

O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z.A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Babajanov A.S., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda
ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma: 0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,
51-uy.
Tel.; 268-08-17
E-mail: info@avuz. uz
Veb - sayt: www. avuz. uz



(108)

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**

13. Лазарев С.В. Здоровье, врачи и здоровый образ жизни. // Главврач. 2003. - №10. - С.29-33.
 14. Лисицын Ю.П. «Здравоохранение в XX веке» М.: Медицина, 2002.- 216 с.
 15. Макарова Н.В., Евдокимова А.А., Токарева З.Н., Шакина Р.С. Опыт работы школы активного долголетия в Чувашской республике. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. -2005. №6. - С.39-40.
 16. Макушенко Н.В. Изучение мнения врачей о профилактической работе в территориальной поликлинике // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 7. 2002. - С.26-28.

ОБЪЕМ ОКАЗЫВАЕМОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Маматкулов Б.М., Эргашев У.Ю., Мавлонов С.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования является научное обоснование и оценка эффективности мероприятий по совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в первичном звене здравоохранения. Методы исследования: В ходе исследования были использованы: изучение и обобщение опыта, статистический и социологический (анкетирование), экспертный метод сравнительного анализа, медико-экономические методы и др. Результаты: Проведенный расчет индекса удовлетворенности пациентов качеством хирургической помощи показал его весьма высокий уровень - 88,9%, причем уровень удовлетворенности мужчин был несколько выше, чем женщин (90,4% против 87,3%). Вывод: Величина индекса удовлетворенности во всех возрастных группах до 60 лет существенно не различалась и была выше 91%, однако удовлетворенность пациентов в возрасте 60 лет и старше оказалась значительно ниже - всего 80,5%.

Ключевые слова: статистика, анкетирование, заболеваемость, хирургическая и медицинская помощь.

АМБУЛАТОРИЯ ЖАРРОҲЛИК ЁРДАМИНИ КЎЛАМИ ВА БЕМОРЛАРНИ РОЗИЛИГИ

Тадқиқотнинг мақсади бирламчи тиббий-санитария ёрдамида амбулатор жарроҳлик ёрдами кўрсатишни ташкил этишни такомиллаштириш бўйича чора-тадбирларни илмий асослаш ва самарадорлигини баҳолашдан иборат. Тадқиқот усуллари: тадқиқот жараёнида қуйидагилар қўлланилади: тажрибани ўрганиш ва умумлаштириш, статистик ва социологик (сўровнома), қиёсий таҳлилнинг эксперт усули, тиббий ва иқтисодий усуллар ва бошқалар. Натижалар: бемор индексини ҳисоблаш. жарроҳлик ёрдами сифати билан қониқиш ўзининг жуда юқори даражасини кўрсатди - 88,9%, ва эркалар қониқиш даражаси аёллар (90,4% қарши 87,3%) нисбатан бир оз юқори эди. Хулоса: 60 ёшгача бўлган барча ёш гуруҳларида қониқиш индексининг қиймати сезиларли даражада фарқ қилмади ва 91% дан юқори эди, аммо 60 ва ундан катта ёшдаги беморларнинг қониқиш даражаси сезиларли даражада паст - атиги 80,5%.

Калит сўзлар: статистика, сўров, касалланиш, жарроҳлик ва тиббий ёрдам.

OUTPATIENT SURGICAL CARE AND PATIENT SATISFACTION

The aim of the study is to scientifically substantiate and evaluate the effectiveness of measures to improve the organization of the provision of outpatient surgical care in primary health care. Research methods: In the course of the study, the following were used: study and generalization of experience, statistical and sociological (questionnaire), expert method of comparative analysis, medical and economic methods, etc. Results: The calculation of the index of patient satisfaction with the quality of surgical care showed its very high level - 88.9%, and the level of satisfaction of men was slightly higher than that of women (90.4% versus 87.3%). Conclusion: The value of the satisfaction index in all age groups up to 60 years did not differ significantly and was above 91%, however, the satisfaction of patients aged 60 years and older was significantly lower - only 80.5%.

Keywords: statistics, questioning, morbidity, surgical and medical care.

