,9% дан (тошсиз СХ – 6,2% ва тошли СХ – 2,8%) частоталарда аниқланиш билан тавсифланади (RR=1,758; 95% CI=1,479 – 2,091;  $\chi^2=42,321$ ; r=0,054; P<0,001) (3.2-расм ва 3.10 жадвал).

“Оптимал АБ” (АБ<120/80 мм см. уст.) билан ёш аҳолида СХни тарқалиш частотаси 11,1% (тошсиз тури – 9,0% ва тошли тури – 2,1%) ва ўрта ёш популяциясида – 4,2%ни (тошсиз тури – 3,3% ва тошли тури – 1,0%да) ташкил қилиб кузатилади (RR=2,636; 95% CI=1,639 – 4,242;  $\chi^2=17,542$ ; r=0,054; P<0,001). “Нормал АБ” (АБ 120-129/80-84 мм сим.уст.) билан ёш популяцияда -4,8% дан

## 3.8 – жадвал

**Овқатланиш оdatига боғлиқ холда сурункали холециститнинг юзага келиш частотасини ёш ва ўрта ёшли аҳолида эпидемиологик тавсифи**

Овқатланиш оdatи	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Мева – сабзавотларни ўртача <400 г/сут, истеъмол қилиш (n=588)	61	10,4	24	4,1	85	14,5	27	4,6	16	2,7	43	7,3	1,977	1,395-2,801	15,464		>0,05
Мева – сабзавот маҳсулотларини хар куни истеъмол қилмаслик (n=871)	130	14,9	44	5,1	174	20,0	61	7,0	28	3,2	89	10,2	1,955	1,542-2,479	32,357	-0,070	<0,001
Мева сабзавотларини кунига ≥400 г/сут микдорда истеъммол қилиш (n=538)	43	8,0	11	2,0	54	10,0	35	6,5	11	2,0	46	8,6	1,174	0,807-1,707	0,706		>0,05

**Изоҳ:** Бу ҳақдаги маълумотлар сўровномадан олинади, кунига 400 г дан кам мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш – мева ва сабзавотларни кам (етарлича эмас) қабул қилиш деб баҳоланади ёки ташхисланади

аниқланиш частоталарида тавсифланиб тасдиқланади ( $RR=1,486$ ;  $95\% CI=0,992 - 2,228$ ;  $\chi^2=3,747$ ;  $r=0,054$ ;  $P>0,05$ ).

“Предгипертензия билан” (АБ 130-139/85-89) ёш популяцияда СХ – 33,7% (тошсиз СХ – 25,1% ва тошли СХ – 8,6% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 18,2% (тошсиз СХ – 12,7% ва тошли СХ – 5,5% дан) аниқланиш частотаси билан қайд этилади ( $RR=1,848$ ;  $95\% CI=1,423 - 2,401$ ;  $\chi^2=22,532$ ;  $r=0,054$ ;  $P<0,001$ ).

“АГ билан” (АБ $\geq$ 140/90 мм сим.уст.) ёш ахоли популяциясида – 15,7% (тошсиз тури – 17,8% ва тошли тури -7,0%) ва ўрта ёшли популяцияда эса - 16,3% (тошсиз тури – 11,4% ва тошли тури – 5,4% дан) аниқланиш частоталарида тасдиқланади ( $RR=1,472$ ;  $95\% CI=1,077 - 2,011$ ;  $\chi^2=6,023$ ;  $r=0,054$ ;  $P<0,05$ ).

“Систолик АГ” (АБ: САБ $>$ 140 ва ДАБ -  $<$ 90 мм им.уст.) билан ёш ва ўрта ёш популяцияда СХ билан касалланиш холати аниқланмади.

Углевод алмашинувини турли бузилишларига (қондаги нахорги глюкозани 5,6 мм/л дан кам бўлиши – ҚНГМк, ёки юқори бўлиши – ҚНГМю, қандли диабет ҚД2) боғлиқ бўлиб сурункали холециститни келиб чиқишини тавсифи 3.11-жадвал ва 3.2-расмда келтирилган.

Кузатилдики, ҚНГМк билан ёш популяцияда СХ – 15,3% (тошсиз тури – 11,7% ва тошли тури – 3,7% дан) ва ўрта ёш популяцияда бўлса – 8,5% кўрсаткичларда ифодаланиб (тошсиз тури – 6,0% ва тошли тури – 2,5% дан) аниқланади ( $RR=1,803$ ;  $95\% CI=1,480 - 2,196$ ;  $\chi^2=35,555$ ;  $r=0,064$ ;  $P<0,001$ ).

ҚНГМю тасдиқланган ахолининг ёш гуруҳида СХни аниқланиш частотаси 17,1%ни ташкил қилади, тошсиз тури – 11,9% ва тошли тури – 5,2% дан қайд қилинади. Ўрта ёш популяцияда, ҚНГМю тасдиқланган, СХни аниқланиш частотаси 10,6%ни ташкил қилади. Тошсиз СХ – 11,9% ва тошли СХ – 3,5% дан тарқалиш частоталарида тасдиқланади ( $RR=1,609$ ;  $95\% CI=1,119 - 2,315$ ;  $\chi^2=6,781$ ;  $r=0,065$ ;  $P<0,01$ ).

**Липид алмашинуви бузилишига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг аниқланиш частотасини  
ёш ва ўрта ёшли популяцияда эпидемиологик тавсифи**

Липид алмашинуви бузилишлари	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Гиперхолестеринемия (n=632)	112	17,7	38	6,0	150	23,7	68	10,8	23	3,6	91	14,4	1,648	1,302-2,087	17,847	0,130	<0,001
Гипертриглицеридемия (n=906)	141	15,6	56	6,2	197	21,7	81	8,9	46	5,1	127	14,0	1,551	1,266-1,901	18,416		<0,001
Дислипидемия жами (n=1538)	253	16,4	94	6,1	247	16,1	149	9,7	69	4,5	218	14,2	1,133	0,958-1,340	2,131		>0,05

**Эслатма:** • гиперхолестеринемия (ГХС) деб қонда холестерин миқдорини  $\geq 5$  ммоль/л га тенг даражаси қабул қилинади; • гипертриглицеридемия (ГТГ) деб қонда триглицеридлар миқдорини  $> 1,7$  ммольга тенг даражаси қабул қилинади; • ДЛП = ГХС + ГТГ.

## 3.10 – жадвал

**Артериал босимни турли даражаларига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг аниқланиш  
частотасини ёш ва ўрта ёшли аҳолида эпидемиологик тавсифи**

Артериал босим даражаларини ўзгаришлари мм.сим.уст	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
АБ <120 - 80 (n=523)	47	9,0	11	2,1	58	11, 1	17	3,3	5	1,0	22	4,2	2,636	1,639- 4,242	17,54 2	0,054	<0,00 1
АБ 120-129/80-84 (n=765)	40	5,2	15	2,0	55	7,2	24	3,1	13	1,7	37	4,8	1,486	0,992- 2,228	3,747		>0,05
АБ 130-139/85- 89 (n=362)	91	25, 1	31	8,6	122	33, 7	46	12, 7	20	5,5	66	18, 2	1,848	1,423- 2,401	22,53 2		<0,00 1
АБ ≥140 / 90 (n=315)	56	17, 8	22	7,0	78	24, 8	36	11, 4	17	5,4	53	16, 8	1,472	1,077- 2,011	6,023		<0,05
АБ: ≥140 САБ, <90 ДАБ (n=32)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-		-
Жами (n=1997)	234	11, 7	79	4,0	313	15, 7	123	6,2	55	2,8	178	8,9	1,758	1,479- 2,091	42,32 1		<0,00 1

## 3.11 – жадвал

**Углевод алмашинуви бузилишига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг аниқланиш  
частотасини ёш ва ўрта ёшли аҳолида эпидемиологик тавсифи**

Углевод алмашинуви холати	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Қонда наҳорги глюкозани <5,6 ммоль/л бўлиниши (n=1611)	188	11, 7	59	3,7	247	15, 3	97	6,0	40	2,5	137	8,5	1,803	1,480- 2,196	35,77 4	0,064	<0,00 1
Қонда ноҳорги глюкозани >5,6 ммоль/л бўлиши (n=386)	46	11, 9	20	5,2	66	17, 1	26	6,7	15	3,9	41	10, 6	1,609	1,119- 2,315	6,781		<0,01
Ташхисланган қандли диабет (ҚД 2) босқич (n=148)	17	11, 5	7	4,7	24	16, 2	14	9,5	6	4,1	20	13, 5	1,200	0,694- 2,076	0,427	- 0,016	>0,05

ҚД2 тасдиқланган ёш ахоли популяциясида СХни аниқланиш кўрсаткичи – 16,2% ни (тошсиз тури – 11,5% ва тошли тури – 4,7%дан) ва ўрта ёш ахоли популяциясида эса – 13,5% ни ташкил қилади (тошсиз тури – 9,5%ни ва тошли тури -4,1%ни) (RR=1,200; 95% CI=0,694 – 2,076;  $\chi^2=0,427$ ; r=0,616; P>0,05).

Хулоса қилиш мумкинки, хатар омиллари СХни келиб чиқиши ва ривожланишида, ёш ва ўрта ёш аҳолида, хатар омиллари “катта хиссалари” билан иштирок этишади.

Уларни ҳисобга олиш касаллик хавфини кескин камайтиради ёки маълум даражада баргарафлайди. Скрининг – назорат / профилактикада буни сўзсиз, эътиборга олиш керак бўлади.

---

---

## IV БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ЁШ ВА ЎРТА Ёшли ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХОЛЕЦИСТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ХОС ЖИХАТЛАРИ

---

---

§ 4.1. Ўзбекистоннинг ёш ва ўрта ёшли популяциясида коморбидликка боғлиқ холда холециститнинг клиник кечишининг замонавий хос жиҳатлари

Маълумки СХ кўпинча коморбидлик фонида ўтади ва унга боғлиқ холда клиник манзарасини ўзгартиради. Бу жараёнда, турли минтақа ва аҳоли гуруҳларида, хос хусусиятлар намоён бўлади. Тадқиқотларда шу мазмундаги натижалар келтирилган [8;43;49;163].

Бундай маълумотлар, эпидемиологик тадқиқотга асосланиб, Ўзбекистоннинг ёш ва ўрта ёш аҳоли популяциясида комплекс ўрганилмаган ва шунинг учун, комплекс илмий дастурни амалга ошириш давомида, Андижоннинг қишлоқ аҳолиси мисолида – ёш ва ўрта ёшли популяцияда коморбидликка боғлиқ холда холециститнинг клиник кечишининг замонавий жиҳатлари ўрганилди ва аниқланди. Бундай таҳлиллар 4.1-жадвал ва 4.1.-расмда келтирилган. Таҳлилий хулосалар чиқарилдики, СХ ёш популяцияда – 18,3% частота билан коморбидлик фонида ривожланади ва клиник ифодаланиб кечади. Тошсиз СХда коморбид фон – 13,4% ва тошли СХда - 4,9% аниқланиш частотаси билан қайд қилинади.

Ўрта ёшли аҳоли популяциясида коморбид фонни аниқланиш частотаси – 11,8% ни ташкил этади, унинг -7,9%ни тошсиз ва 3,9%ни тошли тури ташкил этади (RR=1,545; 95% CI=1,326 – 1,799;  $\chi^2=32,024$ ; P<0,01).

“СХ стеатогепатит” коморбидлиги билан ёш популяцияда сурункали холецистит – 21,3% (тошсиз СХ – 21,3% ва тошли СХ – 0,00%дан) ва ўрта ёш популяциясида – 17,0% дан (тошсиз СХ – 12,8% ва тошли СХ – 4,3%)

**Табиатан турли коморбидликка боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг клиник кечишини ёш ва ўрта ёшли аҳолида хусусиятлари**

Коморбидлик турлари	СХ аниқланган ёш популяцияси				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Стеатогепатит (n=47)	10	21,3	0	0,0	10	21,3	6	12,8	2	4,3	8	17,0	1,250	0,541-2,887	0,275	>0,05
Сурункали вирусли гепатит (n=137)	28	20,4	8	5,8	36	26,3	16	11,7	9	6,6	25	18,2	1,440	0,916-2,263	2,552	>0,05
Вирусли жигар циррози (n=22)	6	27,3	0	0,0	6	27,3	2	9,1	1	4,5	3	13,6	2,000	0,571-7,006	1,257	>0,05
Ўткир юрак ишемик касаллиги (n=70)	11	15,7	1	1,4	12	17,1	6	8,6	2	2,9	8	11,4	1,500	0,653-3,443	0,933	>0,05
Сурункали юрак ишемик касаллиги (n=218)	45	20,6	6	2,8	51	23,4	24	11,0	7	3,2	31	14,2	1,645	1,097-2,466	6,008	<0,05
Гломеруляр касалликлар (n=315)	47	14,9	20	6,3	67	21,3	19	6,0	12	3,8	31	9,8	2,161	1,454-3,212	15,661	<0,001
Сурункали гастроэнтеро-логик касалликлар (n=134)	18	13,4	5	3,7	23	17,2	12	9,0	2	1,5	14	10,4	1,643	0,884-3,053	2,540	>0,05
Нейроциркулятор астения (n=88)	12	13,6	4	4,5	16	18,2	8	9,1	6	6,8	14	15,9	1,143	0,594-2,197	0,161	>0,05
Бўғим касалликлари (n=96)	17	17,7	6	6,3	23	24,0	13	13,5	2	2,1	15	15,6	1,533	0,854-2,754	2,100	>0,05
Респиратор касалликлар (n=355)	48	13,5	21	5,9	69	19,4	32	9,0	17	4,8	49	13,8	1,408	1,007-1,969	4,066	<0,05
Камқонлик (n=486)	21	4,3	26	5,3	47	9,7	18	3,7	17	3,5	35	7,2	1,343	0,883-2,042	1,918	>0,05
Жами коморбидлик (n=1968)	263	13,4	97	4,9	360	18,3	156	7,9	77	3,9	233	11,8	1,545	1,326-1,799	32,024	<0,001

**Изоҳ:** • **Ўткир юрак ишемик касаллиги (ЎЮИК):** тўсатдан ўлим холати, ностабил стенокардия, миокард инфаркти киритилади; • сурункали **ЮИКга** – юрак етишмовчилиги, кардиоаритмия, постинфаркти кардиосклероз, стабил стенокардия, ишемик кардиомиопатиялар киритилади.



**4.1 – расм.** Ёш ва ўрта ёшли аҳолида сурункали холециститнинг турли коморбидликка боғлиқ равишда клиник кечишини хусусиятлари

тарқалиш частоталарида қайд қилинади (RR=1,250; 95% CI=0,541 – 2,887;  $\chi^2=0,275$ ; P>0,05).

Ёш аҳоли популяциясида “СХ вирусли жигар циррози” коморбидлиги 27,3% частотада аниқланади, 27,3% ва 0,00% дан унинг тошсиз ва тошли турлари қайд қилинади.

Ўрта ёш популяциясида эса 13,6% тарқалиш частотаси тасдиқланади, 9,1% ва 5%дан тошсиз ҳамда тошли турлари қайд қилинади (RR=2,000; 95% CI=0,571 – 7,006;  $\chi^2=1,257$ ; P>0,05).

“СХ+сурункали вирусли гепатит” коморбидлиги ёш популяцияда – 26,3% (тошсиз СХ – 20,4% ва тошли СХ – 5,8% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 18,2% дан (тошсиз тури – 11,7% ва тошли тури – 6,6% дан) аниқланиш частотаси билан қайд қилинади (RR=1,440; 95% CI=0,916 – 2,263;  $\chi^2=2,552$ ; P>0,05).

Текширилган ёш ва ўрта ёшли аҳоли популяциясида “СХ+ўткир юрак ишемик касаллиги” тарқалиш частотаси шу популяцияда 17,1% (тошсиз тури СХни – 15,7% ва тошли СХ тури билан -1,4% дан ва ўрта ёш популяцияда – 14,2% дан (СХ тошсиз тури билан – 8,6% ва тошли тури билан – 2,9%дан) аниқланади (RR=1,500; 95% CI=0,653 – 3,443;  $\chi^2=0,933$ ; P>0,05).

“Сурункали юрак ишемик касаллиги ва СХ” коморбидлиги ёш ахоли популяциясида – 23,4% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади; 20,6% - тошсиз СХ ва 2,8% тошли тури билан кузатилади. Ўрта ёшли ахоли популяциясида эса бундай коморбидлик – 14,2% частотада кузатилади, 11,0% - тошсиз ва 3,2% тошли СХга қўшилув тасдиқланади (RR=1,645; 95% CI=1,097 – 2,466;  $\chi^2=6,008$ ; P<0,05).

СХнинг клиник кечишида гломеруляр касалликлар билан коморбидлик – 21,3% (ёш популяцияда, шундан 14,9% - ти тошсиз ва 6,3% ти тошли тури билан) ва 9,8% (ўрта ёш популяцияда; 6,0% тошсиз ва 3,8% тошли СХга коморбидлик) частоталарда қайд қилинади (RR=2,161; 95% CI=1,454 – 3,212;  $\chi^2=15,661$ ; P<0,001).

“Сурункали гастроэнтерологик касалликлар + СХ” коморбидлиги – ёш популяцияда – 17,2% (тошсиз СХ билан – 13,4% ва тошсиз СХ билан – 3,7%) ва 10,4%дан (тошсиз СХ билан – 9,0% ва тошли СХ билан – 1,5%) аниқланади (RR=1,643; 95% CI=0,884 – 3,053;  $\chi^2=2,540$ ; P>0,05)

“Нейроциркулятор астения+СХ” коморбидлиги – ёш ахоли гуруҳида 18,2% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади (тошсиз СХ билан – 13,6% ва тошли СХ билан – 4,5%). Ўрта ёш популяциясида бундай қўшилув частотаси тошсиз ХС билан -9,1% ва тошсиз ХС билан -6,8%, жами 15,9% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади (RR=1,143; 95% CI=0,594 – 2,197;  $\chi^2=0,161$ ; P>0,05).

“Бўғим касалликлари +СХ” коморбидлигини аниқланиш частотаси ёш популяцияда – 24,0% (тошсиз тури билан – 17,7% ва тошли тури билан – 6,3%ни) ва ўрта ёш популяцияда – 15,6% (тошсиз тури – 13,5% ва тошли тури билан – 2,1%) аниқланиш частотаси билан қайд қилинади (RR=1,533; 95% CI=0,854 – 2,754;  $\chi^2=2,100$ ; P>0,05).

СХда коморбидликни респиратор касалликлар – 19,4% (ёш популяцияда, 13,5% тошсиз ва 5,9% тошсиз тури билан) ва 13,8% дан (RR=1,408; 95% CI=1,007 – 1,969;  $\chi^2=4,066$ ; P<0,05) ташкил қилиб (ўрта ёш популяцияда; тошсиз ХС билан – 9,0% ва тошсиз ХС билан – 4,8%дан).

“СХ+ камқонлик” коморбидлиги ёш ахоли популяциясида – 9,7% (тошсиз ХС билан – 4,3% ва тошли ХС билан – 5,3% дан) ва ўрта ёш популяцияда -7,2% (тошсиз ХС билан – 3,7% ва тошли ХС билан – 3,5% дан) частоталарда тасдиқланади (RR=1,343; 95% CI=0,883 – 2,042;  $\chi^2=1,918$ ; P>0,05). СХ учун хос клиник кўриниш бўлиб аксарият 11 та ўткир ва сурункали касалликларга кўшилиб кечиши тадқиқотда тасдиқланади.

§ 4.2. Ўзбекистоннинг ёш ва ўрта ёшли популяциясида сурункали холециститни оғирлик даражаси ва асосий клиник синдромлари бўйича эпидемиологик тавсифи хусусиятлари

СХ ёш ва ўрта ёшли ахоли популяциясида (Андижон мисолида) оғирлик даражаси (енгил кечиши касалликни йилда 1-2 марта қайталаниши; ўртача оғир кечиши – йилда 3 ва ундан ортиқ қайталаниши; оғир кечиши ойда 1-2 марта қайталаниши) бўйича юзага келишини эпидемиологик тавсифи ҳам тадқиқотда алоҳида ўрганилди (4.2-расмда ва 4.2-жадвал ҳамда 4.3-жадваллар). Тасдиқландики, СХни ёш популяцияда енгил кечиши – 58,8% (тошсиз турида – 46,9% ва тошли турида – 11,8% дан) ва 56,7% дан (тошсиз турида – 41,0% ва тошли турида -15,7% дан) тарқалиш частоталарда кузатилади (RR=1,822; 95% CI=1,524 – 2,178;  $\chi^2=48,344$ ; P<0,001). Ўртача оғирликда СХни кечиши эса ёш популяцияда – 32,6% (тошсиз турида – 24,9% ва тошли турида – 7,7% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 24,7% дан (тошсиз СХда – 17,4% ва тошли СХда – 7,3% дан) аниқланиш частотаси билан тасдиқланади (RR=2,318; 95% CI=1,771 – 3,034;  $\chi^2=46,082$ ; P<0,001).

Оғир кечиш ёш популяцияда 8,6% (тошсиз турида – 2,9% ва тошли турида – 5,7% дан) ва ўрта ёш аҳолида – 15,5% (тошсиз СХда – 10,7% ва тошли СХда – 7,9% дан) тарқалиш частоталари билан кузатилади (RR=0,818; 95% CI=0,570 – 1,174;  $\chi^2=1,200$ ; P>0,05).

Қайд этилдики СХ ёш ва ўрта ёшли ахоли популяциясида асосан 6 та клиник синдромларни устуворлигида кечади ва асоратланиб ўтади (4.3-жадвалда кўрсатилган). Қовурға ости оғирлиги синдроми 48,9% аниқланиш

частотаси билан ёш аҳоли популяциясида (тошсиз СХда – 38,7% ва тошли СХда – 110,2% дан) аниқланади.

Катта ёшдаги аҳолида бўлса ушбу синдромни аниқланиш частотаси – 59,0% га етади, жумладан, тошсиз СХда – 47,2% ва тошли СХ да – 11,8% дан суръатларда ифодаланади (RR=1,457; 95% CI=1,219 – 1,742;  $\chi^2=17,860$ ; P<0,001).

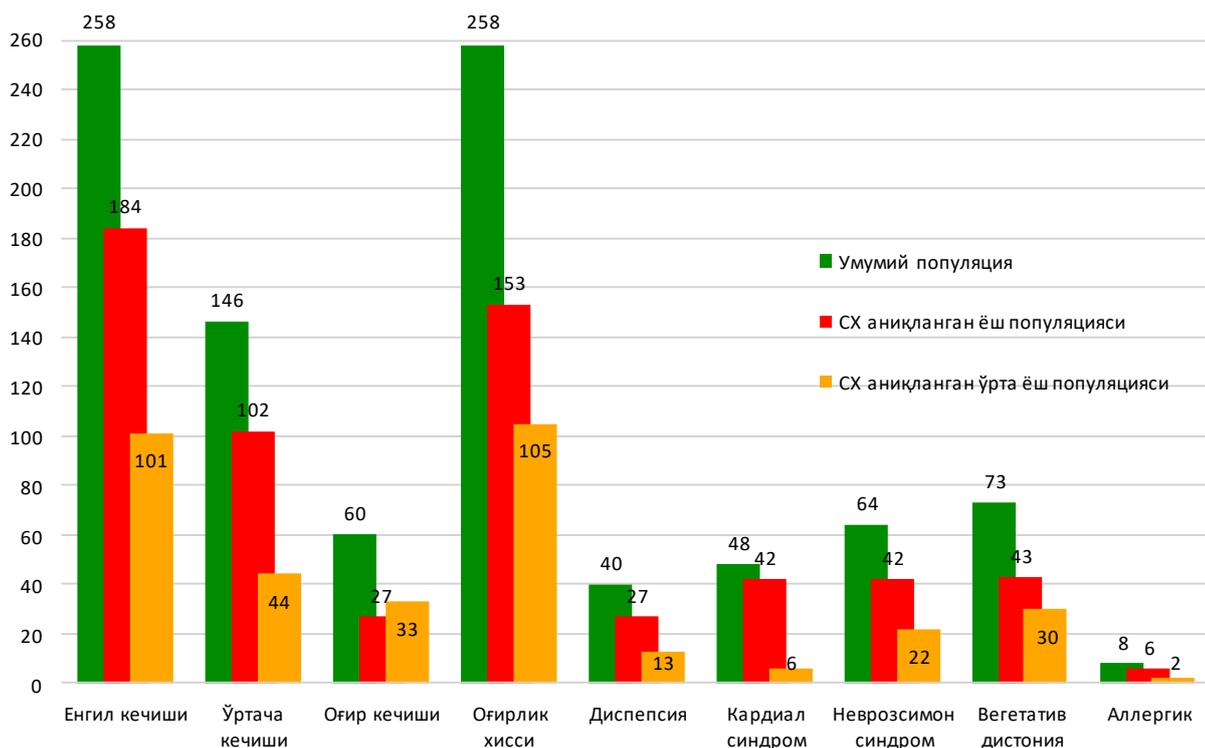
Ёш популяцияда СХни диспептик симптомларда ифодаланиб кечиши – 8,6%ни ташкил қилади (тошсиз турида – 6,7% ва тошли турида – 1,9% дан) Кардиалгия синдроми ёш аҳоли популяциясида – 13,4% (тошсиз СХда – 8,9% ва тошли СХда – 4,5%) ва ўрта ёшли популяцияда – 3,4% (тошсиз СХда – 2,2% ва тошли СХда – 1,1% дан) кўрсаткичларда тарқалиш частотаси билан тасдиқланади (RR=7,000; 95% CI=3,286 – 14,909;  $\chi^2=54,000$ ; P<0,001).

СХ аниқланган ёш популяцияда неврозсимон синдром – 13,4% (тошсиз СХда -8,3% ва тошли СХда – 5,1% дан) ва ўрта ёш популяцияда бўлса – 12,4% (тошсиз турида - 6,2% ва тошли турида -6,2% дан) частоталар билан аниқланади (RR=1,909; 95% CI=1,303 – 2,798;  $\chi^2=12,500$ ; P<0,001).

Вегетатив дистоник хуружи кўринишли СХни кечишини аниқланиш частотаси ёш аҳоли популяциясида – 13,7%ни (тошсиз турида – 10,2% ва тошли турида – 3,5%ни ташкил этиб) ва ўрта ёш популяцияда – 16,9%ни (тошсиз турида – 7,3% ва тошли турида – 9,6% ни) ташкил қилади (RR=1,433; 95% CI=1,025 – 2,003;  $\chi^2=4,630$ ; P<0,05).

СХ аллергик синдром билан ҳам кечади ва бундай кечиш ёш популяцияда – 1,9% ни (тошсиз ХСда – 1,9% ва тошли ХСда – 0,00%) ва ўрта ёшли популяцияда 1,1%ни (тошсиз турида – 1,1% ва тошли турида – 0,00%ни) ташкил этиб кузатилади (RR=3,000; 95% CI=0,847 – 10,631;  $\chi^2=4,000$ ; P>0,05).

Ўрта ёш популяцияда эса диспептик синдром билан СХни кечиши – 7,3% ни (тошсиз турида – 5,1% ва тошли турида -2,2%ни) ташкил қилиб ифодаланади (RR=2,077; 95% CI=1,265 – 3,409;  $\chi^2=9,800$ ; P<0,05).



#### 4.2-расм. Ёш ва ўрта ёшли аҳолида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси ва асосий клиник синдромларининг эпидемиологик тавсифи

4.3-расм ва 4.4-жадвалда ёш ва ўрта ёш аҳоли популяциясида СХни асоратланишларини аниқланиш частоталари тақдим қилинган.

Исботландики, текширилган популяцияда асосан СХни тўрт туркум асоратлари қайд қилинади: перихолецистит, реактив панкреатит, сурункали дуоденит ва перидуоденит. Перихолецистит СХ билан ёш аҳоли популяциясида – 50,8% частотада тарқалиш билан тасдиқланади (тошсиз СХда – 40,6% ва тошли СХда - 10,2% дан).

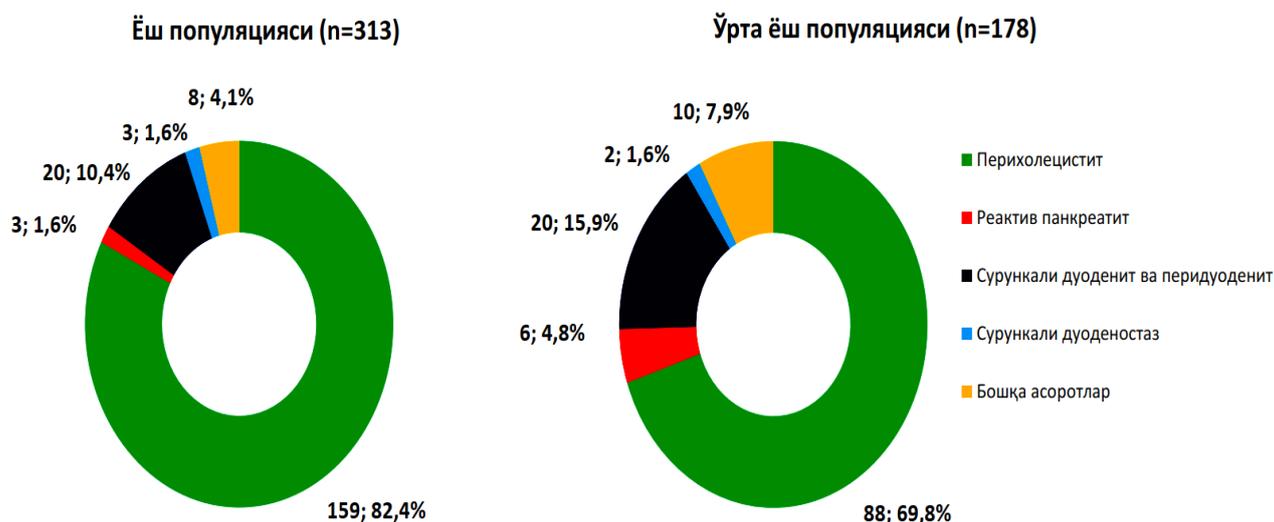
**Сурункали холециститни ёш ва ўрта ёшли аҳоли популяциясида оғирлик даражаси бўйича юзага келишини эпидемиологик тавсифи**

СХни оғирлик даражаси	СХ аниқланган ёш популяцияси (n=313)				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси (n=178)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Енгил кечиши (n=285)	147	46,9	37	11,8	184	58,8	73	41,0	28	15,7	101	56,7	1,82 2	1,524-2,178	48,344	<0,001
Ўртача кечиши (n=146)	78	24,9	24	7,7	102	32,6	31	17,4	13	7,3	44	24,7	2,31 8	1,771-3,034	46,082	<0,001
Оғир кечиши (n=60)	9	2,9	18	5,7	27	8,6	19	10,7	14	7,9	33	18,5	0,818	0,570-1,174	1,200	>0,05

**Эслатма:** СХ – сурункали холециститни **енгил кечиши** – касалликни йилда 1 – 2 марта қайталаниши; **ўртача оғир кечиши** – йилда 3 ва ундан ортиқ қайталаниши; **оғир кечиш** – ойда 1 – 2 марта қайталаниши.

Ёш ва ўрта ёшли ахоли популяцияда сурункали холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш  
частоталари

Асосий клиник синдромлари	СХ аниқланган ёш популяцияси (n=313)				Жами		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси (n=178)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Оғирлик (n=258)	121	38,7	32	10,2	153	48,9	84	47,2	21	11,8	105	59,0	1,457	1,219-1,742	17,860	<0,001
Диспептик (n=40)	21	6,7	6	1,9	27	8,6	9	5,1	4	2,2	13	7,3	2,077	1,265-3,409	9,800	<0,05
Кардиалгик (холецистокардиал) (n=48)	28	8,9	14	4,5	42	13,4	4	2,2	2	1,1	6	3,4	7,000	3,286-14,909	54,000	<0,001
Неврозсимон (n=64)	26	8,3	16	5,1	42	13,4	11	6,2	11	6,2	22	12,4	1,909	1,303-2,798	12,500	<0,001
Вегетатив дистонияли (n=73)	32	10,2	11	3,5	43	13,7	13	7,3	17	9,6	30	16,9	1,433	1,025-2,003	4,630	<0,05
Аллергик (n=8)	6	1,9	0	0,0	6	1,9	2	1,1	0	0,0	2	1,1	3,000	0,847-10,631	4,000	>0,05



#### 4.3-расм. Ўш ва ўрта ёшли аҳолида сурункали холециститнинг асоратларига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси

Ўрта ёшлиларда перихолециститни аниқланиш частотаси – 49,4% ни (тошсиз ХС да – 37,6% ва тошли ХС да – 11,8%ни) ташкил қилади (RR=1,806; 95% CI=1,492 – 2,188;  $\chi^2=40,818$ ; P<0,001).

