

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА
ИННОВАЦИЯ ВАЗИРЛИГИ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КУЧКОРОВА МУНАВВАР ФАХРИДДИН ҚИЗИ

**ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЎПКА СИЛИ: ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ОЛДИНИ
ОЛИШ ЙЎЛЛАРИ**

МОНОГРАФИЯ

АНДИЖОН – 2024-йил

Тузувчи:

Кучкорова Мунаввар Фахриддин қизи

*Андижон давлат тиббиёт
институтининг "Фтизиатрия
ва пулмонология, микробиология,
иммунология ва вирусология"
кафедраси Phd*

Тақризчилар:

Исанова Дилфуза Турсуновна

*Андижон давлат тиббиёт
институтининг, Фтизиатрия ва
пулмонология, микробиология
иммунология ва вирусология
кафедраси доценти, т.ф.н.*

Ходжаева Мавлюда Инагамовна

*Тошкент тиббиёт академияси
фтизиатрия ва пулмонология
кафедраси доценти.*

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

Тен Д.О.

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР

АБ	артериал босим
АГ	артериал гипертония
АсАТ	Аспартатаминотрансфераза
АлАТ	Аланинаминотрансфераза
ЎС	ўпка сили
ТМ	Туберкулома
ЎЎС	ўчоқли ўпка сили
ФКЎС	фиброз – кавернозли ўпка сили
КПШЎС	казеозли пневмония шаклидаги ўпка сили
ЎСЦШ	ўпка силини цирротик шакли
ЎТЕЎС	ўпка тўқималарини емирилиши билан ифодаланган ўпка сили
МЧБкЎС	микобактерияларни чиқарилиши билан кечадиган ўпка сили
ҚД ₂ ЎС _к	қандли диабет ўпка силини қўшилиб учраши
ҚД ₂ ЎС _{кй}	қандли диабет 2 – чи турига қўшилмасдан ўпка силини учраши
МЛП	кўп сонли дориларга турғунлик
ЛЧМБТ (+)	сил таёқчасини дориларга сезувчанлиги
МБТ	сил микобактерияси
ЎРВИ	ўткир респиратор вирусли инфекция
ЎТС	ўпкадан ташқари сил
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
СТТ	соғлом турмуш тарзи
ХО	хавф омиллари
ОТВ	ортиқча тана вазни
ЮҚК	Юрак қон томир тизими касалликлари
ЎСОК	ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
ҚД ₂	қандли диабет 2 – чи тури
SD	стандарт оғиш кўрсаткичи (Standartdeviation)
LASSO	энг кам мутлоқ қисқартириш ва танлаш оператори (Leastabsolute shrinkage and selection operator)
HR	хавф нисбати (Hazard ratio)
CL	ишонарлилик интервали (Conyidence interval)
ROC	қабул қилувчининг ишчи тавсифи (Receiver operating characteristic)

AUC	эгрилик ости майдони (Area under the ROC Curve)
C-index	Harrellнинг конкордантлик (мослик) индекси
CPA	силли рекомбинат аллерген

МУНДАРИЖА

КИРИШ.....	6
I. БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИДА ЎПКА СИЛИ КЕЛИБ ЧИҚИШИННИНГ МЕХАНИЗМЛАРИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ МУАММОЛАРИ (адабиётлар шархи).	14
§1.1 Қандли диабет ва ўпка силини фаол аниқлашда скрининг – профилактика технологияларининг роли.	14
§1.2. Қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силини барвақт аниқлашни такомиллаштиришда янги предиктив-превентив технологиялар	20
§1.3. Қандли диабет билан касалланган аҳолида хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда ўпка сили профилактикасининг модернизацияси бўйича янги стратегияларни ишлаб чиқишнинг долзарб йўналишлари	24
§1.4. Боб резюмеси.....	31
II. БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЎПКА СИЛИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ЙЎЛЛАРИНИ ЎРГАНИШНИНГ. МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАРИ	32
§2.1. Тадқиқотга жалб қилинган популяциянинг клиник-эпидемиологик тавсифи.	32
§ 2.2. Эпидемиологик, лаборатор, асбобий, клиник ва радиологик текшириш усуллари.	36
§2.3. Статистик қайта ишлаш усуллари.....	41
III БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЎПКА СИЛИНИНГ АНИҚЛАНИШ ЧАСТОТАСИ ВА КЛИНИК – ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ.....	44
§ 3.1. Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силининг тарқалиш частотаси ва гендерли хусусиятлари	44

§ 3.2. Фарғона водийсининг қандли диабет билан касалланган аҳолиси орасида ўпка силининг хавф омилларининг эпидемиологик тавсифи.....	52
§3.3. Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли популяцияда ўпка силининг клиник хос белгилари ва хусусиятлари	59
IV БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ОРАСИДА СИЛ КАСАЛЛИГИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ЙЎЛЛАРИ.....	76
§4.1. Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли популяциясида ўпка силининг хавф омиллари билан боғлиқлигининг эпидемиологик тавсифи ва ифодаланиши	76
§ 4.2. Хавф омиллари ва коморбид касалликлар билан боғлиқ ҳолда қандли диабет билан ўпка сили кўшилиб келишининг хусусиятлари.....	78
§ 4.3. Тизимли ва маҳаллий хавф омилларига боғлиқ ҳолда қандли диабетнинг 2 – тури билан касалланганларда ўпка силининг келиб чиқиш хавфи даражалари.....	80
§ 4.4. Фарғона водийсида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силини назорат қилиш ва профилактикасининг самарали алгоритми ва дастурларини яратиш асослари: янги предиктив баҳолашнинг башоратли модели	85
ХОТИМА.....	95
ХУЛОСАЛАР	102
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	105
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	106
ИЛОВАЛАР	121

КИРИШ

Бутун дунёда замонавий тиббиёт учун қандли диабет ва ўпка сили бўйича хавотирли статистика эълон қилинган. Ҳозирги кунда дунё аҳолисининг 6,1% ҚД нинг 2-турига чалинган. Тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра бу касаллик кўпайишда давом этмоқда ва 2030 йилга бориб 1,1 млрд инсон ушбу хасталикка чалинади. Иккинчидан, ЖССТ берган маълумотларга кўра ўпка силини эрта аниқлаш муаммоси ушбу касалликни аниқланиши юқори бўлган ривожланаётган мамлакатлар учун долзарб масала ҳисобланади¹. Шу сабабли ўпка силини фаол аниқлаш тизими бугунги кунда модернизация қилинмоқда ва янги унумли, биринчи навбатда, скрининг-профилактика технологияларига ўтилмоқда. Хусусан, илмий тадқиқотларнинг энг муҳим йўналишлари ўпка силининг хавф гуруҳларини аниқлашга йўналтирилмоқда².

Жаҳон миқёсида қандли диабетнинг турли касалликлар билан кўшилиб келиши, айниқса ижтимоий аҳамиятга молик касалликлардан бири бўлган ўпка сили билан касалланиш ҳолатини олдини олиш, унинг ташҳисоти, комплекс даволаш ва реабилитацияси муаммоларига қаратилган тадқиқотлар етакчи илмий-амалий марказларда олиб борилмоқда. Аниқланишича, сил касаллиги асосан ўткир ва оғир даражада кечувчи қандли диабет фонида ривожланади, қандли диабет билан касалланган инсон организмда сил таёқчасининг кўпайиши ошқозон ости беги функциясининг бузилишининг чуқурлашувига олиб келади ҳамда қандли диабетнинг кечишининг прогрессияланишига ва оғирлашишига олиб келади. Ушбу ҳолат “ёпик ҳалқа”нинг юзага келишига олиб келади, яъни бир касаллик иккинчи касалликнинг кечишига бевосита таъсир кўрсатади. Мамлакатимизда аҳолига юқори малакали тиббий ёрдам кўрсатиш, турли ижтимоий аҳамиятли касалликлар жумладан, қандли диабет ва ўпка силининг хавф омилларини

¹World health organization, 2021.

²Дубровская И.И., Багишева Н.В. Мордык А.В. и др. Выявление и дифференциальная диагностика туберкулеза у пациентов пульмонологического отделения с внебольничной пневмонией и хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. – 2020. – Т. 30. – Выпуск 3. – С. 307 – 310.

ўрганиш асосида уларнинг самарали профилактикасини таъминлаш бўйича кенг қамровли тадбирлар амалга оширилмоқда. 2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясини амалга оширишга оид давлат дастурида соғлиқни сақлаш тизимида қуйидаги вазифалар юклатилган: “18-40” ёшли 12,6 миллион нафар аҳолини профилактик кўрикдан ўтказиш, 40 ёш ва ундан катта ёшдаги сурункали касаллиги бўлмаган 6,3 миллион нафар аҳолини юрак қон-томир касалликлари ва қандли диабет, 3 миллион нафар аҳолини онкологик касалликларини эрта аниқлаш бўйича скрининг текширувларидан ўтказиш”³. Шунга асосан, қандли диабет касаллигида ўпка силининг хавф омиллари ва профилактикаси усуллари ўрганиш бўйича янгича ёндашувлар ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи тиббий- санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ва 2022-йил 28-январдаги ПФ-60-сон “2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида”ги Фармонлари, 2020-йил 12-ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган. Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кейинги йилларда қандли диабетнинг 2- турини (ҚД2) тез суръатларда тарқалганлиги туфайли бундай аҳолида кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлган ўпка сили билан боғлиқ вазият

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

оғирлашди [28;57]. ЖССТ маълумотлари бўйича 2017 йили ҚД2 ва ЎС коморбидлиги билан 790000 та аҳоли бўлган [125]. Ўзбекистон ҳудудларида ҚД2 билан касалланган аҳолида сил билан касалланиш бўйича эпидемиологик маълумотлар мавжуд эмас. Хусусан, Фарғона водийси шароитида ҚД2 билан касалланган аҳолида ўпка силининг учраш частотаси ва эпидемиологик-клиник табиати тафсилоти ўрганилмаган. Адабиётлардан ҚД2 билан оғриган аҳолида ўпка силининг эпидемиологик ва клиник замонавий хусусиятлари, хавф омиллари ва профилактикасининг ҳудудий жиҳатларини батафсил ўрганилганлигини топа олмадик. ҚД2 бошқа юқумли бўлмаган касалликларга (ЮБР) караганда ўсиш суръатини жадаллиги билан эътиборни тортади. Чунончи, сўнгги 10 йилда дунёда ҚД2 билан аҳоли сони икки бараварга кўпайган ва 2023 йил бошида эълон қилинган маълумотларга кўра 500 миллиондан ошган. Касалликнинг ўсиши давом этмоқда ва Фарб турмуш тарзини қабул қилган баъзи мамлакатларда умумий аҳоли сонининг 10,0%ини ташкил этади. Европа мамлакатлари аҳолисининг ярмида ташхис ўз вақтида қўйилмаган ва диабетнинг ички аъзоларига таъсирлари етарлича ҳал этилмаган.

Мавжуд тадқиқотлар маълумотлари шуни кўрсатадики, 2045-йилга келиб бутун дунё бўйлаб 600 миллиондан ортиқ аҳоли ҚД2 билан касалланади ва тахминан шунча предиабет кузатилади [82;67]. Бу кўрсаткичлар, айниқса ҚД2 билан аҳоли орасидаги ўпка силида, ҚД2 ни ўпка силига хавф омили сифатида ўзига хос жиҳатларини ўрганишни ва муайян минтақа ҳамда популяцияларда бундай тадқиқотлар натижаларидан келиб чиқиб индивидуал ёндашувлар ишлаб чиқиши заруриятини тақозо қилади. Хорижий ва маҳаллий муаллифлар томонидан олиб борилган тадқиқотлар натижаларининг таҳлили ва ЖССТ нинг сил бўйича ҳар йиллик ҳисоботлари кўрсатадики, ҳозирги кунда сил билан курашиш ва унинг тарқалишини назорат қилиш дунё бўйича энг муҳим вазифалардан бири бўлиб қолмоқда [123;124]. Бу ўпка сили ва хавф омилларининг скрининги, эрта аниқлаш муаммоси катта тиббий ва ижтимоий-иқтисодий аҳамиятига эгаллигини, давом этаётган ноинфекцион касалликлар

пандемияси фонида, биринчи навбатда, ҚД2 билан боғлиқ ҳолда яна долзарблашиб бораётганлигини кўрсатади. Ҳозирги кунда кўпчилик мамлакатларнинг силга қарши миллий дастурлари силни нофаол (пассив) аниқлашга асосланган, аҳоли орасида силнинг скрининг тизими ва скринингли профилактикаси мавжуд эмас [125].

Шу билан бирга рандомизирланган назорат остидаги тадқиқотларнинг таҳлили, сил ташҳисотида, айнан коморбидлик билан кечувчи силни юқори тарқалганлиги шароитида, “фаол скринингли” (эпидемиологик) ёндашувни юқори даражада самарадорлигидан гувоҳлик беради.[70]

“Профилактик тиббиёт” моделига асосланган соғлиқни сақлаш тизими ва унинг стратегиясини мантиқан тўғри қўллаш – силдан касалланиш ва ўлимни камайтира олиши мумкин. Скрининг ва илмий асосланган скринингли фаол профилактика, замонавий клиник фтизиатриянинг муҳим/ажралмас элементи бўлиб ҳисобланади, юқори хавф гуруҳидаги аҳоли ва ўпка сили орасидаги курашда олдинги ўринда туради. Кўпгина замонавий тадқиқотчилар шундай хулосага келишган.

Аҳоли орасида коморбид патология билан кечувчи патологиялар, хусусан қандли диабет билан ўпка силига ташҳис қўйишда эпидемиологик ёндашувларнинг муҳим ташҳисий, клиник, башоратли ва профилактик жиҳатларининг тўла аниқланмаганлиги ушбу тадқиқотнинг долзарблигини белгилаб берган.

Тадқиқод иши Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ ПЗ-201205194 “Ўзбекистоннинг турли минтақаларида сурункали ноинфекцион касалликлар эпидемиологиясини ўрганиш, даволашни такомиллаштириш йўллари ва олдини олиш бўйича илғор инновацион технологияларни ишлаб чиқиш” инновацион лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: Ўзбекистоннинг Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силининг, унинг хавф

омилларининг частотаси ва клиник-эпидемиогик тавсифларини ўрганиш ва профилактикаси йўлларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силининг тарқалиш частотасини, ёшга боғлиқ ва гендерли хусусиятларини ўрганиш;

Фарғона водийсининг қандли диабет билан аҳолисида ўпка силининг хавф омилларининг тарқалишининг ёшга боғлиқ, гендерли ва эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш;

Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силининг клиник тавсифини ўрганиш ва хусусиятларини аниқлаш;

хавф омиллари билан ўпка силининг боғлиқлигини ва нисбий эҳтимолини қандли диабетга чалинган беморларда аниқлаш;

Фарғона водийсининг қандли диабет билан касалланган аҳолисида ўпка силини самарали назорат қилиш ва профилактикаси бўйича алгоритм ва дастурларни ишлаб чиқиш;

Тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон вилояти сил касалликлари шифохонасида даволанган $\geq 18-90$ ёшли 700 нафар эркак ва аёллар популяцияси олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида беморларнинг қон зардоби, балғамдан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг усуллари. Қўйилган мақсад ва вазифаларни бажариш учун эпидемиологик, умумклиник, лаборатор, инструментал, микробиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

Илк бора Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка сили ўрганилган. Илк бора қандли диабет билан аҳоли орасида ўпка силининг шаклланишининг гендерли-ёшга боғлиқ, эпидемиологик тавсифлари ўрганилган ва аниқланган. Илк бора Фарғона водийсининг қандли диабет билан касалланган аҳолиси орасида ўпка

силенинг хавф омилларининг тарқалишининг гендерли, эпидемиологик ва ёшга боғлиқ хусусиятлари ўрганилган ва баҳоланган;

Эпидемиологик тадқиқотда Фарғона водийсининг шароитини ҳисобга олинган ҳолда қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силенинг клиник тавсифи хусусиятлари ўрганилган ва аниқланган;

Хавф омилларига ва коморбидликка боғлиқ ҳолда ўпка силенинг қандли диабетга қўшилиб келишининг нисбий эҳтимоллиги аниқланган ва баҳоланган;

Тизимли, маҳаллий, хавф омилларига ва полиморбидликка боғлиқ ҳолда қандли диабетга ўпка силенинг қўшилиб келишининг кутилаётган даражаси аниқланган;

Илк бора Фарғона водийсининг қандли диабет билан аҳолисида ўпка силени самарали назорат қилиш ва профилактикаси бўйича алгоритм ҳамда дастурлар ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

Тадқиқот натижаларига кўра 2-тип қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силенинг эпидемиологияси илмий қарашлар ва амалий ёндашувлар билан тўлдирилган;

2-тип қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силенинг шаклланишининг ҳудудий жиҳатлари борлиги исботланган;

Ўпка силенинг қандли диабет фонида оқибатларининг келиб чиқишини кучайтирувчи эндемик хавф омиллар ва эпидемиологик шароитлар исботланган ва ажратиб берилган;

2-тип қандли диабет билан касалланган беморларда ўпка силенинг оқибатларини юзага чиқишида коморбид касалликларни роли исботлаб берилган ва “коморбидлик портрети” яратиб амалиётга тавсия этилган;

2-тип қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силени предектив превентив ташҳисот йўналишлари ишлаб чиқилиб, тавсия қилинган;

Ўпка силининг келиб чиқиши, кечиши ва асоратланишлари бўйича олинган янги натижалар негизида юқори самарали донозологик ташҳисот, скрининг ва профилактик муолажалар алгоритмлари тавсия этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Олинган натижаларнинг ишончлилиги қўлланилган назарий (прогностик, донозологик) ҳамда амалий (эпидемиологик, клиник, профилактик) ёндашувларни мантиқан чуқур илмийлиги, олиб борилган тадқиқотнинг услубий жихатдан тўғрилиги, етарлича беморлар популяцияси кузатилганлиги, қўлланилган текшириш усуллариининг замонавийлиги, тадқиқотда фойдаланилган лаборатор, сўровномали ҳамда асбобий ва статистик усулларнинг бири иккинчисини тўлдириши, хулоса ва олинган натижалар ваколатли ташкилотлар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти тадқиқотда олинган ва тасдиқланган скрининг маълумотлари ҳамда усуллари (сўровномали, биокимёвий, лаборатор, инструментал) ўпка силининг коморбидликнинг бошқа турлари (кардиокоморбидлик, пульмонал коморбидлик, нефрокоморбидлик, гастроэнтерал ва гепатокоморбидлик) билан ўтувчи шаклларида (ўпка силининг турли шаклларида) қўлланишга тавсия қилиниши исботланганлиги, улар ўпка силини катта патогенетик майдонда ўрганиш ва “тўхтатишга” самарали илмий йўл очганлиги, қандли диабет билан беморларда силга қарши дорилардан бўладиган салбий реакцияларнинг (гепатотоксик, аллергик ва нейротоксик) частотасини 4,6% дан (минимал) 57,0% гача (максимал) камайтириши кўрсатилганлиги, ўпка силининг нохуш яқуний оқибати эҳтимолини ҳисоблаб берувчи математик моделнинг (сезувчанлиги 80,0% ва спецификлиги 75,0% бўлган) яратилганлиги ва ушбу моделни қимматбаҳо ва мураккаб текширувлардан фойдаланмасдан беморларда асоратлар келиб чиқиш эҳтимолини олдиндан башоратлаши имкониятининг тасдиқланганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ишлаб чиқилган йўналишлар қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силени барвақт аниқлаш, баҳолаш ва профилактика – реабилитацияси сифатини 90,0% га ошириши тасдиқланганлиги, тизимнинг оддийлиги, тежамкорлиги ва мақбуллиги, халқаро миқёсда рақобатдошлиги тасдиқланганлиги, беморларда ўпка силени назорат қилиш ва олдини олиш дастурларининг, натижавийлари кўрсатилган, хусусан: профилактик тиббиёт стратегиясини фтизиатрияда муваффақиятли самарали қўлланиши 90,0% фоизгача ортиши тасдиқланган; ўпка силени фаол аниқлашни амалиётда фаоллаштириши ва янги превентив стратегиялар ишлаб чиқишни фаоллашувини кучайтириши кўрсатилганлиги; амалиёт шифокорларнинг руҳияти ва эътиқодини энг камида 80.0% гача профилактик тиббиёт томон ўзгартириши билан изоҳланган.

Натижада, ўпка силени ҚД2 фонидида барвақт аниқлаш ва олдини олиш имконияти мазмунан ҳамда сифат жиҳатдан кескин ошган. Диабет коморбидликдаги силени барвақт ташхислаш ва олдини олиш бўйича олинган натижалар соғлиқни сақлаш амалётига жумладан, Андижон, Наманган ҳам Фарғона вилоятларининг силга қарши курашиш диспансерларининг амалий фаолиятига жорий этилган.

Амалиётга жорий қилинган чора–тадбирлар қандли диабет билан аҳолида ўпка силени келиб чиқиш хавфини 90.0% гача етиб камайтиришга ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон берган.

I. БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИДА ЎПКА СИЛИ КЕЛИБ ЧИҚИШИНИНИНГ МЕХАНИЗМЛАРИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ МУАММОЛАРИ (адабиётлар шархи).

§1.1 Қандли диабет ва ўпка силени фаол аниқлашда скрининг – профилактика технологияларининг роли.

Ўпка силенининг муайян турларида ҳамроҳ касалликларнинг учраш частотаси, охириги йиллардаги клиник тадқиқотлар натижаларига кўра, 78,2%

атрофида бўлган кўрсаткичларни ташкил қилади. Улар орасида қандли диабетнинг 2-тури 5,9% ҳолатда учрайди [35]. ҚД2нинг хавотирли ўсиб бораётганлиги илмий манбаларда тасдиқланган ва ўпка силида ҳам иккинчи шундай эпидемиккўпайиш вазияти дунёнинг айрим мамлакатларида 2023 йилдан кузатилган ва ёки шундай хавф башорат қилинган.

Фтизиатрияда ҳозирги пайтда ўпка сили (ЎС) частотаси, айниқса дориларга чидамли микобактериялар штаммлари томонидан чақирилган турларининг ўсиб бориши энг мураккаб муаммолардан бири бўлиб хисобланади. Россиялик тадқиқотчи ўзининг докторлик диссертациясида бу фикрни жуда кенг ва чуқур таҳлил билан асослаб берган ва сил билан боғлиқ куйидаги муаммоларни илгари сурган дориларга чидамли ЎС ҳолатларининг ярми дунёнинг уч мамлакатига тўғри келади- Ҳиндистонга (24%), Хитойга (13%) ва Россия Федерациясига (10%) [35].

ЖССТ нинг маълумотларига кўра, ЎСнинг дорига чидамли турларини даволашда аксарият жарроҳлик амалиёти қўлланилади, лекин уларнинг қўлланиш даражалари ўта паст ва иккинчидан, операциядан кейинги асоратлар (4%) ва ўлим ҳолатларининг (11% гача)- анча юқорилиги ушбу усулнинг ҳам чеклашни тақозо этади [125;126].

Бундай вазиятда кўпчилик тадқиқотчилар томонидан ўпка силнинг ўзини ёки турли ёндош касалликлар, масалан ҚД2 ни беморларда эрта аниқлаш, олдини олиш ва даволашда эпидемиологик тадқиқотлар самарали, унумли, тежамли, тиббий жиҳатдан фойдали ва истиқболли, хавфсиз, илмий ҳамда амалий йўл сифатида тавсия қилинади. Чунки ҳалқаро миқёсда тўпланган тажриба бўйича бундай ёндашувлар ўпка силида коморбид касалликни ва унинг хавф омилларини, юқумли бўлмаган сурункали касалликларнинг (чунончи ҚД2 ни) барчасини барвақт аниқлаш ва бартараф этиш орқали касалликнинг нохуш оқибатларини самарали камайтиради ҳамда оқибатини яхшилайтиди [21; 22; 76; 95].

ЖССТ шу боис баёнот берганки, силни ўз вақтида аниқлаш ҳозирги вақтда сил билан курашишга йўналтирилган глобал дастурларни мақсадли вазифаларидан бири ҳисобланади [122].

Аммо манбалар ва адабиётлар таҳлили бўйича ЎС ва унга ёндош касалликларни, энг аввало, “ҚД2+ЎС” коморбидлигини, донозолик, преморбид босқичида “тўғри бошқара олиш” тизими етарлича ишлаб чиқилмаган ва муаммолари бисёр. Хусусан, ўпка диссеминацияси синдромини аниқлашда ёки уни кечикиб ташхислашда 80% гача хатоликка йўл қўйилади ёки рентгенограмма ўзгаришлари нотўғри талқинланади [33].

Ўпканинг диссеминацияланган сили (ЎДС) энг камида 1 ой кечикиб (диссеминацияни рентгенологик белгилари аниқланган пайтдан бошлаб) ташхисланади ёки 42,4% беморларда ўз вақтида аниқланмайди, ҚД2 билан коморбидлик фониди-бу кўрсаткич янада сезиларли ошади [52].

Бошқа бир тадқиқотида исботланишича, аксарият ҳолатларда ЎДС ҳаётлик пайтида аниқланмай қолиб беморнинг вафотидан кейин ташхисланади [83]. Бунинг асосий сабаби сифатида бошқа кўпчилик тадқиқотчилар томонидан ЎДС нинг ноанъанавий кечиши [79;99;101;117] ва/ёки коморбид фонда (масалан, қандли диабет) кечиши [68; 77], ҳамда ўсманинг некрози омили- α ни ингибирловчи препаратларни қабул қилиш кабилар келтирилади [78;91].

Шулардан келиб чиқиб нафақат ўпка силини даволаш, балки уни эрта аниқлаш ва олдини олиш муаммолари ҳам ўзининг долзарблигини сақлаб қолмоқда.

ЖССТ томонидан тавсия этилган кўп сонли химиотерапия режими самарадорлиги 54-55% дан (анъанавий силга қарши иккинчи қатор препаратлари СКП_{2к} билан кўп сонли дорига чидамли ўпка силида –КДЧЎС) ва 34% дан ошмаган ҳолда (кенг кўламли дориларга чидамли ўпка сили-ККДЧЎС) кузатилади [123], бу ҳамўпка силида мавжуд скрининг-профилактика ёндашувларини такомиллаштириш зарурати ошиб бораётганидан далолат беради [34].

Бир қатор тадқиқотларда латент сил инфекцияси (ЛСИ) ўрганилган. Тасдиқланишича, *m. tuberculosis* билан инфицирланганларнинг ҳаммасида ҳам фаол сил ривожланмайди ва ушбу ҳолатнинг фаол силга (ФС) ўтиш хавфи умр давомида 5-10% ни ташкил қилади[45].

Айнан шу босқичда ЛСИга фаол таъсир кўрсатиш (скрининг, профилатика, даволаш) ва ФС ни бартараф этиш ЖССТнинг “силнинг тугаши” деб номланувчи стратегиясининг энг муҳим элементи бўлиб ҳисобланади [96]. Дунёнинг турли мамлакатларида олиб борилган тадқиқотларда ЛСИ ни силга ўтишига мойиллик қилувчи омиллар ажратилган ва уларга қуйидагилар киради: меҳнат мигрантлари [69; 71; 118], ижтимоий-иқтисодий ҳолатнинг пастлиги ва аҳоли орасида миграциянинг ортиши кабилар [74; 84].