Введение. Особое место в структуре АПМП занимает оказание хирургической амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, которая является одной из доступных, эффективной и экономически выгодной для пациентов [1, 3, 6, 11, 15]. В настоящее время современные методики и высокие технологии далеко раздвинули границы возможностей амбулаторной хирургии, однако наблюдается несоответствие между применяемыми амбулаторными хирургами современными методиками лечения и устаревшей организационной базой.

Совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи посвящено большое число научных исследований последних лет [2, 9, 14, 16], тем не менее, оценка оказания амбулаторно-поликлинической хирургической помощи при существующей многоуровневой системе оказания АПМП и разработка путей совершенствования оказания амбулаторной хирургической помощи в условиях поликлиник первого уровня крупного города до сих пор не являлась предметом научных исследований.

Методология и методы исследования. В ходе исследования была использована комплексная методика исследования, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, статистический и социологический (анкетирование), экспертный метод сравнительного анализа, медико-экономические методы и др. Сбор первичной информации осуществлялся методами неформализованного интервьюирования и анкетирования группы пациентов хирургического профиля. Анализ результатов исследования проводился с применением статистических методов исследования, таких как расчет интенсивных и экстенсивных показателей, анализ достоверности различия показателей, дисперсионный анализ. Даны оценка деятельности амбулаторных хирургов и приведены результаты оценки пациентами качества оказываемой

амбулаторной хирургической помощи. Амбулаторный прием занимает большую часть рабочего времени хирургов поликлиники. Среднегодовое плановое число посещений хирургического кабинета (на 1 врачебную должность) составляет 6498 посещения, причем в течение последних трех лет эти показатели постоянно растут. Среди всех посещений, связанных с заболеванием, 46,9% составляют первичные обращения, 37,4% - посещения в связи с продолжением или завершением лечения, 6,7% посещений осуществляются для открытия (закрытия, продолжения) листка нетрудоспособности, 4,3% - для оформления документов на МСЭК, 2,4% составляют плановые посещения диспансерной группой, а 0,9% - посещения для оформления санаторно-курортного лечения. Среди посещений с профилактической целью 26,9% составляют посещения в связи с профилактическим осмотром диспансерной группы, 20,1% - в связи с осмотром при поступлении на работу (учебу), 7,8% - для получения различных справок и 45,2% - прочие профилактические посещения. Хирургами кабинета ежегодно проводится в среднем 634 амбулаторных оперативных вмешательства и манипуляции, в т.ч.: вскрытие гнойных образований (35,7%), удаление фибром, липом, гигром (20,0%), различные виды блокад (16,0%), удаление вросшего ногтя (9,9%), обработка и ушивание ран, обработка гематом (4,2%), манипуляции при бурситах (4,1%), удаление бородавок (2,8%) и прочие операции и манипуляции (7,3%). Ряд заболеваний приводит не только к временной, но и стойкой утрате трудоспособности. Показатель первичного выхода на инвалидность по заболеваниям хирургического профиля в 2018 г. составил 0,6 на 8 тыс. населения. Среди лиц, впервые признанных инвалидами, 8,7% были признаны инвалидами первой, 55,1% - второй и 36,2% - третьей группы. Основными инвалидизирующими заболеваниями явились онкологические заболевания (31,7%), облитерирующий атеросклероз нижних конечностей (34,1%), последствия травм (26,0%) и варикозная болезнь (8,2%).