Сурункали холециститни реактив панкреатит билан асоратланиб кечиши ёш популяцияда – 1,0% (тошсиз турида – 0,3% ва тошли турида – 0,6%) ва ўрта ёш популяцияда – 3,4% (тошсиз турида 1,1% ва тошли турида – 2,2%) тарқалиш частотаси билан кузатилади (RR=0,500; 95% CI=0,178 – 1,405;  $\chi^2=2,000$ ; P>0,05).

Сурункали дуоденит ва перидуоденит билан асоратланиб кечиш СХ аниқланган ёш популяцияда – 6,4% ни (тошсиз СХ – 2,9% ва тошли холециститда – 3,5%) ва ўрта ёш популяцияда – 11,2% ни (тошсиз ХСда – 3,9% ва тошли ХСда – 7,3%) ташкил қилади (RR=1,000; 95% CI=0,645 – 1,550; P>0,05).

Сурункали дуоденостеноз асорати СХ билан ёш популяцияда – 1,0% (тошсиз СХда – 0,00% ва тошли СХда – 1,0%) ва ўрта ёшли популяцияда – 1,1% (тошсиз СХда – 0,00% ва тошли СХда – 1,0%) аниқланиш частотаси билан қайд қилинади (RR=1,500; 95% CI=0,413 – 5,450;  $\chi^2=0,400$ ; P>0,05).

Бошқа асоротлар (стеатоз ўт йўллари дискинезияси ва астенодепрессив синдром) СХ аниқланган ёш популяцияда – 4,5% (тошсиз турида – 1,9% ва

Ёш ва ўрта ёшли аҳоли популяцияда сурункали холециститнинг асоратларини аниқланиши частоталари

Асоратлар	СХ аниқланган ёш популяцияси (n=313)				Жами асоратлар		СХ аниқланган ўрта ёш популяцияси (n=178)				Жами асоратлар		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Перихолецистит (n =247)	127	40,6	32	10,2	159	50,8	67	37,6	21	11,8	88	49,4	1,806	1,492-2,188	40,818	<0,001
Реактив панкреатит (n =9)	1	0,3	2	0,6	3	1,0	2	1,1	4	2,2	6	3,4	0,500	0,178-1,405	2,000	>0,05
Сурункали дуоденит ва перидуоденит (n =40)	9	2,9	11	3,5	20	6,4	7	3,9	13	7,3	20	11,2	1,000	0,645-1,550	0,000	>0,05
Сурункали дуоденостаз (n =5)	0	0,0	3	1,0	3	1,0	0	0,0	2	1,1	2	1,1	1,500	0,413-5,450	0,400	>0,05
Бошқа асоротлар (n =24)	6	1,9	8	2,6	14	4,5	4	2,2	6	3,4	10	5,6	1,400	0,782-2,505	1,333	>0,05

тошли турида – 2,6% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 5,6% (тошсиз турида – 2,2% ва тошли турида – 3,4% дан) аниқланиш частотаси билан тасдиқланади ( $RR=1,400$ ;  $95\% CI=0,782 - 2,505$ ;  $\chi^2=1,333$ ;  $P>0,05$ ).

Ушбу олинган натижаларни Фарғона водийси ва Ўзбекистон худудларига тавсия қилиш мумкин. Чунки, улар деярли жуда яқин умумий турмуш тарзи, хатар омиллари ва иқлимий – жўғрофий хусусиятлари билан тавсифланишади [Мамасолиев З.Н.,2023; Хакимова З.К.,2024].

Коморбидликни юқорилиги, клиник синдромларни худудий хослиги ва ёш ҳамда ўрта ёш гуруҳидаги аҳолида СХнинг сезиларли фарқлар билан ифодаланиб кўриниши холециститлар учун етакчи жиҳатлар бўлиб тасдиқланади.

Буларни ҳисобга олиб холецистит эпидемиологияси, профилактикаси ва фармакотерапиясининг замонавий ҳолатини нафақат Андижон ёки Фарғона водийси минтақасида, балки Ўзбекистоннинг бошқа худудларида ҳам баҳолаш ёки мониторинг қилиб бориш, тадқиқот натижаларини прогнозлаш бўйича, тиббий – иқтисодий самара келтиради.

Шундай яқин ҳулосалар тадқиқотчилар томонидан, асосан клиник тадқиқотларда, қилинган [Корочанская Е.В.,2022; Кукош М.В.,2009; Костюченко Л.Н.,2002].

---

---

## V БОБ. СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИ ӰЗБЕКИСТОННИНГ ГЕРОНТ ВА СУПЕРГЕРОНТ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ

---

---

§5.1. Сурункали холециститнинг Ӱзбекистонни геронт – супергеронт аёллари ва эркаклари популяциясида эпидемиологияси ва профилактикаси хусусиятлари

СХ профилактикасининг геронт-супергеронт аҳолида эпидеиологик асослари Ӱзбекистоннинг 6 та вилояти ва иккита минтақасида (Андижон, Фарғона, Наманган, Жиззах, Қашқадарё, Сирдарё, Фарғона водийси ва Воҳа худуди) ӱрганилди ва аниқланди. Олинган маълумотлар 5.1-5.2- жадвалларда ва 5.1-расмда келтирилган.

Геронт ва супергеронт аёллар популяциясида, Республика худудлари бўйича, сурункали холецистит куйидаги аниқланиш частоталарида тавсифланади: 1) Андижонда – 19,8% (тошсиз тури – 19,5% ва тошли тури – 21,1%) ва 50,0% дан (тошсиз тури – 50,0% ва тошли тури – 0,00%) мувофиқ бўлиб ( $RR=0,618$ ; 95%  $CI=0,148-2,583$ ;  $\chi^2=0,329$ ;  $C=0,068$ ;  $P>0,05$ ); 2) Фарғонада – 42,4% (42,5% - тошсиз тури ва 42,1% тошли тури) ва 0,00% дан геронт ва супергеронт аҳолида мувофиқ равишда; 3) Наманганда – 17,9% (тошсиз тури – 18,4% ва тошли тури – 15,8%) ва 50,0% дан (тошсиз тури – 50% ва тошли тури – 0,00%) мувофиқ бўлиб ( $RR=0,352$ ; 95%  $CI=0,245 - 0,505$ ;  $\chi^2=1,782$ ;  $C=0,177$ ;  $P>0,05$ ); 4) Жиззахда – 17,9% (тошсиз тури – 19,5% ва тошли тури – 10,5%) ва 0,00% дан қайд қилинади; 5) Қашқадарёда – 1,9% (тошсиз тури – 0,00% ва тошли тури – 10,5%) ва 0,00% дан; 6) Сирдарёда – 0,00% ва 0,00% дан мувофиқ холда.

Фарғона водийси бўйича геронт-аёлларда СХ – 80,2% тарқалиш частотасида тасдиқланади, жумладан, унинг тошсиз тури – 19,5% ва тошли тури – 78,9% частоталарда аниқланади.

## 5.1 - жадвал

## Сурункали холециститни геронт ва супергеронт аёллар популяциясида аниқланиши частоталари

Текширув худудлари (геронт/супергерон т популяция)	СХ аниқланган геронт аёллар				Жами		СХ аниқланган супергеронт аёллар				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Андижон (n=68/2)	17	19,5	4	21,1	21	19,8	1	50,0	0	0	1	50,0	0,618	0,148-2,583	0,329	0,068	>0,05
Фарғона (n=139/0)	37	42,5	8	42,1	45	42,4	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Наманган (n=54/1)	16	18,4	3	15,8	19	17,9	1	50,0	0	0	1	50,0	0,352	0,245-0,505	1,782	0,177	>0,05
Жиззах (n=22/0)	17	19,5	2	10,5	19	17,9	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Қашқадарё (n=61/0)	0	0	2	10,5	2	1,9	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Сирдарё (n=29/1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Фарғона водийси (n=261/3)	70	80,5	15	78,9	85	80,2	2	100, 0	0	0	2	100,0	0,488	0,215-1,108	1,561	0,077	>0,05
Воҳа худуди (n=112/1)	17	19,5	4	21,1	21	19,8	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Русублика худудлари (n=373/4)	87	100,0	19	100,0	106	100, 0	2	100, 0	0	0	2	100,0	0,568	0,210-1,534	0,902	0,049	>0,05

Водийнинг супергеронт аҳолисида СХнинг тарқалиши частотаси – 100,0%ни ташкил қилади (фақат тошсиз тури хисобига) (RR=0,488; 95% CI=0,215 – 1,108;  $\chi^2=1,561$ ; C=0,077; P>0,05).

Воҳа популяциясини тахлили исботладики, супергеронт аҳолида СХ аниқланмайди ва фақат геронт ёшдаги 21 та аёлларда СХ – 19,8% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади, тошсиз – СХ – 19,5% ва тошли СХ – 21,1% частоталарда тарқалиш билан кузатилади.

Эркаклар популяцияси фақат геронт ёшдагилардан иборат (70 та) бўлди, супергеронт аҳоли аниқланмади.

Сурункали холецистит, унинг тошсиз ва тошли турлари қуйидагича аниқлаш частоталари билан тасдиқланади: Андижонда – 28,6% (тошсиз СХ – 30% ва тошли СХ – 20,0% дан), Фарғонада – 28,6% (тошсиз СХ – 30,0% ва тошли СХ – 20,0% дан), Наманганда – 11,4% (тошсиз СХ – 11,7% ва тошли СХ – 10,0% дан), Жиззахда – 25,7% (тошсиз СХ – 26,7% ва тошли СХ – 20,0% дан), Қашқадарёда – 4,3% (тошсиз СХ – 1,7% ва тошли СХ – 20,0% дан) ва Сирдарёда – 1,4% (тошсиз тури – 0,00% ва тошли тури – 10,0% дан).

Республика бўйича Фарғона водийсининг геронт эркаклари популяциясида сурункали холецистит – 68,6% тарқалиш частотаси билан аниқланади, тошсиз СХ – 71,7% ва тошли СХ – 50,0% частоталарда тасдиқланади.

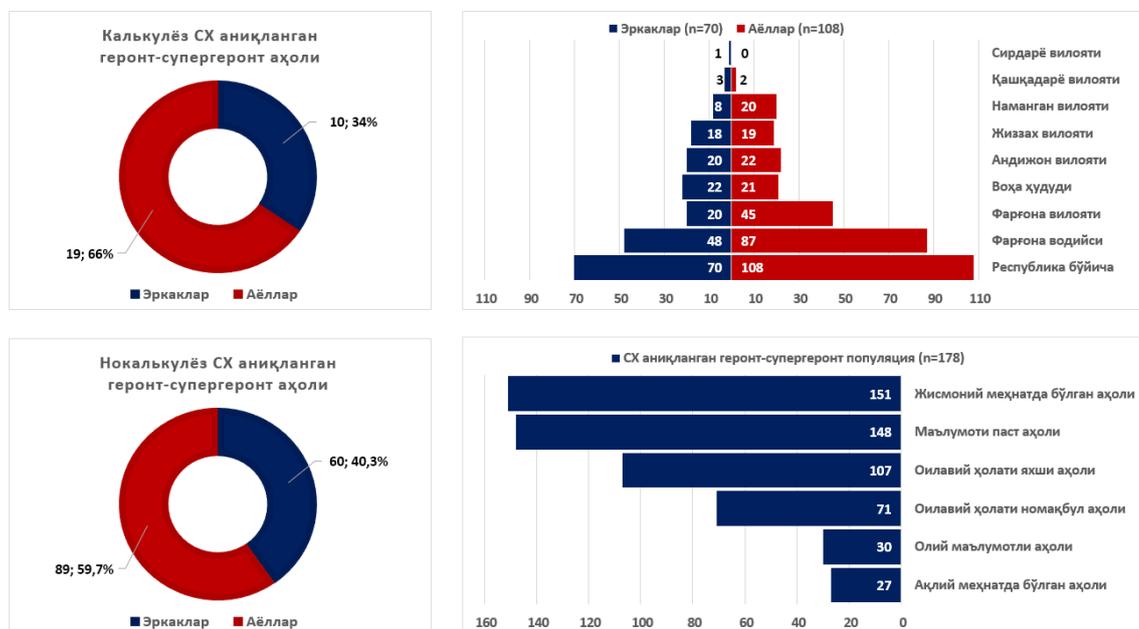
Воҳа худудларини геронт эркаклари популяциясида эса СХ – 31,4% тарқалиш частотаси билан аниқланади; тошсиз СХ – 28,3% ва тошли СХ – 50,0% частоталарда тасдиқланади.

Профилактика дастурларини такомиллаштиришда қуйидагиларни эътиборга олиш узоқ умр кўрувчиларни умрини узайтиришда аҳамият касб этади: 1) асосан тошсиз СХ геронт – супергеронт аҳоли учун хавф туғдириб юқори частоталарда тасдиқланади; 2) супергеронт ва геронт аёлларда, ҳам тошли ва ҳам тошсиз сурункали холециститлар

## Сурункали холециститни геронт ва супергеронт эркаклар популяциясида аниқланиши частоталари

Текширув худудлари (геронт/супергеронт популяция)	СХ аниқланган геронт эркаклар				Жами		СХ аниқланган супергеронт эркаклар				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Андижон (n=35/0)	18	30,0	2	20,0	20	28,6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Фарғона (n=83/0)	18	30,0	2	20,0	20	28,6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Наманган (n=31/0)	7	11,7	1	10,0	8	11,4	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Жиззах (n=25/0)	16	26,7	2	20,0	18	25,7	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Қашқадарё (n=56/1)	1	1,7	2	20,0	3	4,3	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Сирдарё (n=27/0)	0	0	1	10,0	1	1,4	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Фарғона водийси (n=149/0)	43	71,7	5	50,0	48	68,6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Воҳа худуди (n=108/1)	17	28,3	5	50,0	22	31,4	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Русублика худудлари (n=257/1)	60	100,0	10	100,0	70	100,0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-

юқори частоталарда, эркакларга солиштирганда, тарқалиш билан аниқланади ва хавф солади; 3) водийни геронт – аёллари ва эркаклари, супергеронт популяцияси 4 баробарга етиб кўп СХ билан хасталанишади ва шундан келиб чиқиб



**5.1– расм. Сурункали холецистит аниқланган геронт-супергеронт аҳолининг эпидемиологик тадқиқотда ифодаланиши**

бирламчи профилактикани СХга нисбатан “мўлжаллаштириш”, режалаштириш ва амалга ошириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

§5.2. Сурункали холециститни Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида ижтимоий хатар омилларини тарқалиши ва уларга боғлиқ холда касалликнинг шаклланиши механизмларини эпидемиологик тавсифи

Геронт – сепергеронт аҳолида, Ўзбекистоннинг 6 та худудида истиқомат қилувчи, сурункали холециститнинг келиб чиқиш хавфини оширувчи ва / ёки тарқалиши частотасига бевосита алоқадор ижтимоий хатар омиллари ажратилди ва холециститнинг шаклланиши механизмлари уларга боғлиқ холда тавсифланди.

5.3- жадвалда олинган маълумотларни тахлилий натижалари рақамли тақдим этилган.

Улардан исботли маълум бўладики “Ақлий меҳнатда бўлган геронт аҳолида” сурункали холецистит 5,1% аниқланиш частотасида қайд қилинади. Тошсиз ва тошли СХ – 5,4% ва 3,4% дан мувофиқ бўлиб тасдиқланади. Супергеронт аҳолида аниқланмайди (0,00%).

“Жисмоний меҳнатда бўлган геронт аҳолида” сурункали холецистит – 28,2% тарқалиш частотасида, тошсиз СХ – 27,9% ва тошли СХ – 29,9% кўрсаткичлар билан тавсифланади.

СХ аниқланган супергеронт аҳолида асосан унинг тошсиз тури қайд қилинади (33,3%) ва тошли тури аниқланмайди (0,00%) (RR=0,272; 95% CI=0,237 – 0,312;  $\chi^2=5,304$ ; C=0,098; P<0,05).

“Оилавий яхши ҳолат”да бўлган геронт аҳолида сурункали холецистит – 20,2% частотада тарқалиш билан тасдиқланади ва жумладан, тошсиз ва тошли турлари – 20,2% ва 20,7%дан даражаларда ифодаланиб кузатилади. Супергеронт аҳолида СХ аниқланмайди (0,00%).

“Оилавий номақбул ҳолат”да бўлган геронт аҳолида СХ – 13,1% (тошли СХ – 12,1% ва тошсиз СХ – 13,1% дан) ва супергеронт аҳолида – 33,3% дан (тошсиз СХ – 33,3% ва тошли СХ – 0,00% дан) аниқланиш частотаси билан тасдиқланади (RR=0,484; 95% CI=0,212 – 1,102;  $\chi^2=1,593$ ; C=0,085; P>0,05).

“Олий маълумотли бўлган” геронт аҳолида СХни аниқланиш частотаси – 5,7% ни ташкил қилади, унинг тошсиз ва тошли турлари – 5,9% ва 4,6% дан тарқалиш даражаларида тасдиқланади. Олий маълумотли супергеронт аҳолида СХ аниқланмайди.

“Паст маълумотли геронт ва супергеронт аҳолида” сурункали холециститни аниқланиш частотаси мувофиқ ҳолда – 27,6% (тошсиз СХ – 27,4% ва тошли СХ – 28,7% дан) ва 33,3% (тошсиз СХ – 33,3% ва тошли тури – 0,00% дан) кўрсаткичлар билан кузатилади (RR=0,218; 95% CI=0,186 – 0,255;  $\chi^2=7,099$ ; C=0,112; P<0,05).

## 5.3 - жадвал

**Геронт ва супергеронт аҳоли популяциясида ижтимоий хатар омилларига боғлиқ бўлиб  
сурункали холециститни тарқалиши частотаси**

Ижтимоий хатар омиллари (геронт/супергеронт популяция)	СХ аниқланган геронт аҳоли				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Ақлий меҳнатда бўлган аҳоли (n=82/3)	24	5,4	3	3,4	27	5,1	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Жисмоний меҳнатда бўлган аҳоли (n=548/2)	123	27,9	26	29,9	149	28,2	2	33,3	0	0	2	33,3	0,272	0,237-0,312	5,304	0,098	<0,05
Оилавий яхши ҳолат (n=414/4)	89	20,2	18	20,7	107	20,2	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Оилавий номақбул ҳолат (n=214/3)	58	13,1	11	12,6	69	13,1	2	33,3	0	0	2	33,3	0,484	0,212-1,102	1,593	0,085	>0,05
Олий маълумотлилик (n=81/4)	26	5,9	4	4,6	30	5,7	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Маълумотни пастлиги (n=556/2)	121	27,4	25	28,7	146	27,6	2	33,3	0	0	2	33,3	0,218	0,186-0,255	7,099	0,112	<0,05
Жами ижтимоий хатар омиллари (n=1895/18)	441	100,0	87	100,0	528	100,0	6	100,0	0	0	6	100,0	0,836	0,433-1,613	0,265	0,012	>0,05

Жами текширилган геронт ва супергеронт ахоли орасида – 528 та (тошсиз тури – 441 та ва тошли тури – 87 та) ва 6 та мувофиқ тарзда ижтимоий хатар омилларига боғлиқ бўлиб сурункали холецистит тасдиқланади ( $RR=0,836$ ;  $95\% CI=0,433 - 1,613$ ;  $\chi^2=0,265$ ;  $C=0,012$ ;  $P>0,05$ ).

Ижтимоий хатар омиллари таъсирида геронт аҳолида сурункали холециститни келиб чиқиш хавфи то 29,9% гача ва супергеронт аҳолида – 33,3% гача ортади. Мувофиқ профилактик дастурларни киритилиши ва ишлашини таъминлаш эса - 31,6% га тиббий самарани ошириб касаллик хавфини камайтиради. Тадқиқотнинг тахлилий натижалари шундай хулосани тасдиқлайди.

§5.3. Сурункали холециститни Ўзбекистон ҳудудларининг геронт – супергеронт популяциясида эпидемиологик хатар омилларини тарқалиши частотаси ва уларга боғлиқ ҳолда касалликнинг шаклланиши хусусиятлари

Ўзбекистон, Фарғона водийси ва Воҳа қўламида эпидемиологик хатар омилларини тарқалиш частотаси ҳамда уларга боғлиқ ҳолда СХни геронт-супергеронт популяциясида шаклланиши жиҳатлари ўрганилди ва баҳоланади (5.4-жадвал ва 4.2-расм).

Паст ТВИ билан геронт аҳолида сурункали холецистит – 25,6% тарқалиш частотасида аниқланади (тошсиз СХ – 21,1% ва тошли СХ – 4,5% дан). Супергеронт, паст ТВИ билан, аҳолида СХ – 50,0% тарқалиш частотаси билан (тошсиз тури – 50% ва тошли тури – 0,00%) тасдиқланади. Геронт аҳолида бўлса, шу вазндаги, 25,6% частотада тасдиқланади (тошсиз тури – 21,1% ва тошли тури – 4,5%) ( $RR=0,369$ ;  $95\% CI=0,124 - 2,107$ ;  $\chi^2=1,675$ ;  $C=0,133$ ;  $P>0,05$ ).

Меъёрдаги ТВИ билан геронт аҳолида СХ – 66,2% (тошсиз СХ – 56,4% ва тошли СХ – 9,8%) ва супергеронт аҳолида – 50,0% дан (тошсиз СХ – 50,0% ва тошсиз СХ – 0,00%) частоталарда тарқалиш билан тасдиқланади ( $RR=0,321$ ;  $95\% CI=0,329 - 5,319$ ;  $\chi^2=2,098$ ;  $C=0,87$ ;  $P>0,05$ ).

ОТВ бўлган супергеронт аҳолида холецистит аниқланмайди (0,00%), геронт аҳолида – 6,8% частотада тасдиқланади, тошсиз ва тошли ХС – 6,0% ва 0,8% дан қайд қилинади. Супергеронт аҳолида аниқланмайди.

Семизлик билан геронт ёшдаги аҳолида СХ – 1,5% (тошсиз ХС – 1,5% ва тошли СХ – 0,00% дан) частотада ташхисланади, супергеронт аҳолида аниқланмайди.

Шундай тахлилий натижалар Воҳа геронт – супергеронт популяциясида алоҳида ажратилди ва ўтказилди (5.5-жадвал ва 5.2-расм).

Кузатишдан маълум бўлдики, Воҳанинг супергеронт популяциясида СХ аниқланмайди (0,00%). Геронт популяциясида қуйидагича тарқалиш частоталарида, тана вазни индексига боғлиқ ҳолда тасдиқланади: 1) ТВИ < 18,5 кг/м<sup>2</sup> геронт аҳолида – 23,3% тошсиз СХ – 20,9% ва тошли СХ – 2,3% дан; 2) ТВИ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup> геронт аҳолида – 58,1% тошсиз СХ – 44,2% ва тошли СХ – 14,0% дан; 3) ТВИ – 25-29,9 кг/м<sup>2</sup> геронт аҳолида – 7,0%, тошсиз СХ – 7,0% ва тошли СХ – 0,00%; 4) ТВИ ≥ 30 кг/м<sup>2</sup> геронт аҳолида (семизликда) – 11,6%, тошсиз СХ – 7,0% ва тошли СХ – 4,7% дан.

СХ Воҳанинг геронт популяциясида 2,5 баробаргача етиб ТВИга боғлиқ ҳолда ортади, унинг тошсиз турини хавфи – 4,2 мартага ва тошли турини хавфи – 7 баробарга ошади.

Ўзбекистон қўламида ТВИга боғлиқ ҳолда, геронт – супергеронт аҳолида, СХни тарқалиш частотаси ва унинг хавфини тавсифи 5.2-расм ва 5.6-жадвалда келтирилган.

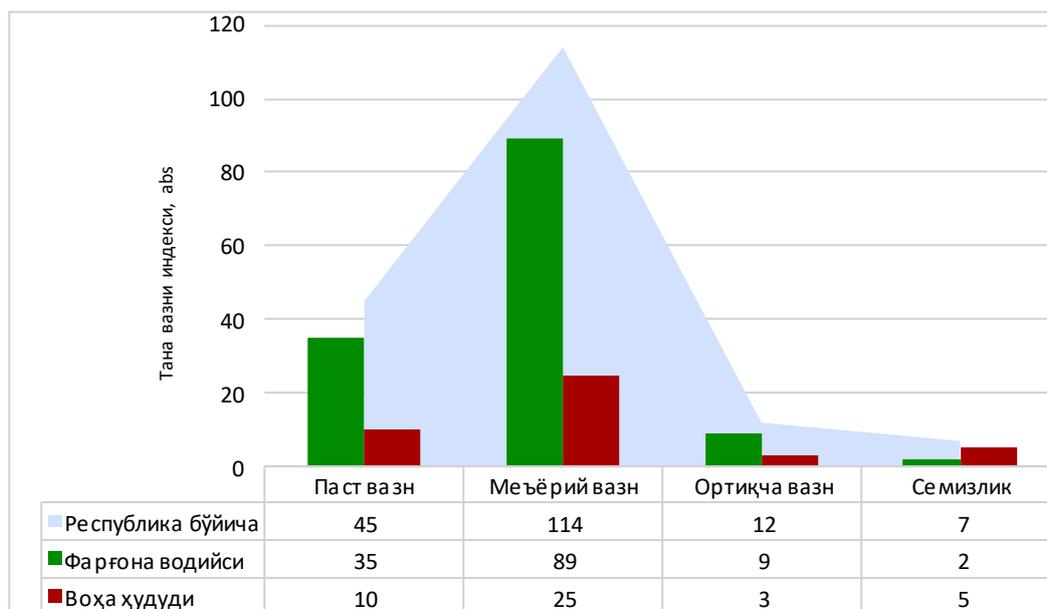
Тасдиқландики “Ўзбекистон хуудларида” паст тана вазни геронт аҳолида сурункали холецистит – 25,0% тарқалиш частотаси билан аниқланади (тошсиз тури – 21,0% ва тошли тури – 0,00% дан), супергеронт аҳолида эса фарқланиб – 50,0% аниқланиш частотасида (тошсиз тури – 50,0% ва тошли тури – 0,00%) қайд қилинади (RR=0,288; 95% CI=0,224 – 0,369;  $\chi^2=2,438$ ; C=0,125; P>0,05).

## 5.4 - жадвал

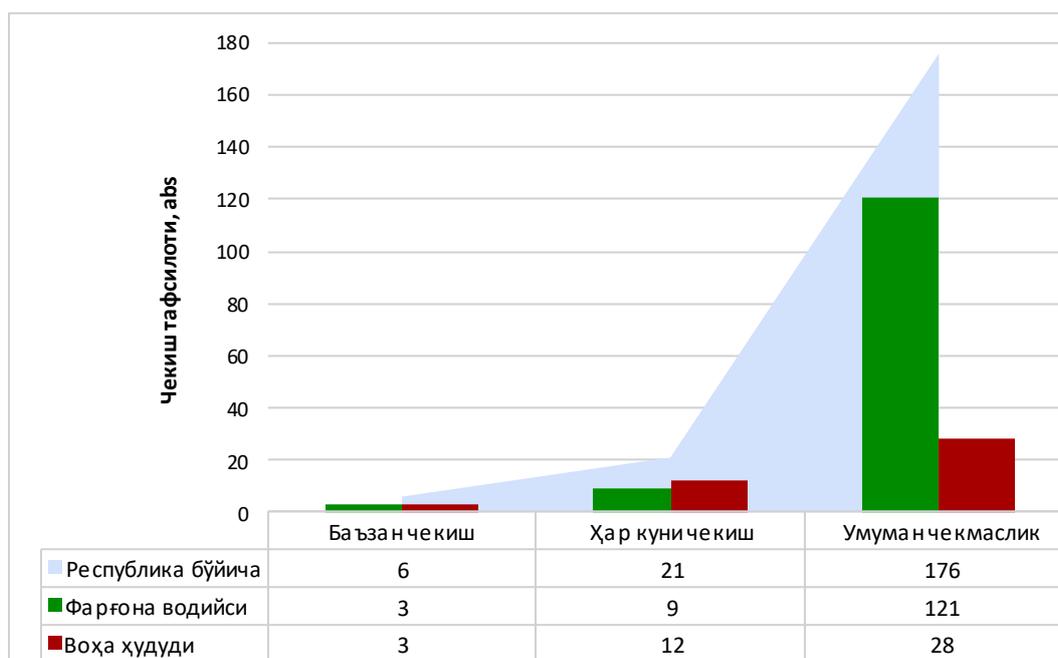
**Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни тана вазни индексига боғлиқ бўлиб тарқалиш частотаси**

Тана вазни индекси, кг/м <sup>2</sup>	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Паст – то 18,5 (n=92/1)	28	21,1*	6	4,5*	34	25,6*	1	50,0*	0	0	1	50,0*	0,369	0,124-2,107	1,675	0,133	>0,05
Меъёрда: 18,5 дан то 25 (n=274/1)	75	56,4	13	9,8	88	66,2	1	50,0	0	0	1	50,0	0,321	0,329-5,319	2,098	0,087	>0,05
Ортиқча: 25 дан то 30 (n=32/0)	8	6,0	1	0,8	9	6,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Семизлик: 30 ва ундан юқори (n=13/0)	2	1,5	0	0,0	2	1,5	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

\*- шу ва кейинги жадвалларда % кўрсаткичлари СХ аниқланган геронт ва супергеронт аҳолининг умумий сонига нисбатан олинган



**5.2-расм. Ўзбекистон ҳудудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни тана вазни индексига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**



**5.3-расм. Ўзбекистон ҳудудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни чекиш хатар омилига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**

ТВИ меъёрда бўлган геронт Ўзбекистон худудлари популяциясида СХ тарқалиш частотаси – 64,2% (тошсиз СХ – 53,4% ва тошли СХ – 10,8% дан) ва супергеронтларда – 50,0% дан кзрсаткичлар билан аниқланади (RR=0,278; 95% CI=0,278 – 0,325;  $\chi^2=0,105$ ; C=0,010; P>0,05).

Ортиқча тана вазни билан супергеронт популяцияда СХ аниқланмайди, геронт ёшдаги узок умр кўрувчи “Ўзбекистон худудлари популяцияси”да бўлса – 6,8% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади, жумладан, тошсиз СХ – 6,3% ва тошли СХ – 0,6% дан.

Семизлик билан супергеронт ёшдаги аҳолида ҳам СХ аниқланмайди (боиси бу гуруҳга кирувчи ахолининг сонини камлиги). Геронт популяцияда касаллик – 4,0% частотада аниқланади, тошсиз ва тошли СХ – 2,8% ва 1,1% дан мувофиқ бўлиб. Шундан келиб чиқиб биринчилардан бўлиб чекиш хатар омил сифатида СХ билан геронт – супергеронт “Ўзбекистон худудлари”, “Фарғона водийси” ва “Воҳа” аҳолиси популяциясида ўрганилди, эпидемиологик хос тавсифлари аниқланди ва баҳоланди (5.7 – 5.9 жадваллар ва 5.3-расмда берилган). Тахлилий маълумотлар қуйидагиларни тасдиқлайди: 1) чекиш бор Фарғона водийсининг геронт популяциясида СХнинг тошсиз ва тошли турлари – 85,0% ва 15,0% дан частоталар билан қайд қилинади; 2) супергеронт популяцияда – 2,0% частотада қайд қилинади, тошсиз тури – 2,0% ва тошли тури – 0,00% дан (RR=0,650; 95% CI=0,242 – 1,750;  $\chi^2=0,550$ ; C=0,036; P>0,05).

