

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 2 (99)
2020

O'ZBEKISTON
VRACHLAR
ASSOTSIATSIYASI
BYULLETENI



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**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
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.; 71-268-08-17

E-mail: info@avuz.uz

Veb - sayt: www.avuz.uz



(99)

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

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2020 yil**

**МУХАРРИР МИНБАРИ
МЕНЕДЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ**

Асадов Р.Х. Ўзбекистон Республикасида гемодиализ хизмати ривожланишининг ҳолати ва истиқболи

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М., Кравченко Л.Ш. Масофавий таълимнинг электрон шаклини татбиқ этишнинг иқтисодий самарадорлиги ҳисоблашга оид

Ҳакимов В.А. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш жараёнида профессионал раҳбар кадрлар тизимини шакллантиришнинг ўрни

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Курбанов Б.Б. Турли даражадаги преэклампсия билан хаста беморларда йўлдошнинг морфофункционал ўзгариши ва SFLT1 оқсилнинг миқдорий таркиби билан алоқаси

Надирханова Н.С., Асатова М.М. Пневмония мавжуд ҳолатда аёлларда жигарнинг функционал ҳолати

Шамсиева З.И. Семизлик кузатилган аёлларда цитокин профили

Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А. Кейдж мосламасини умуртқа поғонаси бел қисми умуртқалараро спондилодезиди қўлланилиши

Кочкартаев С.С. Умуртқа поғонаси бел қисми диск чурраларида диск тўқимасини патоморфологик ўзгаришлари

Хамраев Б.У., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Аҳмедов Ш.Ш., Юсупов С.Ю. Сон суяги синишини блокловчи интрамедуляр остеосинтез усули билан даволашдаги тажриба

Ҳаджиев Ш.Х., Эшбадалов Х. Ю., Ешмуродов К.Е., Холиков А.А., Фаттаева Д.Р. Юзжағ соҳаси фурункул ва карбункул касалликларини комплекс даволашда маҳаллий суперсорбицидни қўллаш

Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Раҳматуллаев Х.У., Каримова Г.В. Сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларда нафас олиш мушакларининг электронейромиографик кўрсаткичлари

**6 КОЛОНКА РЕДАКТОРА
МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ**

7 Асадов Р.Х. Состояние и перспективы развития службы гемодиализа в Республике Узбекистан

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

10 Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М., Кравченко Л.Ш. К расчетам экономической эффективности внедрения электронной формы дистанционного обучения

13 Ҳакимов В.А. Роль формирования стратегического резерва руководящих кадров в процессе реформирования здравоохранения в Республике Узбекистан

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

15 Курбанов Б.Б. Характер изменения тромبوцитарного звена системы гемостаза у беременных женщин с преэклампсией

18 Надирханова Н.С., Асатова М.М. Функциональное состояние печени у беременных с пневмонией

22 Шамсиева З.И. Цитокиновый статус у беременных женщин с ожирением

25 Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А. Межтеловой спондилодез поясничного отдела позвоночника с применением кейджевых конструкций

29 Кочкартаев С.С. Патоморфологические изменения межпозвонковых дисков при грыжах поясничного отдела позвоночника

33 Хамраев Б.У., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Аҳмедов Ш.Ш., Юсупов С.Ю. Опыт лечения при переломах бедренной кости методом интрамедулярного блокирующего остеосинтеза

36 Ҳаджиев Ш.Х., Эшбадалов Х. Ю., Ешмуродов К. Е., Холиков А.А., Фаттаева Д.Р. Применение суперсорбицида в комплексном лечении при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области

37 Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Раҳматуллаев Х.У., Каримова Г.В. Электронейромиографические показатели респираторных мышц у больных хронической обструктивной болезнью лёгких

- Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.** Фаргона водийси аҳолисининг предгипертензия ва артериал гипертензияни асосий хавф омилларига боғлиқ ҳолда аниқланишини қиёсий баҳолаш
- Рамазонова Н.А., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Остеоартритли беморларда метаболик бузилишлар
- Салиев К.К., Салиев Д.К., Солиев А.К.** Ўткир лимфобласт лейкоз билан беморларни даволаш даврида рецидивлашни периферик қондаги гемограмма ва лейкоформула кўрсаткичлари асосида прогнозлаш
- Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х.** Темир етишмовчилик камқонликка чалинган баҳоғат ёшидаги қизларнинг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари
- Ubaydullaev N.N., Ganiev B.S.** Бронхиал астма билан касалланган беморларни бирламчи бўғин ва шаҳар поликлиникаларидаги умумий амалиёт шифокорлари томонидан кузатилиши
- Ахмедова Д.Б., Кодирова З.Х.** Ўзбекистон республикасида касб касалликлари кўрсаткичлари
- Искандарова Г.Т., Ташпулатова М.Н., Самигова Н.Р.** Саноатнинг фармацевтика соҳасида меҳнат жараёни ва меҳнат шартларини ташкиллаштиришни ўрганишнинг аҳамияти
- Расулов Ш.М.** Эхинококкознинг эпизоотологияси ва эпидемиологияси
- Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** Аҳолининг айрим контингентларининг оив инфекцияси бўйича хабардорлик даражаси
- Солиев А.К.** Днк репарациясини бронхиал астма билан беморларда турли клиник патогенетик вариантлари ва оғирлик даражаси билан боғлиқ ҳолда ўрганиш натижалари
- Шадманова Н.А. Юлдошева Х.А.** Стафилокок инфекциялари ва антибиотикларга турғунлик муоммоси.
- Ёдгорова Н.Т., Шадманова Н.А.** Бета – лактам антибиотикларга турғунлик: глобал муаммо
- 41 Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.** Сравнительная оценка выявляемости предгипертензии и артериальной гипертензии в зависимости от факторов риска
- 44 Рамазонова Н.А., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Метаболические нарушения у больных остеоартритом
- 47 Салиев К.К., Салиев Д.К., Солиев А.К.** Прогностические показатели рецидива у больных острым лимфобластным лейкозом на основе гемограммы лейкоформулой периферической крови в динамике поддерживающей терапии
- 49 Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х.** Показатели физического развития девочек-подростков с железодефицитной анемией
- 53 Ubaydullaev N.N., Ganiev B.S.** Ведения пациентов с бронхиальной астмой в условиях первичного звена и городской поликлиники врачом общей практики
- 55 Ахмедова Д.Б., Кодирова З.Х.** Показатели профессиональной заболеваемости в Республике Узбекистан
- 59 Искандарова Г.Т., Ташпулатова М.Н., Самигова Н.Р.** Значимость изучения организации трудового процесса и условий труда в фармацевтической отрасли промышленности
- 62 Расулов Ш.М.** Эпизоотология и эпидемиология эхинококкоза
- 66 Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** Уровень осведомленности некоторых контингентов населения по вопросам вич инфекции
- 73 Солиев А.К.** Результаты исследования репарации днк у больных бронхиальной астмой в зависимости от клинико патогенетических вариантов и тяжести течения болезни
- 75 Шадманова Н.А. Юлдошева Х.А.** Стафилококковые инфекции и проблема устойчивости к антибиотикам
- 78 Ёдгорова Н.Т., Шадманова Н.А.** Резистентность к бета-лактамам антибиотикам: глобальная проблема.

Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т. “Биоферрон” антианемик самардорлигининг тадқиқот натижалари

83 Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т. Результаты исследования антианемического эффекта «биоферрона»

Дусчанов Б. А., Юсупова О.Б., Ибадуллаева С.С. Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзига риоя қилиниши ва истиқболдаги ривожланиши

87 Дусчанов Б. А., Юсупова О.Б., Ибадуллаева С.С. Соблюдение здорового образа жизни населением и перспективы развития

Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Аллазаров У.А. Жигар касалликлари патогенезида альфа ўсма некрози унсурининг аҳамияти

91 Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Аллазаров У.А. Роль фактора некроза опухолей альфа в патогенезе заболеваний печени

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР ЭТИБОРИГА**

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,
ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**

Зоирова Н.Т. COVID-19: эпидемиологияси ва профилактикаси

95 Зоирова Н.Т. Covid-19: эпидемиология и профилактика

**ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ
МУШОХАДАЛАР**

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ,
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

Искандарова Гўзал Т. Искандарова Гулноза Т. COVID-19 вақтида тиббиёт муассасаларни юқумли назоратга олиш

98 Искандарова Гўзал Т. Искандарова Гулноза Т. Инфекционный контроль в медицинских учреждениях при COVID-19

Саидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Кадирова А.З., Шерматов Р.М., Темирова Ж.Х. Турли иқлимий шароитларда тусдан юрак ўлими клиник аломатларини пайдо бўлишида турли ҳавф омиллари ва хусусиятларининг таъсири

102 Саидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Кадирова А.З., Шерматов Р.М., Темирова Ж.Х. Влияние различных факторов риска в формировании и особенностях клинических проявлений внезапной сердечной смерти в различных климатических условиях

Салиходжаева Р.К. Пациентларни ўқитишда ҳамширалик иши мутахассисларининг педогогик маҳорати

105 Салиходжаева Р.К. Педагогические навыки специалистов сестринского дела в обучении пациентов

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Ражабов А.И. Ўткир постманипуляцион панкреатит: долзарблиги, диагностика ва даволашдаги муаммолар

106 Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Ражабов А.И. Острый постманипуляционный панкреатит: актуальность, проблемы диагностики и лечения

Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б. Климаксдан сўнг даврда диабетик полинейропатияли бемор аёлларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш

111 Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б. Оценка качества жизни пациенток с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде

Акилов Х.А., Низомов Ш.А. Болаларда уретранинг посттравматик стриктураси ва облитерациясини оператив даволаш ва уни самардорлигини ошириш йўллари

116 Акилов Х.А., Низомов Ш.А. Перативное лечение посттравматических стриктур и облитерации уретры у детей и пути повышения ее эффективности

ЮБИЛЕЙЛАР

ЮБИЛЕИ

**УСМАНХОДЖАЕВ
МУХТАР САИДОВИЧ – 85 ЁШДА**

**121 УСМАНХОДЖАЕВУ
МУХТАРУ САИДОВИЧУ – 85 ЛЕТ**

ЯРКУЛОВ АХРОР БАХРАМОВИЧ 70 ЁШДА

122 ЯРКУЛОВ АХРОР БАХРАМОВИЧ 70 ЁШДА

управлению образовательными услугами в го дела, получивших высшее сестринское об- «школах пациентов» менеджеров сестринско- разование.

Литература.

1. Александрова В., Гаврилюк Н., Малей С. Роль медицинской сестры в обучении пациентов самоуходу за колостомой и медико-социальной адаптации // Роль медицинской сестры в медико-социальной адаптации пациента и обучении его самоуходу. Тезисы городской студенческой научно-практической конференции 27.04.1999. СПб., 1999. С. 28—29.
2. Безродная А.Н., Петрова А.И., Туркина Н.В. Роль выпускников факультета высшего сестринского образования в создании реабилитационных программ в районном центре аллергологической помощи детям. Восстановительная медицина и эрготерапия в Северо-Западном регионе / Под ред. акад. РАМН А.В. Шаброва. СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2004. С. 3-5.
3. Григорьева Н.О., Морозько П.Н., Абумуслимова Е.А., Гоголева М.Н., Варжель Ю.В., Козырев А.Г. Оценка влияния «астма-школы» на качество жизни больных бронхиальной астмой. Организационные, клинические и экономические аспекты восстановительной медицины / Под. ред. акад. РАМН А.В. Шаброва. СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова Росздрава. 2006. 105с.
4. Паллиативная помощь / Под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson. ВОЗ, Европа. 2006.
6. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. Материалы ВОЗ / Под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson. ВОЗ, Европа. 2006.