Проведенный хронометраж показал, что в среднем на амбулаторном приеме хирург затрачивает на одного пациента 25,79 минуты, что значительно превышает плановые показатели. Дольше всего длятся первичное посещение по поводу заболевания - 27,56 мин. и посещение по поводу оформления на МСЭК - 26,03 мин. На повторное посещение в связи с заболеванием уходит в среднем 27,21 мин., а на посещение с профилактической целью - 26,39 мин. На прием женщин при всех поводах посещений уходит больше времени (в среднем на 2,46 мин.)» чем мужчин, особенно существенна эта разница (8,47 мин.) при посещениях в связи с оформлением на МСЭК. Больше всего времени амбулаторный хирург тратит на оформление документов - 15,1 мин., или 26,8% времени приема, и на дачу советов и рекомендаций - 8,5 мин., или 16,8% времени приема. На сбор анамнеза у врача уходит в среднем 24,5% времени приема (14,3 мин.), на осмотр - 8,3% времени (5,3 мин.), на проведение лечебных мероприятий - 8,8% (5,4 мин.), а непроизводительные затраты (телефонные разговоры, отлучки из кабинета и т.п.) - 18,8% времени (10,9 мин.). Проведенная экспертная оценка обоснованности посещения хирурга показала, что большая часть посещений была полностью (85,2%) или частично (14,4%) обоснованной. Лишь 0,3% посещений можно было признать необоснованными. Однако, по мнению экспертов, 6,8% посещений мог бы обслужить участковый терапевт, 5,2% - врач другой специальности, а 0,7% - средний медицинский работник. Таким образом, при более рациональной организации можно было бы сократить объем приема у хирурга на 11,8%. Наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов дают медицинские осмотры. Периодические медицинские осмотры направлены на динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих, своевременное выявление начальных признаков общих и профессиональных заболеваний, препятствующих продолжению работы по специальности, их профилактику. В результате проведенных медицинских осмотров хирургом были выявлены заболевания или отклонения от нормы у 25,4% осмотренных, в том числе у 2,1% - два заболевания, у 1,4% - три заболевания и более. Удельный вес женщин, имеющих заболевания, выявленные в ходе медицинского осмотра, оказался выше, чем мужчин, - 31,2% против 20,3%.

Уровень заболеваемости, выявленный в результате медицинских осмотров составил 285,1‰. Причем патологическая пораженность женщин оказалась в 1,7 раза выше, чем мужчин (368,6‰ против 220,9‰). Столь высокий уровень патологической пораженности обусловлен, в основном, старшими возрастными группами осмотренных. Так, если уровень заболеваемости населения в возрасте до 32 лет составлял всего 128,5‰, то к возрасту 29-39 лет он увеличивается до 178,5‰, к возрасту 40-50 лет - до 411,9‰, а в возрастной группе 60 лет и старше он уже

составлял 659,1%. Перечень заболеваний, выявляемых в ходе медицинских осмотров, весьма ограничен. В структуре заболеваемости почти половину составляет варикозная болезнь нижних конечностей (рис.1), на долю которой приходится 47,9% всех заболеваний. На втором месте находится геморрой (17,8%), на третьем - деформирующий артроз (9,5 %>), далее идут грыжи (8,8%), в основном пупочные, и облитерирующий атеросклероз нижних конечностей (5,3%).

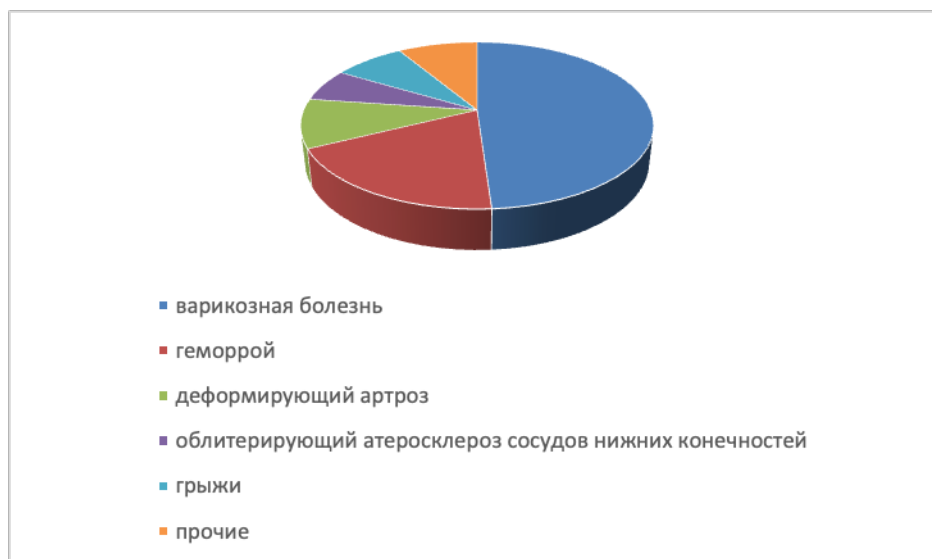


Рис. 1. Структура распределения пациентов хирургического профиля по социальному положению (в % к итогу).