Водийнинг “Хар куни чекадиган” геронт популяциясида СХ – 6,8% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади, тошсиз ва тошли турлари – 0,8% ва 0,00% дан қайд қилинади. Супургеронт популяцияда аниқланмайди.

“Баъзида чекиш” одати бор водий геронт популяциясида СХни аниқланиш частотаси – 2,3%ни ташкил этади, тошсиз тури – 1,5% ва тошли

**Воҳанинг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни тана вазни индексига боғлиқ бўлиб тарқалиши частотаси**

Тана вазни индекси, кг/м <sup>2</sup>	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Паст – то 18,5 (n=61/0)	9	20, 9	1	2,3	10	23, 3	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Меъёрда – 18,5 дан то 25 (n=132/0)	19	44, 2	6	14, 0	25	58, 1	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Ортиқча – 25 дан то 30 (n=19/0)	3	7,0	0	0,0	3	7,0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Семизлик – 30 ва ундан юқори (n=10/0)	3	7,0	2	4,7	5	11, 6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-

тури – 0,8% дан қайд этилади. Бу гуруҳга кирувчи супергеронт аҳолида СХ аниқланмайди.

“Умуман чекмаслик” гуруҳига кирган геронт аҳолида ( $n=379/4$ ) СХ – 91,0% тарқалиш частотаси билан аниқланади, жумладан, тошсиз СХ ва тошли СХни аниқланиш частоталари мувофиқ тарзда – 76,7% ва 14,3% ни ташкил этади. Шу гуруҳдаги, яъни умуман чекмайдиган супергеронт аҳолида эса СХ – 2,0% частотада тарқалиш билан (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00%) аниқланади ( $RR=0,638$ ; 95%  $CI=0,237 - 1,720$ ;  $\chi^2=0,593$ ;  $C=0,039$ ;  $P>0,05$ ).

Водий супергеронт – геронт аҳолида чекиш омили сурункали холециститнинг хавфини 100,0% ва 91,0% га етиб оширади, чекувчи геронт аҳоли (СХ билан беморларда) – 7,0% ни ташкил қилади.

Воҳанинг геронт- супергеронт популяциясида (“Воҳа худуди”= “Воҳа худуди” йиғмасини англатади; унга Сирдарё, Жиззах, Қашқадарё геронт аҳолиси киради). Сурункали холециститнинг эпидемиологик тафсилотлари 5.8-жадвалда тақдим қилинган.

Унда келтирилган рақамли маълумотлардан маълум бўлади-ки, СХ аниқланган супергеронт “Воҳа худуди” чекувчи аҳолисида – тасдиқланмайди.

Геронт популяциясида СХ, чекувчиларда 100,0% ташхисланади (тошсиз СХ – 79,1% ва тошли СХ – 20,9% дан).

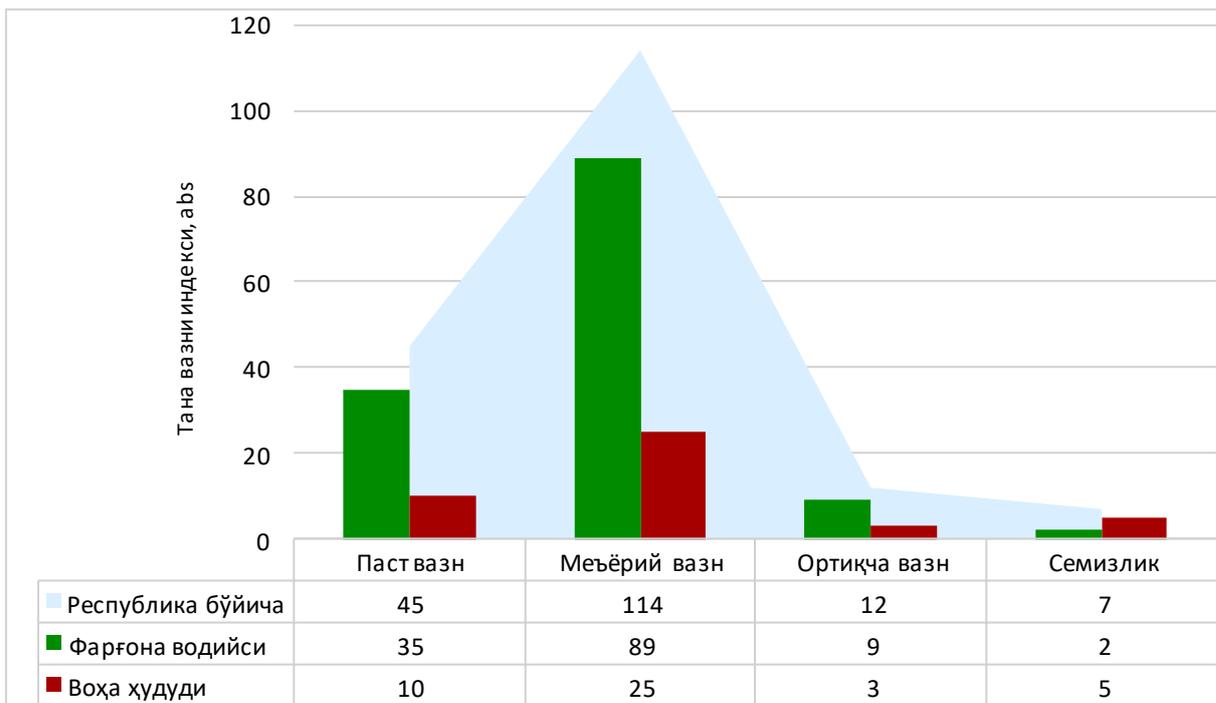
“Хар куни чекувчи” геронтларда – СХ 27,9% тарқалиш частотасида тасдиқланади, унинг тошсиз ва тошли турлари – 16,3% ва 11,6% дан кўрсаткичларда қайд қилинади.

“Баъзида чекувчи” геронт ёшдаги Воҳа популяциясида минимал тарқалиш частотаси (7,0%) билан СХ кузатилади, унинг тошсиз ва тошли турлари – 4,7% ва 2,3% частоталарда тасдиқланади.

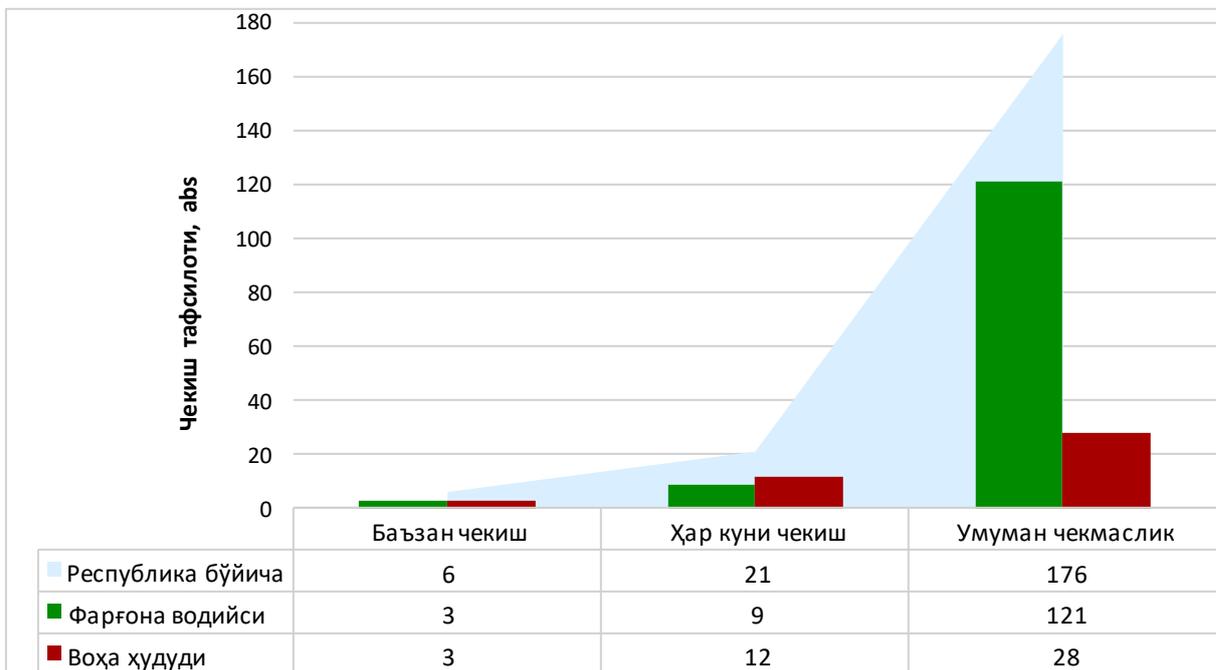
**Ўзбекистоннинг хуудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни тана  
вазни индексига боғлиқ бўлиб тарқалиши частотаси**

Тана вазни индекси, кг/м <sup>2</sup>	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Паст – то 18,5 (n=153/1)	37	21,0	7	4,0	44	25,0	1	50,0	0	0	1	50,0	0,288	0,224-0,369	2,438	0,125	>0,05
Меъёрда – 18,5 дан то 25 (n=406/1)	94	53,4	19	10,8	113	64,2	1	50,0	0	0	1	50,0	0,278	0,238-0,325	0,105	0,010	>0,05
Ортикча – 25 дан то 30 (n=51/0)	11	6,3	1	0,6	12	6,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Семизлик – 30 ва ундан юкори (n =23/0)	5	2,8	2	1,1	7	4,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

**Эслатма:** “Водий хуудди” – Наманган + Андижон + Фарғона хуудлари йиғмаси; “Воҳа хуудди” – Жиззах + Сирдарё + Кашқадарё хуудлари йиғмаси; “Ўзбекистон хуудлари” – “Водий хуудди” – “Воҳа хуудди” = “Воҳа хуудди” йиғмасини англатади. Эпидемиологик кўрсаткичлар қўшилиб, барча вилоятлар бўйича таҳлил чиқарилади. Бошқа жадвалларда ҳам шунда талқин этилиши керак.



**5.2-расм. Ўзбекистон худудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни тана вазни индексига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**



**5.3-расм. Ўзбекистон худудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни чекиш хатар омилига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**

**Чекиш хатар омилига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни геронт ва супергеронт ёшдаги Фарғона водийси  
популяциясида тарқалиш частотаси**

Чекиш тафсилоти (геронт/супергеронт популяция)	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Хар куни чекиш (n=22/0)	9	6,8	0	0,0	9	6,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Баъзида чекиш (n=8/0)	2	1,5	1	0,8	3	2,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Умуман чекмаслик (n=379/4)	102	76,7	19	14,3	121	91,0	2	100,0	0	0	2	100,0	0,638	0,237-1,720	0,593	0,039	>0,05
Жами (n=409/4)	113	85,0	20	15,0	133	100,0	2	100,0	0	0	2	100,0	0,650	0,242-1,750	0,550	0,036	>0,05

“Умуман чекмаслик” одати бор Воҳанинг геронт популяциясида ( $n=110/0$ ) СХ – 65,1% аниқланиш частотаси билан қайд қилинади ва тошсиз СХ ва тошли СХни тарқалиш частоталари мувофиқ бўлиб – 58,1% ва 7,0% ни ташкил қилишади.

“Ўзбекистон худудлари” геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститни чекиш хатар омилига боғлиқ бўлиб тарқалиш частоталари келгуси 5.9-жадвалда ва 5.3-расмда тахлилий кўрсатилган.

Ўзбекистоннинг геронт (90-99 ёшли аҳоли) ва супергеронт ( $\geq 109$  ёшли аҳоли) аҳолисида чекишга боғлиқ бўлиб СХ ни тошсиз тури – 83,5% ва тошли тури – 16,5% дан ва 100,0% ҳамда 0,00% дан мувофиқ холда частоталар билан аниқланади ( $RR=0,558$ ; 95%  $CI=0,208 - 1,498$ ;  $\chi^2=0,963$ ;  $r=0,039$ ;  $P>0,05$ ).

“Хар куни чекиш ҳолати” бўлган супергеронтларда СХ аниқланмайди, геронт ёшдаги популяцияда бўлса – 11,9% частотада тарқалиш билан қайд қилинади (тошсиз тури – 9,1% ва тошли тури – 2,8% дан).

“Баъзида чекиш ҳолати” тасдиқланган геронт аҳолида СХ – 3,4% аниқланиш частотасида қайд қилинади (тошсиз СХ – 2,3% ва тошли СХ – 1,1% дан).

“Умуман чекмаслик ҳолати”да бўлган ( $n=489/4$ ) геронт “Ўзбекистон худудлари” популяциясида СХ – 84,7% частотада тарқалиш жиҳатини кўрсатиб ифодаланади ва унинг тошсиз ҳамда тошли турлари – 72,2% ва 12,5% дан тарқалиш кўрсаткичлари билан ташхисланиб қайд қилинади.

“Ўзбекистон худудлари” супергеронт популяциясида бўлса СХ – 100,0% аниқланиш частотасида тасдиқланади; тошсиз тури 100,0% ва тошли тури – 0,00% дан тасдиқланади ( $RR=0,609$ ; 95%  $CI=0,227 - 1,639$ ;  $\chi^2=0,712$ ;  $r=0,038$ ;  $P>0,05$ ). Чекиш хатар омили бўлганда СХни келиб чиқиши ва асоратланиб авжланиб бориш хавфлари геронт аҳолида 11,9% гача етиб ва супергеронт Ўзбекистон худудлари аҳолисида – 100,0% га ортади.

**Воҳанинг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни чекиш хатар омилига боғлиқ бўлиб тарқалиш частотаси**

Чекиш тафсилоти (геронт/супергеронт популяция)	СХ аниқланган геронт аҳоли				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Хар куни чекиш (n=94/0)	7	16,3	5	11,6	12	27,9	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Баъзида чекиш (n=18/0)	2	4,7	1	2,3	3	7,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Умуман чекмаслик (n=110/0)	25	58,1	3	7,0	28	65,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Жами чекиш ҳолати (n=222/0)	34	79,1	9	20,9	43	100,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

“Фарғона водийси”нинг геронт ва супергеронт популяциясида жисмоний фаолликка боғлиқ бўлиб сурункали холециститни тарқалиш частотасини эпидемиологик тафсилотлари 5.10 – 5.12- жадвалларда ва 5.4-расмда тақдим этилган.

“Жисмоний фаоллик даражаси паст” геронт аҳолида, водий шароитида истиқомат қилувчиларда, СХ – 30,1% (тошсиз СХ – 24,8% ва тошли СХ – 5,3% дан) ва супергеронт аҳолида – 100,0% дан (тошсиз тури – 100,0% ва тошли тури – 0,00% да аниқланиш частоталарида қайд қилинади (RR=0,286; 95% CI=0,219 – 0,371;  $\chi^2=4,830$ ; C=0,181; P<0,05).

“Жисмоний фаол” ҳолатида бўлган водийнинг супергеронт популяциясида СХ – аниқланмайди (0,00%).

Геронт аҳолисида эса – 29,3% тарқалиш частотасида тасдиқланади, тошсиз СХ – 24,1% ва тошли СХ – 5,3% дан аниқланади. “Жисмоний нофаол ҳолати” даги водийнинг геронт популяциясида СХни тарқалиш частотаси – 40,6%ни ташкил қилади ва унинг тошсиз ҳамда тошли турлари – 36,1% ва 4,5% дан частоталарда аниқланади. Супергеронт “жисмоний нофаол” аҳолида СХ – аниқланмайди. “Жисмоний фаоллик даражаси паст” геронт аҳолида СХ 5,3% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади (тошсиз тури – 24,8% ва тошли тури – 5,3% дан). Супергеронт водий популяциясида ушбу гуруҳга мансуб геронтларда СХ – 100,0% тошсиз тури – 100,0% ва тошли тури – 0,00% дан частоталарда тасдиқланади (RR=0,286; 95% CI=0,219 – 0,371;  $\chi^2=4,830$ ; C=0,181; P<0,05).

Хулоса тарзида: гиподинамия СХнинг хавфини супергеронт ёшдаги водий аҳолисида – 100,0% га, геронтларда бўлса – 40,6% га оширади. Жиддий хатар омил сифатида ушбу омил профилактик дастурларга киритилиши ва мониторингланиши керак деб тавсия этилади (5.11-жадвал).

## 5.9 - жадвал

## Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни чекиш хатар омилига боғлиқ бўлиб тарқалиш частотаси

Чекиш тафсилоти	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Хар куни чекиш (n=116)	16	9,1	5	2,8	21	11,9	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Баъзида чекиш (n=26)	4	2,3	2	1,1	6	3,4	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Умуман чекмаслик (n=489/4)	127	72,2	22	12,5	149	84,7	2	100,0	0	0	2	100,0	0,609	0,227-1,639	0,712	0,038	>0,05
Жами чекиш омили (n=631/4)	147	83,5	29	16,5	176	100,0	2	100,0	0	0	2	100,0	0,558	0,208-1,498	0,963	0,039	>0,05

Эслатма: Ўзбекистоннинг геронт (90 - 99) ва супергеронт (> 109 ёш) аҳолиси деганда – барча текширилган 6 та вилоят кўрсаткичларини ёки “водий + воҳа” кўрсаткичлари кўзда тутилади

Рақамли тахлиллар шохидлик қиладики супергеронт аҳолида, Воҳада истиқомат қилувчи, СХ – аниқланмайди. Геронт жисмоний фаол Воҳа популяциясида (n=22) СХ – 9,3% аниқланиш частотаси билан кузатилади (тошсиз СХ – 4,7% ва тошли СХ – 4,7% дан).

“Жисмоний фаоллиги паст” Воҳанинг геронт популяциясида касалланиш частотаси – 58,1%ни ташкил қилади (тошсиз тури – 46,5% ва тошли тури 11,6%дан).

“Жисмоний нофаол (гиподинамия)” ҳолатида бўлган геронт аҳолисида эса СХни аниқланиш частотаси – 32,6%ни ташкил қилиб, тошсиз ва тошли турлари – 27,9% ва 4,7% дан тарқалиш частоталари билан тасдиқланади.

Гиподинамия СХ хавфини Воҳанинг геронт аҳолисида – 32,6% дан 58,1%га етиб, ўртача 4,5 баробарга ёки 25,5%га оширади. Шундай тахлиллар Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт аҳолиси кўламида бажарилди (5.12-жадвал ва 5.4-расмда батафсил бу маълумотлар баён қилинган).

“Ўзбекистон ҳудудлари”нинг (Сирдарё, Жиззах ва Қашқадарё ҳамда Наманган, Андижон ва Фарғона ҳудудларида) “Жисмоний фаол” супергеронт популяциясида ўртача – 24,4% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади. Тошсиз ва тошли турлари – 19,3% ва 5,1% частоталарда тасдиқланишади.

“Ўзбекистон ҳудудлари”ни “Жисмоний нофаол ҳолати”да бўлган геронт аҳолисида (n=252/0) эса сурункали холециститни аниқланиш частотаси – 38,6%ни ташкил қилади (тошсиз СХ – 34,1% ва тошли СХ – 4,5%). Супергеронт аҳолида СХ – аниқланмайди.

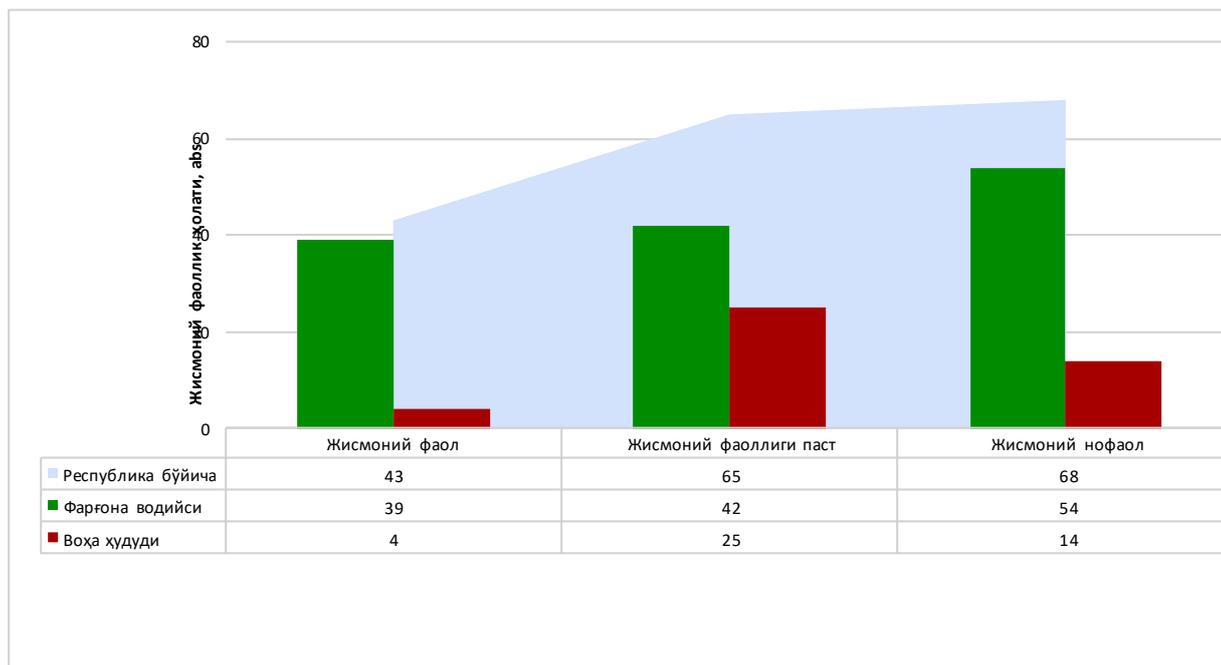
“Жисмоний фаоллик даражаси паст” ҳолатида бўлган “Ўзбекистон ҳудудлари популяциясида, геронт ёшдагиларда, СХ – 36,9% тарқалиш частотасида (тошсиз тури – 30,1% ва тошли тури – 6,8% дан) тасдиқланади. Супергеронт аҳолисида – 100,0% аниқланиш частотасида (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00% дан) қайд қилинади (RR=0,199; 95% CI=0,160 – 0,247;  $\chi^2=7,869$ ; C=0,153; P<0,05).

**Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт популяциясида жисмоний фаолликка боғлиқ бўлиб сурункали  
холециститни тарқалиши частотаси**

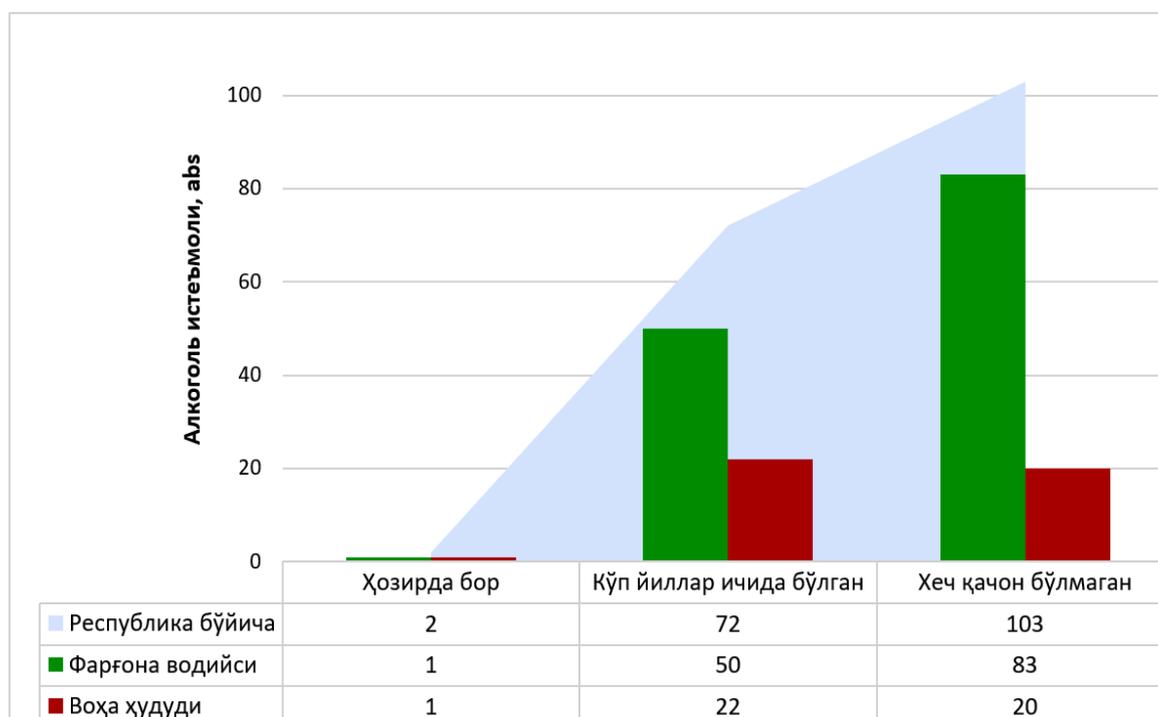
Жисмоний фаоллик ҳолати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Жисмоний фаоллик даражаси паст (n =140/2)	33	24,8	7	5,3	40	30,1	2	100, 0	0	0	2	100, 0	0,286	0,219-0,371	4,830	0,181	<0,05
Жисмоний нофаол (n=177/0)	48	36,1	6	4,5	54	40,6	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Жисмоний фаол (n =94/0)	32	24,1	7	5,3	39	29,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

**Воҳанинг геронт ва супергеронт популяциясида жисмоний фаолликка боғлиқ бўлиб сурункали холециститни тарқалиши частотаси**

Жисмоний фаоллик ҳолати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Жисмоний фаоллик даражаси паст (n =125/0)	20	46,5	5	11,6	25	58,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Жисмоний нофаол (n =75/0)	12	27,9	2	4,7	14	32,6	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Жисмоний фаол (n =22/0)	2	4,7	2	4,7	4	9,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-



**5.4-расм. Ўзбекистон ҳудудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни гиподинамияга боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**



**5.5-расм. Ўзбекистон ҳудудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни алкоголь истеъмолига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**

Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт популяциясида жисмоний фаолликка боғлиқ бўлиб сурункали  
холециститни тарқалиши частотаси

Жисмоний фаоллик холати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Жисмоний фаоллик даражаси паст (n=267/2)	53	30,1	12	6,8	65	36,9	2	100,0	0	0	2	100,0	0,199	0,160-0,247	7,869	0,153	<0,05
Жисмоний нофаол (n=252/0)	60	34,1	8	4,5	68	38,6	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Жисмоний фаол (n=116)	34	19,3	9	5,1	43	24,4	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

“Ўзбекистон худудлари”ни геронт популяциясида гиподинамия сурункали холециститни келиб чиқиши ва асоратланиб ўтиши хавфини – 38,6% га оширади.

Супергеронт аҳолида эса бу хавфи – 100,0%ни ташкил этади.

5.5-расмда ва 5.13-жадвалда Водийнинг геронт ва супергеронт популяциясида алкоголь истеъмолига (АИ) боғлиқ бўлиб СХни юзага келиб частотаси кўрсатилган.

“Хозирда АИ” бор геронт аҳолида (n=4/0) СХ -0,8% частотада ташхисланади (тошсиз СХ – 0,8% ва тошли СХ – 0,00%). Супергеронт, водийда яшовчи, аҳолида аниқланмайди.

“Кўп йиллар АИ” бўлган водийнинг геронт аҳолисида СХ – 36,8% частота билан аниқланади, тошсиз тури – 32,3% ва тошли тури – 4,6% частоталарда кузатилади. Ушбу гереҳдаги супергеронт аҳолида эса СХ – 50,0% частотада аниқланиш билан тасдиқланади (тошсиз СХ – 50,0% ва тошли СХ – 0,00% дан) (RR=0,495; 95% CI=0,406 – 0,604;  $\chi^2=1,010$ ; C=0,100; P>0,05).

“Хеч қачон АИ бўлмаган” водийнинг супергеронт аҳолисида (n=305/4) – СХ аниқланмайди (0,00%).

Булар орасида, сурункали холецистит аниқланган геронт аҳоли популяциясида 62,4%ни ташкил этади, жумладан, тошсиз СХ – 51,9% ва тошли холецистит – 10,5% частоталарда тасдиқланади (RR=0,272; 95% CI=0,226 – 0,327;  $\chi^2=2,652$ ; C=0,093; P>0,05).

Водийнинг геронт аҳолисида АИ сурункали холециститнинг хавфини – 51,2% гача оширади ва супергеронтларда эса бу хавфни – аниқланиши 50,0% га этади.

Воҳанинг “Кўп йиллар ичида АИ” бор геронт аҳолисида СХни аниқланиш частотаси 51,2%ни ташкил қилади. Унинг тошсиз ва тошли турлари – 37,2% ва 14,0% дан частоталарда кузатилади. Супергеронт аҳолида (n=0) – СХ аниқланмайди (5.14-жадвал ва 5.5-расм).

V боб Холециститнинг геронт ва супергерон популяциясида эпидемиологияси ва профилактикаси хусусиятлари

Воҳанинг “Хеч қачон АИ бўлмаган” супергеронт аҳолисида ҳам (n=147/0) сурункали холецистит аниқланмайди. Геронт аҳолиси популяциясида бўлса – 46,5% аниқланиш частотаси билан тасдиқланиб кузатилади (тошсиз тури – 41,9% ва тошли тури – 4,7% дан).

Воҳанинг “Хозирда АИ бор” супергеронт аҳолисида (n=4/0) сурункали холецистит аниқланмайди. Геронт аҳолиси популяциясида СХ тарқалиши частотаси 2,3; ни ташкил қилади (тошсиз тури – 0,00% ва тошли тури – 2,3% дан). Келтирилган маълумотлар таҳлилидан келиб чиқадики, Воҳада сурункали холециститнинг келиб чиқиши ва асоратланиб авжланишини геронт аҳолида 51,2% гача етиб алкоголь истеъмоли келтириб чиқаради. демак, у протектив омил бўлиб эмас (хар қандай миқдорда), балки ушбу популяцияда СХнинг етакчи хатар омилларидан бири сифатида тасдиқланади.

“Ўзбекистон худудлари” геронт ва супергеронт популяциясида, умумлаштирилиб, алкоголь истеъмолига боғлиқ бўлади сурункали холециститни тарқалиш частотасини эпидемиологик тафсилоти таҳлил қилиниб баҳоланди (5.15-жадвал ва 5.5-расм).

Улардан қуйидагилар маълум бўлади:

1) “Ўзбекистон худудлари”нинг “Кўп йиллар” ичида алкоголь истеъмоли бўлган геронт ва супергеронт аҳолисида (n=170/1) – 40,3 (тошсиз тури – 33,5% ва тошли тури – 6,8% дан) ва 50,0% дан (тошсиз тури – 50,0% ва тошли тури – 0,00% дан) тарқалиш частоталари билан аниқланади (RR=0,418; 95% CI=0,350 – 0,499;  $\chi^2=1,383$ ; C=0,090; P>0,05).

2) “Ўзбекистон худуди”нинг “Хеч қачон алкоголь истеъмоли бўлмаган” геронт аҳолиси популяциясида (n=455/1) сурункали холециститни аниқланиш частотаси – 58,5% ташкил қилади, унинг 49,4%ни тошсиз СХ ва 9,1%ни тошли СХ хосил қилади. Супергеронт аҳолисида эса СХ аниқланмайди;

**Водийнинг геронт ва супергеронт популяциясида алкоголь истеъмолига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни юзага келиш частотаси**

Алкогол истеъмоли тафсилоти	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Кўп йиллар ичида АИ бўлган (n=99/1)	43	32,3	6	4,5	49	36,8	1	50,0	0	0	1	50,0	0,495	0,406-0,604	1,010	0,100	>0,05
Хеч қачон АИ бўлмаган (n =305/4)	69	51,9	14	10,5	83	62,4	0	0,0	0	0	0	0,0	0,272	0,226-0,327	2,652	0,093	>0,05
Хозирда АИ бор (n =4/0)	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

## 5.14 – жадвал

Воҳанинг геронт ва супергеронт популяциясида алкоголь истеъмолига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни тарқалиш частотаси

Алкогол истеъмоли тафсилоти	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Кўп йиллар ичида АИ (n =71/0)	16	37,2	6	14,0	22	51,2	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Хеч қачон АИ бўлмаган (n =147/0)	18	41,9	2	4,7	20	46,5	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Хозирда АИ бор (n =4/0)	0	0,0	1	2,3	1	2,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

3) “Ўзбекистон худуди” нинг “Хозирда алкоголь истеъмоли бор” супергеронт популяциясида СХ – қайд этилмайди.