УДК: 617-089.844

ЎТКИР ПОСТМАНИПУЛЯЦИОН ПАНКРЕАТИТ: ДОЛЗАРБЛИГИ, ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДАГИ МУАММОЛАР

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Ражабов А.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Шарҳловчи мақолада постманипуляцион панкреатитни долзарблиги ёритилиб, уни ташхислаш ва даволашдаги муаммоларига бағишланган.

Калит сўзлар: постманипуляцион панкреатит, эндоскопик панкреатохолангиография, эндоскопик папиллосфинктеротомия.

ОСТРЫЙ ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Обзорная статья посвящена проблеме постманипуляционного панкреатита, раскрыты актуальность, проблемы его диагностики и лечения.

Ключевые слова: постманипуляционный панкреатит, эндоскопическая панкреатохолангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

ACUTE POSTMANIPULATION PANCREATITIS: URGENCY, DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROBLEMS

A review article is devoted to the problem of postmanipulation pancreatitis, the relevance, problems of its diagnosis and treatment are described.

Keywords: postmanipulation pancreatitis, endoscopic pancreatocholangiography, endoscopic papillosphincterotomy.

Ҳозирги кунда ўткир постманипуляцион панкреатит (УПМП) муаммоси эндобилиар амалиётлар технологиясининг сезиларли даражада ривожланганига қарамай, ўз долзарблигини йўқотмади. Ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўргичини (ЎБИКС) кам қадамли кесиб технологияси такомиллаштирилганлиги [4] ва эндоскопик папиллосфинктеротомияда (ЭПСТ) умумий ўт йўлини селектив канюляция қилиш учун нитинол ўтказгичларидан [7, 10] фойдаланиш тўғрисида, камонсифат папиллотом (Демлинг папиллотом) билан асосий панкреатик йўлининг оғзини беҳосдан кесиб юбориши билан боғлиқ бўлган ўткир геморрагик панкреонекрозни, деярли бартараф қилишга имкон берди. Шишли УПМПда вазият бошқача

- уларнинг частотаси ҳали ҳам 40% га этади. Албатта, бу асоратлар камдан-кам ҳолларда ўлимга олиб келади (0,1%) (истисно ҳолатлари парапанкреатик инфилтратларнинг ривожланиш ҳолатларидир), аммо улар иқтисодий оқибатлардан (даволаш қиймати) ташқари, кўпинча, кўшимча омиллар тўғрисида (механик сариқлик, оғир ҳамроҳ патология, кекса ёш ва бошқалар), жиддий клиник муаммо тўғрисида бўлади.

Бугунги кунгача панкреатобилиар соҳасининг органларини диагностика ва даволаш муаммолари ҳалигача долзарб бўлиб келмоқда ва улар муҳокама қилинмоқда. Масалан, ўт тош касаллиги (холелитиаз) ҳали ҳам энг кенг тарқалган патология бўлиб, уни «фа-

ровонлик касаллиги» деб ҳам аташади. Баъзи экспертларнинг фикрига кўра, яқин 5-10 йил ичида бу касалликни сони, айнан меҳнатга лаёқатли ёшдаги беморлар ҳисобидан, кўпайиши кутилмоқда [11]. Жаҳон гастроэнтерологик ассоциациясининг маълумотларига кўра, холелитиаз, юрак-қон томир касалликлари ва диабетдан кейин учинчи ўринни эгаллаб, дунё аҳолисининг 10% дан кўпроғида учрайди. Албатта, шу билан бирга, жигардан ташқари ўт йўлларини ҳавфсиз обструктив жараёнларининг учраши ошиб боради ва бу ўз навбатида ушбу тоифадаги беморларда оператив активликни оширишга олиб келади. Бу эса, кўпинча 1% дан 23% гача асоратларга ва беморларнинг реабилитация даврининг узашига олиб келади [7].

Минимал инвазив операцияларнинг имкониятлари тобора кенгайиб бормоқда. ЎБИКС эгилувчан видеоэндоскопик технологиялар ёрдамида ўтказиладиган амалиётлар ташқи ўт йўлларининг патологиясини аниқлашда ва даволашда етакчи ўринни эгаллаб олди. Хусусан, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХП) ҳозиргача «олтин стандарт», эндоскопик папиллосфинктеротомия эса – холедохолитиаз ва ЎБИКС стенотик ўзгаришларини, айниқса операция-анестезиологик хавфи юқори ёки постхолецистэктомик синдроми билан беморларни, даволашда танлов операцияси ҳисобланади [3]. Ушбу турдаги амалиёт операциядан кейинги даврдаги ҳам асоратлар сони, ҳам салбий натижалар, ҳам беморни реабилитация қилиш бўйича афзалликларга эга, умумий самарадорлиги эса 98%га етади [2].