Тожикистон Республикасидаги 500 та меҳнат мигрантлари (3 ой давомида бошқа юртларда меҳнат қилиб келиб ватанига қайтган аҳоли) кузатилган. Пациентларнинг барчасида сўровнома ўтказилиб ўпка сили ривожланишига алоқадор бўлган хавф омиллари ўрганилган ва баҳоланган, Манту синамаси қўйилган ва кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси бажарилган. Манту синамаси текширилганларнинг 40%ида ижобий бўлган ва қуйидаги хавф омиллари сезиларли даражада юқори частотада аниқланган: ўпка сили бўлган беморлар билан кўп ва давомли контактда бўлиш-78,2%, ўпка сили профилактикасига амал қилмаслик-83,1%, тиббий хизмат кўрсатишга мурожаат қилишнинг чегараланганлиги-85,4%, номувофиқ овқатланиш ва мавсумга қараб кийинишнинг йўқлиги-79,4%, яшаш ва меҳнат қилиш шароитининг қониқарли эмаслиги-87,9%. Кузатув давомида ЛСИ билан касалланган шахсларнинг 2-3 йиллик химиопрофилактика даволаш курсини ўтмаганлар (изониазид билан) гуруҳида даволаш курсини ўтганларга қараганда (18,5%) ўпка сили 2,4 бараварга кўп (44,4%) ташхисланган [7].

Россиянинг Ставрополь шаҳрида 141та олий ўқув юртларининг талабаларида ЛСИ ўрганилган. Уч босқичли текширув 2018-2019-йй. ўтказилган ва силли рекомбинант аллерген (СРА) билан тери ичи синамасидан (ТИС) фойдаланиб 4130 та талаба текширилган.141 та талабада ЛСИ

тасдиқланган ва уларнинг 133 тасида превентив силга қарши даволаш (СКД) ўтказилган. 36 ойлик превентив даво олганларнинг бирортасида ҳам сил бўлмаган, СРА га сезувчанлик эса -камайган [8].

Россия Федерациясида эътиборга молик силга оид эпидемиологик вазият ҳақида қуйидаги маълумотларни тақдим этган: 2010-2019-йилларда, ушбу мамлакатда, силдан касалланиш ва ўлимнинг мунтазам пасайиб бориш тенденцияси аниқланган. Ставрополь ўлкасида 10 йил давомида сил касаллигидан ўлим ҳар 100 минг аҳолига 10,1 дан 3,5гача нисбатга камайган ва кейинчалик ҳам шундай тенденциянинг давом этиши башоратланган [47]. Сил касаллигига хавфни асосан 18 ёшдан ўтганлар ва сил касаллигининг тарқалиши юқори бўлган мамлакатлардан олий ўқув юртларида ўқишга келганлар туғдириши тасдиқланган. Ушбу гуруҳдаги аҳолида мавжуд бўлган латент силнинг хавф омиллари сифатида яшаш муҳити шароитининг ўзгаришлари, ўқув юқининг ортиши, бошқа иқлимга мослашув қайд этилган [36; 80].

Таҳлиллардан келиб чиқадики, соғлом популяцияда латент сил инфекцияси ташҳисий хушёрлиги кучайтирилса мақсадга мувофиқ бўлади ва шунда, ўпка силини барвақт олдини олиш ва даволаш имкониятлари кескин ошади

Латент сил инфекциясини мукамал ўрганишган ва касалликнинг моҳиятини тўла ўзида акс эттирадиган мантиқан энг тўғри таърифни беришган деган хулосага келдик, бу қуйидагича таърифланган: «Латент ўпка инфекцияси деганда, сил билан касалланишнинг мавжудлиги клиник-рентгенологик ва бактериологик тасдиғини топмаган ҳолда иммунологик синамалар ёрдамида ташҳисланган сил микобактериялари билан инфицирланиш тушунилади» [1; 33].

Ҳалқаро клиник тавсияларда ҳам ЛСИга «катта жой берилган», уни барвақт аниқлаш ва силга қарши препаратлар билан превентив давони амалга ошириш фаол силнинг келиб чиқиш хавфини, айниқса коморбидлик фониди камайтиради [58].

Шу ўринда эслатиб ўтиш жоизки, охириги йилларда дунёда ва Ўзбекистонда қандли диабетнинг 2-тури (ҚД2) билан касалланган аҳолини ўсиб бориши кузатилмоқда.

Натижада ҚД2ни ўпка силига қўшилиб учрашини аниқланиш ҳолатлари кўпайган ва бундай эпидемиологик вазиятда специфик ташҳисот, профилактика ҳамда даволаш йўналишларига зарурат туғилади. Чунончи, латент ўпка силида коморбид касалликлар, жумладан, ҚД2 қўшилиб учраганда кўплаб тадқиқотларнинг исботли кўрсатишича СРА билан синама юқори самарадорликни таъминлайди [2;110; 114].

Келтирилган манбалар бўйича ўпка силининг умумий муаммолари ҳақида тасаввур пайдо бўлади, айниқса коморбидлик бўйича ёки ҚД2 билан касалланган беморларда, ва/ёки ЎС нинг тарқалиши умуман олганда камайган бўлсада, уни эрта аниқлаш ва профилактикаси масаласида, ҳам фанда ва ҳам амалиётда “бўшлиқлар” борлиги кўринади. Таъкидланганидек, аввало, коморбидликда, жумладан, ҚД2 ва ўпка силининг қўшилиб келишида мавжуд ташҳисот ва профилактик стратегияларни такомиллаштириб боришнинг зарурати илмий мавзунинг адабиётлар таҳлилидан маълум бўлади.

Айниқса, бизнинг хулосамизга кўра ҚД2 пандемияси ҳақида хавотирли статистикани кўпайганлигини (кўплаб тадқиқотчилар буни тасдиқлашган) ва ҳали келажакда 2040- йилгача энг камида бу “ўсиш”нинг давом этиши башорат қилинганлигини эътиборга олиниши керак бўлади.

ҚД2 да қанчалик позитив ўзгаришлар ва илғор технологияларга эришилган бўлмасин қонда глюкозанинг миқдорини мақсадли оралиқ-диапазон доирасида ушлаб туриш ҳалигача долзарблигича қолмоқда ёки бунга деярли эришиб бўлмаяпти. Ҳанузгача мижозларни олиб боришда, кузатувнинг янги усулларини излаш, кутилган натижаларни берадиган дори-дармонли ҳам гипо-, ҳам ва гипергликемияни мувофиқлаштириш ҳамда бартараф этиш йўлларини яратиш бериш замонавий фан ва амалиёт учун етакчи вазифа сифатида асосий илмий ва терапевтик йўналиш сифатда қаралмоқда [85; 119; 120].

Гликемик назорат кўп омилли сурункали касаллик бўлганда ҳамда аксарият ҳолатларда бошқа юқумли ва юқумсиз касалликларга, жумладан, ўпка силига, коморбид фон ҳосил қилиб, давом этадиган ҚД2 да ўта муҳим аҳамият касб этади ёки ушбу касалликнинг компенсацияси унга тўғридан-тўғри боғлиқ бўлади [16; 57].

Шу билан бир вақтда ҚД2 гликемик назоратнинг етишмовчилиги сабабли муҳим ижтимоий аҳамиятли кенг тарқалган касаллик бўлиб соғлиқни сақлашда етакчи муаммолардан бири ҳисобланади, ҚД2 ни назорат қилиш бугунги кунда беморларнинг кўпчилигида зарурий терапевтик вазифалардан бири ҳисобланади.

Россияда ўтказилган миллий федерал регистр натижаларини шарҳлаб қуйидагиларни кўрсатишган: ҚД2 билан беморлар сони 2021-йилда 2000-йилдагига нисбатан икки бараварга ошган ва деярли 4,8 млн кишининг ёки Россия федерацияси аҳолисининг 3%ини ташкил қилган [23; 17].

Бундан ташқари алоҳида кўрсатиш жоизки, ҚД2 кўплаб касалликларнинг, жумладан, ўпка силининг келиб чиқишида «калитлик қилувчи» вазифани бажарувчи ҳам хавф омили, ҳам алоҳида касаллик бўлиб ҳисобланади. Қандли диабетнинг асосий муаммоларидан яна бири-унинг 50% и аниқланмай қолади [24; 72].

Қандли диабет билан касалланган беморларда қандли диабет бўлмаган беморларга қараганда, сурункали касалликлардан, жумладан, юрак қон томир патологияларининг келиб чиқиши ва улардан ўлим хавфи 5-7 бараварга юқори бўлади [108]. Шунинг учун ҚД2 нинг бундай асоратларининг оғирлигини камайтириш ҳам, уни даволаш ёки олдини олиш жараёнида устувор вазифа ҳисобланади [25].

§1.2. Қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силини барвақт аниқлашни такомиллаштиришда янги предиктив-превентив технологиялар

Ҳозирги пайтда дунёда қандли диабетнинг 2-тури ва ўпка силининг кўшилишиб учраши (ҚД2 ЎС) кўпайиб 790000 аҳолида аниқланган [125]. Агар ҚД2 нинг “ўсиб” бораётганлиги ҳисобга олинадиган бўлса, яқин келажақда «бундай кўшилиб келиш» нинг кескин ортиб бориши ва янада кўпроқ учрашини, хусусан ўпка силида, тахмин қилиш мумкин. ҚД ташҳиси билан касалланган инсонлар сони охириги 30 йилда 4 бараварга ошиб 20-79 ёшли аҳоли орасида 8,3% тарқалиш частотасига етган. У нафақат аҳоли соғлиғига, балки умуман мамлакатлар иқтисодиётига етказилган зарари билан ҳам муаммога айланган касалликдир [75].

Дунё миқёсида қандли диабет ҳозирги даврда ҳиссаси бўйича барча ўлимларда 7- ўринда туради ва жаҳон бўйича бугун 463 млн киши диабет билан яшаётган бўлса, ЖССТ нинг экспертларининг баҳолаши бўйича уларнинг сони 2045- йилга бориб 700 млн. гача ортади [92].

ҚД нинг эпидемиологик тавсифларини динамикада таҳлил қилишган, текширув 84 та худудни қамраб олган ва 4799552 та қандли диабет билан касалланган пациентлар (РФ аҳолисининг 3,23%и) ўрганилган. Тадқиқот давомида қуйидаги натижалар олинган (эпидемиологик кўрсаткичларда): қандли диабетнинг 1-тури-5.5%, қандли диабетнинг 2-тури- 92.5%, қандли диабетнинг бошқа турлари -2.0%; эркакларда қандли диабетнинг 1-тури -54% ва қандли диабетнинг 2- тури 30%; энг кўп қандли диабетнинг 2- тури 65-69 ёшлиларда ва ўлимгача қандли диабетнинг давомийлиги – қандли диабетнинг 1-турида 17.4% → 19,0 йил, қандли диабетнинг 2-турида 11→11,4 йил бўлган.

Диабетик асоратлар қуйидаги частоталарда қайд қилинган (мос ҳолда ҚД1 ва ҚД2 да): нейропатиялар-43,3% ва 24,4%, нефропатиялар-25,9% ва 18,4%, ретинопатиялар – 31,7% ва 13,5% [26].

Қандли диабетда кучли ифодаланган метаболик ва иммунологик ўзгаришлар содир бўлади. Бунинг натижасида тақдим этган йирик тадқиқотларининг натижалари бўйича, организмнинг силга мойиллик даражаси ортади ва ҚД сил билан хасталаниб қолиш хавфини кескин оширади [70; 3].

Ушбу хулосани тасдиқловчи натижалар асосида исботлашганки, диабетик нефропатия қандли диабетнинг энг оғир бўлган асоратларидан ҳисобланади. ҚД1 турида кузатиладиган ўлим таркибида сурункали буйрак етишмовчилиги 1- ўринни эгаллайди (ёки ҳозир бунга буйракларнинг диабетик касаллиги деб ном берилган). Ушбу клиник вазиятда буйраклар трансплантацияси бажарилади (умрни узайтирувчи ягона даволаш усули сифатида) ва шундан кейин кўчириб ўтказилган буйраклар билан яшовчи шахслар умрбод иммуносупрессор дори воситаларини истеъмол қилишади (трансплантатнинг кўчиб кетишининг профилактикаси мақсадида). Бунда келиб чиққан иммунотанқислик ҳолати, турли инфекцияларнинг кўшилиши учун қулай муҳитни яратади. Хусусан, буйрак трансплантанти бўлган шахслардасил касаллиги 0,1-6,4% гача келиб чиқади [18;50;70].

Кўчириб ўтказилган буйракли беморларда доимий иммуносупрессив даво ўпка силлини даволаш самарасини ҳам пасайтиради ва пациентларнинг яшаб қолишига салбий таъсир кўрсатишади. Лекин эрта ташҳислаш (скрининг йўли билан) ва комплекс ёндашув орқали силга қарши препаратларни танлаб олиш силни самарали даволашга эришишга ва трансплантат функциясининг қониқарли сақланиб қолишига олиб келади. [4; 12; 19; 37; 38].

2000-2019 йилларда Россиянинг Қуйи Новгород шаҳрида нафас аъзоларининг сили (НАС) бўлган 93 та беморларни кузатувга олиб касалликнинг кечиш хусусиятларини ўрганишган (70-ёшдан ошганлар, уларнинг 60,2% ни эркаклар ва 39,8% ни аёллар ташкил этган). НАС нинг кечишида куйидагилар исботли кўрсатилган: 1) 68,8% ҳолатларда сил жараёни кечикиб аниқланади (фақат тиббий ёрдамга мурожаат қилинганда холос); 2) Кўп сонли ёндош касалликларнинг (коморбидлик) кўшилиб учраши - 89,7% ни ташкил этган; 3) деструктив ўзгаришлар - 52,7% пациентларда аниқланган; 4) бактерия ажралиши –69,9% беморларда қайд этилган; 5) силдан кейин қоладиган қолдиқ ўзгаришлар – 34,4% пациентларда аниқланган; 6) бактерия ажралишига эришиш – 81,5% ва парчаланган бўшлиқнинг ёпилиши – 53,1% беморларда кузатилган [63].

Россия шароитида шунга ўхшаш тенденциялар 65 ёшдан ошган миждозларда илк бора аниқланган сил билан касалланганлар сони 5,8% дан (2014) 7,2% - гача (2018 йилгача келиб) ортган, силдан ўлим таркибида 65-ёшдан ошганлар 2018 йилгача келиб 14,2%-ни ташкил қилган [5;46].

Бошқа мамлакатларда ҳам сил билан касалланиш ва ўлимнинг катта қисми кекса ва қария ёшдагиларда юз бериши тадқиқотчиларнинг ишларида ва ЖССТ нинг маълумотларида кўрсатилган [66;86;121] .

Ўпка силининг геронтологик ва гериатрик жиҳатлари ўрганилган. Хулоса қилинишича, ўпка силининг кекса ва қарияларда барвақт ташҳисланиши қийин кечади. Бунинг асосий сабаби асосан касалликнинг ноанъанавий кечиши ҳамда ҳамроҳ касалликлар (ҚД каби коморбидликнинг кўплиги ва хавф омилларининг тўпланиб авж олиб бориши) кабилар деб тушунилади. Бошқа тадқиқотларда ҳам айнан шундай хулосалар учрайди [20; 30].

Хусусан, ушбу специфик кўпайиш тенденциясини кўпчилик мамлакатларда аҳоли қаришининг демографик муаммолари билан ва кекса ва қари ёшдагиларда адаптация, компенсация механизмларининг камайиши ва умумий иммуносупрессия жараёнлари билан боғлашади [29;102].

Кенг кўламли тадқиқотларида ўпка силини кекса ва қариларда эрта ташҳислаш мураккаблигини кўрсатишади, бунинг асосий сабаби сифатида эса, касалликнинг асосан ноанъанавий кечиши келтирилади [20; 30].

Геронт аҳолида ўпка силининг кечишининг спецификлигини ўрганиб, асосий сабаб сифатида ҳамроҳ касалликларнинг (коморбидликни) кўплиги ва хавф омилларини тўпланиб авж олиб бориши билан изохлашади [63].

Умуман хулоса қилиш мумкинки, ўпка сили бўйича эпидемиологик вазиятда мунтазам мониторинг қилиш ва баҳолаб бориш (айниқса ҚД2 нинг коморбидлик турини ҳисобга олиб) фтизиатрия ёрдами режалаштириш ҳамда такомиллаштиришда муҳим аҳамият касб этади.

Айниқса, бундай фаолиятнинг шубҳасиз муҳимлиги 2020-2021 йилларда, COVID-19 эпидемияси даврида билинган. Бу даврда дунёнинг кўплаб

давлатларида COVID-19 эпидемиясининг тарқалишини ушлаб қолувчи кескин тадбирлар кўрилган. ЖССТ эълон қилган маълумотларда тасдиқланиши бўйича, ушбу йилларда ўпка сили билан каслланишда кескин пасайиш кузатилган, касалликнинг илк бора аниқланиш частотаси ошган [32; 39; 59; 87; 88].

22та адабиёт манбаларини таҳлил қилиб чиққан ва COVID -19 ҳамда силнинг ўзаро таъсирларини баҳолаб кўрсатган. Иккаласи учун ўхшашликлар ажратилган бўлиб унга кўра: ёш, диабет, иммунтанқислик, ОИВ инфекцияси ва ЎСОК улар учун бир хил хавф омиллари бўлиб ҳисобланади [54].

ЖССТ маълумотлари бўйича юқумли касалликлар орасида бўладиган ўлимларга кўра COVID-19, биринчи ва ўпка сили эса иккинчи ўринда туради. [13].

Тадқиқотларида исботланишича, COVID-19 да сил кенг тарқалган эмасдай, аммо ушбу икки респиратор патологиялар инсон организмида бир вақтда кечиши ва бир-бирларининг кечишига таъсир қилиши мумкин [89; 109].

Тасдиқлаб кўрсатадики, ушбу касалликларни бир вақтда бўлиши нафас тизими ва ўпкаларнинг дисфункциясини чақиради ёхуд айрим муаллифларнинг фикрлари бўйича сил COVID-19 учун хавф омиллари бўлиб намоён бўлади [97].

Олган натижаларига кўра ўпка сили билан касалланган беморларда кўпинча юқумли бўлмаган касалликлар (ЮБК) ҳам бир вақтда қайд қилинади [40; 106].

Шу билан бирга, тасдиқлаб кўрсатган маълумотлар бўйича ўпка силида ўлим суръатларини ошишига асосий сезиларли ҳиссани хавф омиллари қўшади [9; 14].

Тадқиқотларининг натижаларидан яна хулоса чиқариш мумкин бўладики (3859 та сил билан беморлар ўрганилган), ўпка силида коморбидликнинг салбий таъсири ҳам сезиларли юқори бўлади. Чунончи, ўпка силида коморбидлик 91,4% частотани ташкил этиб қайд қилинган [40].

Қайд этилиб таҳлили берилган ушбу маълумотлардан келиб чиқиб тақрорлаш жоиз бўладики, сил инфекцияси ҳақиқатдан минг йилликнинг энг катта муаммоларидан бири ҳисобланади. Меҳнатга яроқли аҳоли орасида ўлим ва ногиронлик бўйича (айниқса ҚД2 билан коморбидлик мисолида) ўзининг “карвонбошилиги”ни сақлаб қолмоқда [51; 90].

§1.3. Қандли диабет билан касалланган аҳолида хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда ўпка сили профилактикасининг модернизацияси бўйича янги стратегияларни ишлаб чиқишнинг долзарб йўналишлари

Олдинги бобларда кўрсатилганидек, ҚД2 билан касалланган аҳоли сони эпидемик тусда кўпайиб бормоқда ва шундай экан мос равишда ҚДЎСқ нинг ортиб бориш хавфи йўқ эмас деб хулоса чиқаришга асослар бор. Шундан келиб чиқиб, қандли диабет билан касалланган аҳолида хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда ўпка силининг профилактикасининг модернизацияси бўйича янги стратегияларни ишлаб чиқиш долзарб илмий муаммо бўлиб ҳисобланади. Бундай амалий фаолият ҚД2ЎСқ билан боғлиқ тиббий, ижтимоий ва иқтисодий талофатларни кескин камайтиради. Ёки ноинфекцион касалликлар тажрибасида бу, ўзининг илмий исботини топган йўналишдир [22; 23; 25].

ЎС эпидемияси хавфига оид, хусусан, катта замонавий тадқиқотларнинг шарҳи асосида, муҳим қуйидаги маълумотни келтиришган: ҳозирги даврда дунёнинг 30 мамлактида сил бўйича номақбул эпидемиологик вазиятни дунё миқёсида таққосланганда 87% ни концентрланган ёки сил ўчоқлари хавфи айнан шу мамлакатлар аҳолисида юқорилиги тасдиқланади [48].

Бундай вазиятни келиб чиқишининг негизи –дорилар танловидаги номувофиқликлар сабабли келиб чиққан препаратларга микроорганизмларнинг адаптацияланиши ва резистентлик шаклланиши бўлиб ҳисобланади. “Сил таёқчалари мавжуд фармакологик таъсир этиш усулларига сифатли қарши тура олишга «ўрганишган». ЖССТ *m. tuberculosis* га мана

шунга йўл қўйиб берилса инсоният силдан касалланиш ва ўлимни камайтиришга эриша олмайди” деб баёнот берган [125].

Ўпка силида коморбид касаллик сифатида аксарият ҚД қайд қилинади ва шундан келиб чиқиб, илмий манбаларга “таҳлилий кўз билан” назар ташланса, маълум бўладики, ушбу касалликка боғлиқ эпидемиологик вазият ҳам ЎС каби хавф туғдиради. Мавжудадабиётларда, келажакда ўпка силида ҚД коморбидлиги янада ортиб бориши мумкин деб хулоса чиқаришга асослар пайдо бўлган [81; 112].

Хусусан, мавжуд тадқиқотлар натижаларининг кўрсатишича, қандли диабетнинг чин тарқалиш частотаси диспансер ҳисоби рўйхатида турадиганлар сонидан бир неча марта кўп бўлиб ҳисобланади [107].

Амалиётда ҚД ни эпидемиологик мониторингини тўла ҳажмда олиб боришни таъминланмайди ва бунинг оқибатида тадқиқотчилар исботли тасдиқлашганки, касалликнинг асоратлари бўлган кўп сонли беморлар кечки босқичларда аниқланади ва натижада, уларнинг профилактикаси ва даволаш самарасининг кескин пасайишига олиб келади [55].

Охиргийилларда бажарилган деярли барча тадқиқотларда, таҳлил натижаларига асосланиб, қиёсан олганда ушбу мавзу кенг қамровли ва муаммолиги кўрсатилиб олдинга сурилган. Келтирилган яқдил хулосага кўра, шикоятлар билан ўпка силини даволаш бўйича тиббий муассасаларга мурожаат қилиш, ташҳислаш айниқса коморбид фонда ва жумладан ҚД2ЎСқ бўйича долзарб муаммо бўлиб қолишда давом этмоқда [12; 21; 60].

Қандли диабетни айниқса унинг 2-турини замонавий хавфи яна шундаки 59% дан ортиқ беморлар ўзларининг ташҳисини билишмайди ва демак, профилактика дастурларида қатнашишмайди ва даволанишмайди. Бу оғир томирли асоратларга, шу жумладан айниқса коморбид фонда ёки ўпка силида юқори кўрсаткичлар билан ўлимга олиб келади [27].

Шу боис эпидемиологик текширувларга эҳтиёж ва зарурат туғилган, ҳамда уларни амалга ошириш бошланган. Бундай тадқиқотлар касалликнинг чин тарқалиш частотаси бўйича маълумот бериб қандли диабет ҳақида аниқ

эпидемиологик тасаввурни ҳосил қилади ва/ёки аксарият тадқиқотчилар шу мазмундаги хулосаларни тасдиқлаб кўрсатишган [28; 64; 81;104].

Россияда қандли диабетга оид энг йирик биринчи эпидемиологик текширув NATION (Evaluation of T2D prevalence in Russian Adult population disease registry) амалга оширилган. Унда Россиянинг 63 та ҳудудидаги 20 ёшдан 79 ёшгача бўлган 26620 та аҳоли иштирок этган [27].

Бу текширувда қандли диабетнинг 2-тури ва предиабет бўйича аниқ тарқалиш частоталари тасдиқланган ҳамда қуйидаги хулосалар шакллантирилган: 1) 6,5 млн қандли диабетнинг 2- тури қайд этилган аҳоли ва 23,7млн предиабетли аҳоли борлиги тасдиқланган; 2) 54% аҳоли касаллик борлигини билишмаган; 3) 19.3% иштирокчида предиабет аниқланган ва буни бирорта текширилганлар билишмаган; 4)ҚД 2 нинг юқори даражада тарқалиши қуйидаги хавф омилларига боғлиқ бўлган – ёш, ОТВ, АТнинг мавжудлиги ва ҚД -2 га ирсий мойилликнинг мавжудлиги [64; 82].

Халқаро диабет Федерацияси (ХДФ) маълумотлари бўйича айрим йилларда ҚД2 ва унинг асоратларидан 5 млн киши вафот этган ёки бу дегани, ҳар 6 сонияда ҚД билан битта бемор вафот этади [93].

Бундан ташқари, ҚД – барча мамлакатларнинг соғлиқни сақлаш тизимига жуда катта иқтисодий зарар келтиради. Кўпчилик мамлакатларда ҚД билан касалланган беморларни даволашга мамлакатнинг соғлиқни сақлашга ажратилган молиявий- бюджет маблағининг 5% дан 25% гача улуши сарфланади.

АҚШда ушбу касалликни даволашга кетадиган сарф– харажатлар 320млрд долларни Хитой ва Германияда -51 ва 35 млрд долларни, Россияда бўлса – 14 млрд АҚШ долларини ташкил этади [93].

Буларни ҳисобга олиб ЖССТ ҳар бир мамлакат учун “Қандли диабет бўйича глобал маърузаси” ни (216) тақдим этган, унда ҚД ни эрта аниқлаш уни популяция ва индивидуал даражадаги профилактикасини ишлаб чиқиш, ҳамда амалётга босқичма- босқич киритиб бориш кўзда тутилган.

Ўпка сили кўпинча бошқа ўпка касалликларига қўшилган ҳолда келиб чиқади ва давом этади. Ўпка касалликлари (ЎСОК, пневмония, бронхитлар, грипп, ЎРИ) сил касаллиги ривожини учун хавф омили сифатида тасдиқланган.

Россиянинг Курск вилоятида бажарилган тадқиқот мисолида буни кўриш мумкин. Умуман муаллиф исботли тасдиқлаб кўрсатадики, вилоятда “Саломатлик” Миллий давлат скрининг текширув дастури лойиҳаси амалга оширилади ва шунинг ҳисобига охириги 3 йилда аҳоли орасида касалланиш йилига 3,5% -2,6%га камайишда давом этган. Энг юқори касалланиш нафас аъзоларида (НАК) бўлган ва уларни аниқлаш частоталари юрак қон-томир касалликларидан ҳам юқори бўлган.