Геронт ёшдаги ахолиси гуруҳида сурункали холецистит – 1,1% аниқланиш частотасида тасдиқланади (тошсиз СХ – 0,6% ва тошли СХ – 0,6% дан).

4) АИ “Ўзбекистоннинг худуд”ларини геронт популяциясида сурункали холецистит хавфини 58,5% га ва супергеронт ахолисида – 50,0% га оширади.

Келгуси тахлилий маълумотларда (5.16-жадвалда кўрсатилган) Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт популяциясида овқатланиш одатига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни тарқалиши частотаси тавсифланган.

Ушбу жадвал ва яна, 5.6-расмда кўрсатилган рақамли натижалар тасдиқлаб кўрсатишадикки, водийнинг мева ва сабзавотларни ўртача <400 г/сут истеъмол қилиш (МСМ) одати бор геронт ахолиси популяциясида сурункали холецистит – 23,3% тарқалиш частотасида аниқланади, тошсиз тури – 21,1% ва тошли тури – 2,3% дан даражада тасдиқланади. Супергеронт ахолида СХ аниқланмайди.

Мева – сабзавот махсулотларини хар куни истеъмол қилмаслик одати бор водий геронт ва супергеронт популяцияси ( $n=253/4$ ) СХ – 64,7% (тошсиз СХ – 54,1% ва тошли СХ – 10,5%) ва 100,0% дан (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00%) частоталарда тасдиқланиб қайд қилинади ( $RR=0,674$ ;  $95\% CI=0,249 - 1,824$ ;  $\chi^2=0,465$ ;  $\chi^2=0,047$ ).

Мева сабзавотларни кунига  $\geq 400$  г/сут миқдорда истеъмол қилиш одати бўлган водийнинг геронт ва супергеронт популяциясида ( $n=51/0$ ) эса – мувофиқ тарзда 12,0% (тошсиз тури – 9,8% ва тошли тури 2,3%) ва 0,00% дан кўрсаткичлар билан қайд этилади.

МСМКИ водийнинг геронт популяциясида СХни келиб чиқиш хавфини – 64,7% га ва супергеронт ахолида – 100,0% га оширади.

5.6- расм ва 5.17 – жадвалда Воҳанинг геронт ва супергеронт ахоли популяциясида овқатланиш одатига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни тарқалиш частотасини тавсифи баён этилиб кўрсатилган.

Воҳанинг супергеронт популяциясида СХ аниқланмайди.

Геронт ахоли популяциясида МСМК 25,6% частотада аниқланиш билан тасдиқланади, тошсиз СХ – 20,9% ва тошли СХ – 25,6% дан қайд қилинади.

Мева – сабзавот маҳсулотларини хар куни истеъмол қилмаслик одатига эга геронт воҳа популяциясида (n=119/0) бўлса, тадқиқот тахлилий натижаларга кўра, СХ – 41,9% тарқалиш частотаси билан аниқланади. Тошсиз СХ ва тошли СХ – 30,2% ва 11,6% частоталарда тасдиқланади.

Мева ва сабзавотларни кунига  $\geq 400$  г/сут истеъмол қилиш одати бўлган Воҳанинг геронт ахолисидида (n=67/0) СХни аниқланиш частотаси – 32,6% ни ташкил этади ва унинг тошсиз тури – 27,9% ҳамда 4,7% дан частоталарда кузатилади.

Воҳанинг геронт ахолисидида МСМКИ СХни, шубҳасиз, хатар омили бўлиб тасдиқланади. Хар тўртинчи геронт ёшдаги ахолида (25,6%) ушбу омил сурункали холецистит хавфини туғдиради. 41%дан ортиқ узоқ умр кўрувчиларда мева-сабзавот истеъмол қилиш одатини ўзгартиришга ва ёки СХни шу йўл билан фаол бирламчи профилактикасига ўткир эҳтиёж мавжудлиги аниқланади (5.18-жадвал ва 5.6-расм).

Аён бўладики ёки ишончли тасдиқланадики, мева – сабзавотларни ўртача  $< 400$  г/сут истеъмол қилувчи «Ўзбекистон худудлари» геронт ахолисидида СХни аниқланиш частотаси – 23,9% ни ташкил қилади. Супергеронт ахолида эса аниқланмайди. Тошсиз ва тошли сурункали холецистит мувофиқ тарзда – 21,0% ва 2,8% дан қайд қилинади.

**Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт популяциясида алкоголь истеъмолига боғлиқ бўлиб  
сурункали холециститни тарқалиши частотаси**

Алкогол истеъмоли тафсилоти	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Кўп йиллар ичида АИ бўлган (n =170/1)	59	33, 5	12	6,8	71	40, 3	1	50, 0	0	0	1	50, 0	0,41 8	0,350- 0,499	1,38 3	0,09 0	>0,05
Хеч қачон АИ бўлмаган (n=455/1)	87	49, 4	16	9,1	103	58, 5	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Хозирда АИ бор (n=8/0)	1	0,6	1	0,6	2	1,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

## 5.16 – жадвал

**Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт популяциясида овқатланиш одатига боғлиқ  
бўлиб сурункали холециститни тарқалиши частотаси**

Овқатланиш одати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Мева – сабзавотларни ўртача <400 г/сут, истеъмол қилиш (n=104/1)	28	21,1	3	2,3	31	23,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Мева – сабзавот маҳсулотларини хар куни истеъмол қилмаслик (n=253/4)	72	54,1	14	10,5	86	64,7	2	100,0	0	0	2	100,0	0,674	0,249-1,824	0,465	0,042	>0,05
Мева сабзавотларини кунига $\geq$ 400 г/сут микдорда истеъмол қилиш (n=51/0)	13	9,8	3	2,3	16	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-

**Воҳанинг геронт ва супергеронт популяциясида овқатланиш одатига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни тарқалиши частотаси**

Овқатланиш одати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Мева – сабзавотларни ўртача <400 г/сут, истеъмол қилиш (n=36/0)	9	20,9	2	4,7	11	25,6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Мева – сабзавот маҳсулотларини хар куни истеъмол қилмаслик (n=119/0)	13	30,2	5	11,6	18	41,9	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Мева сабзавотларини кунига $\geq 400$ г/сут миқдорда истеъмол қилиш (n=67/0)	12	27,9	2	4,7	14	32,6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-

Мева – сабзавотлар хар куни истеъмол қилмаслик одатидаги (n=372/4) геронт аҳолида СХни аниқланиш частотаси 59,1% ни ташкил этади ва унинг тошсиз тури – 48,3% ва тошли тури – 10,8% кўрсаткичларда қайд қилинади. Супергеронт аҳоли – популяциясида, мазкур овқатланиш одати бўлганлар назарда тутилади, СХ – 100,0% (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00% дан) частотада тарқалиш билан кузатилади (P>0,05).

Мева – сабзавотларни кунига  $\geq 400$  г/ сут миқдорда истеъмол қилувчи супергеронтларда – СХ қайд қилинмайди. Геронт ёшдагиларда – 17,0% дан кўрсаткичларда аниқланиб тасдиқланади. Тошсиз ва тошли СХ – 14,2% ва 2,8% дан тарқалиш частоталарида аниқланади. Умуман, Ўзбекистон худудлари миқёсида мева – сабзавот маҳсулотларини нотўғри истеъмол қилиш геронт – супергеронт аҳолида – 59,1% ва 100,0% гача етиб хавфини туғдиради.

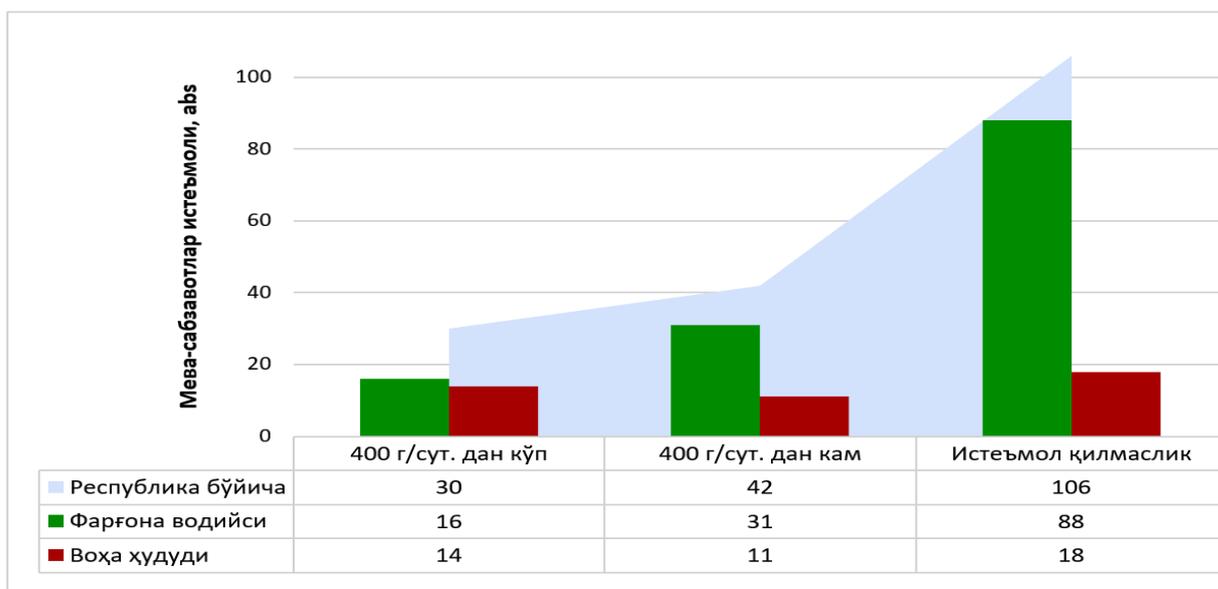
Келгуси 5.19-5.21 жадвалларда ва 5.7-расмда липид алмашинувини бузилишига (ДЛП) боғлиқ холда сурункали холециститнинг геронт – супергеронт аҳолида тарқалиш частоталари келтирилган. Водийнинг геронт ва супергеронт популяциясида ДЛПга боғлиқ бўлиб СХ 15,0% (тошсиз тури – 12,0% ва тошли тури – 3,0%) ва 100,0% (тошсиз СХ – 100,0 % ва тошли СХ – 0,00%) аниқланиш частоталари билан аниқланади.

Гиперхолестеринемия (ГХС) билан геронт супергеронт водий популяциясида (n=390/0) СХ – 9,0% (тошсиз тури – 7,5% ва тошли тури – 1,5%) ва 50,0% дан (тошсиз тури – 50,0% ва тошли тури – 0,00%) частотада тасдиқланади (RR=0,702; 95% CI=0,248 – 1,989;  $\chi^2=0,360$ ; P>0,05).

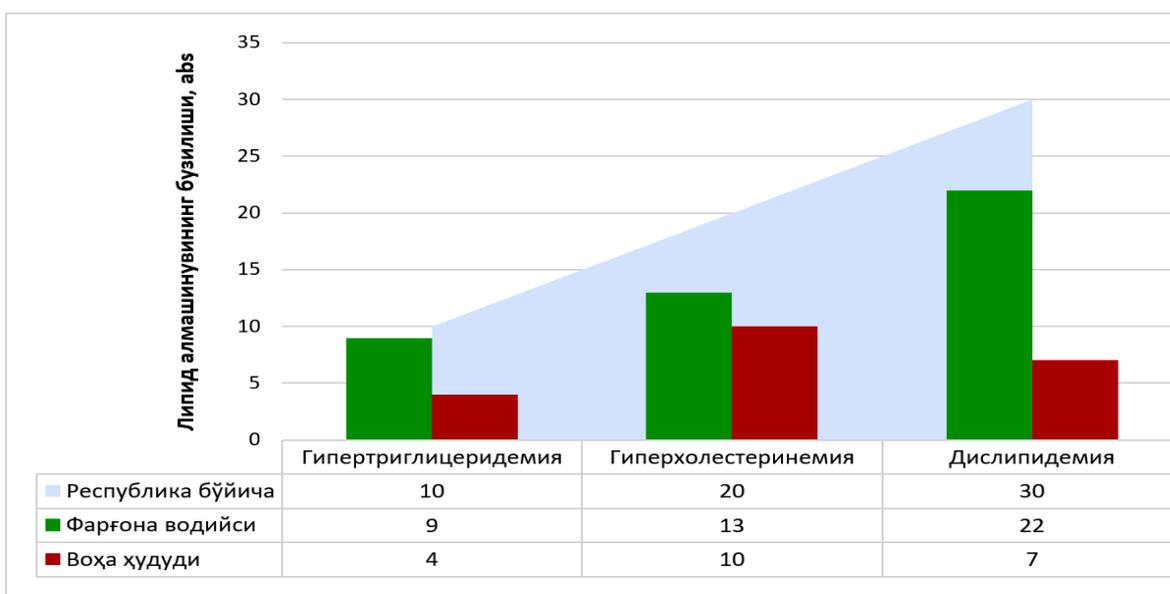
Гипертриглицеридемия (ГТГ) билан геронт ва супергеронт популяцияда (n=18/1), водий шароитида истиқомат қилувчи, СХ – 15,0% ва 50,0% дан аниқланиш частоталарида қайд қилинади (мувофиқ холда тошсиз ва тошли турлари – 45,0% ва 1,5% ҳамда 50,0% ва 0,00% дан) (RR=0,444; 95% CI=0,265 – 0,745;  $\chi^2=1,173$ ; C=0,241; P>0,05).

Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт популяциясида овқатланиш одатига боғлиқ бўлиб сурункали  
холециститни тарқалиш частотаси

Овқатланиш одати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Мева – сабзавотларни ўртача <400 г/сут, истеъмол қилиш (n=140/1)	37	21,0	5	2,8	42	23,9	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Мева – сабзавот маҳсулотларини хар куни истеъмол қилмаслик (n=372/4)	85	48,3	19	10,8	104	59,1	2	100,0	0	0	2	100,0	0,559	0,207-1,510	0,950	0,050	>0,05
Мева сабзавотларини кунига $\geq$ 400 г/сут миқдорда истеъмол қилиш (n=118/0)	25	14,2	5	2,8	30	17,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-



**5.6-расм. Ўзбекистон худудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни овқатланиш одатига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**



**5.7-расм. Ўзбекистон худудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни липидли хатар омилига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**

## 5.19 – жадвал

**Липид алмашинуви бузилишига боғлиқ бўлиб водийнинг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститни тарқалиш частоталари**

Липид алмашинуви бузилишлари	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Гиперхолестеринемия (n =39/3)	10	7,5	2	1,5	12	9,0	1	50,0	0	0	1	50,0	0,923	0,174-4,894	0,009	0,014	>0,05
Гипертриглицеридемия (n=18/1)	6	4,5	2	1,5	8	6,0	1	50,0	0	0	1	50,0	0,444	0,265-0,745	1,173	0,241	>0,05
Дислипидемия жами (n=57/4)	16	12,0	4	3,0	20	15,0	2	100,0	0	0	2	100,0	0,702	0,248-1,989	0,360	0,077	>0,05

ДЛП геронт ёшдаги водий ахолисида СХ хавфини – 15,0% га, супергеронтларда эса – 100,0% га оширади.

Воҳанинг геронт – супергеронт ахолисида ДЛП – 16,3% (тошсиз тури – 14,0% ва тошли тури – 0,00%) ва 0,00% дан частотада тарқалиш билан қайд қилинади.

ГХС эса – 23,3% (тошсиз тури – 9,3% ва тошли тури – 14,0%) ва 0,00% аниқланиш частоталарида қайд этилади.

ГТГ Воҳанинг супергеронт популяциясида қайд этилмайди (0,00%), геронт ахолисида – 9,3% (тошсиз СХ – 4,7% ва тошли СХ – 4,7% дан) тарқалиш частотасида тасдиқланади (5.20-жадвал).

Липид алмашинуви бузилишига боғлиқ бўлиб “Ўзбекистон худудлари”нинг геронт ва супергеронт ахолисида сурункали холециститнинг тарқалиши частоталари эпидемиологик тавсифи 5.21-жадвал ва 5.7-расмда баён қилинган.

Уларда келтирилган рақамли маълумотлар тасдиқлайдики, ДЛП билан.

Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт популяциясида ( $n=94/4$ ) СХ – 15,9% (тошсиз СХ – 12,5% ва тошли СХ – 3,4%) ва 100 % (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00%) аниқланиш частоталарида қайд этилади ( $RR=0,595$ ; 95%  $CI=0,213 - 1,665$ ;  $\chi^2=1,468$ ;  $C=0,121$ ;  $P>0,05$ ). ДЛП геронтлар СХнинг хавфини – 15,9% га ва супергеронтларда – 100,0% гача етиб оширади.

ГХС билан геронт ва супергеронт “Ўзбекистон худуди” ахолисида СХ - 10,8% тошсиз тури – 8,5% ва тошли тури – 2,3% ва 50,0% дан (тошсиз тури – 50,0% ва тошли тури – 0,00%) аниқланиш частоталарида қайд қилинади ( $RR=0,288$ ; 95%  $CI=0,197 - 0,421$ ;  $\chi^2=0,029$ ;  $C=0,020$ ;  $P>0,05$ ).

ГТГ га боғлиқ бўлиб эса СХ геронт ёшдаги ахолида – 5,1% (тошсиз СХ – 4,0% ва тошли СХ – 1,1%) ва супергеронтларда – 50,0% (тошсиз СХ – 50,0% ва тошли СХ – 0,00%) частоталар билан кузатилади.

**Липид алмашинуви бузилишига боғлиқ бўлиб Воҳанинг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали  
холециститни тарқалиши частоталари**

Липид алмашинуви бузилишлари	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	r	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Гиперхолесте- ринемия (n =27/0)	4	9,3	6	14,0	10	23,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Гипертригли- церидемия (n=10/0)	2	4,7	2	4,7	4	9,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Дислипидемия жами (n=39/0)	6	14,0	1	2,3	7	16,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-

АГ га боғлиқ холда сурункали холецистит геронт водий ахолисида – 1,5% частотада тасдиқланади (5.22 – жадвал ва 5.8-расмда бу ҳақдаги тадқиқотда олинган маълумотлар баён этилган).

Супергеронт ахолида СХ қайд қилинмайди (0,00%).

Артериал босимни 120-129/80-84 мм сим.уст унга тенг геронт ва супергеронт популяцияда (n=185/3) сурункали холециститни тарқалиш частотаси – 48,9% (тошли СХ – 44,4% ва тошсиз СХ – 4,5%) ва 100,0% ни (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00%) ташкил қилади (RR=0,478; 95% CI=0,209 – 1,094;  $\chi^2=1,629$ ; C=0,093; P>0,05).

Водийнинг “предгипертензия” билан геронт ва супергеронт ахолисида (n=56/1) сурункали холецистит – 18,0% (тошсиз тури – 16,5% ва тошли тури – 1,5%) ва 0,00% дан аниқланиш частоталарида тасдиқланади. Водийнинг супергеронт популяцияси артериал босим ўзгаришларига боғлиқ СХни келиб чиқиш хавфи – 100,0% га ва геронт популяциясида- 48,9% гача етиб ортади.

Воҳанинг геронт ва супергеронт ахолисида артериал босимни турли даражаларига боғлиқ бўлиб сурункали холециститни тарқалиши частоталари 5.23-жадал ва 5.8-расмда келтирилган.

Жадвал ва расм маълумотларидан қуйидагилар кўринади: 1) артериал босимни 120-129/80-84 даражаси билан геронт – супергеронт Воҳа ахолисида сурункали холецистит – 44,2% (тошли СХ – 11,6% ва тошсиз СХ – 32,6%) ва 0,00% тарқалиш частоталарида аниқланади; 2) артериал босимни 130-139/85-89 мм сим.уст. билан геронт – супергеронт Воҳа популяциясида эса СХ – 14,0% (тошсиз тури – 9,3% ва тошли тури – 4,7%) ва супергеронт ахолида – 0,00% дан кўрсаткичларда тасдиқланади.

Воҳанинг артериал гипертония билан геронт ва супергеронт ахолисида (n=7/0) ушбу касалликни тарқалиш частотаси – 7,0% ва 0,00% дан аниқланиб қайд қилинади. Тошсиз тури – 4,7% ва тошли тури – 2,3% дан суръатларда аниқланади.

**Липид алмашинуви бузилишига боғлиқ бўлиб Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститни тарқалиши частоталари**

Липид алмашинуви бузилишлари (геронт/супергеронт популяция)	СХ аниқланган геронт аҳоли				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Гиперхолестеринемия (n=66/3)	15	8,5	4	2,3	19	10,8	1	50,0	0	0	1	50,0	0,28 8	0,197-0,421	0,02 9	0,02 0	>0,05
Гипертриглицеридемия (n=28/1)	7	4,0	2	1,1	9	5,1	1	50,0	0	0	1	50,0	0,25 0	0,132-0,475	1,96 8	0,25 2	>0,05
Дислипидемия жами (n=94/4)	22	12,5	6	3,4	28	15,9	2	100,0	0	0	2	100,0	0,59 5	0,213-1,665	1,46 8	0,12 1	>0,05

“Ўзбекистон худудлари” популяциясида ҳам артериал босимни турли даражаларига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг эпидемиологик тафсилотлари умумлаштирилиб баҳоланди ва аниқланди.

Бу ҳақдаги таҳлиллар 5.24-жадвал ва 5.8-расмда кўрсатилган.

Ўзбекистоннинг нормал артериал босим билан геронт ва супергеронт популяциясида (n=295/3) сурункали холецистит тарқалиш частотаси – 47,7% (тошсиз СХ – 41,5% ва тошли СХ – 6,3%) ва 100,0% (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00%) дан кўрсаткичларда тасдиқланади (RR=0,427; 95% CI=0,188 – 0,970;  $\chi^2=2,110$ ; C=0,084; P>0,05).

Предгипертензия билан (АБ 130-139/85-89) геронт ва супергеронт мамлакат аҳолисида сурункали холециститни аниқланиш частотаси – 17,0% ва 0,00%ни ташкил этади (тошсиз тури – 14,8% ва тошли тури – 2,3%).

Артериал босимни  $\geq 140/90$  мм сим. уст.нига тенг даражаси билан геронт ва супергеронт Ўзбекистон популяциясида (n=12/0) қуйидаги худудий хос жиҳатлар аниқланади: 1) супергеронтларда қайд этилмайди; 2) геронтларда – 2,8% аниқланиш частотасида тасдиқланади; 3) тошсиз сурункали холецистит – 1,7% ва тошли СХ – 1,1% тарқалиш частоталарида кузатилади.

Хулоса тарзида қайд қилиш мумкин бўладики, артериал босим ўзгаришларига боғлиқ ҳолда Ўзбекистон худудларини геронт аҳолисида сурункали холециститни келиб чиқиш хавфи – 47,7% га ва супергеронтларда – 100,0% га ортади.

5.9-расм ва 5.25 – жадвалда Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт популяциясида углевод алмашинувининг бузилишига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг тарқалиш частотаси кўрсатилган.

**Артериал босимни турли даражаларига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг  
водийнинг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститни тарқалиши частоталари**

Артериал босим даражаларини ўзгаришлари, мм.сим.уст	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами	RR	95% CI	$\chi^2$	C	P	
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
АБ: 120-129/80-84 (n =185/3)	59	44,4	6	4,5	65	48,9	2	100,0	0	0	2	100,0	0,478	0,209- 1,094	1,62 9	0,09 3	>0,05
АБ: 130-139/85-89 (n =56/1)	22	16,5	2	1,5	24	18,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
АБ: $\geq$ 140/90 (n =5/0)	1	0,8	1	0,8	2	1,5	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

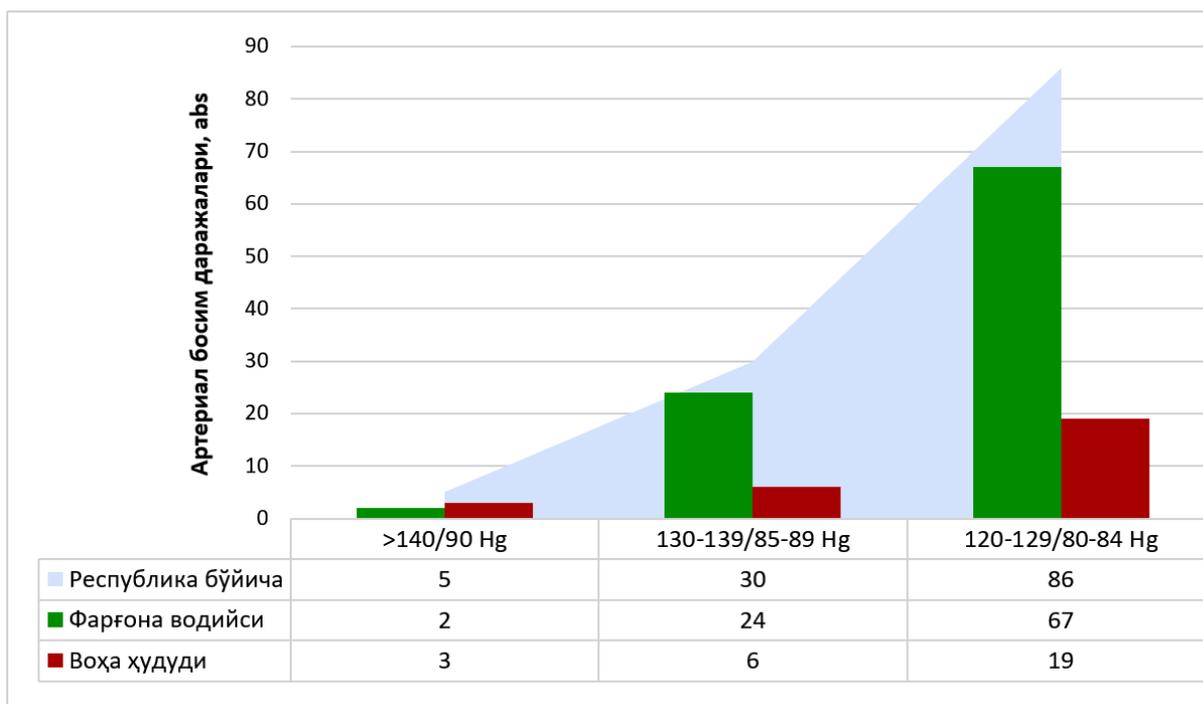
**Артериал босимни турли даражаларига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг  
воҳанинг геронт ва супергеронт аҳолисида тарқалиши частоталари**

Артериал босим даражаларини ўзгаришлари, мм.сим.уст	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
АБ: 120-129/80-84 (n =110/0)	14	32, 6	5	11, 6	19	44, 2	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
АБ: 130-139/85-89 (n =30/0)	4	9,3	2	4,7	6	14, 0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
АБ: $\geq$ 140/90 (n =7/0)	2	4,7	1	2,3	3	7,0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-

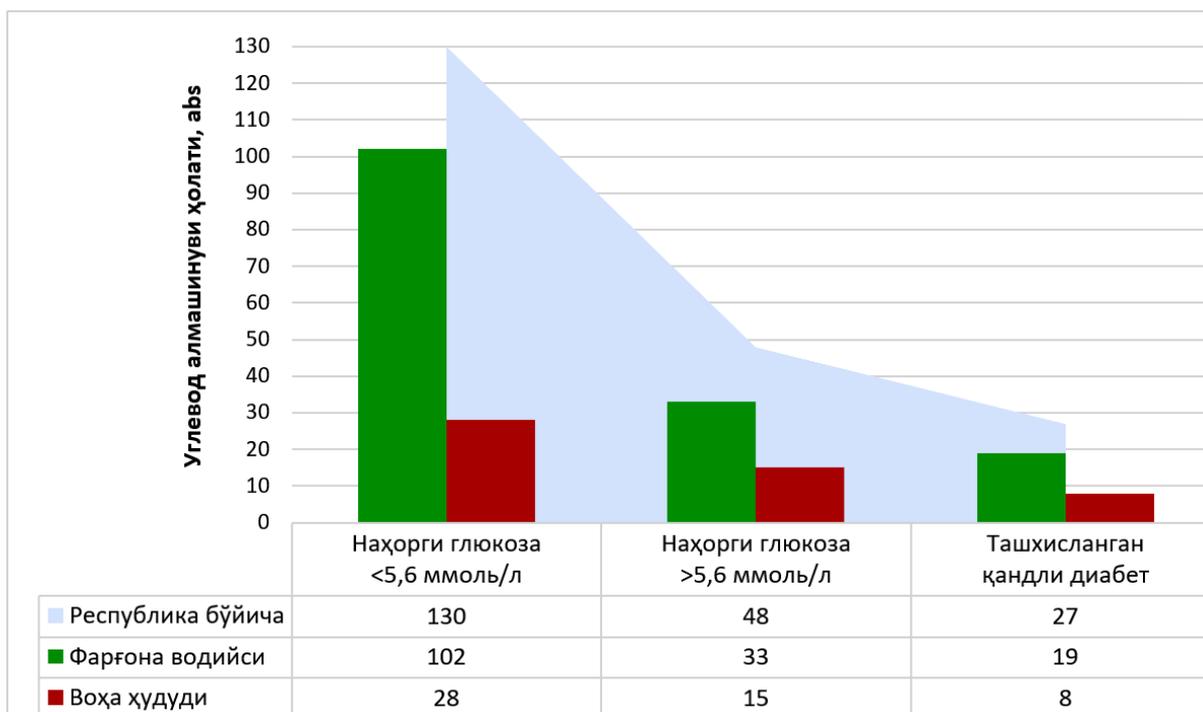
## 5.24 – жадвал

**Артериал босимни турли даражаларига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг  
Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт аҳолисида тарқалиш частоталари**

Артериал босим даражаларини ўзгаришлари, мм.сим.уст	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли		n	%	Тошсиз		Тошли		n	%					
	n	%	n	%			n	%	n	%							
АБ: 120-129/80-84 (n=295/3)	73	41,5	11	6,3	84	47,7	2	100,0	0	0	2	100,0	0,427	0,188- 0,970	2,110	0,084	>0,05
АБ: 130-139/85-89 (n=86/1)	26	14,8	4	2,3	30	17,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
АБ: $\geq$ 140/90 (n=12/0)	3	1,7	2	1,1	5	2,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-



**5.8-расм. Ўзбекистон ҳудудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни артериал босимга боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**



**5.9-расм. Ўзбекистон ҳудудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни углевод алмашинувининг бузилишига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**

Қонда наҳорги глюкозани  $<5,6$  ммоль/л бўлиши билан водийнинг геронт – супергеронт популяциясида ( $n=315/3$ ) сурункали холецистит – 75,2% (тошсиз СХ – 64,7% ва 10,5% дан) ва 100,0% дан (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00%) тарқалиш частоталари билан аниқланади ( $RR=0,476$ ; 95%  $CI=0,210 – 1,077$ ;  $\chi^2=1,663$ ;  $C=0,072$ ;  $P>0,05$ ).

Қонда наҳорги глюкозани  $>5,6$  ммоль/л бўлиши ( $n=94/1$ ) билан геронт популяцияда, водий шароитида истиқомат қилувчиларда, СХ – 24,8% аниқланиш частотасида аниқланади, тошсиз СХ – 20,3% ва тошли СХ – 4,5% ни ташкил қилади. Супергеронт аҳолида қайд этилмайди.

Водийнинг ҚД2 ташхиси қўйилган геронт популяциясида ( $n=50/0$ ) сурункали холециститни тарқалиш частотаси – 14,3%ни ташкил қилади (тошсиз тури – 12,0% ва тошли тури – 2,3% дан). Супергеронт аҳолида қайд қилинмайди..