ЭРХПни 1968 йилда биринчи марта W.S. McCune, 1973 йилда биринчи эндоскопик папиллосфинктеротомия M. Classen ва L. Demling, K. Kavay M. амалга оширганларидан бери транспапилларар амалиётларнинг асоратини олдини олиш муаммоси ўз долзарблигини йўқотмаяпти. Эндоскопик техниканинг тақомилланишига, янги усуллар, технологиялар ва материалларнинг жорий этилишига, янги дориларнинг пайдо бўлиши ва қўлланилишига қарамай, ЭПСТнинг асоратлари умумий сони 36%га етади, бу эса ушбу масала бўйича кейинги тадқиқотлар муҳимлигини таъкидлайди [5]. ЭРХПнинг ўзига хос асоратларини камайтириш муаммоларига бағишланган йигирма йилдан ортиқ изланишлар, мисол учун, M. Freeman (2001), M. Kristen (2004), B.J. Elmunzer (2012), J. Vuxbauml (2016), Jun-Xo Chou (2017) ва бошқалар, уларнинг пайдо бўлишини ишончли бартараф қилишга имкон бермади. Аниқ афзалликлари ва 87-98%гача эга бўлган юқори клиник самарадорлигига (Watanabe H. ва бошқалар, 2007) қарамай, ретроград транспапилларар амалиётлар ўзига хос бир қатор асоратлар билан кечиши мумкин: 0,2-1,6% ҳолларда ўн икки бармоқли ичакнинг тешилиши 1,7-24% - холангит, 15% - рецидив холедохо-

литиаз, 1,1-17,2% - қон кетиш кузатилади. ЭПСТдан кейинги асоратларнинг умумий сони 23%ни, ўлим эса 4%гачани ташкил қилади [6].

ЎПМП ЭРХП/ЭПСТ нинг энг жиддий ва кенг тарқалган асоратидир, у ўртача 25-30% ҳолларда ривожланиб, тез ривожланиши ва оғир кечиши билан тавсифланади. Бугунги кунда ушбу соҳадаги экспертлар тобора, кўпроқ хавфли гуруҳдаги беморларнинг 15% дан юқори частотага эга бўлган, панкреатитнинг асосий омили - ЭРХП давомида асосий ошқозон ости йўлига контраст моддани юбориш эканлигини тан олишмоқда. Шу билан бирга, адабиётлар маълумотларини таҳлил қилганда шуни таъкидлаш кераки, турли хил муаллифларнинг фикрига кўра ЭРХП/ЭПСТдан кейин ЎПМП ривожланиш частотаси сезиларли даражада фарқ қилади ва 1 дан 40% гача, ўртача кўрсаткич 5-20% ни ташкил этади [1, 2].

ЎПМП асосан 30-50 ёшдаги меҳнатга лаёқатли инсинларда ривожланади ва ЎПМП ёки панкреонекрознинг оғир шаклини ўтказганларда асорат ногиронликка олиб келади [30]. Кўпинча, яъни 44-60% ҳолларда энгил шакли қайд этилишига ва у консерватив чоралар комплекси ёрдамида тезда бартараф этилишига қарамай, 2,0% дан 4,7% гача ҳолларда оғир шакли учрайди ва унда ўлим даражаси 13% га етади [10, 15].

Панкреонекроз ва полиорган этишмовчилик оғир ЎПМП 15% гача ҳолатларда кузатилади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, «стерил» панкреонекроз ривожланганда ўлим 15 дан 30% гача ҳолларда қайд этилади, инфекцияланган шаклида эса ўлим 85% ни ташкил этади [5, 7]. ЭРХП/ЭПСТ дан кейинги барча асоратларнинг 50%гача ЎПМП билан боғлиқ бўлиб, уларнинг 40%га яқини ўлимга олиб келади. Эндоскопик даволанишдан кейин 60% дан ортиқ суд жараёнлари ва шикоятларнинг сабаби ҳам ЎПМПнинг ривожланиши ҳисобланади [1].

ЎПМП атамаси 20 йилдан ортиқ вақтдан бери маълум бўлиб Cotton ва ҳаммуаллифларининг халқаро таснифига кўра, амилазининг уч мартадан кўпроқ ошиши билан кечадиган панкреатитнинг клиник кўринишини англатади, одатда у ЎБИКСда манипуляция қилингандан кейин 24 соат ичида ривожланади ва касалхонада кузатувда бўлишни талаб қилади ёки касалхонадаги ётишни узайтиради. Кейинчалик M.Freeman ва ҳаммуаллифлари билан бу тушинчага о ҳаммуаллифларининг эгартиришлар киритишди. Улар ЎПМПга қорин бўшлиғида пайдо бўладиган ёки кучайиб бораётган оғриғи, эндоскопик амамлиётдан кейинги 24 соат ичида ривожланиб, касалхонага ётқишини ёки унинг муддатини 2-3 кунга узайтиришни талаб қиладиган амилаза ва / ёки липаза миқдорини нормага қараганда учдан ортиқ кўпайиши билан бирга кечадиган ўзгаришлар деб изоҳ беришган.

ЭПСТнинг ўн йиллик ретроспектив тажрибасини таҳлил қилиб, 1983 йилда L. Demling ЎБИКСдаги эндоскопик амамлиётларга умумий қарши кўрсатмаларини аниқлади. Муаллифнинг фикрларига кўра, катта ўлчамдаги тош ёки узайган стенознинг, катта ўсманинг мавжудлиги, шунингдек беморнинг ёшлиги хавф омилларига киради [15]. Америка Гастроинтестинал Эндоскопик Жамиятининг (ASGE) маълумотларига кўра, камида иккита хавф омилига эга бўлган беморларда ЎПМП ривожланиши 40% га этади [14]. M. Freeman ва ҳаммуаллифларининг кўрсатганидек, бир нечта омилларнинг комбинацияси реактив панкреатит ривожланиш хавфини сезиларли даражада оширади. Уч ёки ундан ортиқ мойил бўлган омиллар мавжуд бўлганда хавф 5-10 марта ошади.

Хавф омилларининг бир нечта гуруҳлари мавжуд: бемор билан боғлиқ омиллар, муолажа ва эндоскопист билан боғлиқ бўлган омиллар, улар эса асосий ва мумкин бўлганларга бўлинади. Бемор билан боғлиқ бўлган асосий хавф омилларига Одди сфинктерининг дисфункцияси, аёл жинси, олдинги ўтказилган панкреатит киради. Бемор билан боғлиқ бўлган бўлиши мумкин бўлган хавф омилларига ЎПМП аввал ўтказилгани, ортиқча миқдордаги вазн, ўт йўллариининг ўзгаришсизлиги, панкреатит ва билирубинемиянинг мавжуд эмаслиги киради.