Профилактик кўрув пайтида 800 та ўпка сили билан бемор аниқланган ва 3 йил ичида поликлиникада ёрдам сўраб келганлар орасидан 573 та фаол ўпка сили аниқланган. Фаол “Ўпка сили +ЎСОК” – 6,48%, «ЎС +ЮҚК» -5,35%, «ЎС+ ошқозон яра касаллиги» -3,08% ва «ЎС+ҚД2» коморбидлиги – 2,76% тарқалиш частотасида тасдиқланган [41].

Демак, тадқиқот натижалари бўйича нафас аъзолари касалликлари биринчи ўринда, бошқа юқумли бўлмаган касалликлар ва шу жумладан қандли диабетнинг 2- тури ҳам ўпка сили учун етакчилик қилувчи хавф омиллари бўлиб қолмоқда.

ЖССТ нинг берган маълумотлари бўйича, юқумли ва юқумли бўлмаган касалликлар, жумладан, қандли диабетнинг 2- турига қўшилиб келувчи ўпка сили муаммоси, пайдо бўлган ва бу ҚД2ЎСқ бутун дунё соғлиғига таҳдид солишда давом қилаётган касаллик сифатида тан олинмоқда [126]. Ўпка сили ўлимнинг 10та етакчи сабабларидан бирига киради, йилига ўртача 10,4 млн ўпка силининг янги ҳолатлари аниқланади ва 1,03 млн аҳоли у туфайли вафот этади [105;113;116].

Силга қарши ишларнинг иқтисодий ва ҳудудий кўрсаткичларини таҳлил қилиб ўрганган.

Улар берган маълумотларга қараганда ўпка сили билан касалланиш дунё бўйича охириги 16 йилда 18% га камайган (йилига 1% дан ортиқ), ўлим эса 37%

ни ташкил этган. Келтирилган маълумотлар ЖССТ ҳисоботида тасдиқланади [125].

Россия Федерациясида шу йиллар мобайнида ўпка сили билан касалланганлар 41% га камайиб ҳар 100 минг аҳолига 53,5 тани ташкил этган, ундан ўлим эса -22,6 тадан (2005й.) 100 минг аҳолига 7,8 тагача тўғри келиб, 2016 йилда камайган ёки камайиш 65,5% ташкил этган [56].

Турли йилларда ўпка силининг коморбидлик фонида кечиши ўрганилган ва баҳоланган.

Уларнинг адабий таҳлиллари тасдиқлашча, турли юқумли ва юқумли бўлмаган касалликлар, хусусан, бир вақтда қандли диабетнинг 2-тури, ҳамда ўпка силини ўрганиш замонавий фтизиатриянинг ва эндокринологиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади [6; 42; 43].

Қандли диабетнинг 2-тури ўпка силининг, кучли хавф омили бўлиб касалликнинг кечишини янада оғирлаштирувчи аҳолида коморбид патология сифатида оғир ўтишига олиб келади ва бундан ташқари дори- дармонлар самарасини пасайтириб негатив “хизмат кўрсатади”. Мавжуд бўлган қандли диабетнинг 2- турига қўшилиб келувчи касаллик тарзидаги ўпка силига бағишланган касалликнинг кечиши ва даволаш самародорлиги бўйича олинган илмий натижалар ўзаро зид. Шунинг учун ҳам замонавий тадқиқотларда кўрсатилишича, манашу йўналишда олиб бориладиган илмий тадқиқотлар ўта долзарб масала ва амалий тиббиёт учун зарурати юқори бўлиб ҳисобланади [94;98; 100;].

Ўпка силини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини ўрганилган ва баҳоланган.

Улардан кўринадики, ўпка силини ушбу даволаш йўли билан даволаш- мураккаб вазифа. Чунки ўпка силининг шундай даволаш тури талаб қилинадиган шаклларида ва унга боғлиқ коморбид фон (масалан, қандли диабетнинг 2- тури) кузатилганда, силнинг кенг тарқалганлиги ва беморни ўзининг функционал имкониятлари чекланганлиги туфайли радикал,

резекцияли жарроҳлик имкониятлари, ушбу клиник вазиятда, чегараланган бўлади [10; 11; 65; 44].

Таҳлил қилинган манбалар ўпка силини, айниқса унинг юқумли бўлмаган касалликлар ва қандли диабетнинг 2-тури билан коморбидлигида, синчковлик билан скринингли барвақт ташҳислаш ва даволаш йўллари излаб топиш зарурлигини тасдиқлайди ва ёки буни талаб қилади.

Бундан ташқари адабиётлар таҳлили яна шуни тасдиқлайдики, кўп йиллар давомида ҳар битта силга қарши препаратни амалиётга киритилиши билан сил микобактериясини дориларга чидамли турлари томонидан чақирилган ўпка силининг “босқинчилиги” ортган. Ҳозирги пайтда микобактериянинг бу турини 50,0% дан ортиғи дориларга резистентлидир (изониазид, рифампицинга, асосий қатор препаратларга ва резерв қаторидаги 2-3та препаратларга). Бунинг сабаби адекват даражада бўлмаган даволаш ва ёки тиббий назоратни жойлардаги тиббий муассасаларида қониқарсизлиги ҳисобланади [15].

Аҳолининг барча қатламларида, жумладан, болалар ва ўсмирларда ҳам ўпка силини аниқлаш ва даволаш муаммолари, ҳозирги дунёда сил бўйича оғир эпидемик вазият шароитида, долзарблашмоқда, Адабий манбаларда яқдил кўзга ташланадиган истиқболли мавзу, бу превентив профилактик фтизиатрия йўналишини ишлаб чиқиш ва такомиллаштириб боришдир [49;6;62], ёки айнан шундай стратегияни фаол киритилиши, биринчидан даволашга киритилган инновациялар самарасини оширади ва иккинчидан, ўпка силининг хавфли асоратларининг 50% дан ортиқ олди олинисига олиб келади. Бу жараёнларда, коморбид касалликлар орасида, қандли диабет алоҳида ўрин тутади ва уни ҳар бир ўпка сили билан беморда ҳисобга олиш зарур бўлади [67;119].

Қандли диабетнинг 2- тури билан касалланган беморларда ўпка силини барвақт аниқлаш йўналишида янги технологияларни излаб топиш ва амалиётга жорий қилиш, бир томондан, жуда хавфли инфекция манбаини – сил микобактерияси ажратиб юрувчи беморларни камайишини таъминлаб

берса, иккинчи томондан эса силга нисбатан хавф гуруҳларида самарали профилактикага табақали ёндашувни тизимлаштиришга хизмат қилади.

Аксарият тадқиқотларда бундай “скринингли-ўпка сили профилактикаси” тизимини болалар ва ўсмирларда қуйидагича схемада амалга оширилиши тавсия қилинган [61; 62; 67]: соғлом аҳоли орасида оммавий текширув тадбирларини ўтказиш → ўпка сили бўйича хавф гуруҳларида режали текширувларни ўтказиш → клиник –рентгенологик ўпка силига ўхшаш беморларни текшириш → режали текширув тадбирларини бажариш-ҳар йиллик оммавий туберкулин ташҳисотини соғлом аҳоли орасида ўтказиш→ тиббий-биологик ва ижтимоий хавф омиллари билан поликлиника кузатувидаги аҳолини текшириш → 15 ёшдан бошлаб флюорографик текширувларни ўтказиш → клиник босқичигача бўлган даврда (симптомли ва камсимптомли шакллари) ўпка силини коморбидлик (ҚД2) билан эрта аниқлашни таъминлаш → ушбу тадбирлар натижалари бўйича хавф гуруҳларини шакллантириш [49].

Ўпка сили коморбидлигида, хусусан, қандли диабетнинг 2- тури билан кечишида, даволаш ва профилактикадаги инновациялар ўзларининг ўхшашларидан самарадорликнинг ошганлиги билан ажралиб туриши керак, замонавий эпидемиологик вазиятдан келиб чиқиб рандомизирланган клиник текширувларда тасдиқланган бўлиши лозим. Инновацион тавсиялар ҳозирги даврда мавжуд бўлган силга қарши препаратлар арсеналини, сил микобактериясининг уларга резистентлигини келиб чиқиш механизмларини ва сил таёқчаларига дорили резистентликни тарқалганлигининг замонавий худудий-эпидемиологик кўрсаткичларини ҳисобга олган бўлиши керак [62].

Дунёда ва жумладан, Ўзбекистонда ҳам қандли диабетни сўнгги 20 йилда кескин кўпайиб бораётганлиги ватандош тадқиқотчиларимиз томонидан ҳам тасдиқланмоқда. Унинг ўткир ва сурункали асоратларининг энг асосий сабаблари/омиллари сифатида эпидемиологик, ирсий ва клиник маркёрлар ҳақидаги маълумотларни қандли диабетнинг 2- турида етарлича эмаслиги ёки умуман йўқлиги билан тушунтирилади [67].

Айнан шу йўналишдаги ёки мавзудаги ишлар, хусусан, қандли диабетнинг 2-тури бўлган аҳолида ўпка силининг эпидемиологияси, клиник кечиши ва профилактикасининг инновацион технологияларини ишлаб чиқиш фан ва амалиёт учун устувор ҳамда салоҳиятли, тиббий-иқтисодий ва ижтимоий-миллий аҳамияти бўйича ўта долзарб масала ҳисобланади.

§1.4. Боб резюмеси.

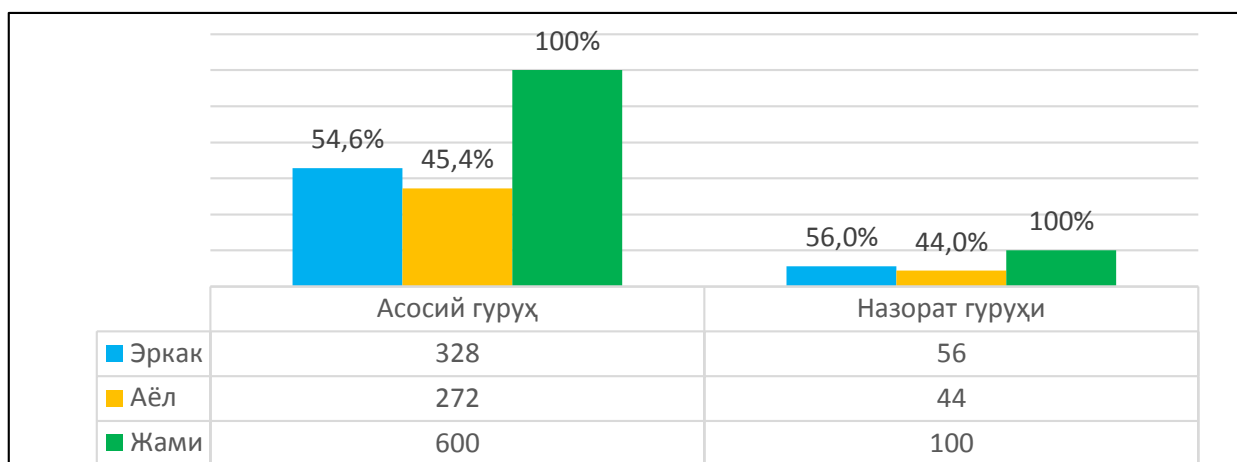
Шундай қилиб, адабиётлар шарҳидан келиб чиқадики, қандли диабет билан алоҳида ўпка силининг барча масалалари, превентив фтизиатрия ғоясига устуворлик берилиб индивидуал тарзда ечиб берилса, мақсадга мувофиқ бўлади. Коморбидлик фонида, энг аввало ҚД2- турига қўшилиб келиб чиқувчи ва кечувчи ўпка силида даволаш самарасини етарлича эмаслигида, терапевтик муваффақиятсизлик сабаби профилактик тиббиёт нуқтаи назаридан кўриб чиқилиб аниқланиши керак ва хавф омилларини ҳисобга олиб даволаш тактикасини танлаш лозим. Силга қарши даво режимини ёки унинг ташкилий шаклларининг режимини – хавф омилларини ўзгартиришга қаратилиб, профилактикаси хусусиятларини сўзсиз ҳисобга олган ҳолда такомиллаштириш ҳам илмий, ҳам амалий салоҳият касб этади ҳамда шу билан бирга, адабиётлар шарҳидан маълум бўладики, ечилмаган илмий йўналиш бўлиб ҳисобланади.

II. БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЎПКА СИЛИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ЙЎЛЛАРИНИ ЎРГАНИШНИНГ. МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАРИ

§2.1. Тадқиқотга жалб қилинган популяциянинг клиник- эпидемиологик тавсифи.

Тадқиқот иши Андижон вилоят фтизиатрия шифохонаси шароитида 2022-2023 йиллар мобайнида даволанган 18 ёшдан 90 ёшгача бўлган ўпка сили мавжуд диабетли 600 нафар беморлар популяциясида олиб борилди: Назорат гуруҳининг 100 нафар пациенти сил касаллиги бор, қандли диабетли бўлмаган популяциядан иборат бўлган. Улардан асосий гуруҳга кирганларнинг 328 тасини (54,7%) эркеклар ва 272 тасини (45,3%) аёллар ташкил этади. Назорат гуруҳидагиларнинг 56 таси(56%) эркеклар ва 44 тасини (44%) аёллар ташкил этди. Тадқиқотга жалб этилган беморлар популяцияси асосий ва назорат гуруҳларида ёш кўрсаткичлари бўйича қуйидагича тавсифланди: мос равишда 18-29 ёшда – 20 нафар (3,3%) ва 20 нафар (20,0%), 30-33 ёшлилар -31 киши (5,17%) ва 17 киши (17%), 40-49 ёшда-100 нафар (16,67%) ва 12нафар (12%), 50-59 ёшда-197киши (32,83%) ва 26 киши (26,0%), 60-69 да -187киши (31,27%) ва 16 киши (16%), 70-79 ёшда-59 (9,84%) ва 7 киши (7,0%), 80-89 ёшда -5 нафар (0,83%) ва 2 нафар (20%), ≥ 90 ёшлилар – 1 пациент (0,17%) ва 00 (0,0%) дан иборат бўлди.

Тадқиқотга жалб қилинган беморлар популяцияси тўғрисидаги маълумотларнинг клиник –эпидемиологик тавсифи 2.1 расм ва 2.1 жадвалларда келтирилган. Худди шундай тавсифлар жинси ва тана вазнига кўра(2.2- жадвал ва2.2- расм), ёш антропометрик кўрсаткичлар (2.3- жадвал ва 2.3-расмлар) ҳам келгуси жадвал ва рақамларда тақдим қилинган.



2.1-расм. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг жинсига кўра клиник-эпидемиологик тавсифи

2.1-жадвал

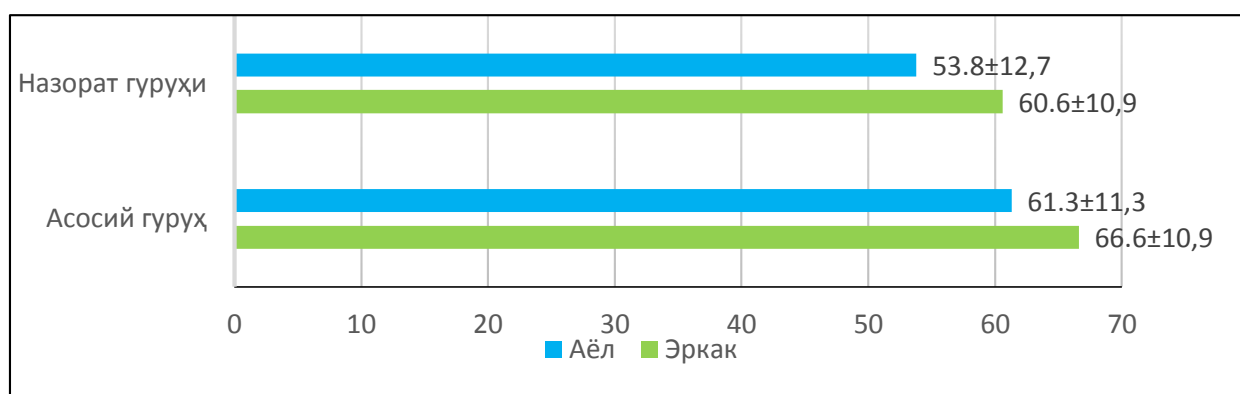
Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг жинси ва ёшига кўра клиник-эпидемиологик тавсифи (ёш, $M \pm SD$)

Гуруҳлар	Жинси	N	Min-max	$M \pm SD$
Асосий гуруҳ	Эркак	328	13-97	$55,8 \pm 12,4$
	Аёл	272	19-81	$57,0 \pm 11,5$
Назорат гуруҳи	Эркак	56	20-76	$48,0 \pm 14,4$
	Аёл	44	18-85	$46,9 \pm 19,7$

2.2-жадвал

Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг жинси ва тана вазнига кўра клиник-эпидемиологик тавсифи (кг, $M \pm SD$)

Гуруҳлар	Жинси	N	Min-max	$M \pm SD$
Асосий гуруҳ	Эркак	328	33-99	$66,6 \pm 10,9$
	Аёл	272	37-110	$61,3 \pm 11,3$
Назорат гуруҳи	Эркак	56	46-82	$60,6 \pm 8,03$
	Аёл	44	37-90	$53,8 \pm 12,7$



Изоҳ: *Асосий гуруҳга сил касаллиги бор қандли диабетли беморлар; назорат гуруҳига сил касаллиги бор, қандли диабетли бўлмаган беморлар киритилган.

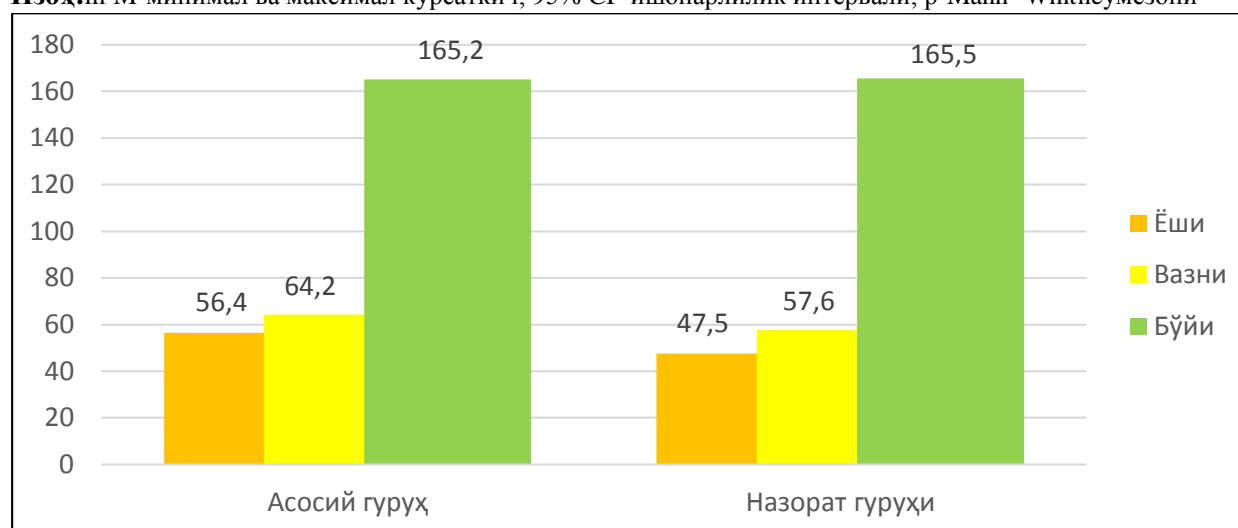
2.2-расм. Тадқиқотга жалб қилинган популяциянинг тана вазнига кўра тавсифи

2.3-жадвал

Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг ёши ва антропометрик кўрсаткичларига кўра фарқланиш даражаси (икки мустақил танлов учун t-мезон)

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ, (n=600)		Назорат гуруҳи (n=100)		95% CI		p
	m-M	M±SD	m-M	M±SD	Қуйи	Юқори	
Ёши	33-97	56,4±12,0	18-85	47,5±16,8	-12,3	-5,34	<0,001
Бўйи	150-188	165,2±10,3	146-188	165,5±9,26	-1,67	2,34	<0,001
Вазни	33-110	64,2±11,5	37-90	57,6±10,8	-8,93	-4,25	<0,001

Изоҳ: m-M-минимал ва максимал кўрсаткич; 95% CI- ишонарлилик интервали; p-Mann-Whitney мезони

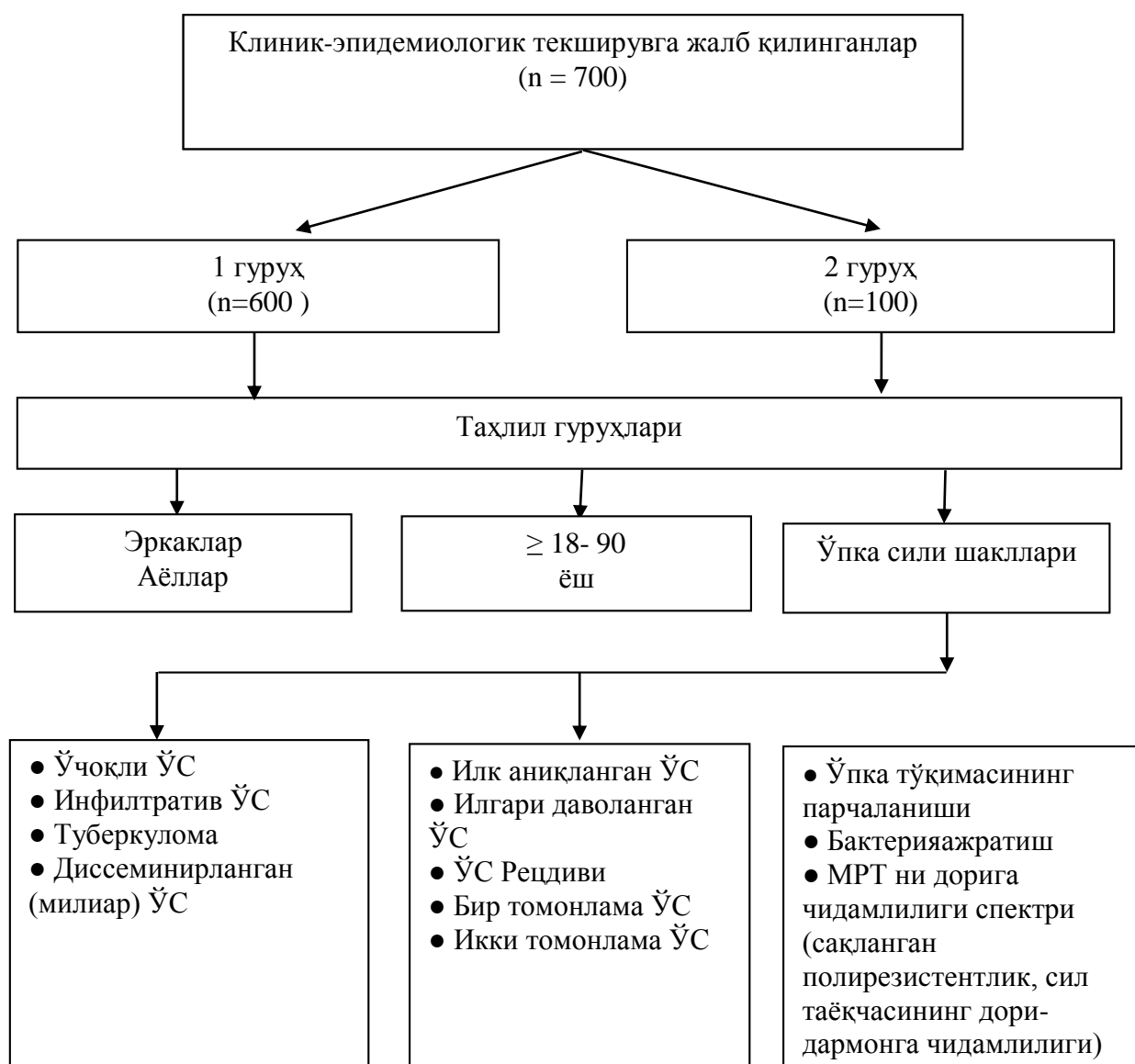


2.3-расм. Тадқиқотга жалб этилган популяцияни ёши ва антропометрик кўрсаткичлари бўйича клиник-эпидемиологик тавсифи

Асосий гуруҳ беморларига шифохонада даволаниш жараёнида ўпка силининг стандарт давоси билан бир вақтда қандли диабетга қарши даво ҳам ўтказилган. Ретроспектив скрининг тадқиқот давомида текширувдан истисно қилишга асос бўлган ҳолатлар ҳисобга олинди: орттирилган иммун танқислиги вируси инфекциясининг мавжудлиги; юракқон-томир, респиратор, нефрологик, хомиладорлик, наркомания, онкологик касалликлар, ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликлари қайталаниш босқичларида, диабетдан бошқа эндокрин касалликлар. Ушбу ҳолатлар ёки касалликлар текширув гуруҳидан чиқариш учун мезон сифатида қўлланилди. Текширув объекти бошқа тадқиқотларда жалб қилинмаган.

Тадқиқот дизайни бўйича ретроспектив, аналитик бир вақтли когорт текширув ҳисобланади. Фойдаланилган объектлар-қандли диабет билан

касаланган аҳолида ўпка сили бўлган беморлар популяциясининг репрезентатив гуруҳидан иборат. Эпидемиологик тадқиқотнинг қўлланиладиган турини танлаб олишда исботлилиқнинг ишончлилигини (Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV) ва тавсияларнинг ишончлилиқ даражаларини (A,B,C,D) баҳолашнинг рейтингли схемаларидан фойдаланилди. Ушбу мезонларга кўра бажарилган текширув илмий тадқиқотларда қўлланилиши учун ЖССТ даражалари/мезонлари бўйича мос келади [124].