5.26-жадвалда Воҳанинг геронт ва супергеронт популяциясида углевод алмашинувининг бузилишига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг тарқалиш частотасини эпидемиологик тавсифи берилган.

Жадвал маълумотлари кўрсатадики, қонда наҳорги глюкозани  $<5,6$  ммоль/л бўлиши билан геронт – супергеронт аҳолида ( $n=160/0$ ), Воҳада яшовчи, СХ – 65,1% (тошсиз тури – 48,8% ва тошли тури – 16,3%) ва 0,00% дан частоталарда қайд қилинади.

Воҳанинг геронт ва супергеронт, қонда наҳорги глюкозани  $\geq 5,6$  ммоль бўлганларда ( $n=62/0$ ), СХни тарқалиш частотаси 34,9%; ва 0,00% ни ташкил қилади. Тошсиз сурункали холецистит – 30,2% ва тошли СХ – 4,7% частоталар билан қайд қилинади.

ҚД2 билан супергеронт популяцияда СХ қайд этилмайди (0,00%), геронт популяцияда эса – 18,6% частота билан кузатилади (тошсиз тури – 16,3% ва тошли тури – 2,3%).

**Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт популяциясида углевод алмашинувининг бузилишига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг тарқалиш частотаси**

Углевод алмашинуви холати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Қонда наҳорги глюкозани <5,6 ммоль/л бўлиниши (n=315/3)	86	64,7	14	10,5	100	75,2	2	100,0	0	0	2	100,0	0,476	0,210-1,077	1,663	0,072	>0,05
Қонда ноҳорги глюкозани >5,6 ммоль/л бўлиши (n=94/1)	27	20,3	6	4,5	33	24,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Ташхисланган қандли диабет (ҚД 2) босқич (n=50/0)	16	12,0	3	2,3	19	14,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

Воҳанинг геронт ва супергеронт популяциясида углевод алмашинувининг бузилишига боғлиқ бўлиб сурункали  
холециститнинг тарқалиши частотаси

Углевод алмашинуви холати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Қонда наҳорги глюкозани <5,6 ммоль/л бўлиниши (n =160/0)	21	48,8	7	16,3	28	65,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Қонда ноҳорги глюкозани >5,6 ммоль/л бўлиши (n =62/0)	13	30,2	2	4,7	15	34,9	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Ташхисланган қандли диабет (ҚД 2) босқич (n =40/0)	7	16,3	1	2,3	8	18,6	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт популяциясида углевод алмашинувининг бузилишига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг тарқалиши частотаси

Углевод алмашинуви холати	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Қонда наҳорги глюкозани <5,6 ммоль/л бўлиниши (n =475/3)	107	60,8	21	11,9	128	72,7	2	100,0	0	0	2	100,0	0,404	0,179-0,912	2,375	0,070	>0,05
Қонда ноҳорги глюкозани >5,6 ммоль/л бўлиши (n =156/1)	40	22,7	8	4,5	48	27,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Ташхисланган қандли диабет (ҚД 2) босқич (n =90/0)	23	13,1	4	2,3	27	15,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

Тадқиқот натижалари тасдиқладики, “Ўзбекистоннинг худудий” геронт ва супергеронт популяциясида углевод алмашинувининг бузилишларига боғлиқ бўлиб сурункали холециститнинг тарқалиш частоталари қуйидагича эпидемиологик тавсифлари ифодаланади (5.27-жадвал):

1) қондаги наҳорги глюкозани  $<5,6$  ммоль/л бўлишида ( $n=475/3$ ): СХ геронт аҳолида 72,7% тарқалиш частотасида тасдиқланади (тошсиз тури – 60,8% ва тошли тури – 11,9% дан); супергеронт аҳолида – 100,0% кўрсаткич билан аниқланади (тошсиз тури – 100,0% ва тошли тури – 0,00%);

2) Қондаги наҳорги глюкозани  $>5,6$  ммоль/л бўлишида ( $n=156/1$ ): супергеронт аҳолида қайд қилинмайди, геронтаҳолида – 27,3% частотада тарқалиш билан кузатилади;

3) ҚД2 босқичида ( $n=90/0$ ): супергеронт аҳолида қайд қилинмайди. Геронт популяцияда эса – 15,3% аниқланиш частотасида қайд қилинади, тошсиз ва тошли турлари – 13,1% ва 2,3% дан кузатилади.

Хулоса қилиш мумкинки, умумий эпидемиологик хатар омиллари геронт – супергеронт аҳолида, Ўзбекистон шароитида, СХни келиб чиқишида кучли етакчилик ролини ўйнашади ва уларни ҳар бир беморда ҳисобга олиниши керак бўлади. Хусусан, углевод алмашинувини турли тарзда бузилишлари – геронт ёшдаги Ўзбекистон аҳолисида СХ хавфини – 72,7% га ва супергеронт аҳолида 100,0% га оширади.

---

---

## **VI БОБ. КОМОРБИДЛИК НЕГИЗИДА СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ЎЗБЕКИСТОННИ ГЕРОНТ – СУПЕРГЕРОНТ ПОПУЛЯЦИЯСИДА КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ**

---

---

Геронтологик тадқиқотларнинг замонавий ҳолати ва ривожланиши истиқболлари бўйича бажарилган ишларни тахлили бўйича, адабиёт шарҳларига кўра, эпидемиологик тадқиқотларда жуда кам ўрганилган. Мавжуд клиник ва морфологик тадқиқотларни ҳам деярли барчаси хорижий популяцияларда амалга оширилган. Ўзбекистонда ўтказилганлари бўлса ё бошқа илмий мавзуда ёки бошқа ёш гуруҳларида ўтказилган [39;74;78;126]. Шуларни ҳисобга олиб биринчилар қаторида коморбидлик негизида СХнинг Ўзбекистонни геронт – супергеронт популяциясида клиник кечиши ва профилактикаси хусуситлари тадқиқот таркибида ўрганилди ва баҳоланди.

§6.1. Коморбидлик негизида сурункали холециститнинг клиник кечишини Фарғона водийсининг геронт – супергеронт популяциясида хусусиятлари, профилактикаси йўналишлари

Коморбидлик негизида сурункали холециститнинг геронт ва супергеронт популяциясида клиник кечишининг Фарғона водийсида клиник кечишининг хусусиятлари 6.1-жадвалда тахлилий берилган.

Водийнинг геронт – супергеронт шароитида СХ, жадвал маълумотлари аёнлашича, то 44,1% гача етиб коморбидлик негизида клиник кечиш билан тасдиқланади. Коморбидлик аксарият 11 та касалликлар ҳосил қилишади ва улар қуйидагилар бўлиб тасдиқланишади: стеатогепатит (n=42/0), сурункали вирусли гепатит (n=89/0), вирусли жигар циррози (n=9/0), ўткир юрак ишемик касаллиги (n=284/3), гломеруляр касалликлар (n=118/2), гастроэнтерологик касалликлар (n=251/3), нейроциркулятор астения (n=105/2), бўғим касалликлари (n=320/3), респиратор касалликлар (n=83/1) ва камқонлик (n=213/3).

**Коморбидлик негизида сурункали холециститнинг геронт ва супергеронт популяциясида клиник кечишини Фаргона водийси шароитида хос хусусиятлари**

Коморбидлик хосил қилган касалликлар	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	С	Р
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%					
Стеатогепатит (n=42/0)	4	9,5*	1	2,4*	5	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Сурункали вирусли гепатит (n=89/0)	15	16,9	1	1,1	16	18,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Вирусли жигар циррози (n=9/0)	2	22,2	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Ўткир юрак ишемик касаллиги (n=84/1)	17	20,0	4	4,7	21	24,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Сурункали юрак ишемик касаллиги (n=284/3)	87	30,3	10	3,5	97	33,8	2	0,7	0	0,0	2	0,7	0,512	0,226-1,159	1,389	0,069	>0,05
Гломеруляр касалликлар (n=118/2)	44	36,7	6	5,0	50	41,7	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0,847	0,209-3,443	0,047	0,020	>0,05
Гастроэнтерологик касалликлар (n=251/3)	44	17,3	8	3,1	52	20,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Нейроциркулятор астения (n=105/2)	19	17,8	4	3,7	23	21,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Бўғим касалликлари (n=320/3)	60	18,6	11	3,4	71	22,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Респиратор касалликлар (n=83/1)	17	20,2	2	2,4	19	22,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-	-
Камқонлик (n=213/3)	84	39,4	10	4,7	94	44,1	2	0,9	0	0,0	2	0,9	0,662	0,293-1,494	0,608	0,053	>0,05
Жами коморбидлик (n=1595/18)	393	24,4	57	3,5	450	27,9	5	0,3	0	0,0	5	0,3	1,016	0,480-2,148	0,002	0,001	>0,05

\*-шу ва 7,2-7,3-жадвалларда фоиз кўрсаткичи коморбидлик хосил қилган касалликларга нисбатан олинган

Жами коморбидликда ( $n=1595/18$ ) аниқланган сурункали холецистит Коморбидлик негизда сурункали холециститнинг клиник кечишини геронт аҳолида – 27,9% (тошсиз тури – 24,4% ва тошли тури – 3,5%) ва супергеронт аҳолида – 0,3% (тошсиз СХ – 0,3% ва тошли тури – 0,00%) частоталарда тарқалиш билан аниқланади ( $RR=1,016$ ; 95%  $CI=0,480 - 2,148$ ;  $\chi^2=0,002$ ;  $C=0,001$ ;  $P>0,05$ ).

Камқонлик билан супергеронт водий аҳолисида СХ 0,9% (тошсиз тури – 0,3% ва тошли тури – 0,00% дан) ва геронт аҳолида – 44,1% (тошли тури – 4,7% ва тошсиз тури – 39,4% дан) аниқланиш частоталари билан тасдиқланади ( $RR=0,662$ ; 95%  $CI=0,293 - 1,494$ ;  $\chi^2=0,608$ ;  $C=0,053$ ;  $P>0,05$ ).

Стеатогепатит коморбидлигида СХ геронт популяцияда – 11,9% тарқалиш частотасида аниқланади, тошсиз тури – 9,5% ва тошли тури -2,4% дан суръатларда кузатилади.

Бошқа коморбидлик негизда водийнинг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холецистит мувофиқ холда қўйидагича аниқланиш частоталарида тасдиқланади: 1) сурункали вирусли гепатит коморбидлигида – 18,0% (тошсиз тури – 16,9% ва тошли тури – 1,1% да ва 0,00% дан; 2) вирусли жигар циррози коморбидлигида – 22,2% (тошсиз СХ – 22,2% ва тошли СХ – 0,00% дан) ва 0,00% дан; 3) ўткир юрак ишемик касаллиги билан коморбидлик негизда – 24,7% (тошсиз тури – 20,0% ва тошли тури – 4,7% дан) ва 0,00% дан; 4) сурункали юрак ишемик касаллиги коморбидлигида – 33,8% (тошли СХ – 30,3% ва тошли СХ – 3,5%) ва 0,7% да (тошсиз СХ – 0,7% ва тошли СХ – 0,00% дан); 5) гломеруляр касалликлар коморбидлигида – 41,7% (тошсиз тури – 36,7% ва тошли тури – 5,0% дан) ва 0,8% дан (тошсиз СХ – 0,8% ва тошли СХ – 0,00%); 6) гастроэнтерологик касалликлар коморбидлигида – 20,5% (тошсиз СХ – 17,3% ва тошли СХ – 3,1% дан) ва 0,00% дан; 7) нейроциркулятор астения билан коморбидликда – 21,5% (тошсиз СХ – 17,8% ва тошли СХ – 3,7% дан) ва 0,00% дан; 8) бўғим касалликлар билан коморбидликда – 22,0% (тошсиз тури – 18,6% ва тошли тури – 3,4% ва 0,00% дан; 9) респиратор касалликлар билан коморбидликда –

22,6% (тошсиз турида – 20,2% ва тошли турида – 2,4% дан) ва 0,00% дан кўсаткичларда.

Етакчи коморбидлик хосил қилувчи касалликлар бўлиб водийнинг геронт – геронтлогик популяциясида – камқонлик (СХнинг оғир – асоратли кечиши хавфини 44% га оширади), гломеруляр касалликлар (СХ хавфли кечишини – 41,7% га оширади) ва сурункали юрак ишемик касалликлари хисобланади (СХ хавфини 33% га оширади).

§6.2. Коморбидлик негизида сурункали холециститнинг клиник кечишини Воҳанинг геронт – супергеронт популяциясида хусусиятлари, профилактикаси йўналишлари

Воҳа худудида сурункали холециститнинг геронт ва супергеронт популяциясида коморбидлик негизида (11 турли) клиник кечишининг хусусиятлари ўрганилди ва профилактикасини устувор объектлари аниқланди (6.2-жадвалда кўрсатилган).

Воҳанинг супергеронт популяциясида СХга коморбидлик ҳолати қайд этилмади (супергеронт ахоли бўлмаганлиги туфайли).

Геронт ёшдаги ахолисида турли коморбидликлар негизида сурункали холецистит, тошсиз ва тошли холециститлар худудий ҳосликни ифодалаб мувофиқлик билан қуйидаги тарқалиш частоталарида қайд қилинди: 1) стеатогепатит коморбидлигида – 9,5%, 7,1% ва 2,4% дан; 2) сурункали вирусли коморбидлигида – 6,7%, 3,4% ва 3,4%дан; 3) вирусли жигар циррози коморбидлигида – 0,00% ва 0,00% дан; 4) ўткир юрак ишемик касаллиги коморбидлигида – 7,1%, 5,9% ва 1,2% дан; 5) сурункали юрак ишемик касаллиги коморбидлигида – 7,0%, 4,9% ва 2,1% дан; 6) гломеруляр коморбидликда – 20,8%, 18,3% ва 2,5% дан; 7) гастроэнтерологик коморбидликда – 10,6%, 7,1% ва 3,5% дан; 8) нейроциркулятор астения СХга коморбидлик хосил қилганда – 5,6%, 2,8% ва 2,8% дан; 9) бўғим касалликлари коморбидлигида – 7,1%, 5,3% ва 1,9% дан; 10) респиратор касалликлар коморбидлигида – 3,6%, 3,6% ва 0,0% дан; 11) камқонлик билан

**Коморбидлик негизда сурункали холециститнинг геронт ва супергеронт популяциясида клиник кечишини  
Воҳа худудида хос хусусиятлари**

Коморбидлик хосил қилган касалликлар (геронт/супергеронт популяция)	СХ аниқланган геронт аҳоли				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Стеатогепатит (n=42/0)	3	7,1	1	2,4	4	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Сурункали вирусли гепатит (n=89/0)	3	3,4	3	3,4	6	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Вирусли жигар циррози (n=9/0)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Ўткир юрак ишемик касаллиги (n=85/0)	5	5,9	1	1,2	6	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Сурункали юрак ишемик касаллиги (n=287/0)	14	4,9	6	2,1	20	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Гломеруляр касалликлар (n=120/0)	22	18,3	3	2,5	25	20,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Гастроэнтерологик касалликлар (n=254/0)	18	7,1	9	3,5	27	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Нейроциркулятор астения (n=107/0)	3	2,8	3	2,8	6	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Бўғим касалликлари (n=323/0)	17	5,3	6	1,9	23	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Респиратор касалликлар (n=84/0)	3	3,6	0	0,0	3	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Камқонлик (n=213/0)	19	8,9	6	2,8	25	11,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Жами коморбидлик (n=1613/0)	107	6,6	38	2,4	145	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-

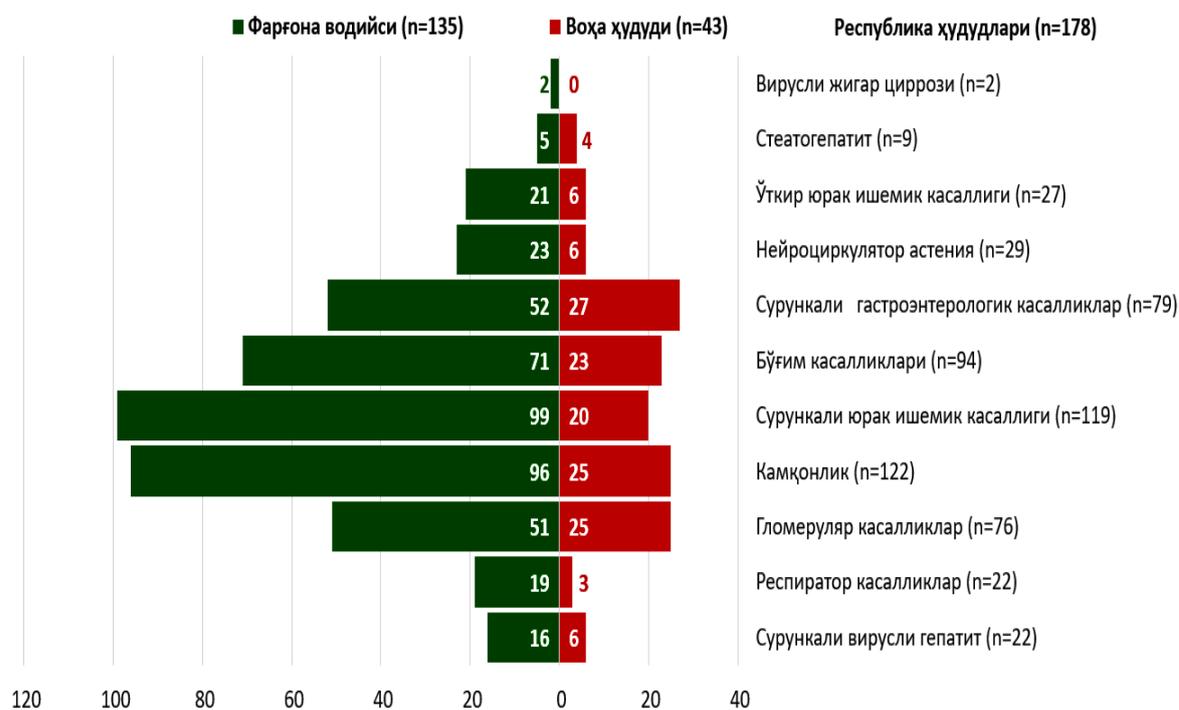
коморбидлик негизда – 11,7%, 8,9% ва 2,8% дан; 12) жами коморбидлик негизда (n=1613/0) – 9,0%, 6,6% ва 2,4% дан.

Геронт ёшдаги аҳолида Воҳа шароитида, сурункали холециститни клиник кечишининг хавфини оширишда етакчилик ролида – камқонлик коморбидлиги (хавф 11,7%), гломеруляр коморбидлик (хавф 20,8%) ва гастроэнтерологик коморбидлик (хавф даражаси – 10,6%) тасдиқланади.

Умуман тасдиқландики, Воҳанинг геронтлогик ёшдаги аҳолисида коморбидлик негизда сурункали холециститнинг хавфи (оғир турда, асоратли шаклда) даражаси энг камида ўртача 9,0% ортади.

§6.3. Ўзбекистон хуудларининг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг клиник кечишини коморбидлик негизда клиник – профилактик тавсифи

“Ўзбекистон хуудлари” геронт – супергеронт популяциясида коморбидлик хосил қилган касаликлар негизда сурункали холециститни аниқланиш частотаси куйидагича тарқалиш кўрсаткичларида таснифланади (6.1 – расм ва 6.3-жадвалда баён қилинган): 1) стеатогепатит коморбидлигида – 21,4% (тошсиз тури – 16,7% ва тошли тури – 4,8%) ва 0,00% дан геронт ва супергеронт аҳолида мувофиқ бўлиб; 2) сурункали вирусли гепатит коморбидлигида (n=89/0) – 24,7% (тошсиз тури – 20,2% ва тошли тури – 4,5%) ва 0,00% дан; 3) вирусли жигар циррози коморбидлигида (n=9/0) – 22,2% (тошсиз СХ – 22,2% ва тошли СХ – 0,00%) ва 0,00% дан; 4) ўткир юрак ишемик касаллиги коморбидлик хосил қилганда (n=84/1) – 31,8% (тошсиз тури – 25,9% ва тошли тури – 5,9% дан) ва 0,00% дан; 5) сурункали юрак ишемик касаллиги коморбидлик хосил қилганда (n=284/3) – 40,8% (тошли СХ – 35,2% ва тошсиз СХ – 5,0% ва 0,7% дан (тошсиз тури – 0,7% ва тошли тури – 0,00% дан) (RR=0,618; 95% CI=0,274 – 1,392;  $\chi^2=0,793$ ; C=0,053; P>0,05); 6) гломеруляр коморбидликда (n=118/2) – 62,5% (тошсиз тури – 55,0% ва тошли тури – 7,5%) ва 0,8% дан (тошсиз СХ – 0,8% ва тошли СХ – 0,00%) (RR=1,271; 95% CI=0,316 – 5,112;  $\chi^2=0,156$ ; C=0,036; P>0,05);



**6.1-расм. Ўзбекистон ҳудудларининг геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститни коморбидликка боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**

7) Гастроэнтерологик коморбидликда ( $n=251/3$ ) – 31,1% (тошсиз тури – 24,4% ва тошли тури – 6,7% дан) ва 0,00% дан; 8) нейроциркулятор астения коморбидлик ҳосил қилганда ( $n=105/2$ ) – 27,1% (тошсиз тури – 20,6% ва тошли тури – 6,5%) ва 0,00% дан; 9) бўғим касалликлари коморбидлик ҳосил қилганда ( $n=320/3$ ) – 29,1% (тошсиз СХ – 23,8% ва тошли СХ – 5,3%) ва 0,00% дан; 10) респиратор коморбидликда ( $n=83/3$ ) – 26,2% (тошсиз тури – 23,8% ва тошли тури – 2,4%) ва 0,00% дан; 11) камқонлик коморбидлигида ( $n=213/3$ ) – 56,3% (тошсиз СХ – 48,8% ва тошли СХ – 7,5%) ва 0,9% дан (тошсиз СХ – 0,9% ва тошли СХ – 0,00%) ( $RR=0,845$ ; 95%  $CI=0,376 - 1,897$ ;  $\chi^2=0,128$ ;  $C=0,024$ ;  $P>0,05$ ). Жами коморбидлик негизида ( $n=1595/18$ ) – 36,9% (тошсиз тури – 31,0% ва тошли тури – 5,9%) ва 0,3% дан (тошсиз турида – 0,3% ва тошли турида – 0,00%) тарқалиш частоталарида сурункали холецистит геронт – супергеронт “Ўзбекистон ҳудуди”ни популяциясида тасдиқланади.

**Коморбидлик негизда сурункали холециститнинг геронт ва супергеронт популяциясида клиник кечишини  
Ўзбекистон ҳудудида хос хусусиятлари**

Коморбидлик ҳосил қилган касалликлар	СХ аниқланган геронт аҳоли				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Стеатогепатит (n=42/0)	7	16,7	2	4,8	9	21,4	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Сурункали вирусли гепатит (n=89/0)	18	20,2	4	4,5	22	24,7	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Вирусли жигар циррози (n=9/0)	2	22,2	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Ўткир юрак ишемик касаллиги (n=84/1)	22	25,9	5	5,9	27	31,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Сурункали юрак ишемик касаллиги (n =284/3)	101	35,2	16	5,6	117	40,8	2	0,7	0	0	2	0,7	0,618	0,274-1,392	0,793	0,053	>0,05
Гломеруляр касалликлар (n=118/2)	66	55,0	9	7,5	75	62,5	1	0,8	0	0	1	0,8	1,271	0,316-5,117	0,156	0,036	>0,05
Гастроэнтерологик касалликлар (n=251/3)	62	24,4	17	6,7	79	31,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Нейроциркулятор астения (n=105/2)	22	20,6	7	6,5	29	27,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Бўғим касалликлари (n=320/3)	77	23,8	17	5,3	94	29,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Респиратор касалликлар (n=83/1)	20	23,8	2	2,4	22	26,2	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Камқонлик (n=213/3)	104	48,8	16	7,5	120	56,3	2	0,9	0	0	2	0,9	0,845	0,376-1,897	0,128	0,024	>0,05
Жами коморбидлик (n=1595/18)	500	31,0	95	5,9	595	36,9	5	0,3	0	0	5	0,3	1,343	0,636-2,836	0,691	0,021	>0,05

Коморбидли фони СХнинг кечиши хавфини ўртача – 36,9% га оширади ва энг юқори бундай хавф - камқонлик коморбидлигида (56%), гломеруляр коморбидликда (62,5%), сурункали юрак ишемик касаллиги коморбидлик хосил қилганда (40,8%) ва гастроэнтерологик коморбидликда (31,1%) туғдирилади.

Ушбу натижалар СХнинг профилактикаси учун геронт ва супергеронт Ўзбекистон аҳолисида йўналиш объекти бўлиб хизмат қилади ёки айнан шундай СХ муаммосини хал қилишга ёндошув даволаш – профилактика самарасини 60% дан зиёдга оширади.

---

---

**VII БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ГЕРОНТ – СУПЕРГЕРОНТ  
ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ТУРЛИ ХУДУДИЙ ХОС  
КЎРИНИШЛАРИНИ ВА АСОСИЙ КЛИНИК СИНДРОМЛАРИНИ  
ИФОДАЛАНИШИ БЎЙИЧА ҚИЁСИЙ КЛИНИК –  
ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ**

---

---

§7.1. Фарғона водийсининг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича клиник ифодаланишини эпидемиологик тавсифи

Фарғона водийсининг геронт ва супургеронт ёшли аҳолисида сурункали холециститни оғирлик даражаси бўйича аниқланиш частотаси ўрганилди.

Олинган натижаларни тахлилий рақамлари 7.1-жадвалда тақдим қилинган.

Водийнинг геронт – супергеронт аҳолисида сурункали холециститнинг энгил кечиши ( $n=82/4$ ) 60,2% (тошсиз ва тошли турлари – 57,9% ва 2,3% дан) ва 100,0% дан (тошсиз ва тошли турлари – 100,0% ва 0,00% дан) аниқланиш частоталарида тасдиқланади ( $RR=1,878$ ; 95%  $CI=0,704 - 5,012$ ;  $\chi^2=9,832$ ;  $C=0,320$ ;  $P<0,05$ )

СХни ўртача оғир кечиши ( $n=41/1$ ) геронт популяцияда – 30,8% (тошсиз тури – 25,6% ва тошли тури – 5,3%) ва 0,00% дан ташхисланади.

Касалликни оғир кечиши ( $n=12/0$ ), водий шароитида, геронтларда – 9,0% (тошсиз тури – 1,5% ва тошли тури – 7,5%) частотада аниқланади; супергеронтларда қайд қилинмайди.

§7.2. Воҳанинг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича клиник ифодаланишини эпидемиологик тавсифи

Худди шундай тахлилнинг Воҳа бўйича қилинган хулосалари рақамли тарзда 7.2-жадвалда келтирилган. Улардан исботли қуйидагилар тасдиқланади: 1) сурункали холециститни энгил кечиши ( $n=21/0$ ) воҳанинг геронт аҳолисида – 48,8% тарқалиш частотаси билан қайд қилинади. Унинг тошсиз тури – 48,8% ва тошли тури 0,00% дан аниқланади. Супергеронт аҳолида қайд қилинмайди; 2) сурункали холециститнинг ўртача оғирликда

**Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт ёшли аҳолисида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича аниқланиш частотасини эпидемиологик тавсифи**

СХни оғирлик даражаси	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Енгил кечиши (n=82/4)	77	57,9	3	2,3	80	60,2	2	100,0	0	0	2	100,0	1,878	0,704-5,012	9,832	0,320	<0,05
Ўртача кечиши (n=41/1)	34	25,6	7	5,3	41	30,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Оғир кечиши (n=12/0)	2	1,5	10	7,5	12	9,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

**Воҳанинг геронт ва супергеронт ёшли аҳолисида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича юзага келишини эпидемиологик тавсифи**

СХни оғирлик даражаси	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Енгил кечиши (n=21/0)	21	48,8	0	0,0	21	48,8	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Ўртача кечиши (n=14/0)	12	27,9	2	4,7	14	32,6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Оғир кечиши (n=8/0)	1	2,3	7	16,3	8	18,6	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-

кечиши (n=14/0) супергеронт популяцияда қайд қилинмайди, геронт аҳолида эса – 32,6% тарқалиш частотасида тасдиқланади (тошсиз тури – 27,9% ва тошли тури – 4,7% дан); 3) сурункали холециститнинг оғир кечиши (n=8/0) геронт популяцияда, Воҳа шароитида, 18,6% частота аниқланиш билан қайд қилинади, тошсиз ва тошли турлари – 2,3% ва 16,3% дан тарқалиш частотасида кузатилади. Супергеронтларда қайд қилинмайди.

§7.3. Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича клиник ифодаланиши эпидемиологик тавсифи

7.3-жадвал ва 7.1-расмда Ўзбекистоннинг ҳудудларини геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича юзага келишининг эпидемиологик тавсифлари баён этилган.

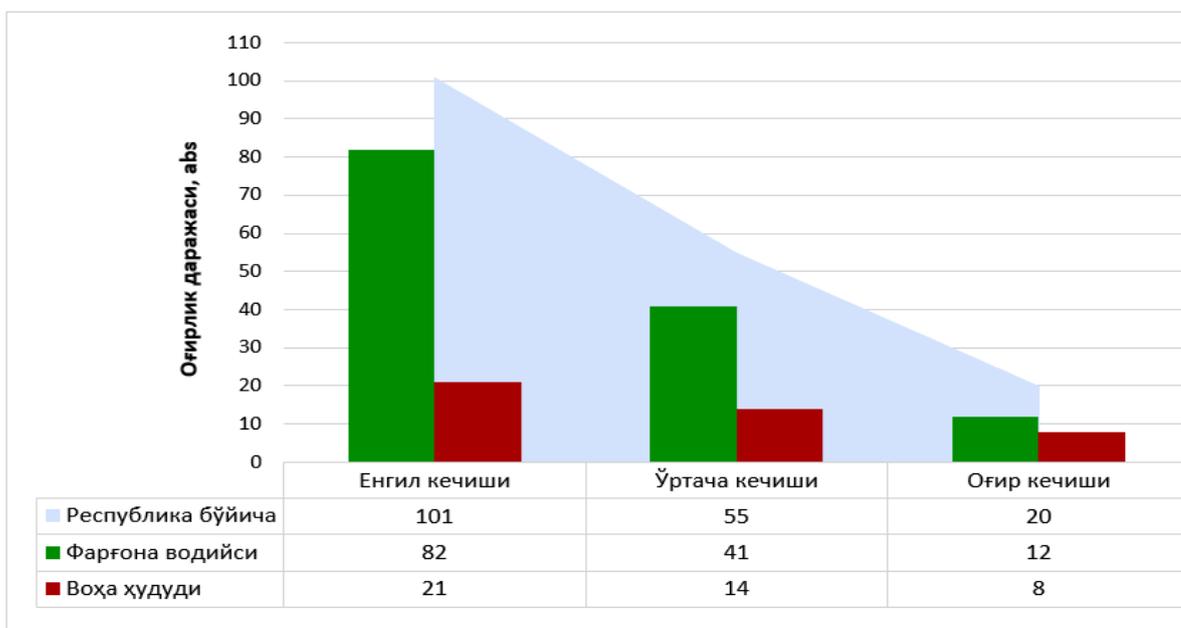
Тасдиқландики, Ўзбекистоннинг ҳудудларини геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститнинг енгил кечиши (n=103/4) геронт популяцияда – 57,4% (тошсиз СХ – 55,7% ва тошли СХ – 1,7%) ва 100,0% дан (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00% дан) аниқланиш частоталарида қайд қилинади (RR=1,961; 95% CI=0,736 – 5,227;  $\chi^2=24,713$ ; P<0,001).

Касалликни ўртача кечиши (n=55/1) геронт аҳолида 31,3% тарқалиш частотаси билан тавсифланади, тошсиз ва тошли турлари эса – 26,1% ва 5,1% частоталарда кузатилади. Супергеронтларда қайд қилинмайди.