Эндоскопик амалиёт билан боғлиқ бўлган ЎПМП ривожланишига қуйидаги асосий омилларни келтириш мумкин: ЎБИКСни канюляция қилишдаги қийинчиликлар, шунингдек, ушбу жараёнга 5 дақиқадан кўпроқ кетган иш вақти, ошқозон ости беши ёлини 5-дан ортиқ уринишда ўтказгич орқали катетеризация қилиш, ионли контрастларни қўллаш, хона ҳароратидан паст эритмалардан фойдаланиш, контрастни тезлик билан юбориш. Шу билан бирга, кесиболувчи (precut) сфинктеротомия, ошқозон ости безининг сфинктерини кесиб юбориш, ЎБИКСни балонли кенгайтириши, травматик ва узоқ давом этган литэкстракция, шунингдек, амалиёт ичида ултратовуш текшируви ўтказилиши ЎПМП ривожланишига кўшимча хавф омилларидир [6, 9, 12].

Аммо, адабиётларда УПМП ривожланишида холедохо- ва вирсунгография учун ишлатилган контраст модда тури ўртасидаги тўғридан-тўғри боғлиқлик тўғрисидаги хулоса мавжуд эмас; хусусан, контрастни суюлтириш зарурати, шунингдек, унинг миқдори ва юбориш тезлиги [8].

Шу билан бирга, ASGE ҳар бир ҳолатда имкон қадар энг кам миқдорда контраст модда ишлатишни тавсия қилади. Вируссография - бу панкреатитнинг асосий хавф омилларидан бири бўлиб, панкреатитни аксариятда ривожлантириб, 84,6% га этказди [10]. Кўпгина беморларда ЭРХПдан кейинги 3-4 соат ичи-

да амилазанинг вақтинча ўшиши кузатилади, аммо 24 соат ичида амилаземия нормага тушади; масалан, G. Skude ва ҳаммуал., 34% ҳолларда фақат асимптоматик гиперамелаземия ривожланишини кўрсатади [1].

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, ЎПМП ривожланишининг хавф омиллари қаторига яна қуйидагилар киради: кекса ёш, анатомик хусусиятлар (сўргич атрофи дивертикуллар, ЎБИКС соҳасидаги яралар ва стенотик ўзгаришлар, кўшимча йўллар мавжудлиги), ошқозон ости безига зарар этказувчи моддаларни қабул қилиш [9]. Баъзи ҳолларда, кўшимча йўллар ва сўргич ҳосил бўлган секретни чиқаришга этарли даражадаги ўлчамга эга бўлмай ёки ошқозон ости безининг асосий ва кўшимча йўллари ўртасида анастомоз йўқлиги панкреатитнинг ривожланишига олиб келади [13].

Бир қатор нашрлар, ЎПМП ривожланиш хавфи «муқобил анатомия»да юқорилигини кўрсатади, ҳатто тажрибали эндоскопистлар ҳам бу фактни эътиборсиз қолдириб бўлмайди. Шу сабабли, кўп адабиётларда эндоскопистнинг тажрибаси билан боғлиқ хавфларни тавсифлашга катта эътибор берилади. Мутахассис агар ҳафтада камида иккита ЭРС/ЭПСТ бажарган бўлса, буни ижобий деб ҳисобласа бўлади бунда панкреатит ривожланиш хавфи камаёди [3]. С. Loperfildo нинг сўзларига кўра, тиббиёт марказида йилига 200 дан кам ЭРС/ЭПСТ амалга оширилса, манипуляциядан кейинги асоратларнинг частотаси йил давомида белгиланган миқдордан кўпроқ амалиётлар бажарган клиникаларга қараганда 3 баробар кўп учрайди. Шу билан бирга, бу маълумотлар бошқа адабиётларда тасдиқ топмаган [11].

Шундай қилиб, УПМП ривожланиши учун хавф омилларига бирлаштирилган фикр ва универсал ёндашувнинг йўқлиги мавжуд вазиятни таҳлил қилишни давом эттириш зарурлигини кўрсатади ва ушбу тоифадаги беморларга янги, ягона ҳаракатлар алгоритмни ишлаб чиқиш истиқболлини очиб беради. Шу билан бирга, ЎПМП ривожланишининг юқори даражада сақланиб қолиши, панкреатобилиар соҳаси аъзоларининг патологиясини аниқлашда инвазивлиги камроқ бўлган, хусусан, эндоскопик эндосонография (Эндо УТТ) ва магнит-резонансли холангиопанкреатография (МРХП), диагностика усулларида фойдаланиш ҳоллари кўпайиб бораётганлигини тушунтиради. Шу муносабат билан, ушбу методларни кенг клиник амалиётга киритилиши ташхис қўйиш сифатининг яхшиланганини ва шу билан бирга ЎПМП ривожланиш ҳолатлари камайганини таъкидлаш керак [6].

Эндоултратовуш текшируви жуда кўп афзалликларга эга. Бу холедохолитиазни ташхислашда сезувчанлиги 94,7% гача, ўзига хослиги 95,2% гача ва диагностик самарадорлиги 99% гача бўлган минимал инвазив усул. Унча-

лик чуқурга кирита олмаслик (10 см гача) ва аппаратни, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак анатомик хусусиятларга эга бўлганда, ўтказиб бўлмаслик, ушбу усулнинг камчилигидир [10].

МРХП - бу ЭРХПга муқобил бўлган хавфсиз ноинвазив диагностика усули. Сўнги йилларда МРХПни амалий тиббиётга кенг жорий этилиши туфайли унинг диагностика имкониятлари ошди. Операциядан олдин билиопанкреатик соҳанинг йўллари баҳолаш имконияти мавжуд бўлди. Бунга усулни дастурий таъминоти ва технологиясини такомиллаштириш орқали эришилди.