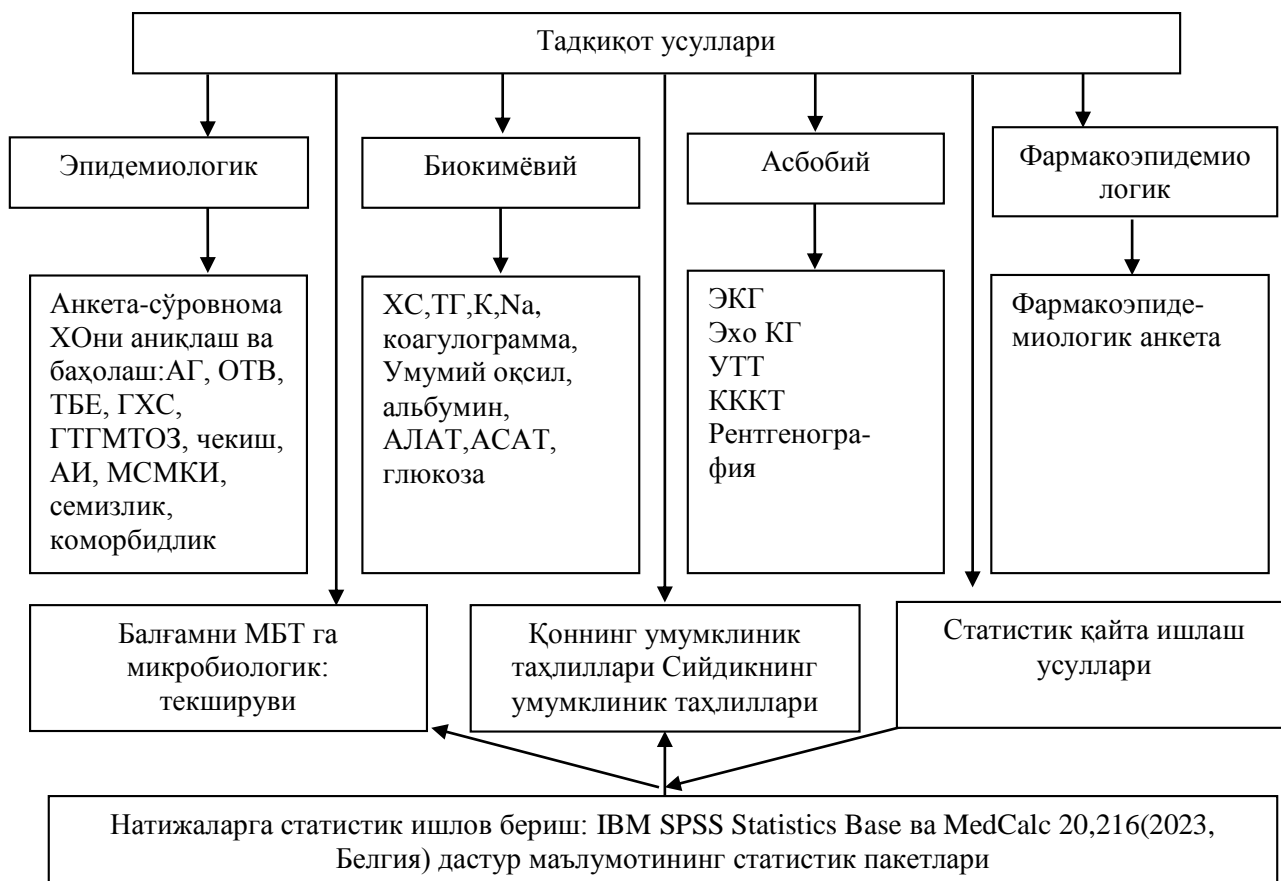
2.4-расм. Тадқиқотгуруҳларининг умумий клиник-эпидемиологик тавсифи

ЎС аниқланган беморлар популяцияси 1- ва 2 - гуруҳларга – қандли диабет кўшилиб келиши бор популяция (ҚД2ЎСқ) ва қандли диабетга ўпка силнинг кўшилиб келиши йўқ популяция (ҚД2ЎСқй) дан иборат бўлиб,

иккала гуруҳда клиник эпидемиологик кўрсаткичлар таҳлил қилинди.(2.4-расм).

§ 2.2. Эпидемиологик, лаборатор, асбобий, клиник ва радиологик текшириш усуллари.

Шифохона (вилоят фтизиатрия марказлари бўлим ва поликлиникалари) тиббий ҳужжатлари (касаллик тарихи, тиббий карталар) бўйича дастлаб барча бемор-популяцияларини шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал (объектив статус) кўрикда клиник–эпидемиологик ҳолати ўрганилди ва баҳоланди. Шифохонага келган вақтида тана ҳарорати ($M \pm M, \%$), балғамли йўтал (0.0%), нафас қисилиши – диспноэ (0.0%), кўкрак қафасидаги оғрик (0.0% да), продуктив (самарали), ва нопродуктив (самарасиз) йўтал (п, М,т,б, Мин, Мах) таҳлил қилинди.



2.5-расм. Тадқиқотнинг умумий тавсифи

Барча популяция-беморларида эпидемиологик (сўровномали), умумклиник, биокимёвий, асбобли, фармакоэпидемиологик, микробиологик ва статистик қайта ишлаш усуллари қўлланилди (2.5-расм).

Эпидемиологик текширув усуллари. Барча текширувга жалб қилинган беморлар популяциясида “Скрининг - сўровнома”анкетаси ёрдамида таҳлил қилиниб ўрганилди. Сўровнома ЎзРССВ томонидан тасдиқланиб, скрининг текширувлар учун қўлланишга тавсия этилган, 378 та саволдан таркиб топган. Анкета бўйича хавф омиллари аниқланди ва баҳоланди: 1) чекиш-кунига 1 дона сигарет ёки носвой чекиш эпизоди аниқланганда ушбу омил мавжуд деб қабул қилинди; 2) ирсий мойиллик ота ва оналарда ёки қариндош уруғларда сил билан касалланиш ва унинг асоратлари бўлганда ушбу хавф омили (ХО) эътироф этилди; 3) алкоголь истеъмоли – популяция-беморда, қачонки ойда бир марта спиртли ичимликлар ичиш эпизоди тасдиқланганда, ушбу ҳолат ХО деб қабул қилинди; 4) гиподинамия-популяция-бемор ҳафтада 2 соатдан кам жисмоний меҳнат ёки жисмоний тарбия билан шуғулланганда ушбу ХО мавжуд деб қабул қилинди.5) мева ва сабзавотларни меъеридан кам истеъмол қилиш (МСМКИ) - популяция беморида кунига 400 г. дан кам миқдорда мева ва сабзавот маҳсулотларини истеъмол қилиш одати аниқланганда ушбу омил хавф омили сифатида қабул қилинди; 6) паспорт малумотлари, шахсий ва оилавий анамнез маълумотлари, бошдан ўтказган касалликлари, дори-дармонларни суъистемол қилиш одати ва юқумли инфекция ўчоқларида бўлганлик ҳақидаги ахборотлар; 7) коморбид касалликлар (қандли диабет ва бошқа эндокрин патологиялар, ички аъзолар касалликлари, ўткир инфекциялар) ва ятроген омиллар (нотўғри овқатланиш, носоғлом турмуш тарзи).

Ҳар бир омилни хавф омили деб қабул қилишда ЖССТ нинг ташҳисий мезонлари қўлланилди [124].

Биокимёвий текширув усуллари: Барча популяция-беморларда жигар ферментлари биокимёвий усулда аспаратаминотрансфераза(АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ),умумий, боғланган ва боғланмаган

билирубин, ишқорий фосфатаза(стандарт тўпламлари «Вектор Бест») текширилди.

Беморларнинг қон зардобдаги холестерин (ХС) ва триглицеридлар (ТГ), глюкоза, умумий оқсил, альбумин, калий, натрий концентрациялари ва коагулограмма кўрсаткичлари билан қарши диспансер лабораторияларининг техник имкониятларидан фойдаланиб аниқланди. Липидлар концентрацияси «Техникон АА2» (АҚШ) автоанализаторида ва микроэлементлар миқдори ААС -34 ва ААС-IN атом-абсорбция спектрометрларида атом ютилиши усули билан аниқланди. ХС $\geq 5,0$ ммоль/л, ТГ $\geq 1,7$ ммоль миқдори гиперхолестеринемия ва гипертриглицеридемия деб қабул қилинди. Гипернатриемия сифатида $Na \geq 148$ мэкв/л қиймати, гипокалиемия сифатида калийнинг $\leq 3,5$ мэкв/л миқдори ва гипокальциемия сифатида- кальцийнинг $\leq 2,2$ ммоль/л миқдори қабул қилинди.

Гликемияни баҳолашда АДА(American Diabetes Association,2015) ва ЖССТ (1999-2013) ташҳисот мезонлари қўлланилди:

2.4-жадвал

Гликемияни баҳолаш мезонлари

Аниқланиш вақти	Қонда глюкоза концентрацияси, ммоль/л
Меъёр	
Наҳорда	$< 5,6$
Қандли диабет	
Наҳорда	$\geq 6,1$
Глюкозага толерантликни бузилиши	
Наҳорда	$< 6,1$
Наҳорги гликемияни бузилиши	
Наҳорда	$>5,6$ ва $< 6,1$

Қондаги гликозилиланган гемоглобин (HbA_{1c}) аниқланди ва баҳоланди, унинг $\geq 6,5\%$ даражаси хавф омили ва ҚД2- турини ташҳислаш мезони сифатида қабул қилинди.

Бундан ташқари унинг концентрацияси ҚД2ЎСқ да даво турини танлашда баҳолашда фойдаланилди (фармокоэпидемиологик таҳлил қилишда).

2.5-жадвал

Асоратларни ёшга боғлиқлик кўрсаткичлари

	Ёш беморда	Ўрта ёш беморда	Кекса ёшдагиларда
Оғир даражадаги макротомирли асоратлар йўқ ва/ёки оғир гипогликемия хавфи мавжуд эмас	< 6,5%	<7,0%	<7,5%
Оғир даражадаги макротомирли асоратлар бор ва/ёки оғир гипогликемия хавфи мавжуд	<7,0%	<7,5%	<8,0%

Инструментал текширув усуллари. Беморларда эхокардиография (ЭхоКГ)- зарурат бўлганда, ЭКГ, кўп кесмали компьютер томографияси (КККТ) (зарурат бўйича), ультратовуш текшируви (УТТ) ва кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси клиник амалиётда қабул қилинган ва қўлланиладиган усуллар билан ўтказилди. Антропометрик ўлчовлар бажарилди: семезлик, ортиқча тана вазни (ОТВ), тана вазни етишмаслиги (ТВЕ). ЖССТ мезонлари бўйича Кетле индекси(кг/м²) қийматида қуйидагича баҳоланди (ҳар популяция-беморда).

2.6-жадвал

Антропометрик кўрсаткичлар

Кўрсаткичлар	Қиймат, кг/м ²
Вазн етишмовчилиги	< 18,5
Меъёрий вазн	18,5-24,9
Ортиқча тана вазни	25-29,9
Семизлик	30

Артериал босимни(АБ) ўлчаш ва баҳолашда ЖССТ экспертлари ишлаб чиққан тавсиялар Россия Федерациясининг артериал гипертония бўйича кардиология илмий жамияти экспертлари маърузаси тавсияларидан (иккинчи қайта нашри, 2004) фойдаланилди (мм.сим.уст. да) АБ: систолик АБ ≤ 139 ; диастолик АБ ≤ 89 , артериал гипертония (АГ) – САБ ≥ 140 ; ДАБ ≥ 90 мм.сим.уст. “АГ + ҚД” да – САБ >140 ; ДАБ > 85 мм.сим.уст. (ESC, 2013).

Микробиологик текширувлар ва фармокоэпидемиологик таҳлил усуллари. Ҳар бир беморда микробиологик текширув бажарилди: люминесцентли микроскопия усули билан МБТ га балғам таҳлили, сил таёқчаларини суюқ ва қаттиқ озуқа муҳитларига экиш динамикада бажарилди ва кузатилди.

Ҳар бир ЎС ва ҚД2ЎСқ билан беморларда даволаш жараёни махсус “Фармакоэпидемиологик сўровнома-анкета” қўлланилиб ўрганилди ва баҳоланди. Силга қарши диспансер шифохонаси ва поликлиникасида олиб борилган касаллик тарихи ва тиббий картадан маълумотларни нусхалаш орқали “лаҳзали кесма” усули бўйича ретроспектив фармакоэпидемиологик тадқиқот бажарилди. Бундай илмий ёндашув ватандош тадқиқотчилар томонидан кенг қўлланилади ва тавсия қилинади.

Қон ва сийдикни умумклиник таҳлиллари. Лаборатор текширув усуллари қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлилларини ўрганишни ўз ичига олади, уларда қуйидагилар аниқланди ва ўрганилди: эритроцитларнинг миқдори(RBC), гемоглобин(HBG), ранг кўрсаткич, гематокрит(НСТ), лейкоцитлар миқдори (WBC), лейкоцитар формула, нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар, лимфоцитлар, моноцитлар, плазмоцитлар, ЭЧТ, сийдикнинг нисбий зичлиги, сийдикда оқсиллар миқдори, сийдик тўқимасида лейкоцитлар ва эритроцитлар, бактериялар, ўринли ва эпителиал хужайраларни аниқланди.

Ўпка сили комплекс текширувга асосланиб ташхисланди, қандли диабет ташхиси-НбА,С ($\geq 6,5\%$) ва қон зардобадаги глюкозанинг наҳорги даражасининг ($\geq 6,1$ ммоль/л) натижаларига асосланиб шакллантирилди.

§2.3. Статистик қайта ишлаш усуллари

Олинган маълумотларни статистик қайта ишлаш MateBook D14 “HUAWEI” персонал компютерида Windows 10 дастурий таъминотида IBM SPSS Statistics Base (<https://www.ibm.com/spss>) статистик пакетлар мажмуасининг проприетар лицензияга эга 23,0 талқинида (2020 й) ва MedCalc 20,216 (MedCalc Software Ltd, 2023, Белгия) биотиббий тадқиқотлар учун дастурий таъминотнинг статистик пакетлари ёрдамида амалга оширилди. (https://www.medcalc.org/calc/relative_risk.php). Жами бўлиб таҳлил учун ҳар бири 227 тадан ўзгарувчан кўрсаткичларга (variables) эга бўлган 700 та респондентнинг кузатув натижалари танлаб олинган. Маълумотлар таҳлилининг дастлабки босқичида барча маълумотлар Гаусснинг меъёрий тақсимот қонунига мувофиқ номинал курсаткичлар истисно қилинган ҳолда барча рақамли кўрсаткичлар текширилганда (Колмогоров- Смирнов ва Шапиро-Уилк тести), 167 та кўрсаткичдан фақат 2 таси меърий тақсимот қонунига мос келди, шунга кўра кейинги ҳисоботлар учун нопараметрик статистика усулларида фойдаланишга қарор қилинди.

Миқдорий белгиларнинг меърий тақсимланиш эҳтимоли Колмогоров-Смирнов мезонлари ёрдамида текширилди:

$$D_n = \sup_x |F_n(x) - F(x)|;$$

бу ерда \sup_x -аниқюқори чегара, F_n - *ўрганилаётган жамланманинг тақсимланиш* функцияси, $F(x)$ — *меъёрий тақсимланиш* функцияси ва W - Shapiro-Wilk мезони:

$$W = B^2/S^2$$

Бу ерда S^2 - танламанинг ўртача арифметик қийматдан квадратик оғиш кўрсаткичлари йиғиндиси:

$$S^2 = \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 ;$$

B^2 -қуйидаги формула орқали аниқланади:

$$B^2 = \left[\sum_1^{n/2} a_i (x_{n-i+1} - x_i) \right]^2$$

Бу ерда i – вариацион қатордаги элемент рақами.

Қуйидаги нопараметрик статистика усуллари дан фойдаланилди:

1. Наследов А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональной статистический анализ данных/ Практическое руководство. Издательский дом «Питер», 2012. ISBN:15496001072.- 416с.

2. Dowds S.P., SalKind M.J. (n.d). Study guide for education to accompany SalKind and Frey’s Statistics for people who (think they) hate statistics, 7 edition, Neil J. SalKind, Bruce B. Frey.

3. SalKind N.J. (2014) Statistics for people who (think they) hate statistics. Statistics for people who (THINK HATE STATISTICS).

1. Дескриптив (тавсифловчи) таҳлил.

2. Олинган йиғиндиларнинг тақсимланиш қонуниятларини аниқлаш учун Колмогоров-Смирнов мезонларидан фойдаланилди.

3. Иккита мустақил йиғинди намуналарининг миқдорий ўлчанган бирор-бир белгиси ўртасидаги фарқни баҳолаш учун Манн-Уитни (U) статистик мезонидан фойдаланилди.

4. Иккита йиғиндилар ўртасидаги миқдорий белгини жуфт ёки мустақил ўлчовлари ўртасидаги фарқни текшириш учун Уилкоксоннинг t-мезонидан фойдаланилди.

5. Тадқиқот гуруҳларида фарқланишларнинг аҳамиятлилик даражаси Р-тақсимланишга асосланган Клоппер-Пирсоннинг биноминал “аниқ” усулида 95% ли ишонччилик интервали (CI) оралиғида амалга оширилди.

6. Муайян омилнинг таъсир доирасини баҳолаш учун нисбий хавф (RR) курсаткичидан фойдаланилди.

7. Сифатий белгилар ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш учун сифатий белгилар узвийлигининг тетракорик коэффициентини (Пирсоннинг χ^2 -мезони)

тўрт майдонли жадвал ёрдамида ҳисоблаб чиқилди. Жадвал ёрдамида олинган натижаларни аниқлаштиришда Йейтс узлуксизлик тузатмасидан фойдаланилади.

8. Бир танланма ичида ўрганилган икки ва ундан ортиқ ўзгарувчан кўрсаткичларнинг ўзаро боғлиқлигини текшириш учун Спирменнинг γ -корреляция коэффициентидан фойдаланилди.

9. Гуруҳлар ичидаги хатоликлар эҳтимолини апостериор таҳлили учун Бонферрони тузатмаси қўлланилди.

10. Эҳтимоллиликнинг критик белгиси сифатида $p < 0,05$ қабул қилинди.

III БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЎПКА СИЛИНИНГ АНИҚЛАНИШ ЧАСТОТАСИ ВА КЛИНИК – ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

§ 3.1. Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силининг тарқалиш частотаси ва гендерли хусусиятлари

Қандли диабетнинг 2 – тури билан $\geq 16 - 90$ ёшли аҳоли популяциясида ўпка силининг (ўчоқли ўпка сили – ЎЎС, инфилтратив ўчоқли сил – ИЎС, туберкулома – ТМ, тарқалиб ифодаланган ўпка сили – ТЎС, фиброз – кавернозли ўпка сили – ФКЎС, казеозли пневмония шаклидаги ўпка сили – КПШЎС, ўпка силининг цирротик шакли – ЎСЦШ, ўпка тўқималарининг емирилиши билан ифодаланган ўпка сили – ЎТ_ЕЎС, микобактерияларнинг ажратилиши билан кечадиган ўпка сили – МЧБкЎС) эпидемиологик тавсифининг гендерли хусусиятлари (3,1 – жадвалда таҳлилий натижалар умлаштирилган) (иловада келтирилган) баён қилинган.

Асосий гуруҳ (ҚД₂ ЎС_к - қандли диабетга ўпка силининг кўшилиб келиши бўлган беморлар популяцияси) ва назорат гуруҳидаги (ҚД₂ ЎС_{кй} - қандли диабетсиз ўпка сили билан беморлар популяцияси) ва ўпка сили билан беморларда касалликнинг турли шакллари фарқланиб қуйидаги мос ҳолда қуйидаги тарқалиш частотаси билан аниқланади: ўчоқли ЎС – 2,83 % ва 1,0 % ($P > 0,05$, $\chi^2 = 0,535$, $RR = 2,33$, 95 % CI – 0,381 – 21,05).

Инфилтратив ЎС – 91,3% ва 77,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 16,94$, $RR = 1,305$, 95% CI = 1,152 – 1,478), туберкулома – 2,17% ва 0,00%, тарқалган ЎС – 1,83% ва 10,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 16,93$, $RR = 0,183$, 95% CI = 0,080 – 0,420), фиброз – каверноз ЎС – 3,83% ва 12,0% ($P < 0,001$, $\chi^2 = 10,38$, $RR = 0,319$; 95% CI = 0,164 – 0,621), казеозли пневмония – 0,33% ва 0,00%, ўпка силининг цирротик шакли – 0,50% ва 4,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 7,365$, $RR = 0,125$ 95% CI – 0,028 – 0,550), ўпка тўқимасининг емирилиши билан ифодаланган ЎС – 46,5% ва 62,0% ($P > 0,05$,

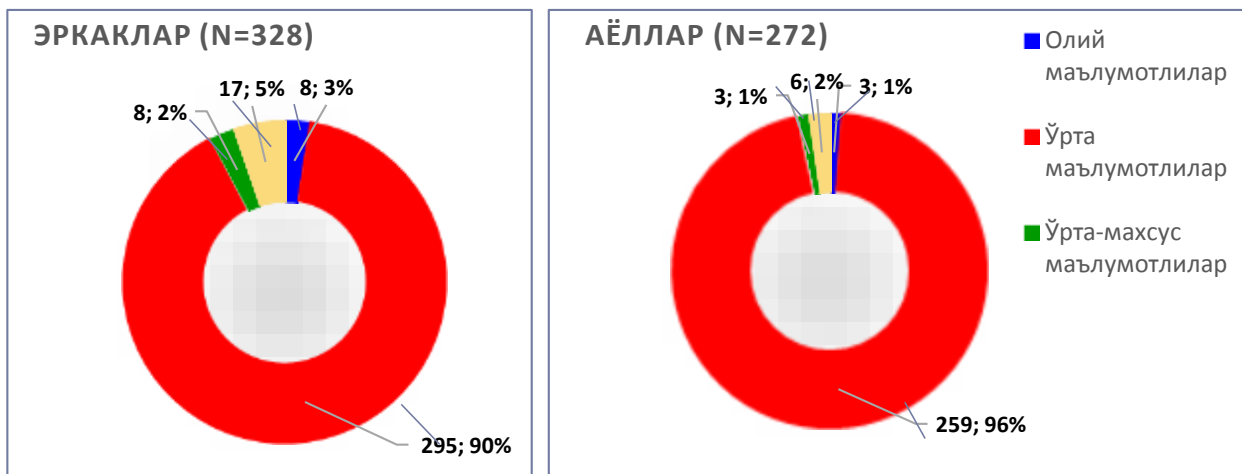
$\chi^2=7,634$, $RR=0,750$, 95% CI – 0,629 – 0,894) ва микобактерияларнинг чиқарилиши билан кечувчи ЎС 8,17% ва 10,0% ($P>0,05$, $\chi^2 =0,174$, $RR=0,817$, 95% CI – 0,428 – 1,559).

Эркаклар ва аёллар популяциясида 1 – чи ва 2 – чи гуруҳга кирувчилар ўпка силининг турли шакллари мос ҳолда тарқалиш частотаси билан қайд қилинади (3.1 - жадвал): ЎЎС – 4,3% - 1,1% ($P>0,05$) ва 1,8% - 0,00% ($P>0,05$), ИЎС – 89,9% - 93,0% ($P> 0,05$) ва 69,6% - 86,4% ($P>0,05$), ТМ – 2,4% - 1,8% ($P>0,05$) ва 0,00% - 0,00% ($P>0,05$), ТЎС – 1,8% - 1,8% ($P>0,05$) ва 10,7% - 9,1% ($P> 0,05$), ФКЎС – 3,0% - 4,8% ($P>0,05$) ва 17,9% - 4,5% ($P>0,05$), КПШЎС – 0,6% - 0,00% ($P>0,05$) ва 0,00% - 0,00%, ЎСцШ – 0,6% - 0,4% ва 5,4% - 2,3% ($P>0,05$), ЎТЕЎС – 43,3% - 50,4% ($P>0,05$) ва 67,9% - 54,5% ($P>0,05$), МИБкЎС – 0,9% - 16,9% ва 8,9% - 11,4% ($P>0,05$).

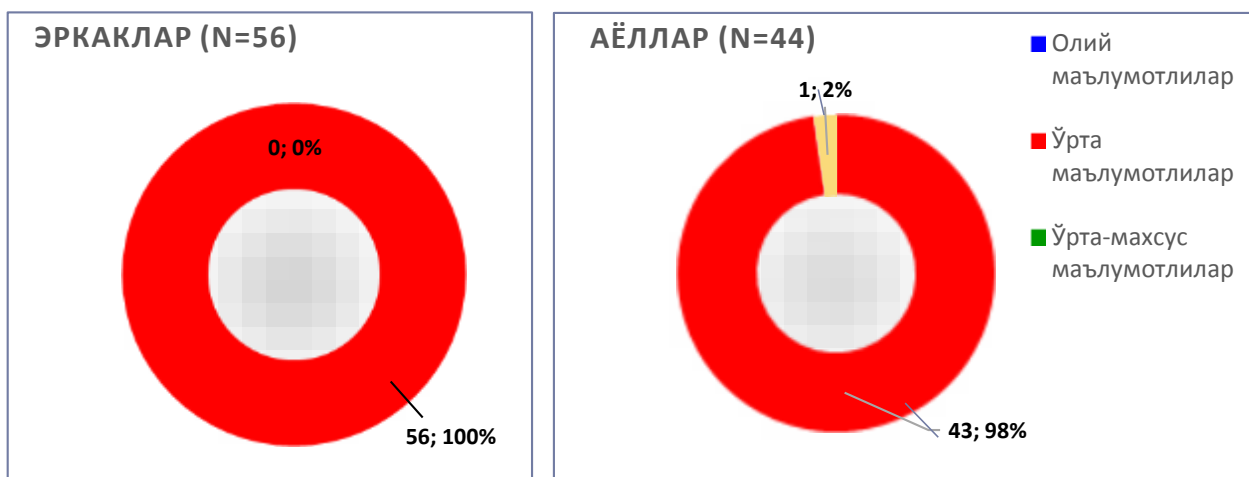
Энг юқори частоталарда инфилтратив ва ўпка тўқимасининг емирилиши билан ифодаланувчи ўпка сили қандли диабетнинг 2 – тури билан аҳолида тасдиқланади. Худди шундай тенденция 2 – гуруҳ вакиллари бўлган аҳолида ҳам қайд қилинади.

ҚД₂ ЎС_к тарқалишини эркак ва аёлларда деярли бир хил частотада учраши кузатилади; инфилтратив ва ўпка тўқимасининг емирилиши билан кечувчи ўпка сили ҳамда, фиброз – каверноз ЎС – аёлларда, ўчоқли ЎС, туберкулома ва казеозли ҳамда цирротик шакли ЎС – эркакларда нисбатан юқори частоталарда тасдиқланди ($P>0,05$). ҚД₂ ЎС_{кб} эса –нисбатан юқори частоталар билан ($P>0,05$) аёлларга нисбатан эркакларда тасдиқланади (3.1 ва 3.2 – расмларда акс эттирилган).

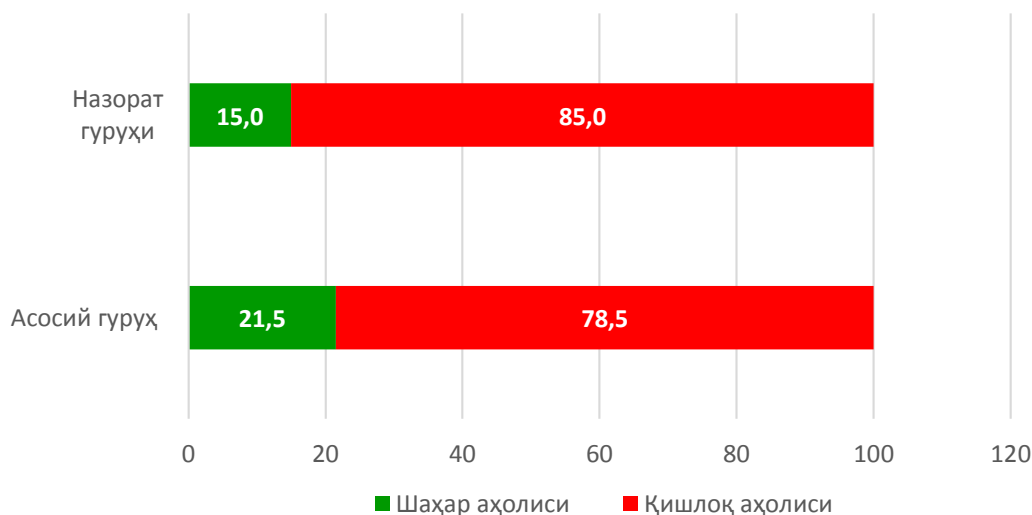
Тадқиқот натижаларидан яна кўринадики, ЎС текширилган аҳоли гуруҳларида – маълумотчанлик, яшаш жойи ва шароити, миллати ва касби, ижтимоий – иқтисодий ва демографик ҳолатларига боғлиқ ҳолда тафовутланиб аниқланиш частотаси билан тасдиқланади.