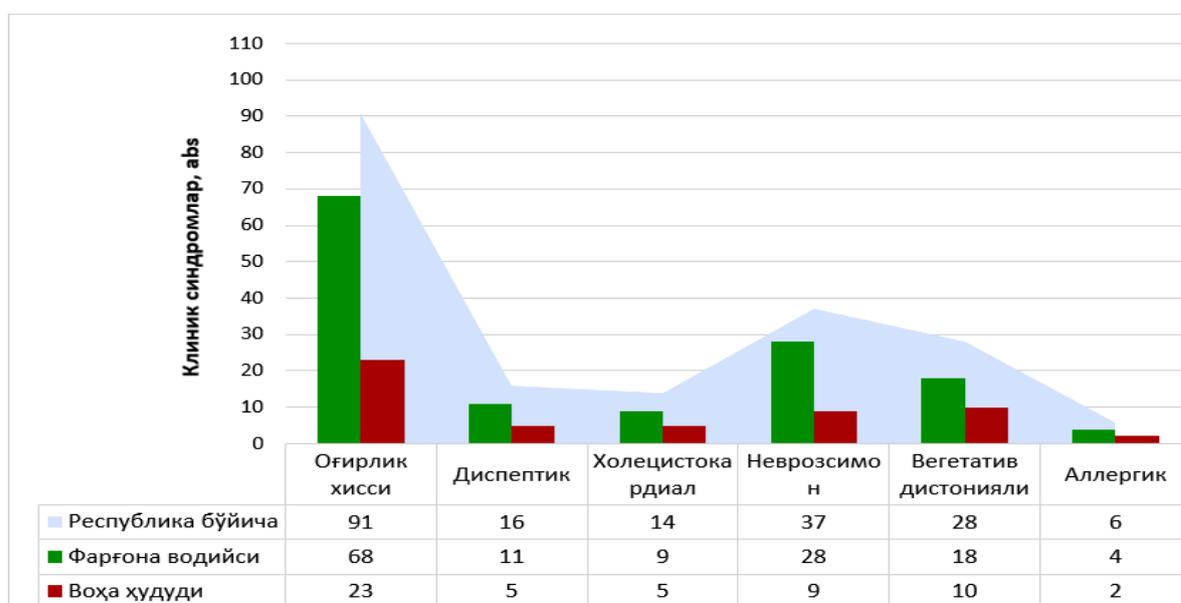
Сурункали холециститнинг оғир даражада клиник кечиши (n=20/0) геронт аҳолида – 11,4% частотада тасдиқланади (тошсиз тури – 1,7% ва тошли тури – 9,7%), супергеронт ёшдагиларда қайд қилинмайди.

Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститнинг оғирлик даражаси бўйича юзага келишини эпидемиологик тавсифи

СХни оғирлик даражаси	СХ аниқланган геронт аҳоли				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Енгил кечиши (n=103/4)	98	55,7	3	1,7	101	57,4	2	100,0	0	0	2	100,0	1,961	0,736-5,227	24,713	0,433	<0,001
Ўртача кечиши (n=55/1)	46	26,1	9	5,1	55	31,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Оғир кечиши (n=20/0)	3	1,7	17	9,7	20	11,4	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-



**7.1-расм. Ўзбекистон ҳудудлари геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг оғирлик даражасига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**



**7.2-расм. Ўзбекистон ҳудудлари геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг асосий клиник синдромларига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси**

Хулоса қилиш мумкин бўладики, геронт ёшдаги ( $\geq 90$  ёшлилар назарда тутилган) аҳолида сурункали холециститни оғир кечиши – 11,4% гача ва енгил кечиши 57,4% гача ифодаланиб прогностик ахамият касб этишади; табақалаштирилган эртаки даволаш – профилактика тадбирларини ўтказиш учун бу натижалар хизмат қилишади.

---

---

**VIII БОБ. ХОЛЕЦИСТИТНИНГ АСОСИЙ КЛИНИК  
СИНДРОМЛАРИНИ ВА АСОРАТЛАНИБ КЛИНИК КЕЧИШИНИ  
ЎЗБЕКИСТОННИНГ ГЕРОНТ – СУПЕРГЕРОНТ ПОПУЛЯЦИЯСИДА  
ТАВСИФИ, ХОЛЕЦИСТИТНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ, ПРОГНОЗЛАШ  
ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ АЛГОРИТМИ – МОДЕЛИ**

---

---

§8.1. Фарғона водийсининг геронт – супергеронт популяциясида холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталарини тавсифи

Ўзбекистон хуудларида олиб борилган тадқиқотнинг натижаларидан маълум бўладики, геронт ва супергеронт ёшдаги ахоли популяциясида холециститнинг клиник кўринишида 6 та синдром устуворлик қилишади: оғриқ синдроми ёки хисси, диспетик синдром, холецистокардиал синдром, невросимон синдром, вегетодистония синдроми ва аллергик синдром.

Ёш ва ўрта ёшдагиларда ҳамда клиник тадқиқотлардан бу кўсаткичлар қиёсан пастлиги билан фарқланади [49; 43;163;180].

8.1-жадвалда Фарғона водийсининг геронт ва супергеронт ахолисида сурункали холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталари кўрсатилган.

Тасдиқландики, оғирлик хисси (n=68/0) СХ билан геронт ахолида – 49,6% (тошсиз СХ – 13,5% ва тошли СХ – 36,1) ва супергеронт популяцияда – 100,0% (тошсиз СХ – 100,0% ва тошли СХ – 0,00%) аниқланиш частоталари билан кузатилади (RR=0,496; 95% CI=0,418 – 5,589;  $\chi^2=2,000$ ; C=0,121; P>0,05).

Диспетик синдром (n=11) водийнинг СХ билан геронт популяциясида – 8,3% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади.

Диспетик синдром сурункали холециститнинг тошсиз турида – 6,0% ва тошли турида – 2,3% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади. Супергеронт ахолида қайд қилинмайди (0,00%).

Холецистокардиал синдром (n=9) 6,8% ва 0,00% кўрсаткичларда аниқланиш билан водийнинг СХ билан геронт ва супергеронт ёшдаги ахолисида аниқланади.

**Фарғона водийсиниг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталари**

Асосий клиник синдромлар	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=133)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Оғирлик хисси (n=68)	18	13,5	48	36,1	66	49,6	2	100,0	0	0	2	100,0	0,496	0,418-5,589	2,000	0,121	>0,05
Диспептик (n=11)	8	6,0	3	2,3	11	8,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Холецистокардиал синдром (n=9)	2	1,5	7	5,3	9	6,8	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Неврозсимон (n=28)	20	15,0	7	5,3	27	20,3	1	50,0	0	0	1	50,0	0,406	0,097-1,690	1,057	0,088	>0,05
Вегетатив дистонияли (n=18)	11	8,3	5	3,8	16	12,0	2	100,0	0	0	2	100,0	0,120	0,076-0,190	13,195	0,298	<0,001
Аллергик (n=4)	4	3,0	0	0,0	4	3,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

Тошсиз сурункали холециститда ушбу синдром – 1,5% ва тошли сурункали холециститда эса – 5,3% тарқалиш частотасини ташкил қилади.

Келгуси хос клиник кўриниш, водий шароитида сурункали холецистит учун, невросимон синдромни юқори частоталарида ифодаланиши бўлиб хисобланади. Чунончи, кузатилдики, невросимон синдром СХ билан геронт аҳолида – 20,3% частотада қайд қилинади, тошсиз СХ -15,0% ва тошли СХ – 5,3% дан. Супергеронт аҳолида невросимон синдром - 50,0% (тошсиз СХ – да 50,0% ва тошли СХ да – 0,00% бўлиб) тарқалиш частотасида ифодаланиб учрайди (RR=0,406; 95% CI=0,097 – 1,690;  $\chi^2=1,057$ ; C=0,088; P>0,05).

Вегетодистония (n=18) СХ билан геронт аҳолида – 12,0% (тошсиз СХ да – 8,3% ва тошли СХ да – 3,8% дан) ва супергеронт аҳолида – 100,0% (тошсиз СХ да – 100,0% ва тошли СХ да – 0,00% дан) аниқланиш частоталарида тасдиқланади (RR=0,120; 95% CI=0,076 – 0,190;  $\chi^2=13,195$ ; C=0,298; P<0,001).

Аллергик синдром (n=4) сурункали холецистит билан геронт аҳолида 3,0% аниқланиш частотасида қайд қилинади, унинг тошсиз тури – 3,0% ва тошсиз тури – 0,00% дан қайд қилинади. Супергеронтларда қайд қилинмайди.

Бу маълумотлар водийнинг геронт – супергеронт аҳолиси учун – прогностик, клиник, профилактик ва терапевтик аҳамият касб этишади.

§8.2. Воҳанинг геронт – супергеронт популяциясида холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталарини тавсифи

Қайд қилиндики, оғирлик хисси синдроми (n=23) Воҳанинг СХ билан геронт аҳолисида – 53,5% тарқалиш частотасида кузатилади, тошсиз сурункали холециститда – 20,9% ва тошли СХ да – 32,6% дан тасдиқланади (8.2-жадвал). Супергеронт аҳолида кузатилмайди.

Диспептик синдром ҳам аниқланмайди, аммо Воҳанинг геронт аҳолисида – 11,6% дан частота тасдиқланади (тошсиз СХ – 9,3% ва тошли СХ – 2,3% дан)

Жадвал маълумотлари яна хулоса берадики, холецистокардиал синдром сурункали холецистит билан геронт популяцияда, Воҳа шароитида, 11,6% ва супергеронт аҳолида – 0,00% кўрсаткичларда кузатилади. Тошсиз ва тошли СХ геронтларда – 4,7% ва 7,0% дан тасдиқланади.

Неврозсимон синдром (n=5) Воҳанинг супергеронт аҳолисида, СХ билан, қайд қилинмайди. Геронт популяциясида эса – 20,9% тарқалиш частотасида тасдиқланади. Тошсиз ва тошли СХда – 14,0% ва 7,0% дан частоталар билан аниқланади.

Вегетодистония (n=10) ушбу минтақанинг геронт популяциясида – 23,3% (тошсиз СХда – 18,6% ва тошли СХда – 4,7% дан) ва супергеронт аҳолида 0,00% дан қайд этилади.

Аллергик синдром СХ билан супергеронт ёшдаги Воҳа аҳолисида аниқланмайди, СХ билан геронт ёшдаги популяциясида бўлса – 4,7% частотада кузатилади (тошсиз СХда -2,3% ва тошли СХда – 2,3% дан).

Ушбу геронтологик хос клиник кўринишларни ҳисобга олиш сурункали холециститни барвақт аниқлаш ва олдини олишда муҳим рол ўйнайди.

§8.3. Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт популяциясида холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталарини тавсифи

7.2-расм ва 8.3-жадвалда Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт ёшли аҳолисида сурункали холециститнинг асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталари таҳлиллик келтирилган.

Улардан қуйидагилар келиб чиқади: 1) оғирлик хисси синдроми (n=91) СХ аниқланган геронт аҳолида 50,6% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади, тошсиз СХ да – 14,8% ва тошли СХда – 35,8% дан.

**Воҳанинг геронт ва супергеронт ёшли аҳолисида сурункали холециститнинг  
асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталари**

Асосий клиник синдромлари	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=43)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=0)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Оғирлик хисси (n=23)	9	20,9	14	32,6	23	53,5	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Диспептик (n=5)	4	9,3	1	2,3	5	11,6	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Кардиалгик (холецистокардиал) (n=5)	2	4,7	3	7,0	5	11,6	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Неврозсимон (n=9)	6	14,0	3	7,0	9	20,9	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Вегетатив дистонияли (n=10)	8	18,6	2	4,7	10	23,3	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Аллергик (n=2)	1	2,3	1	2,3	2	4,7	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

СХ билан супергеронт аҳолида бўлса ушбу синдром 100,0% аниқланиш частотаси билан кузатилади (тошсиз СХда – 100,0% ва тошли ХС да – 0,00%) (RR=0,506; 95% CI=0,437 – 0,585;  $\chi^2=1,934$ ; C=0,104; P>0,05); 2) диспептик синдром (n=16) сурункали холецистит аниқланган геронт аҳолида – 9,1% аниқланиш частотасида тасдиқланади, тошсиз турида – 6,3% ва тошли турида – 2,8% дан аниқланади. Супергеронт ёшдаги СХ билан беморларда қайд қилинмайди.

Бундан ташқари маълум бўладики, сурункали холецистит билан геронт популяцияда холецистокардиал синдром (n=14) – 8,0% частоталар билан қайд қилинади тошсиз СХ да – 1,1% ва тошли СХ да- 0,00% дан. Супергеронт популяцияда қайд қилинмайди.

Маълум бўлдики, неврозсимон синдром (n=37) Ўзбекистон худудларининг сурункали холецистит аниқланган геронт популяциясида – 20,0% тарқалиш частотасида тасдиқланади (тошсиз СХда – 15,9% ва тошли СХда – 4,5% дан). Геронт аҳолида СХда бўлса ушбу синдром 50,0% (тошсиз СХ да -50,0% ва тошли СХда – 0,00% дан) аниқланиш кўрсаткичи билан ифодаланади (RR=0,409; 95% CI=0,099 – 1,686;  $\chi^2=1,048$ ; C=0,077; P>0,05).

Вегетодистония синдроми СХ билан геронт аҳолида – 14,8% (тошсиз турида – 10,2% ва тошли турида – 4,5%) ва СХ билан супергеронт популяцияда -100,0% дан (тошсиз СХ да 100,0% ва тошли СХ да – 0,00%

Сурункали холецистит аниқланган супергеронт аҳолида аллергия синдром қайд қилинмади (0,00%). Ўзбекистон худудларининг геронт аҳолисида аниқланган сурункали холециститда ушбу синдром – 3,4% тарқалиш частотасида тасдиқланади, тошсиз СХ да – 2,8% ва тошли СХ – 0,6% дан кузатилади.

Ўзбекистон кўламида ушбу маълумотлардан асосли амалиётда фойдаланиш, нафақат клиник, балги прогностик ва профилактик самарали натижаларни кўпайтиради.

**Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт ёшли аҳолисида сурункали холециститнинг  
асосий клиник синдромларини аниқланиш частоталари**

Асосий клиник синдромлар	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Оғирлик хисси (n=91)	26	14,8	63	35,8	89	50,6	2	100,0	0	0	2	100,0	0,506	0,437-0,585	1,934	0,104	>0,05
Диспептик (n=16)	11	6,3	5	2,8	16	9,1	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Холецистокардиал (n=14)	2	1,1	12	6,8	14	8,0	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Неврозсимон (n=37)	28	15,9	8	4,5	36	20,5	1	50,0	0	0	1	50,0	0,409	0,099-1,686	1,048	0,077	>0,05
Вегетатив дистонияли (n=28)	18	10,2	8	4,5	26	14,8	2	100,0	0	0	2	100,0	0,148	0,104-0,211	10,836	0,240	<0,001
Аллергик (n=6)	5	2,8	1	0,6	6	3,4	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-

дан) частоталар билан кузатилади ( $RR=0,148$ ;  $95\% CI=0,10 - 0,211$ ;  $\chi^2=10,836$ ;  $C=0,240$ ;  $P<0,001$ ).

§8.4. Ўзбекистон хуудларини геронт – супергеронт популяциясида холециститнинг асоратланиб клиник кечишини хос жиҳатларини тавсифи

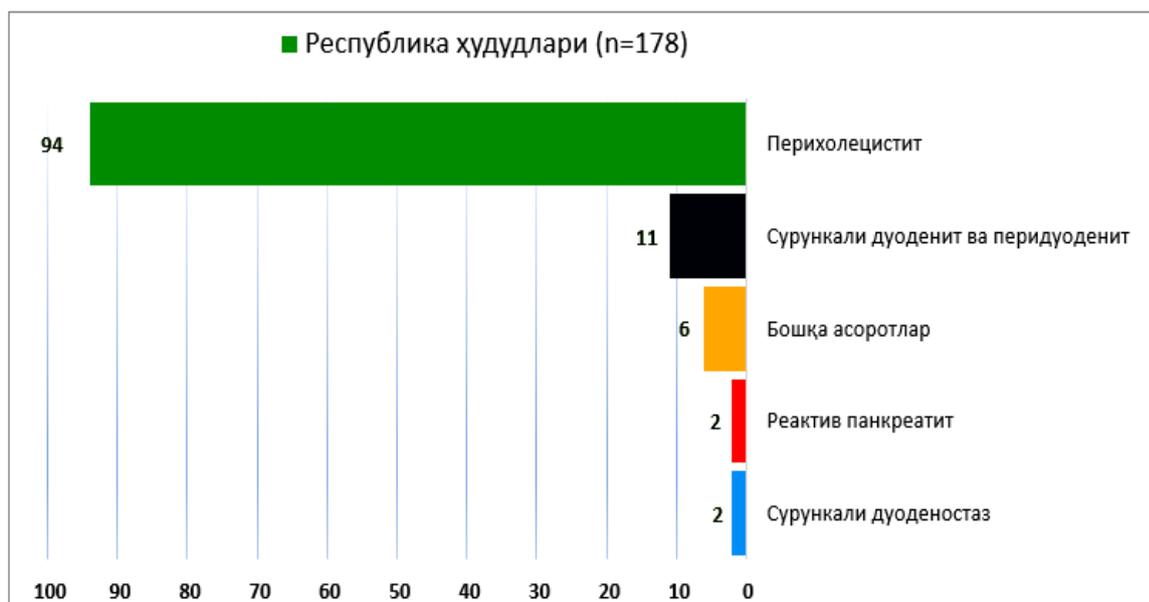
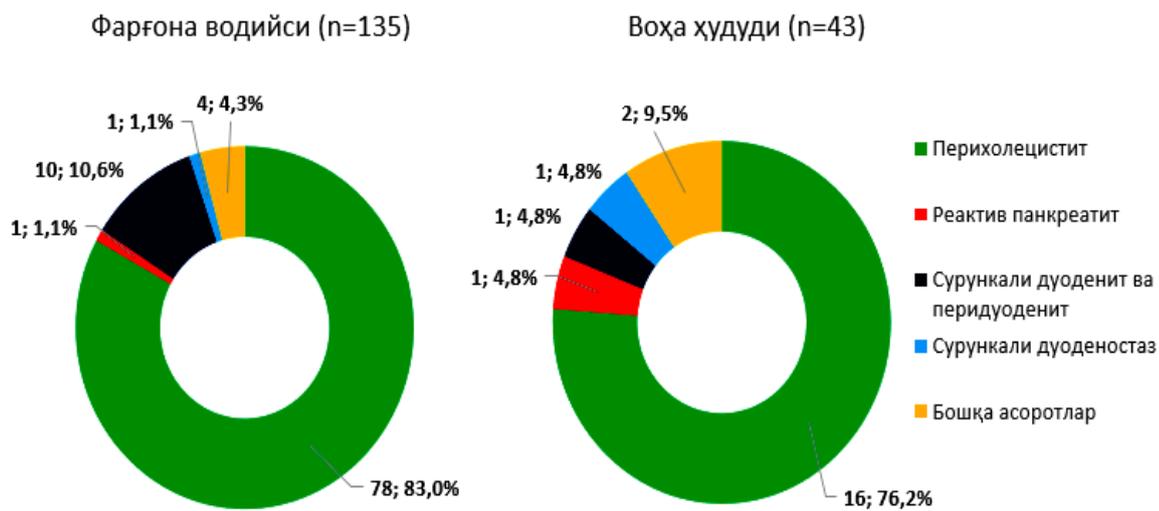
Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститнинг асоратларини юзага келишини хос жиҳатлари аниқланди ва баҳоланди.

Бу ҳақдаги олинган натижаларни рақамли тавсифи 8.4-жадвалда ва 8.1-расмда келтирилган.

Тасдиқланадики, сурункали холецистит аниқланган геронт аҳолида перихолецистит ( $n=128/4$ ) асорат сифатида  $52,3\%$  частота аниқланиш билан тасдиқланади (тошсиз СХда –  $38,6\%$  ва тошли СХ да –  $13,6\%$  дан). Ўзбекистоннинг хуудларини популяциясида, супергеронт ёшдагиларда, перихолецистит асорати –  $100,0\%$  аниқланиш частотаси билан қайд қилинади. 3 баробарга етиб кўп ( $38,6\%$ ) ушбу асоратланиш тошсиз СХда, тошли холециститга қиёсланганда ( $13,6\%$ ) кузатилади. Умуман, СХ аниқланган геронт аҳолида перихолецистит –  $52,3\%$  частотада тарқалиш билан қайд қилинади ( $RR=0,531$ ;  $95\% CI=0,451 - 0,625$ ;  $\chi^2=1,741$ ;  $C=0,115$ ;  $P>0,05$ ).

Реактив панкреатит ( $n=5/0$ ) асорат сифатида сурункали холецистит аниқланган геронт аҳолида –  $1,14\%$  частотада аниқланиш билан кузатилади. Тошсиз СХда –  $0,00\%$  ва тошли холециститда –  $1,14\%$  тарқалиш суръати билан қайд қилинади. Супергеронт аҳолидаги СХда кузатилмайди.

Сурункали дуоденит ва перидуоденит ( $n=12/1$ ) сурункали холецистит аниқланган геронт аҳолида –  $5,17\%$  (тошсиз турида –  $5,1\%$  ва тошли СХ турида  $-0,6\%$ ) ва супергеронт аҳолида –  $50,0\%$  дан (тошсиз СХда –  $50,0\%$  ва тошли СХда  $-0,00\%$  дан) аниқланиш частоталарида қайд қилинади ( $RR=1,500$ ;  $95\% CI=0,361 - 6,230$ ;  $\chi^2=0,525$ ;  $C=0,190$ ;  $P>0,05$ ).



**8.1-расм.** Ўзбекистон ҳудудлари геронт ва супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг асоратларига боғлиқ равишда тарқалиш частотаси

**Ўзбекистонниг геронт ва супергеронт аҳолисида сурункали холециститнинг асоратларини юзага келишини хос жиҳатлари**

Асоратлар	СХ аниқланган геронт аҳоли (n=176)				Жами		СХ аниқланган супергеронт аҳоли (n=2)				Жами		RR	95% CI	$\chi^2$	C	P
	Тошсиз		Тошли				Тошсиз		Тошли								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Перихолецистит (n =128/4)	68	38,6	24	13,6	92	52,3	2	100,0	0	0	2	100,0	0,531	0,451-0,625	1,741	0,115	>0,05
Реактив панкреатит (n =5/0)	0	0,0	2	1,14	2	1,14	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Сурункали дуоденит ва перидуоденит (n =12/1)	9	5,1	1	0,6	10	5,7	1	50,0	0	0	1	50,0	1,500	0,361-6,230	0,525	0,190	>0,05
Сурункали дуоденостаз (n=2)	2	1,14	0	0,0	2	1,14	0	0,0	0	0	0	0,0	-	-	-	-	-
Бошқа асоратлар (n =11/1)	3	1,7	2	1,1	5	2,84	1	50,0	0	0	1	50,0	0,545	0,101-2,953	0,410	0,175	>0,05

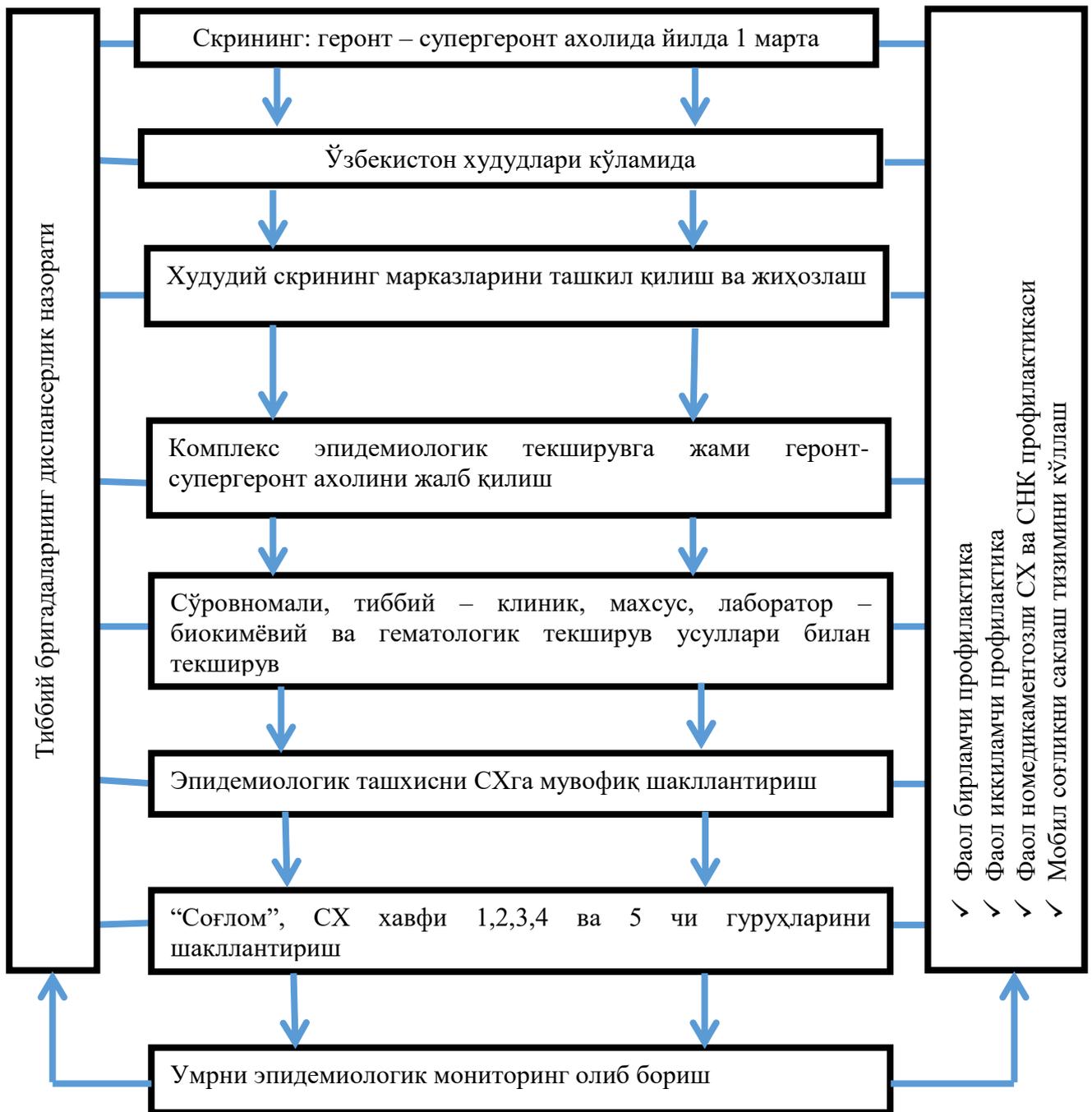
Тахлилий маълумотлар яна тасдиқлайдики, сурункали дуоденостеноз (n=2) сурункали холецистит билан геронт аҳолида – 1,14% тарқалиш частотасида тасдиқланади тошсиз турида – 1,14% ва СХ аниқланган супергеронт аҳолида қайд этилмайди (0,00%).

Бошқа асоратлар (n=11/1) сурункали холецистит аниқланган геронт популяцияда – 2,84 % ва супергеронт популяцияда – 50,0% дан аниқланиш частоталари билан тасдиқланади (RR=0,545;  $\chi^2=0,410$ ; C=0,175; P>0,05). Тақдим этилган, холециститнинг асосий клиник синдромларини ва асоратланиб клиник кечишини Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида тавсифи, холециститни профилактик дастурларини яратиб беришда муҳим рол ўйнаб аҳамият касб этишади.

Ушбу клиник синдромлар ва бошқа зикр қилинган тадқиқотнинг натижаларидан келиб чиқиб Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида холециститни барвақт аниқлаш, прогнозлаш ва профилактика қилиш алгоритми – модели ишлаб чиқилди ва амалиётга тавсия этилди (8.1-чизма).

Геронт ва супергеронт аҳоли умрий эпидемиологик мониторингга жалб қилинади ва йилда бир марта комплекс эпидемиологик текширувга жалб қилиниб уларга СХ ва бошқа СНК бўйича эпидемиологик хулоса / ташхис чиқарилиб борилади: “соғлом”, сурункали холецистит ва унинг коморбидлиги бўйича 1,2, 3,4 ва 5-чи хавф гуруҳлари ажратилади.

Хар бир гуруҳга мувофиқлаштирилган СХ ва унинг коморбид фони, хатар омилларини назоратини 100,0% таъминлаб берувчи – фаол бирламчи профилактика, фаол иккиламчи профилактика, фаол номедикаментозли профилактика мобил соғлиқни сақлаш тизимидан фойдаланиб олиб борилади. Унга скрининг марказни “24/7” фаолият кўрсатадиган тиббий бригадаси жалб қилинади. Фаол “консультатив” – “профилактик – тиббий хамда тезкор ёрдам” сутка – ой – йиллар давомида олиб борилади.



**8.1 – чизма.** Геронт – супергеронт популяцияда холециститни барвақт аниқлаш, прогнозлаш ва профилактика қилиш алгоритми - модели

Бизнинг прогноз таҳлилариизга кўра бу модел – алгоритмда аҳолига геронтологик хизматни ташкил қилиш қуйидаги самараларни келтиради: 1) Узоқ умр кўриш бўйича Ўзбекистон етакчилик ўрнини дунёда эгаллайди; 2) “Оқсоқол, ёшлар билан узоқ умр кўриш тажрибасидан баҳам кўриш дастурини амалга ошириш қуйидаги натижаларни кўрсатади: СХни преморбид босқичида эрта аниқлаш 100,0% га ортади, даволаш –

профилактика самарасини 90% гача оширади ва полипрагмазия хавфини 100% га камайтиради. Беморларда операция хавфини 50% га камайтиради ёки ўткир холециститни геронт ёшда келиб чиқиш хавфи 60-90% га камаяди. Холециститнинг асоратли кечиши 80-82% га камаяди.

## ХОТИМА

Узоқ умр кўрувчиларда (геронт аҳоли – 90-109 ёшдагилар ва супергеронт аҳоли -  $\geq 109$  ёшдагилар) юқумли бўлмаган касалликларни профилактикасини янги йўналишларини ишлаб чиқиш долзарб илмий масала ва амалий аҳамиятли мавзу ҳисобланади.

Ушбу касалликлар орасида холециститларни ўсиб бораётганлиги ҳам эътиборни тортади. Барча ёшли популяцияда, чунончи геронт аҳолида ҳам, жумладан, кўпайиб бораётганлиги алоҳида унга ёндошувни талаб қилади.

Даволаш муассасаларига муурожаат қилинаётганларни, шопилинч ёрдамга, 40% ни геронтологик ёшдагилар ташкил қилади [112;120;136].

Лекин шундай, масалани жиддийлигига қарамай холециститга терапевтик, хирургик муаммо сифатида ва “профилактик тиббиёт майдонида” деярли қўл урилмаганлиги мавжуд манбалардан маълум бўлади.

Хозиргача геронт ва супергеронт аҳолида холециститни эпидемиология махсус эпидемиологик тадқиқотда ўрганилмаган, унинг ҳақидаги статистик маълумотлар геронт – супергеронт аҳолида кескин тафовут қилади ва унинг чин кўрсаткичлари аниқланмаган.

Холециститни бу каби ва бошқа муамолари келажакда камайиши эмас балки янада ортиб бориши тадқиқотчилар томонидан тасдиқланмоқда ва халқаро жамиятлар томонидан кўрсатилмоқда. Хусусан, ЮНЕСКО маълумотларига кўра гериатрик гуруҳлар энг кўпайиб бораётган аҳоли қатлами ҳисобланади. Охириги 15 йилда геронт ёшдаги аҳоли сони икки баробарга ортган, холецистит мавзуси ушбу аҳоли популяциясида кескинлашиб янада долзарблашган [8;15;39;154].