Холедохолитиазни аниқлашда МРХПнинг сезgirlиги, ўзига хослиги ва диагностика аниқлиги мос равишда 81-100%, 84-100% ва 90-96% ни ташкил қилади. Усулнинг сезgirlиги тўғридан-тўғри тошнинг ўлчамига боғлиқ; тошнинг ўлчами 5 мм гача бўлганда МРХПни сезувчанлиги 90,5%, ўзига хослиги 87,5% ташкил қилиб у, сезgirlиги ва ўзига хослиги мос равишда 76,6% ва 86% ташкиладиган трансабдоминал УТТ билан таққосланиши мумкин. Тошни ўлчами 5 мм дан ошганда, МРХПнинг диагностика аниқлиги 99% ни ташкил қилади. Текширув контраст моддаларсиз амалга оширилиши мумкин, яхши визуализация ўт йўлларидаги суюқликни юқори миқдорлигига асосланган. Аммо шуни таъкидлаш керакки, суюқлик тўпланган ва яллиғланган соҳаларнинг диагностикаси контраст модда билан кучайтирмасдан ўтказилса, натижа кўпинча шубҳали бўлади.

МРХП тўсиқ ҳосил қилган соҳани узунлигини ва ҳажмли ҳосилани жигарнинг катта томирлари билан муносабатини аниқлиштириш мумкин [4]. ЭРХП билан таққослаганда МРХПнинг асосий камчиликлари: тадқиқот давомида жарроҳлик муолажаларни амалга оширишнинг имкони йўқлиги, клаустрофобия, беморнинг танасида юрак стимулятори ёки ферромагнит имплантатлар мавжудлигида қўллаб бўлмаслиги. Бундан ташқари, артефактлар пайдо бўлиши ҳам МРХП аниқлигини камайтиради: ҳаводан 39% гача, қон томирларининг пульсациясидан - 37% гача артефактлар пайдо бўлади. 24% ҳолларда артефактлар турли хил анатомик хусусиятларга боғлиқ, масалан: дивертикуллар, пуфак йўлини параллел текшириш, ўн икки бармоқли ичак дивертикули, операциядан сўнги клипсалар.

Кўп ҳолларда, диагностика усуллари аниқлик киритгандан сўнг, жарроҳлик амалиётини қўллаш керак бўлади. ЭРХПнинг хавфсизлигини оширишга қаратилган кўплаб изланишларга қарамай, муаммо долзарблигича қолмоқда. ЎПМП частотаси ва жиддийлиги клиник аҳамиятга эга бўлиб қолмоқда [14]. Панкреатитни олдини олиш учун турли хил фармакологик гуруҳ дориларни қўллашни таклиф қилинади: гормонларни, яллиғланишга қарши дориларни, миорелаксантларни, антиоксидантларни,

протеазалар ингибиторларини.

Бугунги кунда соматостатин аналоглари панкреатитнинг олдини олишда уларнинг анти-секретор фаоллиги ва натижада ошқозон ости беши фаолиятини тўхтатиб қўйиш таъсири туфайли этакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ўткир панкреатитни даволашда тез-тез ишлатиладиган соматостатиннинг синтетик аналог - октреотид, кенг қўлланилишига қарамай, ЎПМПни даволаш ва олдини олиш учун қарама-қарши натижаларни кўрсатмоқда.

А. Andriulli ва ҳаммуаллифларга кўра, 2000 йилда соматостатинни қўллаш бўйича 13 рандомизацияланган клиник тадқиқотлар (РКТлар) бўйича мета-таҳлил ўтказилди. Соматостатин юбориш схемасидан қатъи назар юқори самарадорлигини кўрсатди: соматостатин ҳам ЭРХП дан олдин бир мартаба болус шаклида ва ҳам вена ичига амалиётдан кейин 26 соат давомида юборилган. Аммо 2 йилдан кейин муаллиф томонидан амалга оширилган кўп марказли РКТ олдинги таҳлилларга қараганда қарама-қарши натижаларни аниқлади. Тадқиқотда ЎПМП хавфи юқори бўлган 579 бемор киритилган. Соматостатин ЭРХП 30 дақиқа олдин 750 мкг дозада бир мартаба ва ундан кейин 2 соат ичида соатига 300 мкг дозада томчилатиб юборилган. Панкреатит соматостатиндан кейин 11,5% ва плацебодан кейин 6,5% ҳолларда ривожланган. Кейинчалик, А. Andriulli ва ҳаммуаллифлар томонидан олиб борилган тадқиқотда кўра соматостатин ва октреотиддан фойдаланиш ЎПМП дан ўлимни мос равишда 0,36% ва 0,57% гача камайтирди. Шу билан бирга, октреотид ва соматостатинни қўллаш иккиламчи асоратлар хавфини камайтирмайди, натижада муқаррар жарроҳлик амалиётига олиб келади [10].

W. Uhl ва ҳаммуаллифлар октреотидни ЎПМП профилактикасида самарадорлигини ўрганиш учун уни кунига 3 марта тери остига 100 ва 200 мг дозада 7 кун давомида қўллашган. Ўлим билан якунланган ҳолатлар 15%, плацебо гуруҳида эса 16% ташкил қилган. Иккиламчи асоратлар 76% ва 71% қайд этилган. Натижада, улар ушбу дори самарасиз деган хулосага келишган.