В результате проведенных осмотров было установлено, что 24,9% осмотренных подлежали диспансерному наблюдению в связи с хроническими заболеваниями хирургического профиля, 6,9% требовалось стационарное и 4,1% - амбулаторное лечение, 5,9% для уточнения диагноза необходимо было провести дополнительное обследование. В плановом оперативном лечении нуждалось 11,0% больных. При формировании имиджа медицинского учреждения разного уровня подчинения, играющего большую роль в маркетинговой деятельности, особую роль занимает уровень удовлетворенности пациентов качеством получаемых медицинских услуг. От степени удовлетворенности медицинской помощью, от того впечатления, которое производит учреждение и медицинский персонал во время лечения на пациента, зависит как их повторное обращение в случае необходимости в это ЛПУ, так и характер информации о нем, которую будет распространять пациент среди близких и знакомых. Удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи определяется целым комплексом факторов: эффективностью лечебно-диагностических мероприятий, доступностью медицинской помощи, степенью соблюдения медицинским персоналом деонтологических норм и т.д. Проведенное анкетирование показало, что 24,6% амбулаторных пациентов добираться до поликлиники неудобно, причем с возрастом удельный вес таких респондентов возрастает (до 29 лет - 20,7%, 60 лет и старше - 36,8%). Это и понятно, так как молодые люди, по сравнению с пожилыми, во-первых, чувствуют себя более комфортно в общественном транспорте, а во-вторых, чаще используют личный транспорт для посещения поликлиники. По мнению подавляющего числа респондентов (96,3%), график работы хирургов удобен для пациентов, и только 3,7% считают его неудобным. 68,1% респондентов отмечают, что попасть на прием к хирургу всегда легко.

Помимо доступности амбулаторного приема, важным элементом качества является доступность лабораторных и инструментальных исследований. На трудности, возникшие при проведении назначенных хирургом анализов, обследований указали 8,5% респондентов. Пациенты чаще всего отмечали, что им сложно было провести УЗИ (37,5% из тех, кто указал на возникшие трудности), ЭКГ (22,4%), рентгенологическое обследование (21,8%), у 5,7% возникли проблемы при проведении ФГДС и биохимического анализа крови, у 7,4% - при проведении других лабораторных и инструментальных исследований (доплерография, ФЛС и др.). Анкетирование показало, что с перечнем платных услуг, предоставляемых поликлиникой, были ознакомлены 64,6% пациентов, в то время как 35,4% с таким перечнем ознакомлены не были. Более половины пациентов (53,1%) считают, что предоставляемые дополнительные платные услуги

для них дороговаты, а 2,5% ответили, что для них существующая стоимость дополнительных услуг просто недоступна, и лишь 43,7% считают их стоимость приемлемой. Чаще приемлемой считают стоимость услуг пациенты в возрасте 30-39 лет (64,4%) и 40-49 лет (25,9%), то есть именно тех возрастных групп, которые наиболее высоко оценивают материальное положение своей семьи. Несмотря на то, что, как указывалось ранее, ожидать приема хирурга большинству больных приходится недолго, очереди на прием к хирургу существуют, однако 43,8% считают, что эта проблема в поликлинике стоит не очень остро, а 54,2% в этом вообще не видят проблемы.

В то же время, вызвать хирурга на дом достаточно сложно. Из всех респондентов 7,4% указали, что эта проблема в поликлинике стоит остро, 17,8% - что не очень остро, а 8,5% - что такой проблемы нет. Однако 61,2% затруднились ответить на этот вопрос, что вполне понятно, так как далеко не все больные сталкиваются с необходимостью вызова хирурга домой. Поэтому мы посчитали целесообразным оценить эту проблему, исключив тех, кто затруднился с ответом. В таком случае картина получается совсем другая. Из тех, кто сталкивался с необходимостью вызова хирурга домой, только 24,7% не видят в этом проблемы, а 25,7% полагают, что эта проблема стоит остро, и половина (51,4%) считает, что такая проблема есть, хотя стоит она и не очень остро. Таким образом, 77,7% из тех, кто сталкивался с необходимостью вызова хирурга на дом, видят в этом проблему. Важнейшим индикатором наличия проблем в отрасли здравоохранения является удовлетворенность пациентов работой отрасли. Анкетирование амбулаторных пациентов с хирургической патологией показало, что качество оказанной им медицинской помощи, отношение к ним врачей и свое доверие врачам ЛПУ по месту жительства пациенты оценивают невысоко (средние оценки по 5-балльной системе - 4,25, 4,1 и 4,1 соответственно), таблица 1.