Геронт аҳолида жарроҳия амалиёти ҳаётий муҳим рол ўйнайди ва шунинг билан бир қаторда унинг ҳаётга хавф солувчи асоратлари борлигини қайд этиб эслаш керак бўлади. Геронт беморларда ўткир холециститда операция - 30,0% холларда хавфли асоратларни ва 12% га етиб ўлимни

сабабчиси бўлади [136], айрим тадқиқотларда ўлим частотасини 27% дан то 46% гача ортиш қайд қилинади [102;135].

Умуман, тахлиллар кўрсатадики, холециститни барвақт ташхисотини, мувофиқ профилактикасини ва предикциясини замонавий жиҳатлари геронт ва супергеронт аҳоли гуруҳларида энг қийин ечилиши бўлаётган нафақат клиник, шу билан бирга профилактик тиббиётнинг ҳам, энг аввало мавзуси бўлиб қолмоқда. Бу асослар диссертация ишини бажаришга илмий – амалий туртки бўлди.

Тадқиқотнинг мақсади – Ўзбекистоннинг турли худудларини ёш, ўрта ёш, геронт ва супергеронт популяциясида холециститнинг хусусиятларини ўрганиш ҳамда аниқлашдан иборат бўлди.

Мақсадга мувофиқ 5 та вазифа қўйилди ва уларни тўлиқ бажарилиши таъминлади.

Қатор геронтология ва профилактик тиббиёт учун такомиллаштирилиб янгиланган технология ва алгоритм ишлаб чиқилди, сурункали холециститни геронт ва супергеронт аҳоли учун муҳим жиҳатлари исботланиб берилди ва индивидуал геронтопрофилактиканинг самарасини 90% гача оширадиган илмий топилмалар амалиётга жорий қилинди.

“Бир вақтли эпидемиологик тадқиқот ва замонавий скрининг гуруҳи ташкил қилинди, ушбу жамоа комплекс илмий дастурни геронт – супергеронт аҳолини Ўзбекистоннинг 6 та вилояти – Андижон, Наманган, Фарғона, Сирдарё, Жиззах ва Қашқадарё комплекс текширувга жалб қилинди ва текширди”.

Бир вақтли эпидемиологик тадқиқотда жами – 2632 та ёш, ўрта ёш, геронт ва супергеронт ёшдаги аҳоли текширилди. Унинг ишончли натижасини таъминлаб бериш кафолатини берувчи фаолиятлар бажарилди: унифицирланган ва стандартизацияланган усуллар, ЖССТ мезонлари ва тавсиялари қўлланилди. Эпидемиологик, тиббий – клиник, асбобий ва лаборатор – биокимёвий усуллар қўлланилиб ёш (18-44) ўрта ёш (45-59),

кекса (60-74), қария (75-90), геронт (90-109) ва супергеронт ( $\geq 109$  ёшли) аҳоли текширилди.

Асосий хатар омилларини аниқлашда ва ташхислашда ЖССТ мезонларидан фойдаланилди. Холецистит ташхиси комплекс текширув усуллари бўйича шакллантирилди. Олинган натижаларга статистик ишлов бериш MateBook D14 “Huawei” персонал компютерида Windows 10 дастурий маълумотида IBM SPSS Statistica Base статистик пакетлар мажмуаси ёрдамида амалга оширилди.

Ўзбекистоннинг Андижон худудида СХни ёш ва ўрта ёшли қишлоқ аҳолисида эпидемиологик тавсифи ўрганилди, қуйидагилар тасдиқланди: 1) СХ бу ёшдаги аҳолида – 15,7% ва 8,9% тарқалиш частотаси билан аниқланади; 2) Аёллар популяциясида СХни тарқалиш частотаси – 8,8% ни ва эркекларда – 9,0% (ўрта ёшлиларда), 18,2% ва 13,7% ни ёш аҳоли популяциясида ташкил қилади; 3) абориген ва келгинди ёш аҳолида – 15,4% ва 16,2% дан, ўрта ёшлиларда эса - 8,2% ва 10,3% дан мувофиқ бўлиб тарқалиш частоталарида қайд қилинади; 4) тошсиз СХни аниқланиш частотаси устунлик қилади.

Ўзбекистон худудлари ёш ва ўрта ёшли популяциясида, СХ билан, 6 турли ижтимоий хатар омиллари ўртача қуйидаги тарқалиш частотасиларида аниқланади: ёш популяцияда 15,7% (тошсиз турида – 11,7% ва тошли турида – 15,7% дан) ва ўрта ёш популяцияда – 8,9% (тошсиз турида – 6,2% ва тошли турида – 2,8% дан) тарқалиш частотаси билан аниқланади.

Тахлилий натижалар исботлайдики, ижтимоий хатар омиллари ёш ва ўрта ёш популяцияда то 20,5% гача етиб юқори тарқалиш частотаси билан кузатилади. Ижтимоий хатар омиллари ёш аҳоли популяциясида СХ хавфини ўртача – 15,7% га ва ўрта ёшли аҳоли популяциясида – 8,9% га оширади. Мувофиқ профилактик дастурларни амалга ошириш 18 – 59 ёшли аҳолида СХни келиб чиқиши ва асоратланиши хавфларини то 24,6% гача етиб камайтиради деб хулоса қилиш мумкин бўлади.

Тадқиқот натижаларини тахлили яна кўрсатадики ёш аҳоли популяциясида тана вазнини ортиши СХ хавфини 3 баробарга ва ўрта ёш популяцияда 4 баробарга ортади. Бунда СХнинг тошсиз ва тошли турини хиссаси – 4,5% ва 1,1% ҳамда ўрта ёшли аҳолида – 4,7% ва 0,9% ни ташкил қилади [ $r=0,095$ ;  $\chi^2=0,306$ ;  $P>0,05$ ].

Семизлик билан ёш аҳоли популяциясида СХни тарқалиш частотаси – 21,5% ни ташкил қилади ва ўрта ёшли аҳолида эса – 13,0% частота билан кайд қилинади ( $\chi^2=9,523$ ;  $r=0,095$ ;  $P<0,01$ ). Маълум бўлдики, чекиш омили СХ келиб чиқиш хавфини ёш аҳолида 1,8 баробарга кўп келтириб чиқаради, ўрта ёшлиларда бундай хавф – 4,2% ни ташкил қилади.

Худди шундай ўзаро боғланишлик гиподинамияда, алкоголь истеъмолида, МСМКИда, ДЛПда, АГда, ҚНГМКда ва ҚД2 да тасдиқланади.

Умуман хулоса чиқарилдики, эпидемиологик хатар омиллари СХни келиб чиқиши ва ривожланишида, ёш ва ўрта ёш аҳолида, хатар омиллари “катта хиссалари” билан иштирок этишади. Уларни ҳисобга олиш, сўзсиз, СХ хавфини кескин камайтиради ёки маълум даражада бартарафлайди. Скрининг – назорат / профилактикада ушбу эпидемиологик қонуниятини, СХ мисолида, ҳисобга олиш керак бўлади.

Тахлилий хулосалр чиқарилдики, СХ ёш аҳоли популяциясида СХ – 18,3% частота билан коморбидлик фонида ривожланади ва клиник ифодаланиб кечади. Ўрта ёшли популяцияда уни аниқланиш частотаси – 11,8% ни ташкил қилади. Коморбидлик қуйидаги шаклларда кузатилади ёш ва ўрта ёшлиларда мувофиқ бўлиб: “СХ+стеатогепатит” – 21,3% ва 17,0% дан, “СХ + вирусли жигар циррози” – 27,3% ва 13,6% дан, “СХ + сурункали вирусли гепатит” – 26,3% ва 18,2% дан, “Сх + ўткир юрак ишемик касаллиги” – 17,1% ва 14,2% дан, “Сурункали юрак ишемик касаллиги ва СХ” – 23,4% ва 14,2% дан, “СХ+гломеруляр касалликлар” – 21,3% ва 9,8% дан, “Сурункали гастроэнтерологик касалликлар + СХ” – 17,2% ва 10,4% дан, “Нейроциркулятор астения + СХ” – 18,2% ва 15,9%, “Бўғим

касалликлари+СХ” – 24,0% ва 15,6% дан, “СХ+респиратор касалликлар” – 19,4% ва 13,8% дан, “СХ+камқонлик” коморбидлиги – 9,7% ва 7,2% дан

Бошқа тадқиқотчилр томонидан шундай мазмундаги натижалар келтирилган [8;43;49].

Тадқиқотни тахлилий маълумотларидан аён бўладики, Ўзбекистон худудларини, геронт ва супергеронт аёллар популяциясида СХни аниқланиш частотаси тафовутли частотада аниқланади: Андижонда – 19,8% ва 50,0% дан, Фарғонада – 42,4% ва 0,00%дан, Наманганда – 17,9% ва 50,0% дан, Жиззахда – 17,9% ва 0,00% дан, Қашқадарёда – 1,9% ва 0,00% дан, Сирдарёда – 0,00% ва 0,00% дан.

Фарғона водийсининг геронт эркаклари популяциясида СХ – 68,6% тарқалиш частотаси билан аниқланади (тошсиз тури – 71,7% ва тошли тури – 50,0% дан). Воҳанинг геронт эркакларида СХ – 31,4% тарқалиш частотаси билан аниқланади, тошсиз тури – 28,3% ва тошли тури – 50,0% дан.

Бу йўналишдаги тахлиллар тасдиқладики, асосан тошсиз СХ геронт – супергеронт аҳоли учун хавф туғдириб юқори частоталар билан аниқланади. Супергеронт ва геронт аёлларда, СХни иккала тури ҳам юқори частоталарда, эркакларга солиштирганда тарқалиш билан аниқланади ва хавф туғдиради.

Водийнинг геронт аёллари ва эркаклари, супергеронт популяцияси 4 баробарга етиб кўп СХ билан касалланишади. Булар “мўлжалли” СХга нисбатан профилактик дастурларни амалга ошириш ёки уларни геронт – супергеронт аҳолида такомиллаштириб бориш учун хизмат қилишади.

Айнан шундай натижалар тадқиқотчилар томонидан илмий манбаларда ҳам келтирилган, уларни самара келтириши исботли кўрсатилган [86;180].

Бундан ташқари исботли тасдиқландики Ўзбекистоннинг худудларида, ижтимоий хатар омиллари таъсирида геронт аҳолида СХни келиб чиқиш хавфи то – 29,9% гача ва супергеронт аҳолида – 33,3% гача ортади. Уларни ҳисобга олиб мувофиқ профилактик дастурларни киритиш ва ишлатишни таъминлаш эса, бизнинг прогностик тахлилларимизга кўра ва кузатувларимиз бўйича, 31,6% га тиббий самарани ошириб СХ хавфини камайтиради.

“Ўзбекистон худудлари”да хатар омилларига боғлиқ геронт ва супергеронт аҳолида СХни тарқалиш частотаси қуйидаги кўрсаткичларда тасдиқланади: 1) ОТВда – 6,8% ва 0,00% дан; 2) чекишда СХни келиб чиқиши ва асоратланиб кечиши хавфи геронт аҳолида 11,9% га ва супергеронт популяцияда 100,0% га ортади; 3) гиподинамия сурункали холециститни келиб чиқиши ва асоратланиб ўтиши хавфини – 38,6% га оширади, супергеронт аҳолида бўлса бу хавф – 100,0% ни ташкил қилади; 4) алкоголь истеъмоли – геронт популяцияда – СХ хавфини – 58,5% га ва супергеронт аҳолисида – 50,0% га оширади; 5) “Ўзбекистон худудлари” миқёсида мева – сабзавот махсулотларини нотўғри (<400 г/сут) истеъмол қилиш геронт – супергеронт аҳолида – 59,1% ва 100,0% гача етиб СХ хавфини туғдиради; 6) ДЛП хавфли омил сифатида СХнинг хавфини геронтларда – 15,9% га ва супергеронтларда – 100,0% га етиб оширади; 7) артериал босим ўзгаришларига боғлиқ холда Ўзбекистон худудларини геронт аҳолисида СХни келиб чиқиш хавфи – 47,7% га ва супергеронтларда – 100,0% га ортади; 8) углевод алмашинувини турли тарзда бузилишлари геронт ёшдаги Ўзбекистон аҳолисида СХ хавфини – 72,7% га ва супергеронт аҳолида – 100,0% га оширади.

Бу маълумотларни таққослаб баҳолаш учун мавжуд адабиётлардан супергеронт ва геронт популяцияда СХга махсус бағишланиб ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар топилмада ёки мавжуд эмас. Бизнинг хулосамиз, олинган натижалар бўйича, шу бўлдики, умумий эпидемиологик хатар омиллари геронт – супергеронт аҳолида, Ўзбекистон шароитида, СХни келиб чиқишида кучли етакчилик ролини ўйнашади ва уларнинг ҳар бирини геронт популяция / беморда ҳисобга олиш керак бўлади.

Адабиётлар шарҳи бўйича изланишлар кўрсатадики, геронтологик тадқиқотларнинг замонавий ҳолати ва ривожланиши истиқболлари бўйича эпидемиологик тадқиқотлар кам ўтказилган.

Клиник ва морфологик тадқиқотлар мавжуд, лекин уларнинг деярли барчаси хорижий популяцияларда бажарилган Ўзбекистонда ўтказилганлари

бўлса ё бошқа илмий мавзуда ва/ёки бошқа ёш гуруҳларида бўлган аҳолида амалга оширилган [39;78;74;126]. Шунинг учун, тадқиқотда коморбидлик негизида СХнинг клиник кечишини Ўзбекистонни геронт – супергеронт популяциясида клиник кечиши ва профилактикаси хусусиятлари ўрганилди.

Аниқланди – ки, “Ўзбекистон хуудлари” геронт – супергеронт популяциясида коморбидлик хосил қилган касалликлар негизида СХни аниқланиши тафовутли частоталарда тасдиқланади.

Хусусан, геронт ва супергеронт аҳолида – стеатогепатит коморбидлигида СХ – 21,4% ва 0,00% дан, вирусли жигар циррози коморбидлигида – 22,2% ва 0,00% дан, ўткир юрак ишемик касаллиги коморбидлигида – 31,8% ва 0,00% дан, сурункали юрак ишемик касаллиги коморбидлик хосил қилганда – 40,8% ва 0,7% дан, гломеруляр коморбидликда – 62,5% ва 0,8% дан, гастроэнтерологик коморбидликда – 31,1% ва 0,00% дан, нейроциркулятор астения коморбидлик хосил қилганда – 27,1% ва 0,00% дан, респиратор коморбидликда – 26,2% ва 0,00% дан, бўғим касалликлари коморбидлик хосил қилганда – 29,1% ва 0,00% дан, коморбидликни камқонлик ташкил қилганда – 56,3% ва 0,9% дан СХдан тасдиқланади.

Жами коморбидлик негизида – 36,9% ва 0,3% дан тарқалиш частоталарида СХ геронт – супергеронт “Ўзбекистон хуудлари”ни популяциясида тасдиқланади. Мавжуд адабий маълумотлардан фарқли ўлароқ Ўзбекистоннинг хуудларини геронт ва супергеронт аҳолисида СХнинг енгил кечиши – 57,4% ва 100,0% дан, ўртача кечиши – 31, 7% ва 5,1% дан ва оғир клиник даражада клиник кечиши – 11,4% ва 0,00% дан тасдиқланади. Бундай ифодаланишни аниқланиши прогностик аҳамият қасб этиб, табақалантирилган даволаш – профилактика тадбирларини барвақт амалга ошириш имконини беради.

Геронт ва супергеронт Ўзбекистон хуудлари аҳолисида бошқа гуруҳ популяцияларига солиштирилганда СХнинг асосий клиник симптомлари (оғрик синдроми, диспептик синдром, холецистокардиал синдром, неврозсимон

синдром, вегетодистония синдроми ва аллергик синдром) паст частоталарда кузатилади [43;49;163].

Ўзбекистон худуди популяциясида, геронт ва супергеронт ёшдаги, ушбу клиник кўринишлар мувофиқ бўлиб қуйидаги частоталарда қайд қилинади: оғриқ хисси – 50,6% ва 100,0% дан, диспептик синдром – 9,1% ва 0,00% дан, холецистокардиал синдром – 8,0% ва 0,00% дан, неврозсимон синдром – 20,5% ва 50,0% дан, вегетодистония синдроми – 14,8% ва 100,0% дан, аллергик синдром – 3,4% ва 0,00% дан.

Холециститнинг асоратлари қуйидагича частоталарда тасдиқланади, геронт ва супергеронт аҳолида мувофиқ бўлиб: перихолецистит – 52,3% ва 100,0% дан, реактив панкреатит – реактив панкреатит – 1,14% ва 0,00% дан, сурункали дуоденит ва перидуоденит – 5,17% ва 50,0% дан, сурункали, бошқа асоратлар – 2,84% ва 50,0% дан қайд қилинади.

Ушбу асоратлари олдини олиш ёки барвақт коррекциялаш алгоритмларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Тадқиқотнинг барча олинган натижаларидан келиб чиқиб **“Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида холециститни барвақт аниқлаш, прогнозлаш ва профилактика қилиш алгоритм – модели”** ишлаб чиқилди ва амалиётга тавсия этилди.

Ундан фойдаланиш тиббий, иқтисодий ва ижтимоий самара келтиради: СХни преморбид фонида аниқлаш – 100,0% га ортади, даволаш профилактикасини самараси – 90% га ошади ва операция хавфи 50,0%га камаяди.

Бундан ташқари, ўткир холециститни геронт ёшда келиб чиқиши хавфи – 60 – 90% га камаяди, ва полипрогнозияга 100% бархам берилади.”

## ХУЛОСАЛАР

1. Ўзбекистоннинг ёш, ўрта ёш, геронт супергеронт аҳолисида эпидемиологик мониторинг тизимини мунтазам амалий фаолиятга киритиш – холецистит, уни коморбид фони ва асоратларини барвақт аниқлаш имкониятини 100% га оширади. Ўзбекистоннинг ҳудудлари даражасида “Оқсоқол ёшлар билан узоқ умр кўринг” дастурларини кенгайтириш ва амалга ошириш холецистит билан боғлиқ келиб чиқувчи “Охирги нуқталарни” (операция пайтида вафот этиш, асоратлар, ногирон бўлиб қолиш, касалхонага тез – тез тушиб туриш) 90 дан 100%гача етиб камайтиради.

2. Ўзбекистоннинг ёш ва ўрта ёшли популяциясида сурункали холецистит 15,7 ва 8,9% тарқалиш частоталарида аниқланади. Аёллар ва эркаклар популяциясида мувофиқ равишда – 18,2 ва 13,7% ҳамда 8,8 ва 9,0% дан аниқланиш частоталарида тасдиқланади. Абориген ва келгинди аҳолида – 15,4 ва 16,2% (ёшлар гуруҳида) ва 8,2 ва 10,3% дан (ўрта ёшлиларда) тарқалиш частотасида сурункали холецистит тавсифланади. Ижтимоий хатар омиллари ёш популяцияда – 15,7% га ва ўрта ёш популяцияда – 8,9% га сурункали холециститнинг келиб чиқиши ва асоратланиши хавфларини оширади. Эпидемиологик хатар омиллари таъсирида сурункали холециститнинг келиб чиқиш хавфи тафовутланиб: қандли диабетда – 16,2% (ёш аҳолида) ва 13,5% га (ўрта ёш аҳолида), углевод алмашинуви бузилишларида – 15,3 ва 8,5% га, артериал гипертензияда – 15,7 ва 16,3% га, дислипидемияда – 16,1 ва 14,2% га, мева ва сабзавотларни кам истеъмолида – 10,0 ва 8,6% га, алкоголь истеъмолида – 8,1 ва 1,5% га, гиподинамияда – 45,2 ва 14,3% га, чекишда – 15,7 ва 8,9% га, ортиқча тана вазнида – 28,8 ва 16,1% га ошади.

3. Сурункали холецистит ёш ва ўрта ёшли популяцияда – 18,3 ва 11,8% частота билан коморбидлик негизида ривожланади. Коморбидликни – стеатагепатит (21,3 ва 17,0%), сурункали вирусли гепатит (26,3 ва 18,2%), вирусли жигар циррози (27,3 ва 13,6%), ўткир юрак ишемик касалликлар (23,4

ва 14,2%), гломеруляр касалликлар (21,3 ва 9,0%), гастроэнтерологик сурункали касалликлар (17,2 ва 10,4%), нейроциркулятор астения (18,2 ва 15,9%), бўғим касалликлари (24,0 ва 15,6%), респиратор касалликлар (19,4 ва 13,8%) ҳамда камқонликда (9,7 ва 7,2%) кузатиш мумкин. Сурункали холецистит ёш ва ўрта ёшли популяцияда 6 та клиник синдром билан (оғрик, диспептик синдром, холецистокардиял синдром, неврозсимон синдром, вегетодистония синдроми, аллергик синдром) устуворликда кечади (енгил кечиш – 58,8 ва 56,7% дан, ўртача оғир кечиши – 32,6 ва 24,7% дан, оғир кечиши -8,6 ва 18,5% дан).

4. Республика худудлари бўйича геронт ва супергеронт аёллар популяциясида сурункали холецистит тафовутланиб аниқланади: Андижон популяциясида – 19,8 ва 50,0% дан, Фарғона популяциясида – 42,4 ва 0,00% дан, Наманган популяциясида – 17,9 ва 50,0% дан, Жиззах популяциясида – 17,9 ва 0,00% дан, Қашқадарё популяциясида- 1,9 ва 0,00% дан, Сирдарё популяциясида – 0,00 ва 0,00% дан, Фарғона водийсининг геронт – супергеронт эркак популяциясида сурункали холециститнинг аниқланиш частотаси – 68,6 ва 0,00% ни, Воҳа популяциясида – 31,4 ва 0,00% ли кўрсаткичларда ифодаланиб кузатилади. Ўзбекистон геронт – супергеронт популяциясида сурункали холециститнинг келиб чиқиш хавфи ижтимоий хатар омиллари таъсирида 29,9 ва 33,3% га ортади. Умумий эпидемиологик хатар омиллари (қандли диабет, гипергликемия, артериал гипертензия, предгипертензия, дислипидемия, мева ва сабзавотларни меъёрдан кам истеъмол қилиш, алкоголь истеъмоли, гиподинамия, чекиш, ортиқча тана вазни) геронт – супергеронт ёшдаги аҳолида сурункали холециститнинг келиб чиқишида етакчилик ролини ўйнайди ва уларни ҳар бир даволаш профилактика дастурлари ҳамда алгоритмларида эътиборга олиш керак бўлади.

5. Геронт – супергеронт аҳолида, водий шароитида, сурункали холецистит 44,1%га етиб коморбидлик негизида клиник кечиш билан тасдиқланади, бу коморбидликнинг асосан 11 та касалликлар ҳосил қилади. Воҳанинг геронт ёшдаги аҳолисида, коморбидлик негизида, сурункали холецистит хавфи ўртача 9,0% га ортади. Геронт ёшдаги Ўзбекистон аҳолисида сурункали

холециститнинг оғир кечиши – 11,4% ва енгил кечиши – 57,7% частоталарда тасдиқланади. Ўзбекистоннинг геронт ва супергеронт аҳолисида бошқа гуруҳдаги популяцияларга қиёсланганда сурункали холециститнинг асосий клиник симптомлари (оғрик, диспепсия, холецистокардиал синдром, невросимон синдром, вегетодистония синдроми, аллергик синдром) паст аниқланиш частоталарида кайд қилинади “Ўзбекистоннинг геронт – супергеронт популяциясида холециститни барвақт аниқлаш, прогнозлаш ва профилактика қилиш алгоритм- модели” тиббий, иқтисодий ва ижтимоий самара келтиради.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган эпидемиологик мониторинг дастурини амалга ошириш ёш, ўрта ёш ва геронт – супергеронт аҳолига тиббий ёрдам, кўрсатиш сифатини кескин оширади (80-90% га етиб).

2. Эпидемиологик тадқиқот натижалари Ўзбекистон шароитида, геронт аҳолида умрни узайтириш ва соғлом турмуш тарзини кўтариш бўйича хизмат кўрсатишни хабардор қилиш дастурларини такомиллаштиради ва натижавийлигини такомиллаштиради.

3. Таклиф этилган геронт – супергеронт аҳолида холециститни барвақт аниқлаш, прогнозлаш ва профилактика қилиш алгоритми – модели ёш, ўрта ёш, геронт ва супергеронт аҳолида холециститни преморбид босқичида аниқланишини 100% га оширади ва даволаш – профилактика дастурларининг натижавийлигини 80% дан оширади ҳамда полипрагмазия хавфини – 100,0% га бартарафлайди.

## Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Абрамова А.Г., Хорев А.Н., Плюта А.В. и др. Выбор оперативных вмешательств при лечении пациентов с крупным множественным холедохолитиазом //Современные проблемы науки и образования –2016 – №5; URL: <https://science-education.ru/ru/article/viewid=25292> (07.10.2022).
2. Аймагамбетов М.Ж., Абдурахманов С.Т., Булегенов Т.А. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. Обзор литературы //Наука и Здравоохранение. -2019. 3 (т.21). С.54-67.
3. Аймагамбетов М.Ж., Абдурахманов С.Т., Омаров Н.Б. и др. Результаты совершенствования диагностики и оптимизации хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением //Наука и Здравоохранение. -2020. 5 (т.22). С.100-108.
4. Акбаров М., Сатимбаев, М. Современный взгляд на лечение острого калькулёзного холецистита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук. -2023. 3(4), 48–54.
5. Алиев Ю.Г. Факторы риска перехода на лапаротомию при лапароскопической холецистэктомии //Хирургия. – 2013: (7): 71-73.
6. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Попович В.К. Холецистэктомия из минидоступа у больных калькулёзным холециститом //Хирургия. – 2013. - №11. – С. 33.
7. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б. 20-летний опыт лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулёзным холециститом в Наманганском филиале РНЦЭМП //Вестник экстренной медицины. 2021. т.14. №4. -. 52-55.
8. Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В. Клинические и ультразвуковые особенности заболеваний желчного пузыря у пациентов с дефицитом массы тела //Клиническая медицина. – 2014. - №2. – С. 43-46.

9. Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В. Тактика ведения пациентов хроническим холециститом на фоне ожирения //Медицинская наука и образование Урала. – 2013; 1(73): 7-9.

10. Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В. Хронический холецистит у пациентов с различным трофологическим статусом: механизмы возникновения и особенности течения //РЖГГК. 2014. - №3. – С. 36-40.

11. Асадов Ш.А. Взаимодействие между родственными браками и долгожительством в Азербайджане //Цитология и генетика. – 1990. - Т. 24. - №5. – С. 68-69.

12. Ахмедов Ф.Х., Жумаева М.М. Ультразвуковая диагностика желчного пузыря при желчекаменной болезни //Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali - ISSN: 2181-3464. -1(7). -2022. -Б.-15-21.

13. Ашуров А.С. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии при остром калькулезном холецистите: автореф. Дисс. ...канд. Мед. Наук: 14.01.17. –Душанбе, 2016. –22С.

14. Бабажанов А.С., Худойназаров У.Р. Сравнительный анализ различных методов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью. Проблемы биологии и медицины. – 2017, №3. – С. 187-190.

15. Балаян Т.З. Острый деструктивный калькулезный холецистит у пациентки 93 лет //Новый Армянский медицинский журнал. – 2016. – Том 10. - №3. – С. 74-76.

16. Бебуришвили А.Г. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению острого холецистита //Москва. -2019. -С.4-7, 13-30.

17. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н. Перфоративный холецистит. Классификация и атипичные клинические формы //Хирургия. – 2018. - №1. – С.10.

18. Бебуришвили А.Г., Панин С.Н., Зюбина Е.Н., Быков А.В. Оптимальные сроки хирургического лечения острого холецистита по данным

доказательных исследований. //Анналы хирургической гепатологии 2020, том 25(3): 12-19.

19. Безруков В.В., Дупленко Ю.К., Бурчинский С.Г. Тенденции геронтологические исследований в мире //Клинич. геронтол. – 1999. №3. – С. 3-11.

20. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. Кировоград: ПОЛИУМ. -2008. – С. 214-215.

21. Бокиев Ф.Б., Рашидов Ф.Ш., Рахмонов Д.А., Амонов Ш.Ш. Наш опыт 4360 лапароскопических холецистэктомий при желчнокаменной болезни //Вестник Авиценны. 2020. -Т.22. №4. –с.572-578.

22. Болотнова Т.В., Логинова Н.В. Опыт изучения феномена долгожительства в г. Тюмени. Состояние здоровья долгожителей: влияние наследственных, эколого климатических, социальных факторов на продолжительность жизни //Успехи геронтол. – 2001. – Т. 8. – С. 82-85.

23. Брискин Б.С., Пузина С.Н., Костюченко Л.Н. Хирургические болезни в гериатрии. – М.: БИНОМ. – 2006. – С. 333-335.

24. Буклис Э.Р. Трофологическая недостаточность при болезнях органов пищеварения. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2004; 2: 10-3.

25. Быстров С.В., Горох П.И., Чирьев А.И. и др. Морфологические особенности течения хронического холецистита при желчнокаменной болезни //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2015. - №4. – С. 44.

26. Вахрушев Я.М., Кудрина Е.А., Горбунов А.Ю. Эпидемиология желчнокаменной болезни в Удмуртской республике //Здоровье, демография, экология финно–угорских народов. – 2015. – № 1. – С. 43–46.

27. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика //Архив внутренней медицины. -2016. –т.6, №3 (29). -с.30-35.

28. Винник Ю.С., Серова Е.В., Юрьева М.Ю. и др. Дифференциальная ультрасонографическая диагностика осложнений желчнокаменной болезни и сопутствующих патологических состояний //Патологии желчного пузыря. - 2021. №3. –с.43-51.

29. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С.П. Холецистэктомия из минидоступа у лиц пожилого и старческого возраста //Хирургия. – 2001; 3: 15-17.

30. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. “Свежие” повреждения желчных протоков //Хирургия. – 2010; 10:4:4-10.

31. Гамидова Н.А. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, протекающих на фоне сопутствующих заболеваний //Вестник экстренной медицины. -2020. т.13. №1-2. –с.23-31.

32. Гарбузенко Д.В. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Механическая желтуха. Холангит [Электронный ресурс]. Сайт профессора– Д.В. Гарбузенко: Режим доступа: <http://garbuzenko2.ru/holecistit.htm>. (Дата обращения: 25.11.2018 г.).

33. Голомидинов А.Н., Гривенко С.Г., Калиниченко А.П., Красота А.В. Причины «трудных» лапароскопических холецистэктомий при остром калькулезном холецистите и некоторые технические аспекты их выполнения //Таврический медико-биологический вестник. -2019. т.22. №4. –с. 57-61.

34. Гречесов В.И., Чучуевский В.М., Сивоконь Н.И., Агапов М.А. Особенности лапароскопической холецистэктомии у пациентов с хроническим калькулезным холециститом с признаками «отключенного» желчного пузыря //Анналы хир. гепатологии. -2018. Том 23, № 213, С. 93-99.

35. Григоров Ю.Г., Козловская С.Г., Медовар Б.Я. роль особенностей питания в проблеме долголетия //В кн.: Долголетие: Медицинские и социальные аспекты. – Киев. – 1984. – С. 79-82.

36. Давлатов С.С. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом //Academy. -2017. № 7. С. 92-94.

37. Дибиров М.Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой //Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2017. – Т. 6. – № 2. – С. 145-148.

38. Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В. и др. Желчнокаменная болезнь: современные представления об этиологии и патогенезе //Интегративные тенденции в медицине и образовании. –2020. – том 2. –С. 21–25.

39. Егоров В.В. Гериатрическая служба России. Основные тенденции развития //Хирургия. – 2008. - №3. – С. 67-69.

40. Желчнокаменная болезнь. <https://expert-clinica.ru/Diseases//zhelchnoka-mennaya-bolezn.>, 2022.

41. Жукова Е.В, Куницына М.А, Кашкина Е.И, Семикина Т.М. Формирование атипичной клинической картины хронического холецистита у больных сахарным диабетом второго типа при наличии автономной диабетической нейропатии //Трудный пациент -2018. -Том 16. -№ 3. -С.37-40.