Бир нечта РКТларни таҳлили шуни кўрсатадики, ЎПМПнинг олдини олиш учун октреотидни қабул қилиш дозаси юқори (0,5 мг дан ортиқ) бўлганида самарали бўлади. ASGE маълумотларига кўра, октреотидни қабул қилиш ЎПМПнинг умумий частотасига таъсир қилмайди ва октреотид билан профилактика қилиш тавсия этилмайди. Октреотиднинг профилактик самарадорлигини аниқлаш учун 0,5 мг тенг бўлган ёки ундан юқори бўлган дозани юбориш орқали баҳо берадиган янги тадқиқотлар талаб қилинади [15].

Одди сфинктерининг тонусига таъсир этувчи кенг қўлланиладиган (лидокаин, адреналин, нифедипин, ботулотоксинлар, нитрог-

лицерин), аммо мунтазам профилактика учун Европа Гастроинтестинал Эндоскопия Жамияти (ESGE) томонидан тавсия этилмаган дорилар, ўз самарадорлигини исботлай олмади. Бироқ, баъзи муаллифлар ушбу воситаларни самарадорлигини таъкидлайдилар [1, 7].

Нитроглицериннинг тери орқали ёки тил остига юборилишини самарадорлигини иккита РКТда намоиш этди. Кўпчиликка маълумки, нитроглицерин Одди сфинктерининг босими ва меъда ости беги ёлларидаги босими камайтиради. М. Moreto ва ҳаммуаллифлар нитроглицеринни ЭРХПдан олдин 2 мг дозада тили остига юбориб панкреатитни камайишига эришишган. Аммо ўтказилган бошқа тадқиқотлар унинг самарадорлигини кўрсатмаган. Шунингдек, нитроглицеринни қабул қилиш кўпинча бош оғриғи ва вақтинчалик гипотензия ҳолати каби ён таъсирлари билан бирга келади, бу эса унинг ишлатилишини сезиларли даражада чеклайди.

2014 йилда тадқиқотчиларнинг иккита мустақил мета-таҳлиллари натижалари эълон қилинди. Улар ўзларининг ҳисоб-китобларида 7 РКТ натижаларини таҳлил қилган. Ушбу тадқиқотлардаги натижалар икки гуруҳда баҳоланди: ЎПМП профилактикаси учун стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар (СБЙҚД) олганлар ва яллиғланишга қарши дориларни олмаган гуруҳ. Таҳлил шуни кўрсатдики, индометацин ёки диклофенакни ЭРХП/ЭПСТдан олдин ёки ундан кейин тўғридан-тўғри юборилса панкреатит билан касалланиш хавфи сезиларли даражада камаяр экан. Бошқа бир тадқиқотда, ЎБИКС стенози бўлган беморлар гуруҳида панкреатит даражаси СБЙҚДдан кейин 9,2% ва назорат гуруҳида 16,9% ни ташкил этди. Юқори хавфли беморларда индометацинни ошқозон ости беги йўлини стентлаштирмасдан ишлатиш ҳам самарали ҳисобланади - панкреатит хавфи 20,6% дан 6,3% гача камаяди [4].

РПХГ дан олдин СБЙҚДларни қўллаш ва асосий панкреатит йўлини профилактик стентланиши ўткир панкреатитнинг ривожланишини 5,5 марта камайтиради.

Энг асосийларидан бири бу СБЙҚДларни қўллаш ўткир панкреатитнинг ўртача ва оғир шакллари камайтиради [19]. 2015 йилдаги Япониянинг ўткир панкреатитни даволаш ва ESGE тавсиялари бўйича, қарши кўрсатмаси бўлмаган барча беморга ЭПХГдан олдин ёки кейин 100 мг диклофенак ёки индометацинни буюриш тавсия этилган [12]. СБЙҚДларнинг кам дозалари ЎПМП хавфини сезиларли дара-

жада камайтириши исботланган.

ЎПМПни профилактикаси учун яна бир ёндашув - бу яллиғланишга қарши терапияни тайинлаш. Яллиғланишга қарши цитокинларни - интерлейкинларни (ИЛ) қўллаш самарали профилактика соҳаси ҳисобланади. J. Deviere ва ҳаммуаллифлари, ЎБИКСдаги манипуляциясидан 30 дақиқа олдин юборилган 20 мкг/кг дозада ИЛ-10, барча хавф гуруҳларида панкреатитнинг ривожланмаслигини кўрсатиб беришган. Худди шундай натижалар J. Dumont ва ҳаммуаллифлар томонидан ҳам олинган: ИЛ-10 дан фойдаланиш плацебо гуруҳи билан солиштирилганда панкреатит хавфини деярли 2 бараварга камайтирди. Аммо юқори нарх тўфайли, ИЛ-дан фойдаланиш кенг тарқалмаган. Усул тўлиқ ўрганилмаганлиги учун бу кейинги тадқиқотлар зарурлигини кўрсатади [13].

Хулоса: Шундай қилиб, давом этаётган тадқиқотлар ва ЎПМПнинг олдини олиш учун самарали алгоритмни излашга қарамай, уларнинг маълумотлари кўпинча бир-бирига зид келади ёки уларнинг самарадорлигини тасдиқламайди деган хулосага келишимиз мумкин. ЎПМП профилактикаси муаммоси ҳалигача мураккаб бўлиб қолмоқда, бу эса қўшимча изланишларни талаб қилади. Замонавий адабиётларда ЭРХП/ЭПСТ учун операциядан олдинги тайёргарлик моделида бир-биридан номувофиқликлар мавжуд бўлиб, бу янги профилактика усуллари ишлаб чиқиш ва ўрганишга замин яратади. ЎБИКСда амалиёт стратегияси турли хил хавф омиллари бўлган беморлар гуруҳининг шаклланишига қараб белгиланмаган. ЎБИКСда амалиёт бажарилган беморларда парваришининг ягона алгоритми мавжуд эмас ва ЎПМПнинг олдини олиш бўйича тавсиялар тўлиқ ишлаб чиқилмаган. Адабиётдаги маълумотларига кўра шуни айтиш мумкинки, бугунги кунгача ЭРХП/ЭПСТдан кейинги ривожланиши мумкин бўлган ЎПМП бўйича ишлаб чиқилган ҳаракатлар алгоритми ва фармакологик профилактика, айниқса юқори хавфли гуруҳларда, тўлиқ уни назорат қилишга имкон бермайди, бу эса ёш беморлар орасида ўлимнинг ошиб боришига олиб келади. Шунинг учун, хавф гуруҳларини синчковлик билан аниқлаш, методологияни тўғри бажариш ва мажбурий элементар фармакологик профилактикани тайинлашдан ташқари, асоратлар фоизини максимал даражада камайтириш учун янги дорилар ёки алгоритмларни ишлаб чиқиш, ўрганиш ва жорий этиш керак деган хулосага келишимиз мумкин.