3.1-расм. Эркак ва аёллар популяциясида ҚД₂ ЎС қ ни эпидемиологик тавсилоти (мутлоқ сонда, % да)

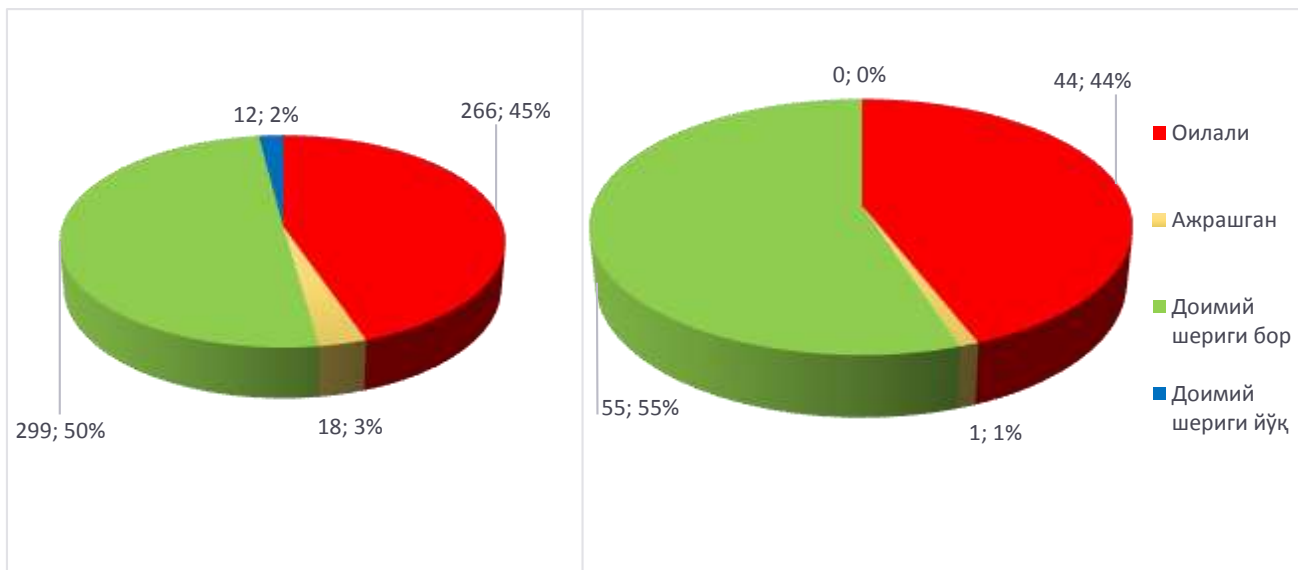


3.2-расм. Эркак ва аёллар популяциясида ҚД₂ ЎС қ б ни эпидемиологик тавсилоти (мутлоқ сонда, % да)

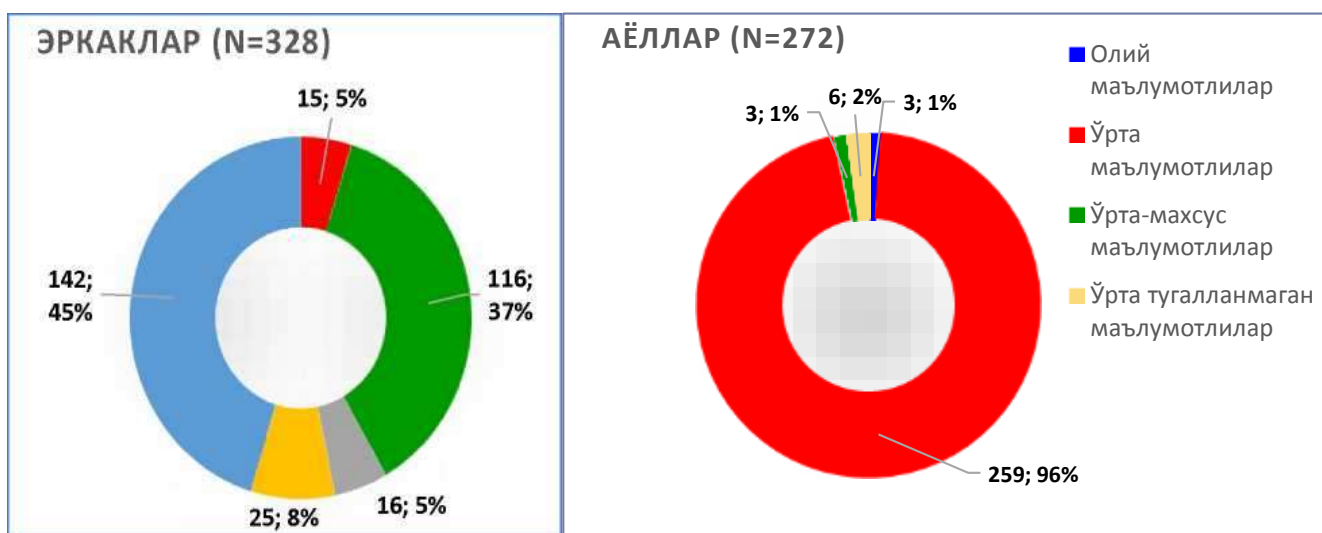


3.3-расм. ҚД₂ ЎС қ ни беморлар популяциясини яшаш жойига боғлиқ ҳолда аниқланиш частотасини ифодаланиши

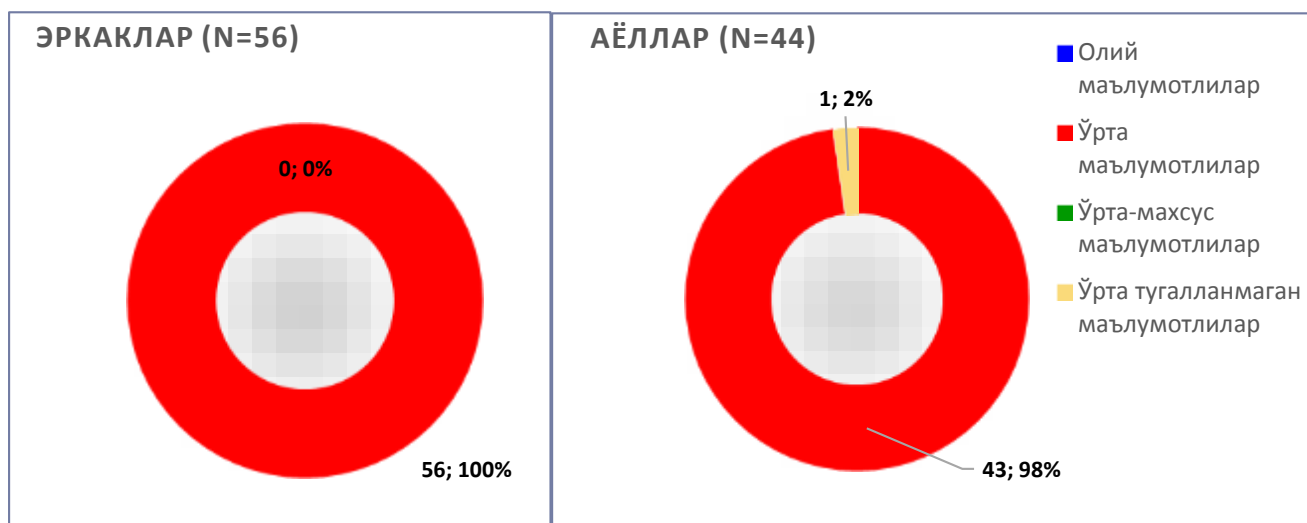
Тасдиқланишича, ўпка сили аксарият юқори частотадаги тарқалиш билан қишлоқ аҳолисида, оилали ва доимий шериги борларда, ҳамда ўрта маълумотли аҳолида аниқланди.



3.4-расм. ҚД2 ЎСқни беморлар популяциясини оилавий шароитига боғлиқ ҳолда тарқалиши частотасининг жиҳатлари



3.5-расм. ҚД2 ЎСқни аҳоли популяцияси маълумотчанлигига боғлиқ ҳолда тарқалиши частотасининг ифодаланиши



3.6-расм. ҚД₂ ЎС_кни аҳоли популяцияси маълумотчанлигига боғлиқ ҳолда тарқалиши частотасининг ифодаланиши

Хусусан, ҚД₂ ЎС_к ва ҚД₂ ЎС_{кб} нинг тарқалиш частоталари гендерли хусусиятларини ифодалаб мос ҳолда эркак ҳамда аёлларда турли омилларга боғлиқ ҳолда қуйидагича эпидемиологик тавсифлар билан аниқланди: олий маълумотлиларда – 1,83% ва 0,00 дан, ўрта маълумотлиларда – 92,3% ва 99,0% ($P < 0,05$), ўрта махсус маълумотлиларда – 1,83% ва 0,00%, ўрта тугалланмаган маълумотлиларда – 3,83% ва 1,0 % ($P > 0,05$), шаҳар аҳолисида – 21,5% ва 15,0% ($P > 0,05$), қишлоқ аҳолисида – 78,5% ва 85,0% ($P > 0,05$), оилалиларда – 44,3% ва 44,0% ($P > 0,05$), ажрашганларда – 3,0% ва 1,0% ($P > 0,05$), доимий шериги (парвариш қилувчиси) борларда – 49,8% ва 55,0% ($P > 0,05$), доимий шериги йўқларда – 2,0% ва 0,00%, ишчиларда – 2,83% ва 8,9% ($P > 0,05$), ишсизларда – 30,5% ва 52,0% ($P < 0,001$), хизматчиларда – 3,83% ва 1,0% ($P > 0,05$), тadbиркорларда – 4,83% ва 1,0% дан ($P > 0,05$), нафақадагиларда – 53,7% ва 41,05% ($P < 0,05$), абориген аҳолида (ўзбеклар) – 99,0% ва 100,0% ($P > 0,05$), келгинди аҳолида (барча миллатларда) – 1,0% ва 0,00%, эътиқоди мусулмон аҳоли (муслим) да – 0,7% ва 0,00% дан, яшаш шароити ёмон аҳолида – 2,0% ва 0,00%, яшаш шароити қониқарли аҳолида – 92,0% ва 99,0% ($P < 0,001$), яшаш шароити яхши аҳолида – 6,0% ва 1,0% ($P > 0,05$).

3.7 – расмда бирламчи ҚД₂ ЎС_к ни $\geq 18-90$ ёшли аҳоли популяциясида аниқланиши ва қайталаниши частоталарининг гендерли жиҳатлари кўрсатилган.

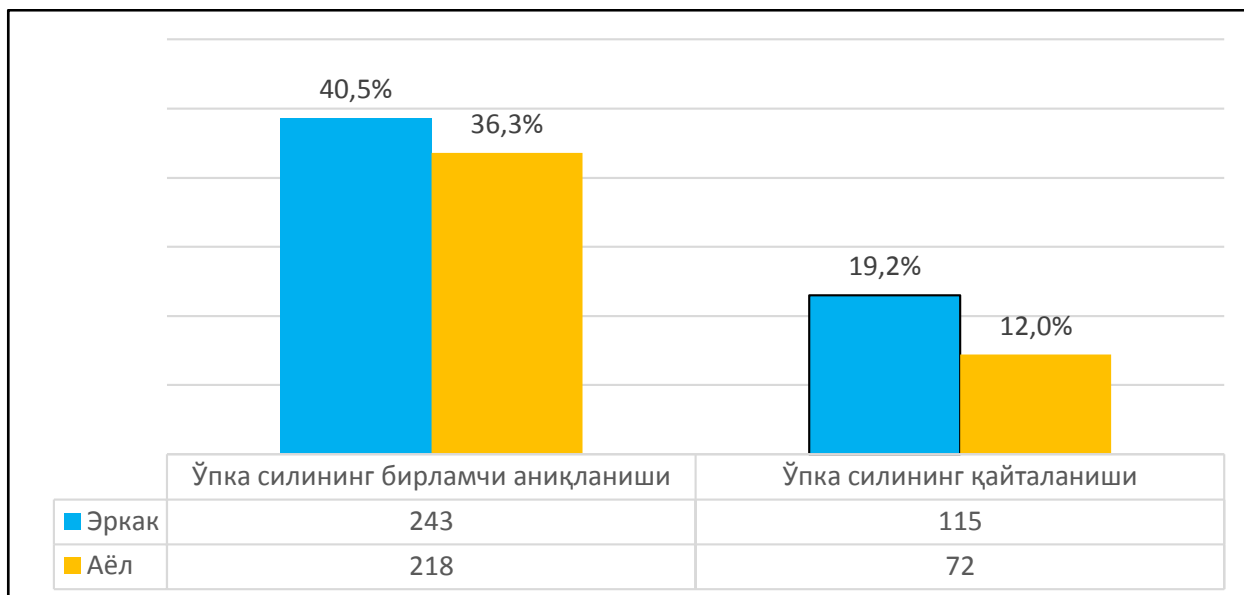
Тақдим этилган жадвалдаги таҳлилий рақамларда акс этишича, қандли диабетли беморларда бирламчи ўпка сили (ҚД₂ ЎС_к) жами $\geq 16-90$ ёшли аҳоли популяциясида 38,4% тарқалиш частотаси билан аниқланди (эркакларда – 40,5% ва аёлларда – 36,3%; $P>0,05$).

ҚД₂ ЎС_к нинг қайталаниши текширувга жалб қилинган $\geq 16-90$ ёшли аҳолида 31,2% частота билан тасдиқланди (эркакларда – 19,2% ва аёлларда 12,0%; $P<0,05$).

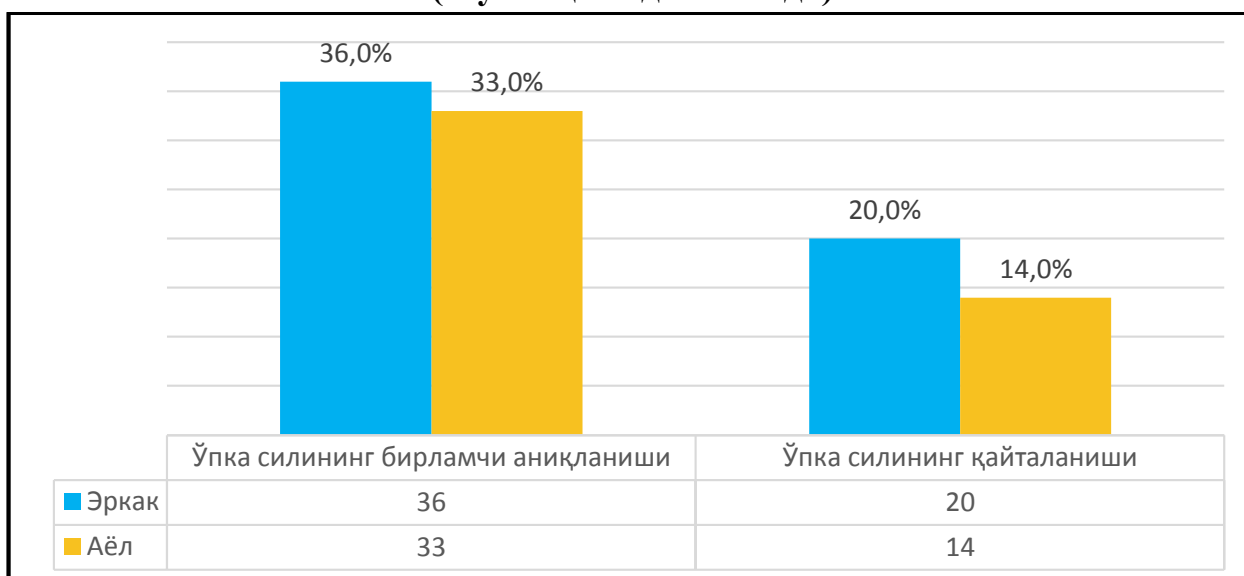
Худди шундай таҳлил ҚД₂ ЎС_{кб} учун ҳам бажарилди ва унинг натижалари 3.8 – расмда келтирилган.

Маълум бўлишича, қандли диабет билан касалланмаган аҳолида бирламчи ва қайталанган ўпка силини (ҚД₂ ЎС_{кб}) ўзига хос гендерли хусусиятлари намоён бўлади.

Умуман олганда, бирламчи ҚД₂ ЎС_{кб} текширилган аҳоли популяциясида – 69,0% аниқланиш частотаси билан қайд қилинди (эркакларда – 36,0% ва аёлларда – 33,0% $P>0,05$). Қайталанган ҚД₂ ЎС_{кб} нинг аниқланиш частотаси эса умумий популяцияда – 17,0% ни ташкил қилди ва эркак ҳамда аёлларда мос равишда – 20,0% ва 14,0% ($P<0,05$) тасдиқланди. Келтирилган водий шароитидаги илк тадқиқот натижалари ўпка силини бирламчи ва иккиламчи фаол профилактикасининг устувор йўналишларини кўрсатиб илмий ва амалий аҳамият касб этади.



3.7-расм. Бирламчи ва қайталанган ҚД₂ ЎС қ нинг тарқалиш частотаси ва ≥16-90 ёшли беморлар популяциясида гендерли жиҳатлари (мутлоқ сонда ва % да)



3.8-расм. Бирламчи ва қайталанган ҚД₂ ЎС қ б ни тарқалиш частотаси ва ≥16-90 ёшли беморлар популяциясида гендерли жиҳатлари (мутлоқ сонда ва % да)

Дориларга чидамли ўпка силининг аниқланиш частотаси ва эпидемиологик тавсифи 3.4 – жадвалда келтирилган.

ҚД₂ ЎС_к нинг дори воситаларига сезувчанлиги эркак ва аёлларда мос ҳолда қуйидаги тавсифларда аниқланиш частотаси билан умумий популяцияда қайд этилди (3.3 - жадвал): “этамбутолга ёки стрептомицинга турғун сезувчанлик” – 26,3% (эркакларда – 31,1% ва аёлларда – 20,6%, P>0,05).

«Дорига сезгирликни сақланганлиги» - 46,3% (эркакларда – 41,2% ва аёлларда – 52,6%, $P>0,05$), «Полирезистентлик – 11,5% (эркакларда – 11,9% ва аёлларда 11,0%; $P>0,05$)», «Кўп сонли дориларга турғунлик - МЛУ» - 12,7% (эркакларда – 15,9% ва аёлларда – 8,8%; $P>0,05$), «МБТ мавжуд» - 86,7% (эркакларда – 85,1% ва аёлларда – 88,6%; $P>0,05$), «Дориларга сезувчанлик – ЛЧМБТ (+)». – 77,7% (эркакларда – 73,8% ва аёлларда – 82,4%; $P>0,05$).

«Монорезистентлик МБТ (+)» – 12,8% (эркакларда – 15,5% ва аёлларда – 9,6%, $P>0,05$), «Полирезистент МБТ (+)» - 11,5% (эркакларда – 11,9% ва аёлларда – 11,0%; $P>0,05$), «МЛУ МБТ (+)» - 13,2% (эркакларда – 16,2% ва аёлларда – 9,6%; $P>0,05$).

Умуман, хулоса қилинса, қандли диабет билан касалланган беморларда ўпка сили 53,7% ҳолатда дориларга резистентлик билан ифодаланиб кечади ва деярли “хамма дорига чидамлик” – 11,5% ҚД₂ ЎС_к билан беморларда қайд қилинади.

Дори воситаларига сезувчанлик қандли диабетсиз кечувчи ўпка силида ҳам беморларда эркаклар ва аёллар популяциясида мос ҳолда қуйидаги тарқалиш частоталари билан аниқланади: 1) «Этамбутол ёки стрептомицинга турғун сезувчанлик» - 39,0% (эркакларда – 44,6% ва аёлларда – 31,8%; $P>0,05$); 2) «Дорига сезгирликнинг сақланганлиги» - 26,0% (эркакларда – 28,6% ва аёлларда – 22,7%; $P>0,05$); 3) «Полирезистентлик» – 17,0% (эркакларда – 21,4% ва аёлларда – 11,4%; $P>0,05$); 4) «Кўп сони дориларга турғунлик - МЛУ» - 22,0% (эркакларда – 21,4% ва аёлларда – 22,7%; $P>0,05$); 5) «МБТ мавжуд» - 54,0% (эркакларда – 42,9% ва аёлларда – 68,2%, $P>0,05$); 6) «Дориларга сезувчанлик – ЛЧМБТ (+)» - 46,0% (эркакларда – 37,5% ва аёлларда – 56,8%; $P>0,05$); 7) «Монорезистентлик МБТ (+)» – 2,0% (эркакларда – 12,8% ва аёлларда – 4,5%, $P>0,05$); 8) «Полирезистент МКТ (+)» - 17,0% (эркакларда – 21,4% ва аёлларда – 11,4% $P>0,05$); 9) «МЛУМБТ (+)» - 22,0% (эркакларда – 21,4% ва аёлларда – 22,7%; $P>0,05$).

Умуман таққосланганда, маълум бўлишича, 1- (ҚД₂ ЎС_к билан беморлар популяцияси) ва 2 - (ҚД₂ ЎС_{кй} билан беморлар) гуруҳдаги сил билан

касалланган аҳоли популяциясида дори воситаларига сезувчанлик ҳолати қуйидагича частоталарда тавсифланиб мос ҳолда қуйидаги тафовутларда аниқланди: 1) «Этамбутолга ёки стрептомицинга турғун сезувчанлик» - 26,3% ва 39,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 6,189$, $RR = 0,675$, 95% $CI = 0,512 - 0,893$); 2) «Дорига сезгирликнинг сақланганлиги» - 46,3% ва 26,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 13,61$, $RR = 1,782$, 95% $CI = 1,266 - 2,508$); 3) «Полирезистентлик» - 11,5% ва 17,0% ($P > 0,05$, $\chi^2 = 1,923$, $RR = 0,676$; 95% $CI = 0,416 - 1,101$); 4) «Кўп сонли дориларга турғунлик» - 12,7% ва 22,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 3,608$, $RR = 0,633$, 95% $CI = 0,412 - 0,972$); 5) «МБТ мавжуд» - 86,7% ва 54,0% ($P < 0,01$, $\chi^2 = 88,97$, $RR = 2,523$, 95% $CI = 1,993 - 3,197$); 6) «Дориларга сезувчанлик – ЛЧМБТ (+)» – 77,7% ва 46,0% ($P < 0,001$, $\chi^2 = 42,16$, $RR = 1,698$, 95% $CI = 1,359 - 2,097$); 7) «Монорезистентлик МБТ (+)» - 12,8% ва 2,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 7,676$, $RR = 5,775$, 95% $CI = 1,444 - 23,09$); 8) «Полирезистент МКТ (+)» - 11,5% ва 17,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 1,923$, $RR = 5,245$, 95% $CI = 1,309 - 21,02$); «МЛУ МБТ (+)» - 13,2% ва 22,0% ($P < 0,05$, $\chi^2 = 3,019$, $RR = 0,658$, 95% $CI = 0,429 - 1,008$).

Демак, тадқиқот маълумотларини статистик қайта ишлаш натижаларининг гувоҳлик қилишича, Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан оғриган аҳоли орасида ЎСнинг эпидемиологик тарқалиш частоталари ва гендерли хусусиятлари даволаш-профилактика - реабилитация дастурларида, сўзсиз, ҳисобга олиниши керак бўлади.

§ 3.2. Фарғона водийсининг қандли диабет билан касалланган аҳолиси орасида ўпка силининг хавф омилларининг эпидемиологик тавсифи

Кейинги таҳлиллар водийнинг $\geq 16 - 90$ ёшли қандли диабет билан касалланган аҳолиси орасида ўпка силининг ташқи хавф омилларини тарқалиш частотасини қиёсий тавсифини аниқлаш ва баҳолашга бағишланган (3.4 – жадвалда иловада келтирилган).

Тасдиқланишича, ўпка сили билан касалланган беморлар популяциясида асосан 10 гуруҳ ташқи омиллар (ишлаб чиқариш билан боғлиқ) хавф омиллари сифатида етакчилик қилиб аниқланди: шовқин, чанг, кимёвий омиллар, ионлар, ток, иссиқ цех, пестицидлар, нитратлар, дефолиантлар ва “бошқа жами омиллар” (БЖО).

ҚД₂ ЎС_к билан беморлар умумий популяциясида, эркак ва аёлларда ушбу хавф омиллари қуйидагича тарқалиш частотаси билан аниқланди: шовқин – 30,0% (эркакларда – 34,5% ва аёлларда – 24,6%; P>0,05), чанг – 27,3% (эркакларда – 32,0% ва аёлларда – 21,7%; P>0,05), кимёвий омиллар – 2,5% (эркакларда – 2,7% ва аёлларда 2,2% (P>0,05), ионлар – 0,30% (эркакларда – 0,6% ва аёлларда – 0,00%), ток – 0,7% (эркакларда – 1,2% ва аёлларда – 0,00%), иссиқ цех – 0,5% (эркакларда – 0,6% ва аёлларда – 0,4%, P>0,05), пестицидлар – 1,5% (эркакларда – 2,1% ва аёлларда – 0,7%; P>0,05), нитратлар 0,00% ва 0,00%, дефолиантлар – 0,2% (эркакларда – 0,2% ва аёлларда – 0,00%), БЖО – 10,2% (эркакларда – 18,6% ва аёлларда – 0,00%).

Қандли диабетнинг 2 – тури билан касалланган аҳолида ўпка силининг қайд этилган хавф омилларининг – умумий популяцияда, эркакларда ва аёлларда гендерли хусусиятлари қуйидаги тарқалиш частоталарда аниқланди; шовқин – 84,0% (эркакларда – 87,5% ва аёлларда – 79,5%, P>0,05), чанг – 82,0% (эркакларда – 83,9% ва аёлларда – 79,5%; P>0,05), кимёвий омиллар – 9,0% (эркакларда – 10,7% ва аёлларда – 6,8%; P>0,05), ионлар – 0,00% ва 0,00%, ток – 1,0% (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 0,00%), иссиқ цех – 0,00% ва 0,00%, пестицидлар – 6,0% (эркакларда – 5,4 ва аёлларда – 6,8%; P>0,05), нитратлар – 1,0% (эркакларда – 0,00% ва аёлларда – 2,3%), дефолиантлар – 1,0% (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 0,00%), БЖО – 22,0% (эркакларда – 17,9% ва аёлларда – 27,3%, P>0,05).

Таъкидлаш жоизки, ташқи (ЎСнинг ишлаб чиқариш билан боғлиқ хавф омиллари) омиллар ҚД₂ ЎС_{кб} билан аҳоли популяциясида ҚД₂ ЎС_к билан популяциясига нисбатан сезиларли тафовут билан юқори частоталарда аниқланди (3.4 – жадвалда иловада келтирилган).