42. Заболевания желчного пузыря и его протоков. URL: [http://gepatologiya.ru/news2012/Razrabotka\\_pribor\\_dlya\\_udaleniya\\_kamnej\\_bez\\_zhelchnog\\_puzuzya](http://gepatologiya.ru/news2012/Razrabotka_pribor_dlya_udaleniya_kamnej_bez_zhelchnog_puzuzya) // (дата обращения: 12.02.2023).

43. Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И. Клиника, диагностика и лечение хронического бескаменного холецистита // Новости медицины: и фармации //Гастроэнтерология. – 2013; 478: 32-5.

44. Иванцук В.М., Бондарев Р.В., Сопко А.И. и др. Оценка результатов лечения острого деструктивного холецистита у больных разных возрастных групп и пути их улучшения у лиц старше 60 лет с сердечной недостаточностью ишемического генеза //Харьковская хирургическая школа. –2015. -№2. –С. 49-50.

45. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.Т. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2016; 26 (3): 54-80.

46. Ивашкина В.Т., Лапиной Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание //М: ГЭОТАР – Медиа. – 2014. – С. 480.

47. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Руководство для врачей. М.: МИА; 2011: 6-5.

48. Исходы лечения острого холецистита. Прогноз и осложнения операций на желчном пузыре [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [medicalplanet. Su /chirurgia / 120. html](http://medicalplanet.su/chirurgia/120.html).

49. Калинин А.В., Логинов А.Ф., Хазанов А.И. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. Руководство для врачей // М.: МЕДпресс – информ. – 2011. – С.864.

50. Камаринский В.М. Пункционные методы под УЗИ-контролем в лечении острого холецистита у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском: автореф. дис.....канд. мед. наук. СПб., 2008. – С. 20-29.

51. Капшитарь А.В. Неотложная хирургическая патология у долгожителей //Харьковская хирургическая школа. – 2019. - №2. – С. 182.

52. Каримов Ш.И. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском //Эндоскопическая хирургия. – 2003. - №6. – Б. 35

53. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А. и др. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями //Анналы хирургической гепатологии. -2015. №3. С.68-74.

54. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И. и др. Выбор лечебной тактики при остром холецистите //Пленум правления ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. -3-4 июня 2021 (онлайн-формат).

55. Касаева С.Б., Айгамбетов М.Ж. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет (обзор литературы) //Наука и здравоохранение. -2018. 2 (т.20). –с. 148-167.

56. Качковский М.А., Мамасолиев Н.С., Щукин Ю.В. Внутренние болезни. – Ташкент. – 2017. – С. 255.

57. Кашенко В.А. Желчнокаменная болезнь. 2022 //surg122@yandex.ru.

58. Комарова Л.Н. Оптимизация хирургического лечения и диспансеризации людей старческого возраста и долгожителей //Дисс. ... канд. мед. наук. – Тюмень – 2009. – С. 15-16.

59. Коновалов О.Е. К вопросу оценки городскими жителями своего здоровья и получаемой медицинской помощи //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999; №1. – С. 17-19.

60. Корочанская Е.В., Дурлештер В.М., Габриэль С.А. и др. Особенности оказания медицинской помощи пациентам с болезнями органов пищеварения в Краснодарском крае в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID – 19. Рос. журн. гастроэнтерол гепатол колопроктол. – 2022. - №2. – С. 12-16.

61. Костырной А.В., Керимов Э.Я., Косенко А.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия - отдаленные результаты //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6.

62. Костюченко Л.Н. Нарушения трофологического статуса и методы их коррекции у больных с заболеваниями органов пищеварения. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002; 6:28-30.

63. Кудербаев М.Т. Миниинвазивная хирургия желчнокаменной болезни. Преимущества и недостатки //Клиническая медицина Казахстана. - 2019, №2. - С. 93.

64. Кузнецов Н.А., Соколов А.А., Бронтвейн А.Т., Артемкин Э.Н. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии //Хирургия. – 2011; 3:3-4.

65. Кукош М.В., Власов А.П. Острый холецистит. Москва: Наука. – 2009; С. 301 – 307.

66. Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Алиев Ю.Г., Азимов Р.Х. и др. Хирургическое лечение острого холецистита с до суточной выписки больных //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова – 2019. - №2. – С. 32-38.

67. Лавренова Е.А., Драпкина О.М. Инсулинорезистентность при ожирении: причины и последствия //Ожирение и метаболизм. – 2020. – Том 17. – № 1. – С. 48–55.

68. Лебедева О.В., Буеверов А.О., Буеверова Е.Л. и др. Влияние холецистэктомии в молодом возрасте на течение метаболического синдрома у женщин //Альманах клинической медицины. -2017; 45(5): 384-391.

69. Ленская Л.В. Медицинские и социальные аспекты долгожительства Санкт-Петербурге: Автореф. Дис ... канд. мед. Наук. – 2004. – С. 19-21.

70. Луцевич О.Э., Урбанович А.С., Амирханов А.А. Послеоперационные осложнения при остром холецистите и его осложненных формах у больных пожилого и старческого возраста //Московский хирургический журнал. – 2012; 6:17-21.

71. Мадьяров В.М., Сахипов М.И., Жапаркулова Т.Р. Диагностика и хирургическое лечение осложненных форм холелитиаза //Вестник КазНМУ. - 2020. -№3. –с.391-394.

72. Максимов В.А. Функциональные расстройства и острые неинфекционные заболевания органов пищеварения. М., 2009.

73. Максимова К.А. Малоинвазивные технологии в лечении больных калькулезным холециститом //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2017. -№ 6-2. -С.238-240; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11658> (07.10.2022).

74. Мамасолиев З.Н. Особенности распространенности, развития и профилактики глаукомы у пожилого и геронтического возраста //Автореф... дис. доктора мед. наук (DSc). – Андижан. 2023. – С. 55-56.

75. Манзюк А.В. Сравнение результатов ранней и отложенной лапароскопической холецистэктомии для лечения острого холецистита: мета-анализ проспективных рандомизированных контролируемых исследований //в мире научных открытий. -2018. -т.10. -№5. -С. 89-107.

76. Марков П.В., Арутюнов О.Р., Пыхтеев В.С., Власкина Л.А. Лапароскопическая холецистэктомия при удвоении желчного пузыря. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2023;182(1):81-87.

77. Махмадов Ф.Н., Мирбегиев Д., Каримов П.Ш. и др. Результаты неотложной лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском //Вестник Авиценны. -2019. -т.21. -№1. -С 121-127.

78. Маят В.С. Операции у долгожителей //Хирургия. – 1995. - №3. – С. 34.

79. Мехтиев С.Н., Мехтиева О.А., Ухова М.В. и др. Современный взгляд на значение холецистэктомии в прогнозе пациента с неалкогольной жировой болезнью печени: алгоритм наблюдения и терапевтические подходы //РНЖ «Медицинское обозрение» -2021. -№6. -С.438-445.

80. Михайличенко В.Ю., Резниченко А.М., Кисляков В.В. //Анализ опыта выполнения лапароскопической холецистэктомии. Вестник неотложной и восстановительной хирургии. -2017. –т.2, №4. –с.437-440.

81. Мишалов В.Г., Бондаров Р.В., Иванцюк В.М., Динец А.В. Лапароскопическая холецистэктомия как параллель традиционной холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с сердечной недостаточностью ишемического генеза //Хирургия Украины. – 2014. - №2. – С. 35-38.

82. Мусобаев Н.Х., Имантаев Е.М., Ибрагимов Ш.К. Тактика активных технологий при остром холецистите // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [group-global.org/ru/publication/24134/](http://group-global.org/ru/publication/24134/).-1999.

83. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Джуманиязов Д.А. Эндоскопические вмешательства у больных с

механической желтухой как причина травматического панкреатита //Тиббиет ва спорт. Ташкент. -2019/3-4.

84. Натрошвили А.Г., Шулуто А.М., Байчоров Э.Х. и др. Дооперационная диагностика холедохолитиаза: возможность и перспективы //Мед. Вестник северного Кавказа. -2021. -т.16. -№1. –с.1-5.

85. Никитин И.Г., Волнухин А.В. Желчнокаменная болезнь: Эпидемиологические данные, ключевые аспекты патогенеза и коморбидности, актуальные терапевтические мишени //РМЖ. «Медицинские обозрение» 2020., №5, С. 290-296.

86. Никитин Ю.П., Татарина О.В., Черных Н.И. Долгожительство в Сибири и на Дальнем Востоке: демографические и клинические аспекты. Новосибирск. – 1999. – С. 170-171.

87. Оморов Р.А., Айтеев А.У., Алиев М.Ж. и др. Миниинвазивные методы в лечении желчнокаменной болезни у больных старшего возраста //Вестник Смоленской госуд. Мед академии. -2019. -т.18. -№4. -147-150.

88. Оморов Р.А., Айтеев А.У. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении больных острым калькулезным холециститом и меры профилактики осложнений. Вестник КГМА. (2020): № 1. -Том 1.

89. Орешкин А.Ю., Быков А.В., Воробьев А.И. Скрытая форма деструктивного холецистита (клинические и иммуно-биологические аспекты) //Бюллетень Волгоградского научного центра РАМИ. – 2005; 4:30-31. Острый холецистит: современные методы лечения //Гуляев А.А., Ермолов А.С. [электронный ресурс]. – Режим доступа: [www. 1 vrach. ru/2005/02/4532087](http://www.1vrach.ru/2005/02/4532087).

90. Осадчук М.А., Миронова Е.Д., Балашов Д.В., Осадчук М.М. Течение желчнокаменной болезни у лиц с метаболическими нарушениями //Consilium Medicum. – 2019. – Том 21. – № 8. – С. 74–77.

91. Охотников О.И., Яковлева М.В., Григорьев С.Н. Рентгенохирургия «малых» повреждений желчных протоков при холецистэктомии //Анналы хирургической гепатологии. – 2017. – Том 22. №1. - С. 64-69.

92. Панфилов Б.К., Базилевич Ф.В., Малярчук В.И. и др. Блокады сердца как факторы риска в хирургии холецистита //Вестник Российского Университета дружбы народов. – 1999. - №1. – С. 65-71.
93. Патология билиарного тракта: проблемы и успехи: тезисы Симпозиума 2003. URL: <http://abbottgrowth.ru/new.Aspx?id=8331> (дата обращения: 12.02.2023).
94. Пахомова И.Г., Варламова Н.Н. Особенности ведения пациентов с желчнокаменной болезнью: клинический пример //Клиническая медицина. - 2022; 16 (7): 84-91.
95. Подлужный В.И. Осложнения желчнокаменной болезни //Фундаментальная и клиническая медицина. -2017. -.2., №1. –с.102-104.
96. Попов О.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с отключенным желчным пузырем //Дис. ....канд.мед.наук. – М. – 2006.
97. Попова М.И., Столяров С.А., Бадеян А. Частота развития ранних послеоперационных осложнений при выполнении экстренной холецистэктомии //Вестник мед. Института «РЕАВИЗ». -2017. -№3. –с.36-38.
98. Прилепина Е.В. Малоинвазивные технологии при остром холецистите у стариков //Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2011. – ВЫП. 39(256). – С. 83-84.
99. Прудков М.И., Натрошвили И.Г., Шулутко А.М., Ветшев П.С., Натрошвили А.Г. Острый холецистит. Результаты многоцентрового исследования и пути дальнейшей оптимизации хирургической тактики. Анналы хирургической гепатологии. 2020; 25(3):32-47.
100. Раимжанова А.Б. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии //Наука и Здравоохранение. – 2016, - №1. - С. 40-53.
101. Рыбачков В.В. Механическая желтуха //Ярославль. – Издательский дом ЯГТУ. – 2015. – С. 198.

102. Рыбачков В.В., Гужков О.Н., Дубровина Д.Е., Прохоцкий А.Н. Отделенные результаты холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста //Клиническая геронтология. – 2015. - № 3-4. – С. 52-54.
103. Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е. Последствия холецистэктомии //Хирургия. – 2016. - №8. – С. 55-59.
104. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М. – 2005. – С. 594-601.
105. Сажин А.В., Нечай Т.В., Титкова С.М., Ануров М.В. и др. Ускоренное выздоровление при остром холецистите: промежуточные результаты проспективного рандомизированного исследования //Хирургия. – 2018. - №12. – С.13.
106. Сафарова Г.Л. Старение населения Санкт-Петербурга: современное состояние и среднесрочные прогнозы //Успехи геронтол. – 2002. – Т. 10. – С. 18-25.
107. Совельва В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости //Под ред. В.С. Совельва. – М.: МИА, 2014. – С. 535-540.
108. Современный взгляд на диагностику и лечение желчнокаменной болезни. URL: <http://www.gastroportal.ru/php/content.Php?id=106155> (дата обращения: 12.02.2023).
109. Совцов С.А. Безопасная холецистэктомия //Учебное пособие. Челябинск. -2019. -40С.
110. Совцов С.А., Прилепина Е.В., Ионин М.А. Минилапаротомная холецистостомия при остром холецистите у пациентов старческого возраста //Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – Том 19. - №1. – С. 68-72.
111. Согдатова А.А. Распространенность, клиничко-генетические особенности ЖКБ в республике Башкортостан). Автореф. ...дисс. канд. мед. наук, УФА. 2018 23С.
112. Сопуев А.А., Бакиров С.А., Бигишиев М.К., Турдалиев С.А. ва б.к. Некоторые особенности диагностики острого холецистита у лиц пожилого возраста //Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. - №6. – С. 22-26.

113. Стяжкина С.Н., Ермакова Л.А., Ивашина Т.В., Целишева Л.И. Течение хирургических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста с учётом сопутствующей патологии //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - №7. – 3. – С. 431-433.

114. Сухарев В.Ф., Ульянов Ю.Н., Цветков Э.Г., Краденов А.В., Иванов В.И., и др. Осложнения желчнокаменной болезни (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение) – СПб: ООО «Фирма Стикс», – 2018. – 24 с.

115. Сухарева М.В., Самаркина А.О., Семагин А.Л. Разновидности холецистэктомии //Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2022. -№4 (15). Т. 3.

116. Таджиев Дж.Н., Таджиев Н. Дж., Мамедова З.Б. Особенности цитокинемий при различных вариантах синдрома системной воспалительной реакции у больных с острым калькулезным холециститом //Хирургия. – 2017. -№10. – С. 61-65.

117. Таджиев Дж.Н., Таджиев Н.Дж., Гасымова Ш.Х. Антимикробные пептиды и цитокины при остром калькулезном холецистите //Хирургия. – 2018. - №10. – С. 51-54.

118. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибазова А.Э. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста //Хирургия. – 2005. - №6. – С. 20-22.

119. Туксанов Д.И., Шодиев С.И., Кувонов М.М., Маликов Ю.Р. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении желчнокаменной болезни //Проблемы биологии и медицины. -2022. -№6. -1(141).

120. Туляганов Д.Б., Атаджанов Ш.К., Хакимов О.С., Шукуров Б.И. Хирургия острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста //Вестник экстренной медицины. – 2023. – Том 16. - № 1 – С. 63-70.

121. Турбин М.В. и др. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5. – С. 58.

122. Усманов У.Д., Солижонов З.Б. Эволюция способов холецистэктомии //Экономика и Социум. -2021. -№6 (85). Ч.2. –С. 393-412.

123. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н. и др. Отдаленные последствия лапароскопической холецистэктомии //University Therapeutic Journal. – 2020. – Том 2. – № 1. – С. 23–29.

124. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К и др. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий. //Вестник экстренной медицины. -2019. -7 (5). –с.5-9.

125. Хакимов М.Ш., Муродов А.М., Каримов Р.А. Оптимизация хирургической тактики при остром калькулезном холецистите у больных после перенесенной короновирусной инфекции //Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. Тезисы 14 съезда хирургов. -2022. -№1. – С.576.

126. Хакимова З.К. Эпидемиология, факторы риска и инновационные аспекты профилактики заболеваний органа зрения у долгожителей в условиях Узбекистана //Автореф...дисс. доктора мед. наук (DSc). Андижан. – 2024. – С. 45-46.

127. Харитонов С.В., Раннев И.Б., Харитонов С.С. Диагностика и лечение желчнокаменной тонкокишечной непроходимости (с комментариями) //Хирургия. – 2018. - №5. – С. 28-21.

128. Хацко В.В., Митрошин А.Н., Потанов В.В., Зенин О.К. и др. Способ лечения гипотонической формы дискинезии желчевыводящих путей у больных хроническим бескаменным холециститом //Клин. мед. – 2018; 96(3). – С. 248-250.

129. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желчнокаменной болезни. Архив внутренней медицины. -2016. Т.6, №1 (27). С.34-39.

130. Чадаев А.П. Диагностика и лечение острого холецистита [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.Ivrach.ru/1999/08/4528165](http://www.Ivrach.ru/1999/08/4528165).

131. Шалимов А.А., Жалимов С.А., Ничитайло М.Е. ва б.қ. - Хирургия печени и желчевыводящих путей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://book.google.com.ua>.

132. Ширинов З.Т., Алиев Ю.Г., Гимидова Н.А. и др. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого возраста с острым деструктивным калькулезным холециститом //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2021: №6. – С. 24-29. Doi:10.17116/hirurgia 202106124.

133. Шмаков Д.А., Щербатых А.В., Соколова С.В. и др. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите. Сибирское медиц. обозрение 2020; (1):66-72.

134. Шо Назаров И.Ш., Мизамов Ф.О., Хурсанов Ё.Э. Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – № 1. – С. 36-43.

135. Шульга А.Ф. и др. - Результаты лечения острого холецистита в многопрофильном стационаре // [Электронный ресурс]. Режим доступа: [www.med.spbu.ru/archive/vest/9-2/2-11.pdf](http://www.med.spbu.ru/archive/vest/9-2/2-11.pdf).

136. Aksay E., Ersel M., Kiyan S. Et al. Acute coronary syndrome mimicked by acute cholecystitis //Emerg Med Australas. – 2010; 22(4): 343-344.

137. Andersen – Ranberg K., Schroll M., Jeune B. Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: a population – based study of morbidity among Danish population //J. Am. Geriatr. Soc. – 2001. Vol. 49. – P. 900-906.

138. Bentrem D.J., Cohen M.E.A., Hynes D.M., Ko C.V. et al. Identification of specific quality improvement opportunities for the elderly undergoing gastrointestinal surgery //Arch. Surg. – 2009; 144(1): 1013-1018.

139. Brawman – Mintzer O., Durkalski V., Wu Q., Romanguolo J., Fogel E., tarnasky P. Et al. Psychosocial characteristics and pain burden of patients with

suspected sphincter of Oddi dysfunction in the EPISOD multicenter trial. *Am. J. Gastroenterol* 2014; 109(3):436-40.

140. Brunt L.M., Deziel D.J., Telem D.A., Strasberg S.M., Aggarwal R., Asbun H., et al. Safe Cholecystectomy Multi–society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy // *Annals of Surgery*. – 2020. – Vol. 272. -№ 1. - P. 3.

141. Chein H.Z. A study of longevity and protein requirements of individuals 90 to 112 years old in southern China // *J. Appl. Nutr.* –1982. –Vol. 34. - №1. – P. 12-19.

142. Cocorullo G., Falco N., Tutino R., Fortana T. Et al. Open versus laparoscopic approach in the treatment of abdominal emergencies in elderly population // *Giornale di Chirurgia*. – 2016. – 37(3):108.

143. Costa G., Fransvea P., Podda M. et al. The use of emergency laparoscopy for acute abdomen in the elderly: the FRALLESEL Italian Multicenter Prospective Cohort Study. *Update in Surgery*. – 2020; 72(2): S. 513-521.

144. Date R.S., Thrumurthy S.G., Whiteside S. Et al. Gallbladder perforation: Case series and systematic review // *International Journal of Surgery*. – 2012; 10:63-64.

145. De Bernardini I., Donini L.M., Tagliaccica A., De Felice M.R. et al. Unesperienza di riabilitazione geriatric // *Gerontol.* – 2002. Vol. 50. - №2. – P. 95-104.

146. Demarchi M.S. Regusci L., Fasolini F. Electrocardiographic changes and false – positive troponin. I in a patient with acute cholecystitis // *Case Rep Gastroenterol.* – 2012. – 6(2): 410-412.

147. Di Ciaula A., Wang D.Q.H., Portincasa P. An update on the pathogenesis of cholesterol gallstone disease. *Current Opinion in Gastroenterology* -2018;34(2):71-80.

148. Dittbrenner H. Home Care Busines Opportunities in Europe // *Caring.* – 1998. – Vol. 17-P/ 50-53.

149. Doumenc B., Boutros M., Degremont R. Et al. Biliary leakage from gallbladder bed after cholecystectomy: Luschka duct or hepaticocholecystic duct? //Morphologies. – 2016; 100(328): 36-38. Doi: 10.1016/j.morpho.2015.08.003.PMID: 26404734.

150. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology. 2006; 130(5):1377-88.

151. Eisenstein S., Greenstein A.J., Kim U., Divino C.M. Cystic duct stump leaks: after the learning curve //Arch. surg. 2008; 143(12):1178-1181/ Doi:10.1001/Arch surg. 143.12.1178. PMID:19075169.

152. European Association for the Study of the Liver (EASL). Electronic address: easloffice@easloffice.eu EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones //Journal of Hepatology. - 2016. - Vol. 65.- № 1. -P. 146-181.

153. Franceschi C., Motta L. Valensin S. et al. Do men and women follow different trajectories to reach extreme longevity? Italian Multicenter Study on Centenarians //Aging Clin. Exp. Res. – 2000. – Vol. 12. – P. 77-81.

154. Gerontology competencies: Construction, consensus and contribution. Fassbinder J. Gerontol Geriatr Educ. 2019 Oct – Dec; 40(4): 407. doi:10.1080/02701960.2019.1671735.

155. Goh J.C. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an analysis of early versus delayed cholecystectomy and predictive factors for conversion. //Minerva chirurgica. – 2017. – Vol. 72. – № 6. – P. 455-463.

156. Gurvits G.E., Lan G. Enterolithiasis //World J. Gastroenterol. – 2014; 20(47): 178-17829. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20j47.17819>.

157. Gutt C, Schläfer S, Lammert F. The Treatment of Gallstone Disease. Dtsch Arztebl Int. -2020 Feb 28;117 (9):148-158. doi: 10.3238/arztebl.2020.0148. PMID: 32234195; PMCID: PMC7132079.

158. Hagberg B., Nordbeck B. A psycho – physiological model for functional ageing differences //In: Centenarians. Autonomy versus Dependence in the Oldest Old // New York: Springer Publ. Co., 2000. – P. 25-38.

159. Haldestam I., Enel E.I., Kullman E., Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones //British Journal of Surgery 2004; 91(6): 734-736. <https://doi.org/10.1002/bis.4547>.

160. Hirose N., Sukuki M., Aral Y. Et al. Correlates of nutritional status in Japanese centenarians //In: centenarians. Autonomy versus Dependence in the Oldest Old/New York: Springer Publ. CO., 2000. P. 61-74.

161. Hussain A. Difficult laparoscopic cholecystectomy: current evidence and strategies of management //Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2011. Aug: 21(4):211-214. <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e318220fibi>.

162. Kim E.V., Lec S.H., Lee JS. et al. Is routine drainage versus no drainage after laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis beneficial!? A multicenter, prospective randomized controlled trial //J Hepatobiliary Pancreat Sei. 2015 jul; 22(7): 551-555. <https://doi.org/10.1002/jihbp.244>.

163. Knab L.M., Baller A.M., Mahvi P.M., Cholecystitis. Surg. Clin North Am. 2014; 94(2):455-68.

164. Lamberg P., Lambegr T., Trochet C. et al. In advanced practice nurse in gerontology, a trial to be transformed //Soins Gerontol. – 2020; 25(143):27. doi: 10.1016/j.Sger. 2020.03.011.

165. Leardi S., De Vita F., Pietroletti R. Simi M. Cholecystectomy for gallbladder disease in elderly aged 80 years and over. Hepatogastroenterology 2009; 56:90:303-304.

166. Lee S.I., Na B.G., Voo V.S., Mun S.P. et al. Clinical outcome for laparoscopic cholecystectomy in extremely elderly patients //Annals of surgical treatment and research. – 2015; 88(3): 145-149.

167. Li X., Guo X., Ji H. Et al. Gallstones in patients with chronic liver diseases //Bio Med Res Int. 2017. 9749802.

168. Liu T., Wang W., Ji, Y., Wang Y., Liu X., Cao L., Liu S. Association between different combination of measures for obesity and new-onset gallstone disease //PLoS ONE. –2018. – Vol. 13. – № 5. – P. e0196457.

169. Loozen C.S., van Ramsherst B., van Santvoort H.C. et al. Early cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly population: a systematic review and metaanalysis // *Digestive surgery*. – 2017; 34(5): 371-375.
170. Mamatov S.M., Arstanbekova M.A., Imanalieva F.E. et al. *Gerontol.* – 2020; 33(2): 391-394.
171. Martin P., Rott C., Kems M.D., Poon L.W. et al. Predictors of depressive symptoms in centenarians. In: *Centenarians. Autonomy versus Dependence in the Oldes Old* //New York: Springer Publ. Co., 2000. – P. 91-101.
172. Massarweh N.N., Legner V.J., Symons R.G. et al. Impact of advancing age on abdominal surgical outcomes //*Arch. Surg.* – 2009; 144(12): 1108-1112.
173. Miura F., Takada T., Kawarada Y. et al. Floweharts for the diagnosis J. *Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007; 14:27-31.
174. Molinero N., Ruiz L., Sánchez B., Margolles A., Delgado S. Intestinal Bacteria Interplay with Bile and Cholesterol Metabolism: Implications on Host Physiology //*Frontiers in Physiology*. - 2019. - Vol. 10. - P. 185.
175. Mora – Guzman I., Di Martino M., Bonito A.C. et al. Conservative management of gallstone disease in the elderly population: outcomes and recurrence //*Scandinavian Journal of Surgery*. – 2020; 109(3): 205-208.
176. Murphy M.M., Ng S.C., Simons J.P., Csikesz N.G. et al. Predictors of maior complications after laparoscopic cholecystectomy: surgeon, hospital, or patient? //*Coll Surg*. 2010 Jul; 211(1): 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.050>.
177. Niemeter D.W. Acute free perforation of the gall bladder //*Ann Surg.* – 1934; 99; 922-927.].
178. Nikfarjam M., Veo D., Perini M., Fink M.A. et al. Outcomes of cholecystostomy for treatment of acute cholecystitis in octogenarians //*ANZ journal of Surgery*. – 2014; 84(12): 943-945.
179. Ott A., Bretcler M.M., Harshkamp F. Prevalence of Alzheimer’s disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam Study //*BMJ.* – 1995. – Vol. 310. – N 6965. – P. 970-972.

180. Ozeki M., Takeda V., Morita H., Miyamura M. Et al. Acute cholecystitis mimicking or accompanying cardiovascular disease among Japanese patients hospitalized in a Cardiology //Department. BMC Res Notes. – 2015. - №8. – S. 803-804.

181. Pak M., Lindseth G. Risk Factors for Cholelithiasis //Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates. – 2016. – Vol. 39. – № 4. – P. 297–309.

182. Panni R.Z., Strasberg S.M. Preoperative predictors of conversion as indicators of local inflammation in acute cholecystitis: strategies for future studies to develop quantitative predictors //Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2018. – Vol. 25. – № 1. – P. 101-108.

183. Park J.S., Kim J.H., Kim J.K., Yoon D.S. The role of abdominal drainage to prevent of intra-abdominal complications after laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective randomized trial. //Surg Endosc. 2015Feb; 29(2):453-455. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3685-5>.

184. Peery A.F., Crockett S.D., Murphy C.C. et al. Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2018 //Gastroenterology. – 2019. – Vol. 156. – № 1. – P. 254–272.e11.

185. Popken F., Kuchle R., Heintz A. Die Cholecystektomie beim Hochrisikopatienten //Chirurg. – 1998. – P. 61-63.

186. Population – based cohort study of variation in the use of emergency cholecystectomy for benign gallbladder diseases //Journal of British surgery. – 2016; 103(12): 1716-1724.

187. Pucher P. H. et al. Outcome trends and safety measures after 30 years of laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and pooled data analysis //Surgical endoscopy. – 2018. – Vol. 32. – № 5. – P. 2175-2183.

188. Quiney N., Aggarwal G., Scott M. et al Survival after emergency general surgery: what can we learn from enhanced recovery programmes? //World J Surg. – 2016 jun; 40(6):1283-1284. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3418-0>.

189. Sandblom G., Videhult P., Crona Guterstam V. Et al. Mortality after a cholecystectomy: population – based study //HPB. – 2015; 17(3): 240-241.

190. Shawhan R.R., Porta C.R., Bingham J.R., McVay D.P. Et al. Biliary leak rates after cholecystectomy and intraoperative cholangiogram in surgical residency //Mil. Med. – 2015; 180(5): 565-566. Doi: 10.7205/Mil.MED-D-14-00426. PMID: 25939112.

191. Stefanidis D., Sirinek K.R., Bingener J. Gallbladder perforation: risk factors and outcome //J Surg Res. 2006; 131-204-2006. <https://doi.org/10.1016/j.issn.2005.11.580>.

192. Tajiri K., Shimizu V. Liver Physiology and liver diseases in the elderly //World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19. – №46 – P. 8460-8464. Doi: 10.3748/Wjg. V19.i46.8459.

193. Thorngquist B., Vaage A., Zheng E.V., Nilsson M. The severity of acute cholecystitis and the risk of iatrogenic bile duct damage during cholecystectomy, population study “case - control” //World J Surg. 2016; 40:1060:5. DOI: 10.1007/S00268-015-3365-1. [Pub Med] [Cross Rey] [Google Scholar].

194. Trevino C.M. Cost effectiveness of a Fast Track protocol for urgent laparoscopic cholecystectomies and appendectomies //World J Surg 2016. Apr; 40(4): 856-860. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3118-0>.

195. Tsimmerman Y.S. Gastroenterology. Manual. M.: GEOTAR – Media. – 2012: 20-31.

196. URL: <https://science – medicine. ru/ru/article/view?id=1149> (дата обращения: 24.04.2023).

197. Vitton V., Ezzedine S., Gonzales J.M., Gasmi M., Grimaud J.C., Barther M. Medical treatment for sphincter of oddi dysfunction: conitreplace endoscopic sphineterotomy? World J. Gastroenterol. 2012; 18(14):1610-3.

198. Vorek Ve. I. Gallstone disease in XXI century: what new? //Lech vrach 2011; 2:58-62.

199. Wang L., Chen J., Jiang W. et al. The Relationship between Helicobacter pylori Infection of the Gallbladder and Chronic Cholecystitis and Cholelithiasis: A

Systematic Review and Meta–Analysis //Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology. – 2021. – Vol. 2021. – P. 8886085.

200. Watt D.C., Wilson M. S.J., Shapter O.C., Patil P. 30-Day and 1-year mortality in emergency general surgery laparatomies: an area of concern and need for improvement? //European journal of Trauma and Emergency Surgery. – 2015; 41 (4): 369-371.

201. WHO. int [интернет]. Ожирение и избыточный вес: данные Всемирной организации здравоохранения [доступ от 21.12.2019]. [Obesity and overweight: WHO data. (In Russ.)] Доступ по ссылке <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

202. Yu H. Et al. Index admission laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis restores Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) score //Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery. -2018. -Vol. 22. -№ 1. -P. 58-65.

203. Zheng Y., Xu M., Heianza Y. Et al. Gallstone disease and increased risk of mortality: Two large prospective studies in US men and women /Journal of Gastroenterology and Hepatology. – 2018. – Vol. 33. – № 11. – P. 1925–1931.

204. Zhumatayev D.T., BaimaKhanov A.N., AbdyKadyrov M.K. et al. Simultaneous surgical treatment tactics of acute destructive cholecystitis combined with choledochlithiasis: A case report. int J Surg Case Rep. – 2020; 70: 231-232. doi:10.1016/j.ijscr. 2020.04.081. Epub 2020 May 12. PMID: 32422585 Frec PMC article.