Адабиётлар:

1. Давыдов А.В., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В., Гульман М.И., Соловьева Н.С. и др. Профилактика осложненного после ЭПСТ //Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 3(138). 31-33)
2. Горматина О.Ю. Современные методы неинвазивной визуализации желчевыводящих путей //Клінічна та експериментальна патологія. 2014. Т. 13, № 2. 199-204)
3. Горохов А.В. Роль гидропрессивной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в выборе лечеб-

- ной тактики у больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков //Бюллетень новых медицинских технологий. 2011. № 2. С. 338-341
4. Истомин Н.П., Агалов К.В., Бехтев Г.В., Колыгаев В.Ф., Кучкаров М.Ф., Павлов Н.Б. Медикаментозное сопровождение эндоскопических вмешательств на внепеченочных желчных путях //Медицина экстремальных ситуаций. 2015. № 3(53). С. 59-64
 5. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Острый послеоперационный панкреатит в транспапиллярной эндохирургии //Клінічна хірургія. 2014. № 9(2). С. 17-20
 6. Мороз Е.В., Соколов А.А., Артемкин Э.Н. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов для профилактики острого панкреатита после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (обзор литературы) //Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2015. № 2(102). С. 115-121
 7. Петров А.М., Хабицов В.С. Магнитно-резонансная томография при желчекаменной болезни и ее осложнения //Кубанский научно-медицинский вестник. 2011. № 6(129). С. 103-105
 8. Сайфутдинов И.М., Славин Л.Е. Пути профилактики осложнений при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах //Казанский медицинский журнал. 2016. № 1(97). С. 26-31
 9. Ядренцева С.В. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике, стадировании, лечении и прогнозе острого панкреатита и его осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.13 /Рос. науч. центр рентгенорадиологии МЗ РФ. М., 2015. 23 с.
 10. Andriulli A, Solmi L, Loperfido S, Leo P, Festa V, Belmonte A et al. Prophylaxis of ERCP-related pancreatitis: a randomized, controlled trial of somatostatin and gabexatemesylate. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2004. 2(8): 713-718.
 11. Dumonceau JM, Andriulli A, Elmunzer BJ, Mariani A, Meister T, Deviere J et al. Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – updated June 2014. Endoscopy. 2014; 46(9): 799-815.
 12. Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH et al. Adverse events associated with ERCP. Gastrointestinal Endoscopy. 2017; 85(1): 32-47.
 13. Yokoe M, Takada T, Mayumi T, Yoshida M, Isaji S, Wada K et al. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015. Journal of Hepatobiliary Pancreatic Sciences. 2015; 22(6): 405-432.
 14. Udd M, Kylänpää L, Halttunen J. Management of difficult bile duct cannulation in ERCP. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2010; 2(3): 97-103.
 15. Wang AY, Strand DS, Shami VM. Prevention of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: medications and techniques. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016; 14(11): 1521-1532.

УДК:614.56-87;056

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ В ПОСТКЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б.
(ТашПМИ, АндГМИ)

В статье приводятся результаты исследования 100 женщин с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде. При исследовании качества жизни по опроснику EQ-5D отмечено что, наиболее часто пациентки страдали от болевого синдрома (18,8%) и имели в большинстве случаев (39,6%) повышенную тревожность и депрессию, также изменения были выявлены в передвижении в пространстве умеренной или высокой степени выраженности, наименьшее поражение проявлялись в сфере самообслуживания (10,4%).

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая полинейропатия, климактерический период, качество жизни

КЛИМАКСДАН СЎНГ ДАВРДА ДИАБЕТИК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯЛИ БЕМОР АЁЛЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Мақолада 100та климаксдан сўнг даврда диабетик полинейропатияли аёлларнинг тадқиқот натижалари келтирилган. Ҳаёт сифатини EQ-5D сўровномаси ёрдамида текширилганда аниқландики, оғриқли синдроми (18,8%) ва (39,6%) юқори хавотирлик ва депрессия, ҳамда ўрта ва юқори даражада ҳаракатнинг қийинлашуви, ўз ўзига хизмат қилиш кўрсаткичи (10,4%) камроқ намоён бўлган.

Калит сўзлар: қандли диабет, диабетик полинейропатия, климактерик давр, ҳаёт сифати.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETIC POLYNEUROPATHY IN THE POST-CLIMACTERIC PERIOD

The article presents the results of a study of 100 women with diabetic polyneuropathy in the postmenopausal period. When examining the quality of life using the EQ-5D questionnaire, it was noted that, most often, patients suffered from pain (18.8%) and in most cases (39.6%) increased anxiety and depression, and changes were also found in movement in the moderate space or a high degree of severity, the least damage was manifested in the self-service sector (10.4%).

Keywords: diabetes mellitus, diabetic polyneuropathy, menopause, quality of life

Актуальность. У женщин в климактерическом периоде наблюдаются нейровегетативные, психоэмоциональные и метаболические нарушения, которые формируются, по данным