Чунончи, ҚД₂ ЎС_к ва ҚД₂ ЎС_{кб} липопуляцияда қуйидаги тарқалиш частоталари мос равишда – умумий популяцияда, эркаклар ва аёлларда ташқи хавф омиллари қайд қилинди: шовқин – 30,0% ва 84,0% (P<0,005, $\chi^2=236,8$, RR=0,357, 95% CI=0,308 – 0,415), чанг – 27,3% ва 82,0% (P<0,001, $\chi^2=109,9$; RR=0,333, 95% CI=0,284 – 0,391), кимёвий омиллар – 2,5% ва 9,0% (P<0,001, $\chi^2=9,062$; RR=0,278, 95% CI=0,125 – 0,617), ионлар – 0,3% ва 0,00%, ток – 0,7% ва 1,0% (P<0,05, $\chi^2=0,076$; RR=0,667, 95% CI=0,075 – 5,904), иссиқ цех – 0,5% ва 0,00, пестицидлар – 1,5% ва 6,0% (P<0,005, $\chi^2=6,270$; RR=0,250, 95% CI=0,091 – 0,687), нитратлар – 0,00% ва 1,0%, дефолиантлар – 0,2 ва 1,0% (P<0,05, $\chi^2=0,188$; RR=0,167, 95% CI=0,010 – 2,643), БЖО – 10,2% ва 22,0% (P<0,001, $\chi^2=10,38$; RR=0,508, 95% CI=0,326 – 0,792).

Биз, ўпка сили бўлган беморлар популяциясида ёндош касалликларни хавф омиллари сифатида ўргандик ва тарқалиши частоталарини 1 – ва 2 – гуруҳдаги (ҚД₂ ЎС_к ва ҚД₂ ЎС_{кб} билан аҳоли) аҳолида таҳлил қилиб ўргандик (ушбутаҳлил натижалари 3.5 – жадвалда иловада кўрсатилган).

Маълум бўлишича, ўпка сили билан беморлар популяциясида ёндош/хамроҳ патогенлар – хавф омиллари сифатида 3 гуруҳ касалликлар ва ҳолатлар учради ва тасдиқланди – нафас аъзолари касалликлари (8 турдаги), аллергия касалликлар(3 турдаги) ва бошқа касалликлар ҳамда омиллар(6 турдаги).

ҚД₂ ЎС_к беморлар популяциясида ушбу патологиялар ва ҳолатлар қуйидагича тарқалиш частотасида аниқланади: ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК)- $\geq 16-90$ ёшли умумий беморлар популяциясида - 29,7% (эркакларда – 35,40% ва аёлларда – 22,8%; P>0,05), ўткир пневмония (ЎП) – 2,5% (эркакларда – 3,4% ва аёлларда – 1,5%; P>0,05), сурункали пневмония – 2,8% (эркакларда – 3,4% ва аёлларда – 2,2%; P<0,05), ўткир бронхит – 1,8% (эркакларда – 2,4% ва аёлларда – 1,1%; P>0,05), сурункали бронхит – 12,8% (эркакларда – 13,4% ва аёлларда – 12,1%; P>0,05), бошқа касалликлар – 59,5% (эркакларда – 51,5% ва аёлларда – 69,1%; P>0,05), сурункали Лор – касалликлар (СЛОРк) – 8,0% (эркакларда – 11,0% ва аёлларда – 4,4%; P>0,05), ЎРВИ (йилда

бир марта) – 14,5% (эркакларда – 74,9% ва аёлларда – 14,0%; $P>0,05$), ЎРВИ (йилда бир мартадан кўп) – 75,8% (эркакларда – 75,6% ва аёлларда – 76,1%; $P>0,05$), торвоқ – 4,7% (эркакларда – 5,5% ва аёлларда – 3,7%; $P>0,05$), экзема – 16,8% (эркакларда – 16,5% ва аёлларда – 17,3%; $P>0,05$), овқат аллергияси – 2,8% (эркакларда – 2,7% ва аёлларда – 2,9%; $P>0,05$), ОИТ – 7,0% (эркакларда – 8,2% ва аёлларда – 5,5%, $P>0,05$), ўпкадан ташқари сил (ЎТС) – 1,0% (эркакларда – 1,2% ва аёлларда – 0,7%; $P>0,05$), даврий касалликнинг кўзиши (ДКК) – 9,3% (эркакларда – 11,0% ва аёлларда – 7,4%; $P>0,05$), олдинги даврдан ажралиш (ОДА) – 13,5% (эркакларда – 17,4% ва аёлларда – 8,8%; $P>0,05$), қариндош уруғларда ОИТ (КУОИТ) – 6,3% (эркакларда – 8,2% ва аёлларда – 4,0%; $P>0,05$), қариндош уруғларда ўпка касалликлари (ҚУЎК) – 5,3% (эркакларда – 5,8% ва аёлларда – 4,8%; $P>0,05$), қариндош уруғларда аллергия касалликлар (ҚУАК) – 4,5% (эркакларда – 4,0% ва аёлларда – 4,5%; $P>0,05$).

Коморбид касалликлар, ҳолатлар ва хавф омиллари қандли диабетсиз кечувчи ўпка силида ($КД_2$ ЎС_{кй}) қуйидаги тарқалиш частоталари билан тасдиқланди: ЎСОК – умумий популяцияда 14,0% (эркакларда – 17,9% ва аёлларда – 9,1%; $P>0,05$), ЎП – 1,0% (эркакларда – 0,0% ва 2,3%), сурункали пневмония – 5,0% (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 9,1%, $P>0,05$), ўткир бронхит – 3,0% (эркакларда – 3,6% ва аёлларда – 2,3%, $P>0,05$), сурункали бронхит – 28,0% (эркакларда – 21,4% ва аёлларда – 36,4%; $P>0,05$), бошқа касалликлар – 53,0% (эркакларда – 57,1% ва аёлларда – 47,7%; $P>0,05$), Слорк – 19,0% эркакларда – 17,9% ва аёлларда – 20,5%; $P>0,05$), ЎРВИ йилда бир марта – 20,0% (эркакларда – 19,6% ва аёлларда – 20,5%; $P>0,05$), ЎРВИ йилда бир мартадан кўп – 48,0% (эркакларда – 35,7% ва аёлларда – 63,6%; $P>0,05$), экзема – 34,0% (эркакларда – 25,0% ва аёлларда – 45,5% ($P>0,05$)), овқат аллергияси – 2,0% (эркакларда – 0,00% ва аёлларда – 4,5%), ОИТ – 8,0% (эркакларда – 8,9% ва аёлларда – 6,8%; $P>0,05$), ЎТС – 1,0% (эркакларда – 0,0% ва аёлларда – 2,3%), ДКК – 10,0% (эркакларда – 8,9 ва аёлларда – 11,4%; $P>0,05$), ОДА – 35,0% (эркакларда – 48,2% ва аёлларда – 18,2%; $P>0,05$), ҚУОИТ – 7,0%

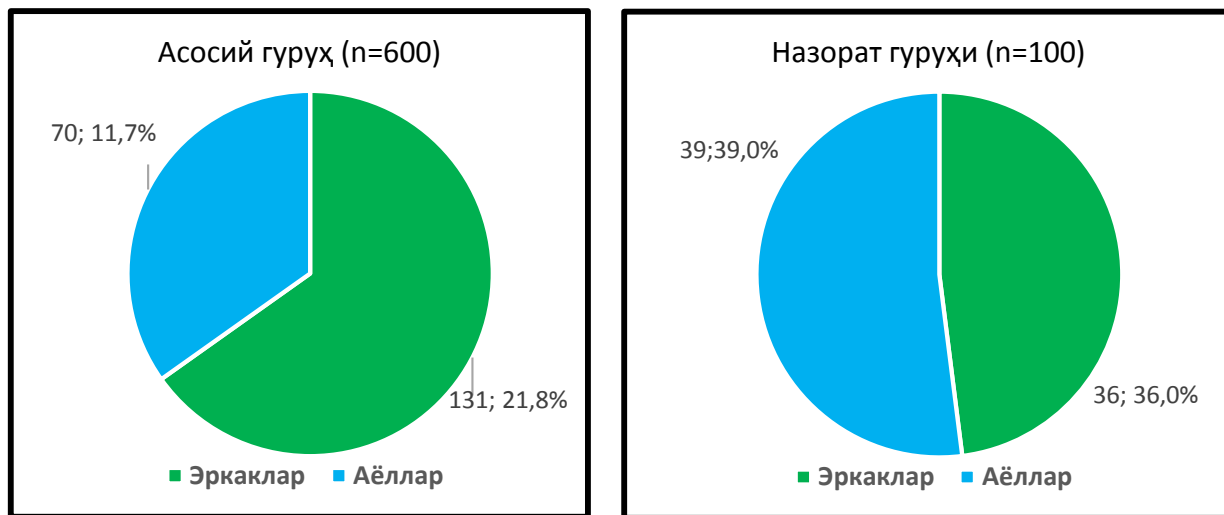
(эркакларда – 8,9% ва аёлларда – 4,5%; $P>0,05$), ҚУЎК – 5,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 4,5%; $P>0,05$), ҚУАК – 2,0% (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 2,3%; $P>0,05$).

Ёндош касалликлар ва ҳолатлар, хавф омиллари сезиларли фарқ билан нисбатан юқори частоталарда ҚД₂ ЎС_к ли популяцияда қайд қилинди.

Жумладан, ҚД₂ ЎС_к ва ҚД₂ ЎС_{кй} да кейинда кўрсатилганлар мос ҳолда куйидаги аниқланиш частоталари билан кузатилди: ЎСОК – 29,7% ва 14,0% ($P<0,05$, $\chi^2=9,797$, $RR=2,119$, 95% $CI=1,284 - 3,498$); ЎП – 2,5% ва 1,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,322$, $RR=2,500$, 95% $CI=0,334 - 18,72$), сурункали пневмония – 2,8% ва 5,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,706$, $RR=0,567$, 95% $CI=0,214 - 1,501$), ўткир бронхит – 1,8% ва 3,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,149$, $RR=0,611$, 95% $CI=0,173 - 2,152$), сурункали бронхит – 12,8% ва 28,0% ($P<0,001$, $\chi^2=14,29$, $RR=0,458$, 95% $CI=0,314 - 0,668$), бошқа касалликлар – 59,5% ва 53,0% ($P<0,05$, $\chi^2=1,237$, $RR=1,123$, 95% $CI=0,923 - 1,366$), Слор_к – 8,0% ва 19,0% ($P<0,001$, $\chi^2=10,75$, $RR=0,421$; 95% $CI=0,259 - 0,685$), ЎРВИ йилда бир марта – 14,5% ва 20,0% ($P<0,05$, $\chi^2=1,600$; $RR=0,425$; 95% $CI=0,468 - 1,123$), ЎРВИ йилда бир мартадан кўп – 75,8% ва 48,0% ($P<0,001$, $\chi^2=31,47$, $RR=1,579$, 95% $CI=1,282 - 1,947$), торвоқ – 4,7% ва 0,00%, экзема – 16,8% ва 34,0% ($P<0,001$, $\chi^2=15,14$, $RR=0,495$, 95% $CI=0,357 - 0,686$), овқат аллергияси – 2,8% ва 2,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,109$, $RR=1,275$, 95% $CI=0,299 - 5,426$), ОИТ – 7,0% ва 8,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,022$, $RR=0,875$, 95% $CI=0,423 - 1,808$), ЎТС – 1,0% ва 1,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,295$, $RR=1,000$, 95% $CI=0,122 - 8,119$), ДКҚ – 9,3% ва 10,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,045$, $RR=0,933$, 95% $CI=0,493 - 1,768$), ОДА – 13,5% ва 35,0% ($P<0,001$, $\chi^2=27,12$, $RR=0,386$, 95% $CI=0,276 - 0,539$), ҚУОИТ – 6,3% ва 7,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,063$, $RR=0,905$, 95% $CI=0,416 - 1,969$), ҚУЎК – 5,3% ва 5,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,011$, $RR=1,067$, 95% $CI=0,406 - 2,672$), ҚУАК – 4,5% ва 2,0% ($P<0,05$, $\chi^2=0,793$, $RR=2,250$, 95% $CI=0,543 - 9,315$).

Хавф омилларига оид тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш тасдиқладики, ҚД₂ ЎС_к да силнинг ишлаб чиқариш билан боғлиқ (зарарли) хавф омиллари ҳамда ёндош касалликлар/ҳолатлар аёлларга қараганда (11,7%)

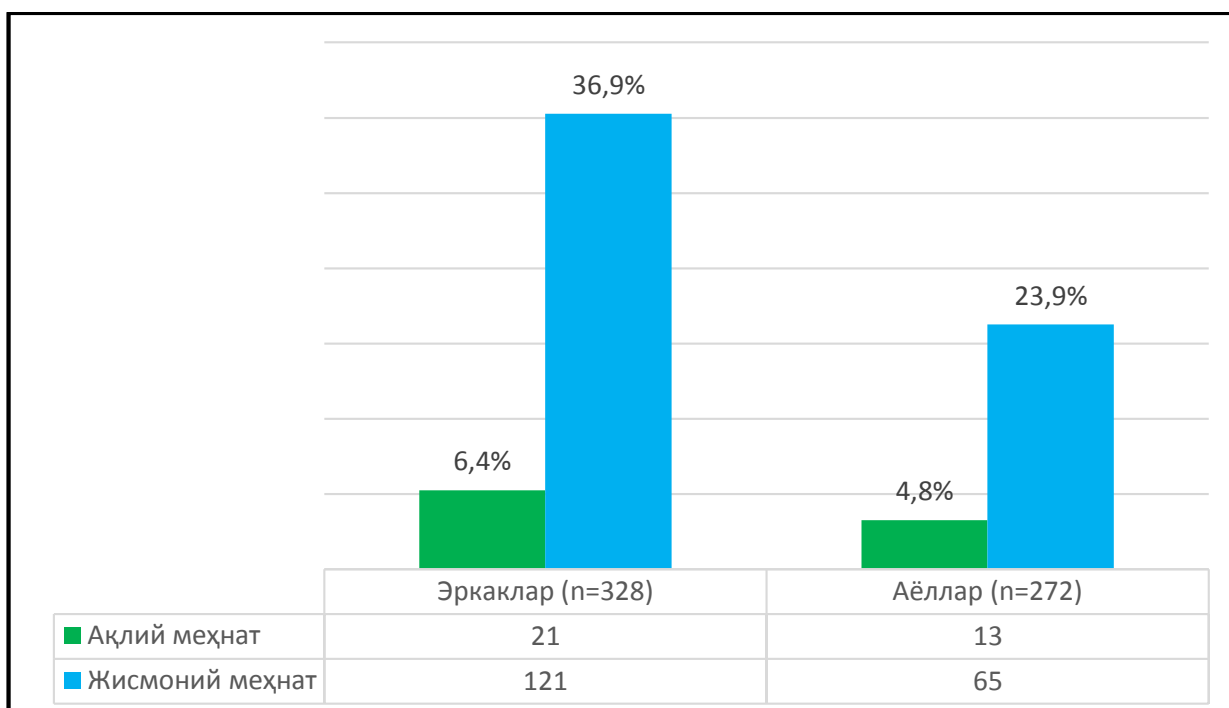
эркакларда (21,8%) сезиларли фарқ билан (10,1% га), яъни 2,9 бараварга кўп кузатилди ($P < 0,05$). Худди шундай тафовутланиш, лекин сезиларсиз ифодаланиб (3,0% фарқ билан), ҚД₂ ЎС_{кй} гуруҳидаги беморлар популяциясида қайд қилинди ($P > 0,05$). Бундай таҳлил рақамли шаклда 3.9 – расмда тақдим қилинган.



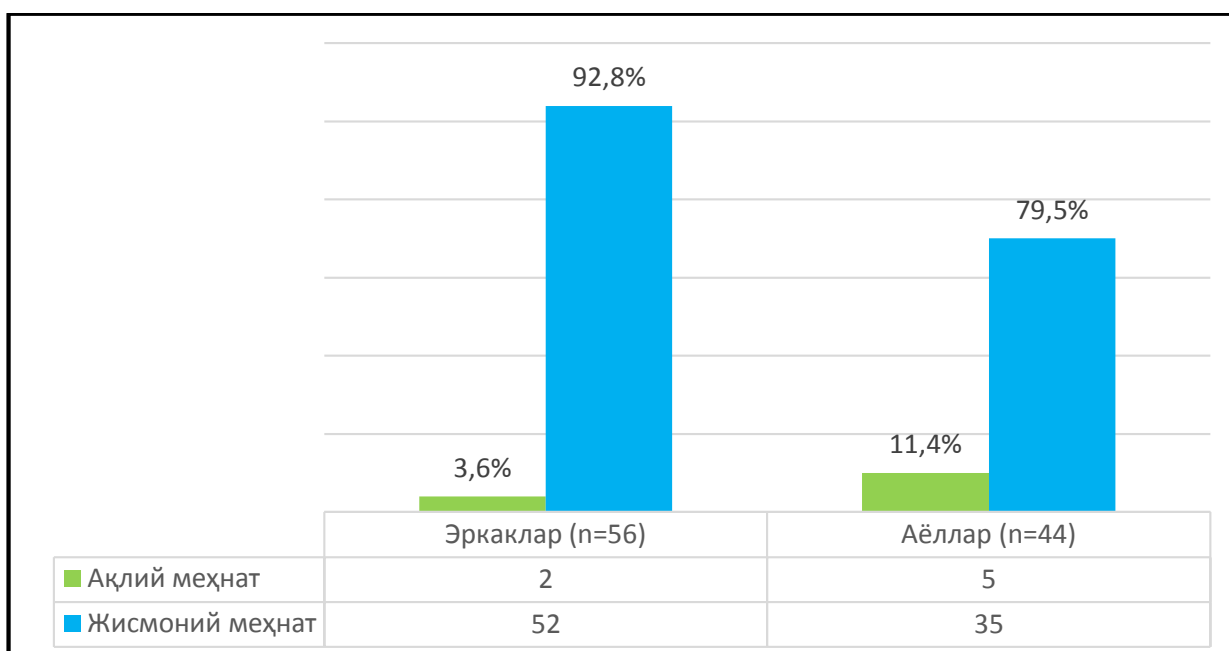
3.9-расм. Ўпка силида ишлаб чиқариш билан боғлиқ хавф омилларининг аниқланиш частоталарини гендерли хусусиятларининг ифодаланиши

Сил касаллигининг хавф омилларини меҳнат турига кўра ўрганиш ва баҳолашда маълум бўлдики (таҳлилий натижалар 3.10 – ва 3.11 – расмларда берилган), ҚД₂ ЎС_к гуруҳидаги ақлий меҳнат билан шуғулланувчи эркак ва аёлларда силнинг хавф омиллари – 6,4% ва 4,8% ($P > 0,05$), жисмоний меҳнат қилувчиларда бўлса мос ҳолда – 36,9% ва 23,9% ёки 13,0% фарқ билан аниқланди ($P < 0,05$).

Тадқиқотга жалб қилинган II – гуруҳ вакилларида, яъни ҚД₂ ЎС_{кй} да (3.11 - расм) ақлий меҳнат билан шуғулланувчи эркак ва аёлларда хавф омиллари – 3,6% ва 11,4% ($P < 0,01$), жисмоний меҳнат билан машғул бўлганларда эса – 92,8% ва 79,5% ($P < 0,05$) частота билан кузатилди.



3.10-расм. Қандли диабет билан аҳолида ўпка силининг қўшилиб келишида хавф омиллари меҳнат турига боғлиқ аниқланишининг ифодаланиши



3.11-расм. Қандли диабет билан касалланмаган аҳолида ўпка силининг хавф омиллари меҳнат турига боғлиқ аниқланишининг ифодаланиши

Демак, ЎС аксарият эркакларда ва жисмоний меҳнат билан машғул аҳолида тасдиқланди, унинг хавф омиллари эса ҚД₂ ЎС_{кй} гуруҳидаги популяцияда тасдиқланади деб хулоса чиқариш мумкин бўлади.

§3.3. Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли популяцияда ўпка силининг клиник хос белгилари ва хусусиятлари

3.6 – жадвалда Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли популяциясида ўпка силининг клиник кечишининг қиёсий тавсифи келтирилган. Ундан кўринишича, қандли диабетнинг 2 – тури билан касалланган аҳолида ўпка силининг асосий клиник кўринишлари ва белгилари куйидагича частота билан аниқланди (эркак ва аёлларда, жумладан): тана ҳароратининг кўтарилиши (ТХК) – 87,7% (эркакларда – 87,5% ва аёлларда – 87,9%; $P>0,05$), балғамли йўтал (БЙ) – 98,5% (эркакларда – 98,2% ва аёлларда – 98,9%; $P>0,05$), нафас қисиши (НҚ) – 94,2% (эркакларда – 93,3% ва аёлларда – 97,8%; $P>0,05$), кўкрак қафасида оғриқ (КҚО) – 97,7% (эркакларда – 97,6% ва аёлларда – 97,8%; $P>0,05$), кўп терлаш ($K_{пТ}$) – 82,5% (эркакларда – 82,9% ва аёлларда – 82,0%; $P>0,05$), кечаси терлаш ($K_{2Т}$) – 78,2% (эркакларда – 76,5% ва 80,1%; $P>0,05$), кундузи терлаш ($K_{нТ}$) – 2,2% (эркакларда – 2,4% ва аёлларда – 1,8%; $P>0,05$), сутка давомида терлаш (СДТ) – 5,7% (эркакларда – 6,4% ва аёлларда – 4,8%; $P>0,05$), бўғилиш ҳисси (БҲ) – 74,2% (72,0% эркакларда ва 76,8% аёлларда; $P>0,05$), вазн йўқотиш (ВЙ) – 96,8% (эркакларда – 89,9% ва аёлларда – 90,4%; $P>0,05$), “ёмон натижа/асоратланишли кечиш” (ЁН) – 96,8% (эркакларда – 96,3% ва аёлларда – 97,4%; $P>0,05$).

Худди шундай натижалар, аммо таққослаганда 99,0% дан ортик «кучсизланган клиник кўриниш - белгилар» билан зикр этилган 11 та ўпка сили симптомлари $K_{Д2} \check{C}_{кй}$ беморлар популяциясида куйидагича частоталарда аниқланади; ТХ – умумий популяцияда – 28,7% (эркакларда – 44,6% ва аёлларда – 56,8%; $P>0,05$), БЙ – 32,2% (эркакларда – 100,0% ва аёлларда – 100,0%; $P>0,05$), НҚ – 30,6% (эркакларда – 83,9% ва аёлларда – 84,1%; $P>0,05$), КҚО – 32,0% (эркакларда – 92,9% ва аёлларда – 97,7%; $P>0,05$), $K_{пТ}$ – 27,2% (эркакларда – 32,1% ва аёлларда – 54,4% ; $P>0,05$), $K_{чТ}$ – 25,1% (эркакларда – 26,8% ва аёлларда – 43,2%; $P>0,05$), $K_{нТ}$ – 20% (эркакларда –

0,00% ва аёлларда – 4,5%), БХ – 23,6% (эркакларда – 25,0% ва аёлларда – 50,0%, $P>0,05$), ВЙ – 29,5% (эркакларда – 96,4% ва аёлларда – 95,5%; $P>0,05$), ЁН – 31,6% (эркакларда – 21,4% ва аёлларда – 18,2%; $P>0,05$).

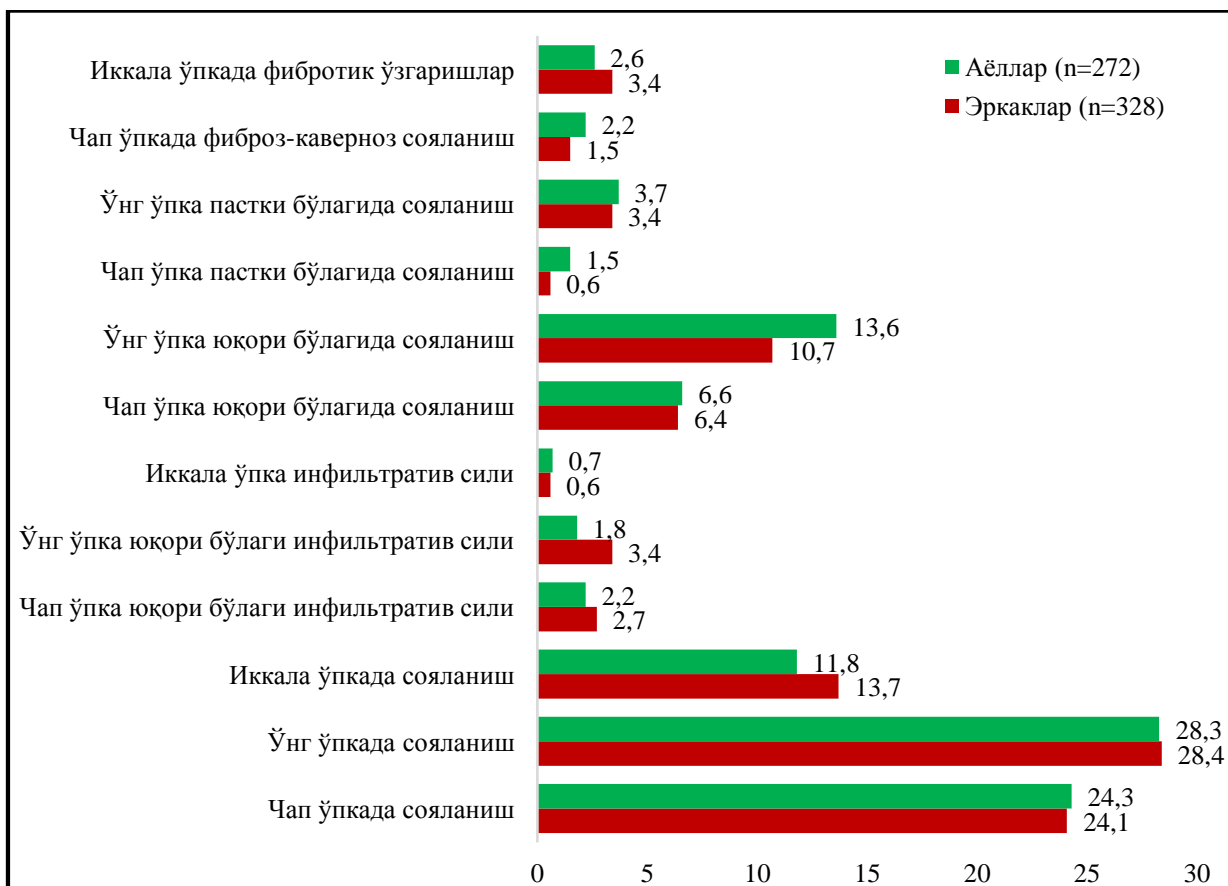
Юқорида алоҳида таъкидланиб ўтилганидек, ўпка силининг клиник кўринишлари $ҚД_2ЎС_к$ ва $ҚД_2ЎС_{кй}$ билан беморлар популяциясида фарк қилади ва бизнинг таҳлилларимизга кўра, ушбу икки назорат гуруҳида қуйидагича частоталарда аниқланади (3.6 – жадвалда иловада кўрсатилган): ТХ – 87,7% ва 28,7% ($P<0,001$, $\chi^2=80,86$, $RR=1,753$; 95% $CI=1,438 - 2,138$), БЙ – 98,5% ва 32,2% ($P>0,05$, $\chi^2=0,567$, $RR=0,985$, 95% $CI=0,975 - 0,995$), НҚ – 94,2% ва 30,6% ($P>0,001$, $\chi^2=11,65$, $RR=1,121$, 95% $CI=1,027 - 1,224$), КҚО – 97,7% ва 32,0% ($P>0,05$, $\chi^2=1,409$, $RR=1,028$, 95% $CI=0,981 - 1,077$), $К_пТ$ – 27,2% ва 32,1% ($P>0,001$, $\chi^2=46,45$, $RR=1,964$, 95% $CI=1,556 - 2,480$), $К_чТ$ – 78,2% ва 25,1% ($P>0,001$, $\chi^2=80,51$, $RR=2,299$; 95% $CI=1,744 - 3,031$), $К_нТ$ – 2,2% ва 2,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,071$, $RR=1,083$, 95% $CI=0,248 - 4,729$), БХ – 74,2% ва 23,6% ($P>0,001$, $\chi^2=56,32$, $RR=2,060$, 95% $CI=1,579 - 2,687$), ВЙ – 90,2% ва 29,5% ($P>0,01$, $\chi^2=2,885$, $RR=0,939$; 95% $CI=0,895 - 0,985$), ЁН – 96,8% ва 31,6% ($P>0,001$, $\chi^2=410,4$, $RR=4,842$, 95% $CI=3,271 - 7,167$).