Таблица 1.

**Удовлетворенность пациентов оказанными медицинскими
услугами по хирургической помощи**

Параметры	Средняя оценка	
	Получение бесплатной медицинской помощи в государственных ЛПУ	Платные услуги в государственных ЛПУ
Качество оказанной медицинской помощи	4,25±0,20	5,2±0,21
Отношение врачей к пациенту	4,1±0,19	5,3±0,18
Доверие к врачу	4,1±0,25	4,3±0,20

Качество медицинской помощи, оказанной в рассматриваемых ЛПУ и отношение к ним врачей этих клиник пациенты хирургического профиля оценили выше ($p < 0,01$), а доверие к врачам при получении как бесплатной медицинской помощи, так и при получении платных услуг в тех же рассматриваемых клиниках было невысоким. Проведенный расчет индекса удовлетворенности пациентов качеством хирургической помощи показал его весьма высокий уровень - 88,9%), причем уровень удовлетворенности мужчин был несколько выше, чем женщин (90,4% против 87,3%). Величина индекса удовлетворенности во всех возрастных группах до 60 лет существенно не различалась и была выше 91%, однако удовлетворенность пациентов в возрасте 60 лет и старше оказалась значительно ниже - всего 80,5%.

Выводы. Хирурги поликлиники работают с большой перегрузкой, что связано как с превышением плана посещений. Большая часть времени приема уходит на оформление документов - 23,6%, одевание и раздевание больного - 22,1%, дачу советов и рекомендаций - 15,7%, что говорит о необходимости сокращения нагрузки врача-хирурга на приеме и более рациональной организации хирургического приема. В структуре хирургической заболеваемости наибольшую долю составили перевязки послеоперационной раны 1 и 2 категорий сложности (32,2 и 27,5% соответственно), далее шло лечение гнойно-воспалительных процессов различной категории сложности, т.е. каждый шестой больной был у врача по поводу данного заболевания. Несмотря на общую высокую оценку пациентами удовлетворенности качеством хирургической помощи, больным достаточно сложно вызвать хирурга на дом, многим неудобно добираться до поликлиники, части больных не всегда просто провести лабораторные и инструментальные исследования, недоступны дополнительные платные услуги, почти треть не знают стоимости и перечня этих услуг.

Литература.

- Ergashev U. Y., Ernazarov Kh. I., Zohirov A. R., Alzabni I. D. 2022. Complex Treatment of Experimental Model of Diabetic Foot Syndrome. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(5): 471-480. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221205.05.
- Ergashev U.Y., Mustafakulov G.I., Muminov A.T., Minavarkhujaev R.R., Yakubov D.R., Ernazarov Kh.I., Zohirov A.R. 2021. THE ROLE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF LIVER CAVITIES. Frontiers in Bioscience-Landmark, 8, 82-89, DOI:10.52594/4945
- Агалитов А.Е., Таевский Б.В. О функциональном содержании профилактической медицины. // Менеджер здравоохранения. -2006.- №11.-С.58-63.
- Вайнер Э.Н. Валеология: учебник для вузов. 5-е изд. - М.: Флинта: Наука, 2007. -416с.
- Журавлёва И.В. Здоровье и болезни в Европейском обществе // СОЦИС,- 2008. № 2.- С. 15-16.
- Журавлева И.В. Отношение человека к здоровью. Методология и показатели. // Социология медицины. 2004. - №2. - С. 11-17.
- Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. / Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. - 1999. - 310 с.
- Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. - 458 с.
- Кайбышев В.Т. Социально-гигиенические факторы формирования здоровья врачей // Медицина труда и промышленная экология. 2005. - №7. - С.30-34.
- Кайкова И.В., Миронова А.А. Основные направления совершенствования профилактической работы. «Проблемы городского здравоохранения»-2005, вып. 10, стр.309-310
- Калининская А.А., Бальзамова И.А., Кузнецов С.К., Дзугаев А.К. Эффективные формы профилактической деятельности в участковой службе. // Главврач. 2006. - №7. - С.25-31.
- Камаев И.А., Сорокина М.Г. Образ жизни медицинских работников, проживающих и работающих в условиях агропромышленного района // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. -№5. - С.12-17.
- Лазарев С.В. Здоровье, врачи и здоровый образ жизни. // Главврач. 2003. - №10. - С.29-33.
- Лисицын Ю.П. «Здравоохранение в XX веке» М.: Медицина, 2002. - 216 с.
- Макарова Н.В., Евдокимова А.А., Токарева З.Н., Шакина Р.С. Опыт работы школы активного долголетия в Чувашской республике. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. -2005. №6. - С.39-40.
- Макушенко Н.В. Изучение мнения врачей о профилактической работе в территориальной поликлинике // Проблемы городского здравоохранения . Вып. 7. 2002. - С.26-28.