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, қандли диабет ўпка силига қўшилиб кечганда силнинг ўта оғир, асоратланиб кечиши хавфи кескин ошади ва “силли охирги нукта”лар (асоратланиш, ўлим, касалхонада узоқ қолиш, иқтисодий – ижтимоий йўқотишлар) 3 баравардан ортиқ ошади.

3.12 – расмда қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силининг рентгенологик аломатларининг аниқланиш частоталари тавсифланган.

$ҚД_2ЎС_к$ да рентгенологик кўринишлар сил касаллиги жойлашувига хос бўлиб 12 турга бўлиниб, эркак ва аёлларда тафовут билан қуйидаги тарқалиш частоталарида аниқланди: иккала ўпкада фибротик ўзгаришлар – 3,4% ва 2,6% ($P>0,05$), чап ўпкада фиброз – каверноз сояланиш – 1,5% ва 2,2% ($P>0,05$), ўнг ўпка пастки бўлагидаги соя (3,4% ва 3,7% дан ($P>0,05$), чап ўпка пастки бўлагида сояланиш – 0,0% ва 1,15% ($P<0,01$), ўнг ўпка юқори бўлагида сояланиш 13,6% ва 10,7% ($P>0,05$), чап ўпка юқори бўлагида сояланиш – 6,4%

ва 6,6% ($P>0,05$), иккала ўпка инфилтратив сили – 0,6 % ва 0,7 % ($P>0,05$), ўнг ўпка юқори бўлаги инфилтратив сили – 2,4% ва 2,2% ($P>0,05$), иккала ўпкада сояланиш – 13,7% ва 11,8% ($P>0,05$), ўнг ўпкада сояланиш – 24,1% ва 24,3% ($P>0,05$) ва чап ўпкада сояланиш – 24,1% ҳамда 24,3% ($P>0,05$).



3.12-расм. Қандли диабет билан касалланган беморларда ўпка силининг рентгенологик аломатларининг аниқланиш частотасининг ифодаланиши (% да)

Хулоса қилиш мумкинки, рентгенологик кўринишлари бўйича қандли диабетли беморларда ўпка сили юқори частоталарда ўнг ўпкада ва ўнг ўпка юқори бўлагида жойлашуви билан тасдиқланади. Нисбатан кам частота билан шундай жойлашувли ўпка сили, ҚД фониди, чап ўпкада ҳам қайд қилинади. Ўпканинг пастки бўлақларидаги жойлашув энг кам частоталарда (0,6% дан 1,5% гачани ташкил қилиб) кузатилади. Энг кўп частотада рентгенологик – “сояланиш” симптоми (13,6% га етиб) ва энг кам частота билан инфилтратив (0,6%) ва фибротик ўзгаришлар (2,6%) рентгенологик текширувда тасдиқланади.

3.7 – жадвалда ҚД₂ЎС_к ни клиник аломатларининг гендерли хусусиятлари берилган.

Жадвалнинг рақамли маълумотларидан келиб чиқадики жами ҚД₂ЎС_к билан беморлар популяциясида, эркак ва аёлларда етакчи клиник белгилар сифатида қуйидагилар турли частоталарда тасдиқланди: 1) доимий оғиз

3.7-жадвал

ҚД₂ЎС_к да клиник аломатлар аниқланишининг гендерли хусусиятлари

	ҚД ₂ ЎС _к (n=600)						P	x ²	RR	95% CI
	Эркак (n=328)		Аёл (n=272)		Жами					
	abs	%	abs	%	abs	%				
Доимий оғиз қуриши	328	100	272	100	600	100,0	-	-	-	-
Полидипсия	326	99,4	272	100	598	99,7	>0,05	0,335	0,994	0,985-1,002
Булемия	325	99,1	272	100	597	99,5	>0,05	1,000	0,991	0,981-1,001
Доимий ҳолсизлик	326	99,4	269	98,9	595	99,2	>0,05	0,044	1,005	0,989-1,020
Танада Қичишиш	292	89,0	234	86,0	526	87,7	>0,05	0,972	1,035	0,973-1,100
Суюқликка кунлик эҳтиёж: -1 литргача	4	1,2	4	1,5	8	1,3	>0,05	0,008	0,829	0,209-3,285
-1 литр	219	66,8	198	72,8	417	69,5	>0,05	2,271	0,917	0,825-1,019
-1 литрдан кўп	98	29,9	68	25,0	166	27,7	>0,05	1,533	1,195	0,917-1,557
Тери йирингли касалликлари	27	8,2	6	2,2	33	5,5	<0,05	9,261	3,732	1,564-8,906
Тана вазни: -ортган	2	0,6	1	0,4	3	0,5	>0,05	0,026	1,658	0,151-18,19
-камайган	1	3,7	7	2,6	19	3,2	>0,05	0,272	1,422	0,568-3,561
-ўзгармаган	313	95,4	262	96,3	575	95,8	>0,05	0,117	0,991	0,958-1,024
Яқин қарин- дошларда ҚД	88	26,8	54	19,8	142	23,7	<0,05	3,629	1,351	1,003-1,821
Пархезга риоя қилиш	18	5,5	8	2,9	26	4,3	>0,05	1,752	1,866	0,824-4,224

қуриши – 100,0% эркакларда ва аёлларда – 100,0%; 2) полидипсия – 99,7%, эркакларда – 99,4% ва аёлларда – 100,0% (P>0,05, x²=0,335, RR=0,994; 95% CI=0,985 – 1,002); 3) булемия – 99,5%, эркакларда – 99,5% ва аёлларда – 99,1% (P>0,05, x²=1,000, RR=0,991; 95% CI=0,981 – 1,001); 4) доимий ҳолсизлик –

99,2%, эркакларда – 99,4% ва аёлларда – 98,9% ($P>0,05$, $\chi^2=0,044$, $RR=1,005$; 95% $CI=0,989 - 1,020$); 5) танада қичишиш – 87,7%, эркакларда – 89,0% ва аёлларда – 86,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,972$, $RR=1,035$; 95% $CI=0,973 - 1,100$); 6) Суюқликка кунлик эҳтиёж 1 литргача – 1,3%, эркакларда – 1,2% ва аёлларда – 1,5% ($P>0,05$, $\chi^2=0,008$, $RR=0,829$; 95% $CI=0,209 - 3,285$); 7) суюқликка кунлик эҳтиёж – 1 литр – 69,5%, эркакларда – 66,8% ва аёлларда – 72,8% ($P>0,05$, $\chi^2=2,271$, $RR=0,917$; 95% $CI=0,825 - 1,019$); 8) суюқликка кунлик эҳтиёж 1 литрдан кўп – 27,7%, эркакларда – 29,9% ва аёлларда – 25,0% ($P>0,05$, $\chi^2=1,533$, $RR=1,195$; 95% $CI=0,917 - 1,557$); 9) терида кузатилган йирингли касалликлар – 5,5%, эркакларда – 8,2% ва аёлларда – 2,2% ($P>0,05$, $\chi^2=9,261$, $RR=3,732$; 95% $CI=1,564 - 8,906$); 10) тана вазнининг ортиши – 0,5%, эркакларда – 0,6% ва аёлларда – 0,4% ($P>0,05$); 11) тана вазнининг камайиши – 3,2%, эркакларда – 3,7% ва аёлларда – 2,6% ($P>0,05$, $\chi^2=0,272$, $RR=1,422$; 95% $CI=0,568 - 3,561$); 12) тана вазни ўзгармаган – 95,8%, эркакларда – 95,4% ва аёлларда – 95,8% ($P>0,05$, $\chi^2=0,117$, $RR=0,991$; 95% $CI=0,958 - 1,024$); 13) яқин қариндошларда ҚД анамнези – 23,7%, эркакларда – 26,8% ва аёлларда – 19,8% ($P>0,05$, $\chi^2=1,752$, $RR=1,866$; 95% $CI=1,003 - 1,821$); 14) парҳезга риоя қилиш – 4,3%, эркакларда – 5,5% ва аёлларда – 2,9% ($P>0,05$, $\chi^2=1,752$, $RR=1,866$; 95% $CI=0,824 - 4,224$).

Ўпка силининг клиник кечиши, текширилган I – чи ва II – чи гуруҳга мансуб беморлар популяциясида, хусусиятларидан яна бири шу бўлдики, аксарият касалликка бошқа тизим патологиялари (сийдик ажратиш тизими касалликлари – САТР, юрак қон - томир тизими касалликлари ЮҚТК, ошқозон – ичак тизими касалликлари ОИТК) қўшилиб келди ва уларнинг аломатлари ҳам мавжуд симптомлар билан бирга намоён бўлди.

3.8 – жадвалда ўпка силига асорат сифатида қўшилган ҳолда келиб чиққан САТКнинг клиник ифодаланиши таҳлили баён қилинган.

ҚД₂ЎС_книнг САТК томонидан клиник кўринишлари қуйидаги ифодаланиш ва частоталарда аниқланди: «Ёмон натижали пешоб таҳлили» - 75,0% (эркакларда – 71,6% ва аёлларда – 26,3%; $P>0,05$), «Бел оғриғи» - 51,8%

(эркакларда – 51,8% ва аёлларда – 19,1%; $P>0,05$), «Дизурия» - 40,0% (эркакларда – 42,4% ва аёлларда – 15,6%; $P>0,05$), «Шишлар» - 32,3% (эркакларда – 35,1% ва аёлларда – 12,9%; $P>0,05$), « сўнгги йилларда юзага келган АГ» - 20,0% (эркакларда – 24,4% ва аёлларда – 8,9%; $P>0,05$), «АГ аввалги йилларда» - 14,0% (эркакларда – 17,1% ва аёлларда – 6,3%; $P>0,05$), «Диспансер назоратида туриш» - 9,5% (эркакларда – 11,3% ва аёлларда – 4,1%; $P>0,05$), «САТ касаллигининг мавжудлиги» - 23,3% (эркакларда – 22,0% ва аёлларда – 8,1%; $P>0,05$).

ҚД₂ЎС_{қй} да, юқоридагилардан фаркли ўлароқ, САТК симптомлари кўшилиб келган ҳолда қуйидаги частоталарда тасдиқланди: «Ёмон натижали пешоб таҳлили» - 39,0% (эркакларда – 28,6% ва аёлларда – 52,3%; $P>0,05$), «Бел оғриғи» - 14,0% (эркакларда – 12,5% ва аёлларда – 15,9%; $P>0,05$), «Дизурия» - 8,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 11,4%; $P>0,05$), «Шишлар» - 7,0% (эркакларда – 7,1% ва аёлларда – 6,8%, $P>0,05$), «АГ охирги йилда» - 6,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 6,8%; $P>0,05$), «АГ аввалги йилларда» - 10,0% (эркакларда – 87,1% ва аёлларда – 13,6%; $P>0,05$), «Диспансер назоратида туриш» - 5,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 4,5%; $P>0,05$), «САТК касаллигининг мавжудлиги» - 6,0% (эркакларда – 8,9% ва аёлларда – 2,3%; $P>0,05$).

Қандли диабет билан касалланган аҳолидаги ва диабет билан касалланмаган аҳолидаги ўпка силида САТК симптомлари тафовутланиб қуйидагича частотада аниқланди (3.8 – жадвалда иловада келтирилган).

«Ёмон натижали пешоб таҳлили» - 75,0% ва 39,0% дан ($P>0,001$, $\chi^2=51,06$, $RR=1,923$; 95% $CI=1,498 - 2,468$), «Бел оғриғи» - 51,8% ва 14,0% дан ($P>0,001$, $\chi^2=47,82$, $RR=3,702$; 95% $CI=2,264 - 6,055$), «Дизурия» - 40,0% ва 8,0% ($P>0,001$, $\chi^2=36,98$, $RR=5,000$; 95% $CI=2,554 - 9,789$), «Шишлар» – 32,3% ва 7,0% дан ($P>0,001$, $\chi^2=25,65$, $RR=4,619$; 95% $CI=2,240 - 9,525$), «АГ охирги йилда» – 20,0% ва 6,0% ($P>0,001$, $\chi^2=10,45$, $RR=3,333$; 95% $CI=1,509 - 7,360$), «АГ аввалги йилларда» - 14,0% ва 10,0% ($P>0,001$, $\chi^2=0,861$, $RR=1,400$; 95% $CI=0,753 - 2,604$), «Диспансер назоратида туриш» - 9,5% ва 5,0% ($P>0,05$,

$x^2=1,629$, $RR=1,900$; 95% $CI=0,781 - 4,624$), «САТ касаллигининг мавжудлиги» - 23,3% ва 6,0% ($P>0,001$, $x^2=14,57$, $RR=3,889$; 95% $CI=1,766 - 8,562$).

$ҚД_2ЎС_к$ ва $ҚД_2ЎС_{кй}$ билан беморларда юрак қон-томир касалликларининг аниқланиш частоталари 3.9 – жадвалда тақдим этилган (иловада келтирилган).

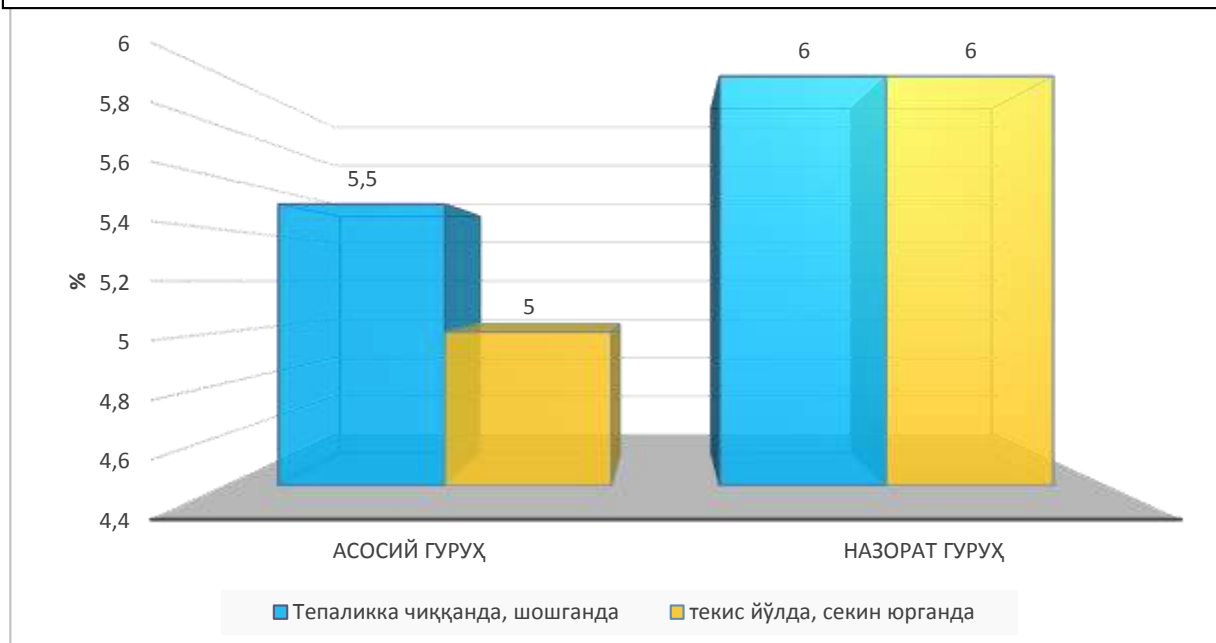
Тасдиқланишича, ЮҚК $ҚД_2ЎС_к$ ва $ҚД_2ЎС_{кй}$ билан касалланган популяцияда ЮҚКнинг қуйидаги турлари аксариятфарқли равишдаги аниқланиш частоталарида тавсифланган: миокард инфаркти (МИ) – 2,7% ва 13,0% ($P>0,001$, $x^2=20,52$, $RR=0,205$; 95% $CI=0,102 - 0,413$), стенокардия (СН) – 4,8% ва 1,0% ($P>0,05$, $x^2=2,207$, $RR=4,833$; 95% $CI=0,666 - 35,08$), бош мияга қон қуйилиши 0,0% ва 4,0%, АГ – 13,7% ва 0,0%, юрак нуқсонлари – 0,2% ва 13,0% ($P>0,05$, $x^2=12,77$, $RR=0,042$; 95% $CI=0,005 - 0,369$), ирсиятда ўзгаришлар она томонидан – 1,2% ва 1,0% ($P>0,05$, $x^2=0,132$, $RR=1,167$; 95% $CI=0,145 - 9,382$), ирсиятдаги ўзгаришлар (ЮҚКга нисбатан) ота томонидан – 1,8% ва 1,0% ($P>0,05$, $x^2=0,032$, $RR=1,833$; 95% $CI=0,239 - 14,04$), ирсиятдаги ўзгаришлар ҳар икки томондан – 1,2% ва 0,00%.

$ҚД_2ЎС_к$ ва $ҚД_2ЎС_{кй}$ да ЮҚТ касалликлари гендерли хусусиятлар билан эркак ва аёллар популяциясида мос равишда қуйидагича частоталарда кузатилган: МИ – 3,0% - 1,1% ва 7,1% - 13,0% ($P_1>0,05$; $P_2>0,05$), СН – 4,6% - 1,7% ($P>0,05$) ва 0,0% - 2,3%, бош мияга қон қуйилиши 0,0% - 0,0 ва 1,8% - 6,8% ($P>0,052$), АГ – 11,3% - 4,1% ($P>0,05$) ва 13,7% - 0,0, юрак нуқсони – 0,0% - 0,0% ва 8,9% - 18,2% ($P>0,05$), ирсиятдаги ўзгаришлар она томонидан – 0,6% - 0,2% ($P>0,05$) ва 0,0% - 1,0% дан, ирсиятдаги ўзгаришлар ота томонидан – 2,1% - 0,8% ва ($P>0,05$) 1,8% - 0,0%, ирсиятдаги ўзгаришлар ҳар икки (ота ва она) томонидан – 0,3% - 0,1% ($P>0,05$) ва 0,00% ва 0,00%.

Ушбу маълумотлар, биринчидан, профилактика тадбирларини унумли ташкил этиш учун асослар яратади, иккинчидан, $ҚД_2ЎС_к$ ва $ҚД_2ЎС_{кй}$ даволаш дастурларини такомиллаштиради ва учинчидан, прогностик салоҳият касб этиб «ЎС билан боғлиқ йўқотиш»ларни кескин камайтиради ёки шунга

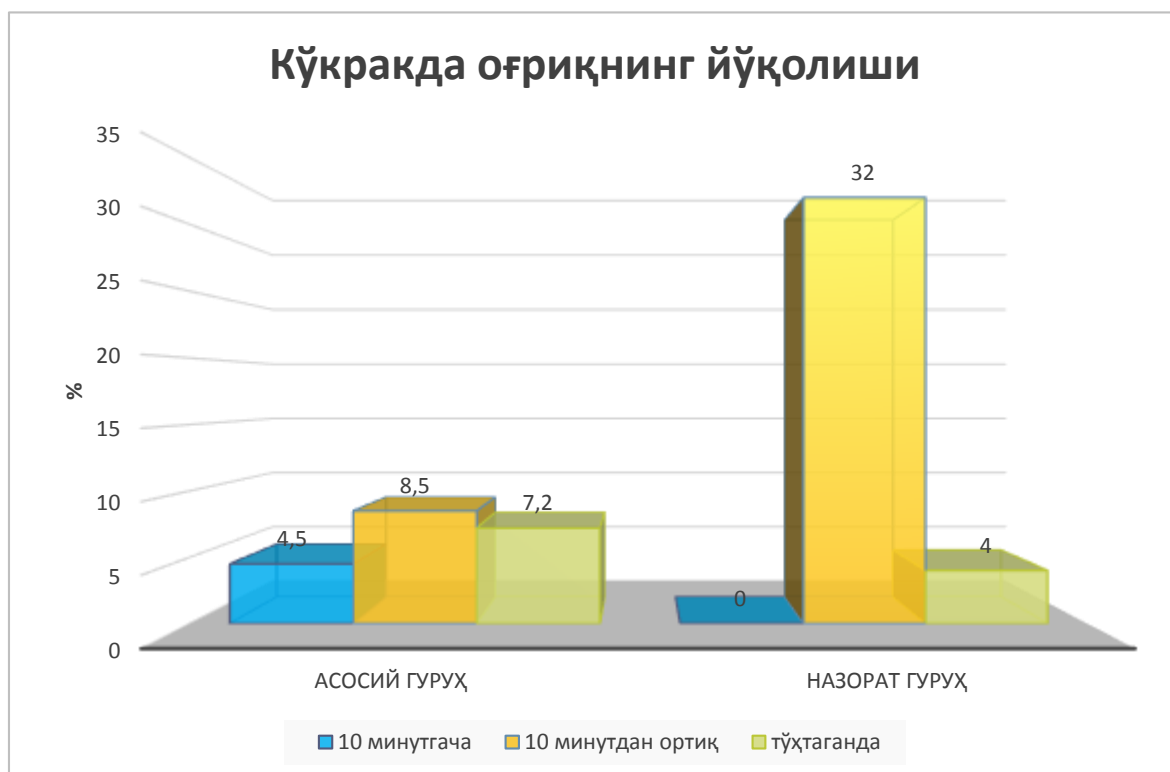
қаратилган фаолиятни кучайтиради. ЮҚК орасида кўкрак қафаси оғриғини кўпинча ўпка силига қўшилиб келиши ва кечиши кузатилади

3.14-расм. Ўпка силида кўкракда оғриқ келиб чиқишининг хос хусусиятлари



Кўкрак қафаси оғриқлари асосий гуруҳ ($KD_2\check{U}C_k$) ва назорат гуруҳи ($KD_2\check{U}C_{kй}$) даги ўпка сили билан беморлар популяциясида қуйидаги хослик ва частоталар билан тавсифланди: 1) оғриқнинг юқорига чиққанда ва ёки тез юрганда пайдо бўлиши (турғун стенокардия шаклида) – 5,5% (эркакларда – 4,3% ва аёлларда – 1,6%; $P>0,05$) ва 6,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 6,8%; $P>0,05$) частоталар билан ёки 0,5% фарқ билан аниқланди ($P>0,05$, $\chi^2=0,041$, $RR=0,917$; 95% $CI=0,394 - 2,131$); 2) оғриқнинг текис йўлда ва/ёки секин юрганда пайдо бўлиши – 5,0% (эркакларда – 4,6% ва аёлларда – 1,7%, $P>0,05$) ва 6,0% (эркакларда – 3,6% ва аёлларда – 9,1%; $P>0,05$) кузатилди ($P>0,05$, $\chi^2=0,031$, $RR=0,833$; 95% $CI=0,356 - 1,951$); 3) оғриқни 10 дақиқадан кўп вақтда тўхтатиш – 8,5% (эркакларда – 8,5% ва аёлларда – 3,1%; $P>0,05$) ва 32,0% (эркакларда – 41,1% ва аёлларда – 32,0%; $P>0,05$) кузатилди ($P>0,001$, $\chi^2=43,07$, $RR=0,266$; 95% $CI=0,180 - 0,391$); 4) оғриқни 10 дақиқагача вақтда

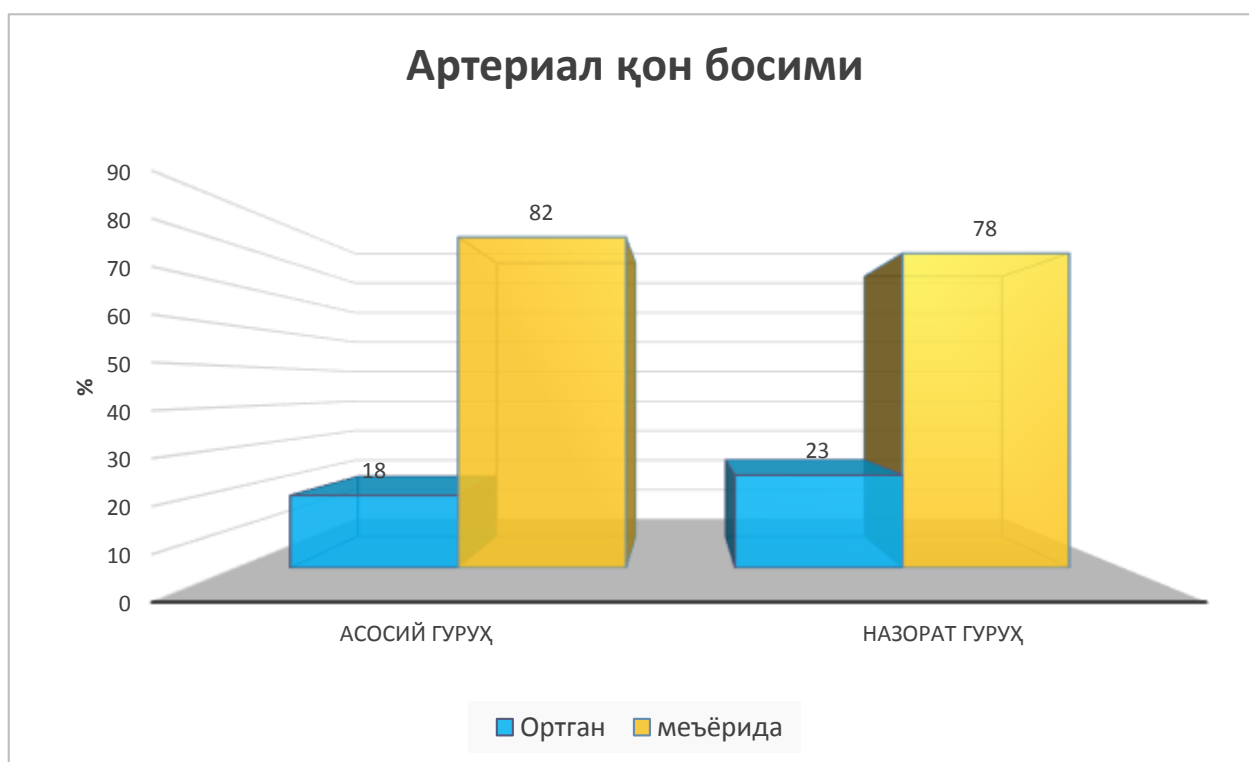
тўхтатиш – 4,5% (эркакларда – 5,5% ва аёлларда – 2,2%; $P>0,05$) ва 0,00% кайд қилинди; 5) «оғриқни фақат тўхтаганда» тўхташи – 7,2% (эркакларда – 7,6% ва аёлларда – 2,8%; $P>0,05$) ва 4,0% (эркакларда – 5,4% ва аёлларда – 2,3%; $P>0,05$) кузатилди ($P>0,05$, $\chi^2=0,913$, $RR=1,792$; 95% $CI=0,657 - 4,882$).