УДК: 616.711.6-001.7 - 007.271: 616-073.8 : 616.089.84

МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНЫХ СПОНДИЛОЛИТЕЗОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА**Ибрагимов А.И.¹, Норов А.У.¹, Юлдашев Р.М.².****Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников¹,
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр нейрохирургии²**

Цель: определить возможности лучевых методов диагностики в определении тактики хирургического лечения дегенеративного спондилолистеза. Материал и методы. Всем больным проведено комплексное клиническое обследование (общесоматическое, ортопедо-неврологическое, рентгенологическое, нейрофизиологическое, компьютерно- и магнитно-резонансная томография), оперировано по поводу компрессии сосудисто-нервных образований позвоночного канала. Диагноз был верифицирован хирургически и подтвержден гистологически. **Результаты.** На обзорных спондилограммах верифицирована анталгическая осанка, выпрямление поясничного лордоза в 74,1% случаев, кифоз в 1,7%. 100% пациентов имели дегенеративный спондилолистез с признаками нестабильности. При МРТ-исследовании задние остеофиты, прорастающие в позвоночный канал, диагностированы у (70,1%) пациентов и гипертрофия желтой связки, сужение позвоночного канала у (66,1%). У всех обследованных пациентов при компьютерной томографии были выявлены протрузии и грыжи дисков различной локализации и размеров.

Выводы: При диагностике спондилолистеза необходимо использовать комплекс методов лучевой диагностики, включающий обзорную и функциональную спондилографию, МСКТ и МРТ, которые позволяют не только определить уровень и степень смещения позвонка, но и выявить наличие других патологических процессов, приводящих к стенозу позвоночного канала.

Ключевые слова: Дегенеративный спондилолистез, поясничный стеноз, рентгенологическая диагностика.

УМУРТҚА КАНАЛИ СТЕНОЗИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН СПОНДИЛОЛИТЕЗЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНАЛЛАШДА НУР ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИНГ ИМКОНИАТЛАРИ

Мақсад: бел дегенератив спондилолистезларини жаррохлик даволаш тактикасини аниқлашда нур диагностика усулларининг имкониятлари ва уларнинг ролини аниқлаш. **Материаллар ва усуллар:** барча жаррохлик амалиёти ўтказган беморларга тўлиқ клиник (умумий соматик, ортопед-неврологик, рентгенологик, нейрофизиологик, компьютер ва магнитрезонанс томография) текширувлар ўтказилди. **Наतिжалар:** умумий спондилограммаларда 74,1% ҳолларда бел лордозининг тўғриланиши ва анталгик ҳолат кузатилди, кифоз эса 1,7% беморларда. 100% беморда дегенератив спондилолистез аниқланган. Барча беморларга МРТ текшируви ўтказилди ва 69,9% беморда остеофитлар ва умуртқа канали стенози аниқланган. **Хулоса:** таҳлилда дегенератив бел стенозга аниқлашда спондилография, компьютер томографияси ва магнит-резонанс томографиясининг диагностика имкониятлари аниқланди.

Калит сўзлар: умуртқа поғонаси дегенератив спондилолистези, бел стенози, нур диагностикаси.

METHODS OF RADIATION DIAGNOSTICS IN DETERMINING THE SURGICAL TACTICS FOR THE TREATMENT OF LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS COMPLICATED BY SPINAL STENOSIS

Objective: To determine the possibilities of radiation diagnostic methods in determining the tactics of surgical treatment of degenerative spondylolisthesis. **Material and methods:** All patients underwent a complete clinical examination (general somatic, orthopedic-neurological, radiological, neurophysiological, computer - and magnetic resonance imaging), operated on for compression of the neurovascular formations of the spinal canal. The diagnosis was verified for surgery and histologically