3.15-расм.Кўкрак оғриғи бартафланишининг ўпка силида хос хусусиятлари

Умуман, кўкрак кафаси оғриқлари ифодаланиши бўйича зўриқишдаги ва тинч ҳолатдаги стенокардияни тасдиқлаб ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} да кузатилади. 1 – чи гуруҳдаги ЎСда кўкракдаги оғриқлар – 30,7% ва 2 – чи гуруҳдагиларда – 48,0% частота билан кузатилади ва ёки “диабетсиз ўпка силида” стенокардитик оғриқлар билан ифодаланиш 9,3% га ортиқ бўлади (P<0,05).

Кейинги жадвал (иловада келтирилган 3.11 – жадвал ва расмда (3.16 - расм) АГни қандли диабетга қўшилиб ва қўшилмасдан кечувчи ўпка силида аниқланиши частотасига оид рақамли таҳлиллар келтирилган.



3.16-расм. Артериал гипертонияни ўпка сили билан беморларда тарқалиши частотасининг хос жихатлари (% да)

АГ ҚД₂ЎС_к гуруҳида 18,0% (эркакларда – 14,9% ва аёлларда – 18,0%; P>0,05) ва ҚД₂ЎС_{кй} гуруҳида эса 23,0% (эркакларда – 23,2% ва аёлларда – 22,7%; P>0,05), тарқалиш частотаси билан ёки 5,0% тафовут билан ҚД₂ЎС_{кй} да кўп аниқланади (P>0,05, $\chi^2=1,099$, RR=0,783; 95% CI=0,526 – 1,164).

Демак, ўпка сили АГ келиб чиқиши хавфини 18,0% дан 23,0% га ошириши кузатилади.

Гемодинамик кўрсаткичлар (систолик АБ, ўртача систолик АБ, диастолик АБ, ўртача диастолик АБ, пульс частотаси) асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда фарқланиш даражаси ҳам таҳлил қилиб баҳоланди.

(3.12 – жадвалда таҳлил хулосалари жамланиб кўрсатилган) ва бунда тасдиқланишича, фақат систолик АБ асосий гуруҳларда назорат гуруҳига нисбатан сезиларли юқори бўлиши кузатилди ($P > 0,001$, 95% CI=4,91 – 1,31) холос. АБнинг бошқа кўрсаткичлари, жумладан, пульснинг ҳам фарқланиши иккала текширув гуруҳларида сезиларсиз даражада тасдиқланди ($P > 0,05$).

3.12-жадвал

Ўпка силида гемодинамик кўрсаткичларни эпидемиологик тавсифи

№	Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (n=600)		Назорат гуруҳи (n=100)		95% CI		P
		m-M	M±SD	m-M	M±SD	қуйи	Юқори	
1	Систолик артериал босим	90-200	114,5±14,1	80-160	114,5±14,1	-4,91	1,31	<0,001
2	Ўртача систолик артериал босим	55-200	117,1±17,2	90-180	116,7±15,7	-3,74	3,06	>0,05
3	Диастолик артериал қон босими	43-100	75,1±10,4	60-90	74,7±8,2	-2,22	1,43	>0,05
4	Ўртача диастолик артериал босим	35-100	75,7±9,6	60-90	73,3±7,7	-4,11	-0,71	<0,05
5	Пульс(30 сонияда)	30-96	39,7±10,7	30-50	39,9±4,5	-1,02	1,44	>0,05

Изоҳ: m-M-минимал ва максимал курсаткич; 95% CI - ишонарлилик интервали; p-Mann - Whitney мезони

Олинган маълумотлардан кўришиб турганидек ўпка сили билан касалланган беморларда, ҳамда қандли диабет қўшилиб кечишида ва, яна диабетсиз алоҳида кечишида (асосий ва назорат гуруҳларида) ҳазм аъзолари касалликлари (ҲАК) ва уларнинг клиник белгилари сезиларли кўп частотада тарқалиш билан аниқланди. 3.13-, 3.14-, ва 3.15 - жадвалларда иловада тақдим қилинган.

Иловадаги 3.13 – жадвал маълумотларидан кўринадикки, асосий гуруҳдаги беморлар популяциясида ($KD_2\check{C}_K$) қуйидаги ҲАК турли тарқалиш частоталарида аниқланди: дизентерия – 7,2% (эркакларда – 8,2% ва аёлларда –

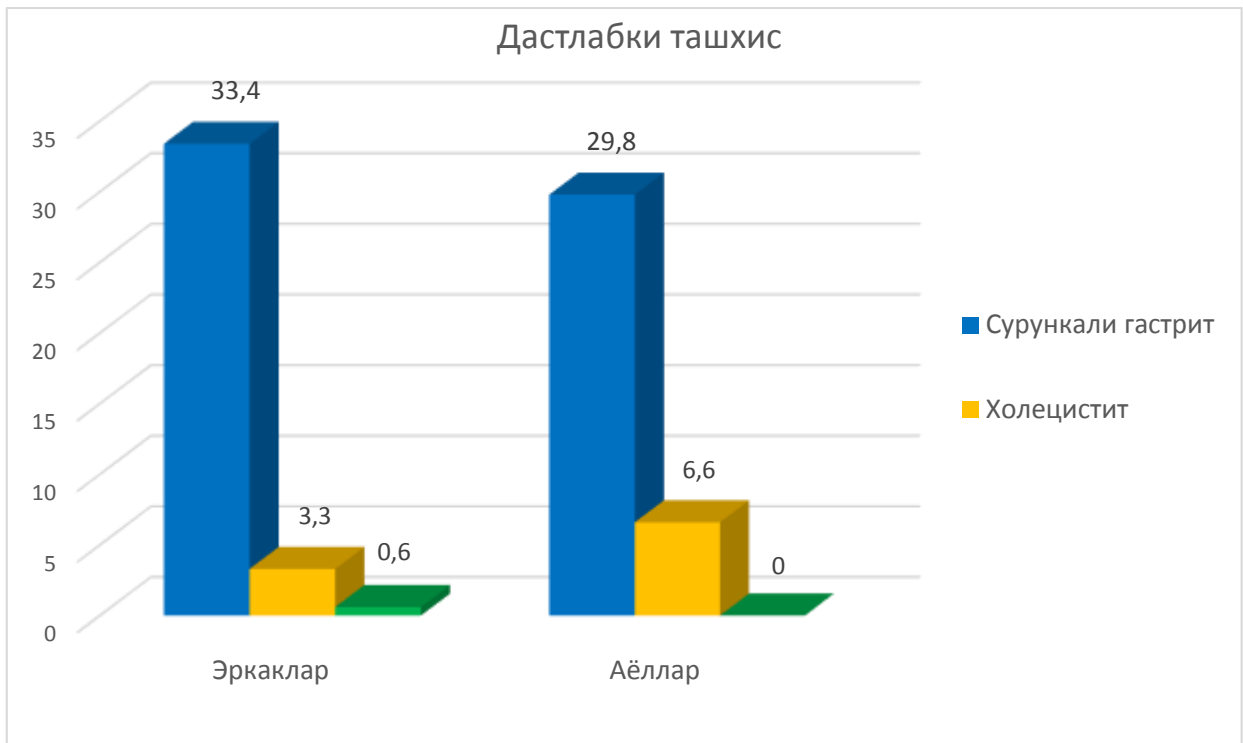
3,0%; $P>0,05$), лямблиоз – 1,3% (эркакларда – 1,5% ва аёлларда – 0,6; $P>0,05$) ва қорин бўшлиғининг хирургик касалликлари (ҚБХК) – 0,8 % (эркакларда – 0,3% ва аёлларда – 0,1%, $P>0,05$).

Назорат гуруҳидаги беморларда ($ҚД_2\check{C}_{кй}$) ушбу касаликлар қуйидаги частоталар билан кузатилди: дизентерия – 9,0% (эркакларда – 10,7% ва аёлларда – 6,8%; $P>0,05$), лямблиоз – 1,0% (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 0,0%; $P>0,05$) ва ҚБХК – 2,0% (эркакларда – 0,0% ва аёлларда – 4,5%; $P>0,05$).

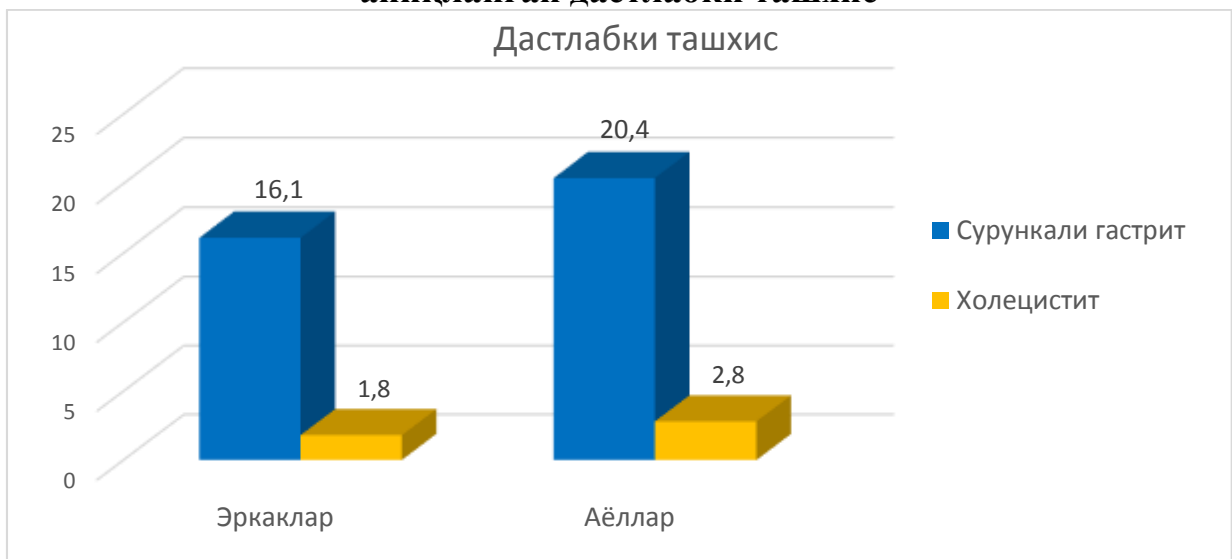
Умуман, ХАК $ҚД_2\check{C}_к$ ва $ҚД_2\check{C}_{кй}$ беморлар популяциясида фарқли ҳолда қуйидаги частоталарда тавсифланди: дизентерия – 7,2% ва 9,0% дан ($P>0,05$, $\chi^2=0,195$, $RR=0,195$; 95% $CI=0,401 - 1,582$), лямблиоз – 1,3% ва 1,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,042$, $RR=1,333$; 95% $CI=0,169 - 10,55$) ва ҚБХК – 0,8% ва 2,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,295$, $RR=0,417$; 95% $CI=0,082 - 2,118$).

Ушбу популяция қариндошларида (ота онаси ва ака - укаларида) ХАК анамнези ўрганилди, таҳлил қилиб баҳоланди ва тасдиқланишича, уларда касалликлар қуйидаги частоталарда кузатилди: ошқозон ва қизилўнгач раки – 0,2% ва 0,00% – асосий гуруҳ ва назорат гуруҳларида мос ҳолда ($P>0,05$), ўт – тош касаллиги – 2,8% ва 2,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,020$, $RR=1,417$; 95% $CI=0,332 - 6,038$) ва ҳазм аъзоларининг бошқа касалликлари – 4,5% ва 5,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,049$, $RR=0,900$; 95% $CI=0,355 - 2,282$).

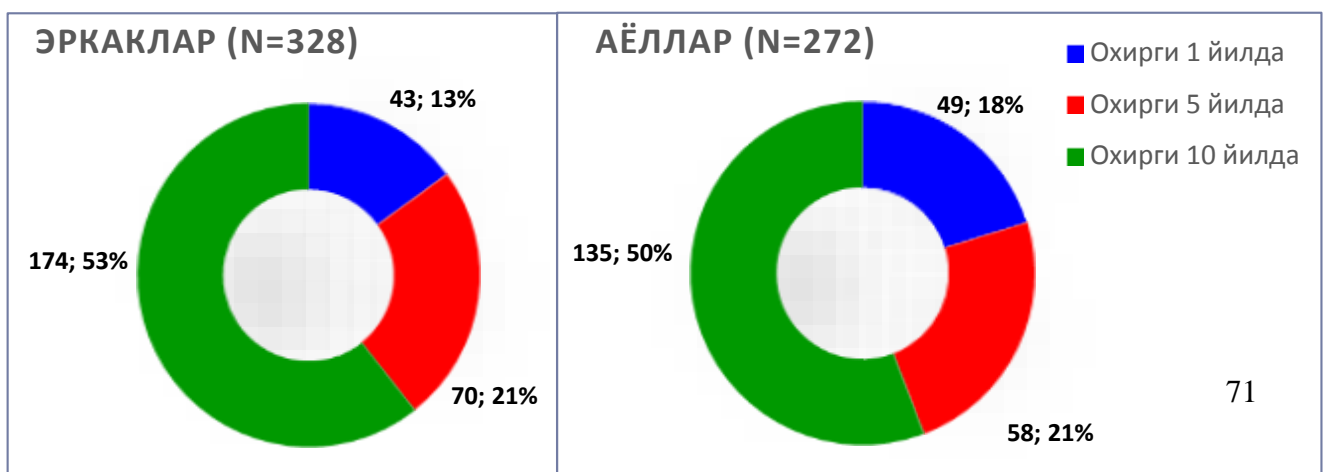
Демак, хулоса қилиш мумкинки, ўпка сили билан касалланган беморларда ошқозон ичак касалликларининг келиб чиқиш хавфи – 9,8% дан ($ҚД_2\check{C}_к$ да) 12,0% гача ($ҚД_2\check{C}_{кй}$ да) ошади ($P>0,05$) (бу ҳақдаги батафсил маълумотлар – 3.17, 3.18, 3.19 ва 3.20 расмларда умумлаштириб келтирилган).



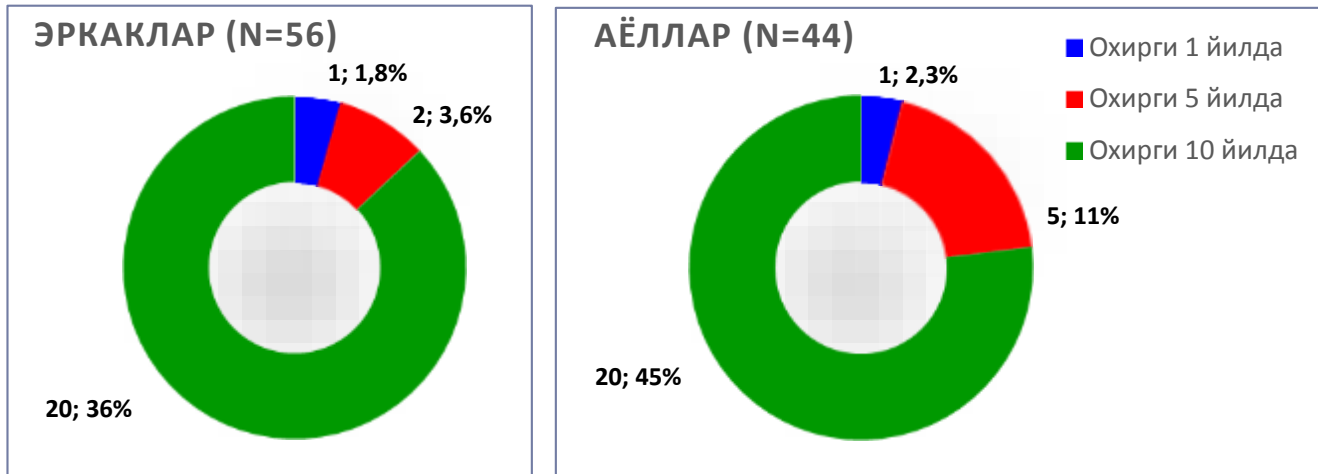
3.17-расм. Асосий гуруҳ беморларда ошқозон-ичак касалликлари бўйича аниқланган дастлабки ташхис



3.18-расм. Назорат гуруҳидаги беморларда ошқозон-ичак касалликлари бўйича аниқланган дастлабки ташхис



3.19-расм. Асосий гуруҳ беморларда ошқозон-ичак касалликлари билан касалланиш муддатлари (n=600; abs, %)



3.20-расм. Назорат гуруҳидаги беморларда ошқозон-ичак касалликлари билан касалланиш муддатлари (n=100; abs, %)

3.14 – жадвалда ҚД₂ЎС_қ ва ҚД₂ЎС_{қй} билан касалланган беморлар популяциясида абдоминал симптомларни аниқланиш частотаси ва ифодаланиши хусусиятлари кўрсатилган.

Абдоминал симптомлар ҚД₂ЎС_қ ва ҚД₂ЎС_{қй} популяцияда фарқли ҳолда куйидаги кўринишдаги тарқалиш частоталари билан аниқланди: 1) озиш – 93,5% (эркакларда – 93,9% ва аёлларда – 93,0%; P>0,05) ва 96,0% (эркакларда – 96,4% ва аёлларда – 95,5%; P>0,05) (P>0,05, $\chi^2=0,546$, RR=0,974; 95% CI=0,931 – 1,019); 2) дисфагия – 1,0% (эркакларда – 1,5% ва аёлларда – 0,4%; P>0,05) ва 1,0% (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 0,00%; P>0,05) (P>0,05, $\chi^2=0,295$, RR=1,000; 95% CI=0,122 – 8,219); 3) эруктация – 92,5% (эркакларда – 90,2% ва аёлларда – 95,2%; P>0,05) ва 90,0% (эркакларда – 87,5% ва аёлларда – 93,2%, P>0,05) (P>0,05, $\chi^2=0,435$, RR=1,028; 95% CI=0,959 – 1,101); 4) кекириш – 91,7% (эркакларда – 90,5% ва аёлларда – 93,0%) ва 89,0% (эркакларда – 87,5% ва аёлларда – 90,9%; P>0,05) (P>0,05, $\chi^2=0,468$, RR=1,030; 95% CI=0,957 – 1,108); 5) кўнгил айнаши – 75,5% (эркакларда – 70,4% ва аёлларда – 81,6%; P>0,05) ва 53,0% (эркакларда

– 44,6% ва аёлларда – 63,6%; $P>0,05$) ($P<0,001$, $\chi^2=20,55$, $RR=1,424$; 95% $CI=1,178 - 1,723$); 6) қусиш – 40,7% (эркакларда – 37,2% ва аёлларда – 44,9%; $P>0,05$) ва 24,0% (эркакларда – 21,4% ва аёлларда – 27,3%; $P>0,05$) ($P>0,05$, $\chi^2=9,384$, $RR=1,694$; 95% $CI=1,179 - 2,433$); 7) ич қотиши – 70,8% (эркакларда – 68,6% ва аёлларда – 73,5%; $P>0,05$) ва 45,0% (эркакларда – 33,9% ва аёлларда – 59,1%; $P>0,05$) ($P>0,001$, $\chi^2=24,77$, $RR=1,574$; 95% $CI=1,259 - 1,967$); 8) ич кетиши – 22,0% (эркакларда – 23,5% ва аёлларда – 20,2%; $P>0,05$) ва 48,0% (эркакларда – 58,9% ва аёлларда – 34,1%; $P>0,05$) ($P>0,001$, $\chi^2=33,64$, $RR=0,427$; 95% $CI=0,330 - 0,553$); 9) қонли дефекация – 0,3% (эркакларда – 0,3% ва аёлларда – 0,4%; $P>0,05$) ва 0,00%; 10) шиллиқли дефекация – 0,3% (эркакларда – 0,3% ва аёлларда – 0,4%; $P>0,05$) ва 0,00%; 10) мелена – 0,8% (эркакларда – 0,9% ва аёлларда – 0,7%; $P>0,05$) ва 1,0% (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 0,00%; $P>0,05$) ($P>0,05$, $\chi^2=0,175$, $RR=0,833$; 95% $CI=0,088 - 7,059$).

Ҳар иккала гуруҳда энг юқори частотада, эруктация ва кекириш ҳамда кўнгил айнаши ва ич қотишининг учраши эътиборни тортади.

ЎС да абдоминал оғриқлар намоён бўлиши билан диққатни алоҳида жалб қилади (3.15 – жадвалда бу акс эттирилган).

Хусусан, абдоминал оғриқнинг эпигастрал соҳада ифодаланиши ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} беморлар гуруҳида – 21,2% ва 23,0% частотада тарқалиш билан қайд қилинди (эркак ва аёлларда – 18,6% - 24,3% ҳамда 28,6 – 20,5%; $P>0,05$, $P_2 >0,05$) ($P>0,05$, $\chi^2=0,080$, $RR=0,920$; 95% $CI=0,623 - 1,359$). Оғриқнинг ўнг қовурға остида жойлашиши – 12,0% ва 25,0% ($P>0,05$, $\chi^2=11,07$, $RR=0,480$; 95% $CI=0,371 - 0,718$) ёки чап қовурға остида жойлашиб абдоминал оғриқни аниқланиши частотаси – 3,2% ва 4,0% кузатилди ($P>0,05$, $\chi^2=0,037$, $RR=1,042$; 95% $CI=0,370 - 2,929$). Эркак ва аёлларда бундай хослик сезиларсиз даражада фарқланиш билан тасдиқланди ($P>0,05$).

Абдоминал оғриқнинг киндик атрофида жойлашиши (I- ва II- гуруҳдаги аҳоли популяциясида – 4,2% ва 4,0% кузатилди) ($P>0,05$, $\chi^2=0,037$, $RR=1,042$; 95% $CI=0,370 - 2,929$). Оғриқлар жойлашув ва частотаси эркак ва аёлларда статистик ишончсиз фарқланди.

Оғриқ сабаблари ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} гуруҳларида қуйидагича хослик ва аниқланиш частоталари билан тасдиқланди: 1) «овқатдан олдинги оғриқ» - 50,5% ва 37,0% ($P>0,05$, $\chi^2=5,725$, $RR=1,365$; 95% $CI=1,044 - 1,784$); 2) «овқатдан кейинги оғриқ» - 49,2% ва 63,0% ($P>0,05$, $\chi^2=6,022$, $RR=0,780$; 95% $CI=0,658 - 0,926$); 3) «тунги ёки кундузги оғриқ» - 9,0% ва 5,0% ($P>0,05$, $\chi^2=1,296$, $RR=1,800$; 95% $CI=0,738 - 4,389$); 4) «доимий оғриқ» - 8,2% ва 0,00%; 5) «овқатланиш ритми бузилишига боғлиқ оғриқ» - 30,3% ва 41,0% ($P>0,05$, $\chi^2=4,015$, $RR=0,739$; 95% $CI=0,568 - 0,964$). 6) «аччиқ маҳсулотларни истеъмол қилиш билан боғлиқ оғриқ» - 13,0% ва 16,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,431$, $RR=0,812$; 95% $CI=0,495 - 1,332$); 7) «руҳий зўриқиш билан боғлиқ оғриқ» - 12,8% ва 12,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,054$, $RR=1,069$; 95% $CI=0,605 - 1,892$); 8) «сут ичиш билан боғлиқ оғриқ» - 11,3% ва 8,0% ($P>0,05$, $\chi^2=2,195$, $RR=2,556$; 98% $CI=0,703 - 2,857$); 9) «фаслий оғриқлар» - 7,7% ва 3,0% ($P>0,05$, $\chi^2=2,195$, $RR=2,556$; 95% $CI=0,810 - 8,059$).

Маълум бўлишича, I – ва II – гуруҳ беморларида – 64,0% ва 15,0% “оғриқ ўз – ўзидан тўхтайти” ($P<0,001$), 32,3% ва 83,0% беморларда – оғриқ “авайловчи парҳездан сўнг” йўқолади ($P<0,001$) ва 1,7% - 1,0% ҳолатларда оғриқ “дори воситалари ёрдамида” тўхтайти ($P>0,05$, $\chi^2=0,246$, $RR=0,246$; 95% $CI=0,196 - 11,71$).

Қоннинг умумклиник таҳлилларида – гемоглобин, эритроцитлар, лейкоцитлар, таёқчали нейтрофиллар, сегмент ядроли нейтрофиллар ва лимфоцитларнинг ҚД₂ЎС_к (I - гуруҳ) ва ҚД₂ЎС_{кй} (II - гуруҳ) гуруҳларида хос ўзгаришлари ҳам тасдиқланди (бундай таҳлилий натижалар 3.16 – жадвалда келтирилган).

3.16-жадвал

Ўпка силининг қандли диабетга қўшилиб ва қўшилмасдан келишида умумклиник қон таҳлили ўзгаришларини тавсифи

Кўрсткичлар	Асосий гуруҳ (n=600)	Назорат гуруҳи (n=100)	95% CI	P
-------------	-------------------------	---------------------------	--------	---

	m-M	M±SD	m-M	M±SD	қуйи	юқори	
Гемоглобин, г/л	50-130	94,5±14,1	50-130	93,8±14,4	-3,82	2,33	>0,05
Эритроцитлар, * 10 ¹² /л	2-8	3,37±0,54	2-8	3,35±0,45	-0,12	0,08	>0,05
Лейкоцитлар, * 10 ⁹ /л	3-66	5,96±4,05	4-16	5,83±1,39	-0,57	0,30	>0,05
Таёқча ядроли нейтрофиллар (%)	0-72	5,33±1,80	0-18	5,16±2,10	2,77	3,96	<0,001
Сегмент ядроли нейтрофиллар (%)	3-72	50,6±13,4	10-72	37,7±12,4	-15,6	-10,2	<0,001
Лимфоцитлар (%)	4-72	27,6±6,24	8-72	28,3±10,1	-1,35	2,76	>0,05

Жадвалдан келиб чиқадики, I – ва II – гуруҳ беморлар популяциясида гемоглобин – 94,5 + 14,1 г/л ва 93,8 + 14,4 г/л миқдорда аниқланди (P>0,05).

Бошқа лаборатор кўрсаткичлар асосий ва назорат гуруҳидаги ЎС билан касалланган беморларда қуйидагича фарқланиш даражалари билан тасдиқланди: эритроцитлар – 3,37 + 0,54 ва 3,35 + 0,45 (10/12 л) (P>0,05), лейкоцитлар – 5,96 + 4,05 ва 5,83 + 1,39 (10⁹/л) (P>0,05), таёқча ядроли нейтрофиллар – 5,33 + 1,80% ва 5,16 + 2,10% (P<0,001), сегмент ядроли нейтрофиллар – 50,6 + 13,4% ва 37,7 + 12,4% (P<0,001), лимфоцитлар – 27,6 + 6,24% ва 28,3 + 10,1% (P<0,05).

Ушбу клиник ифодаланишларни ҳисобга олиш ўпка сили билан касалланган беморларда ташҳислаш ва даволаш имкониятларини сифат ҳамда мазмун жиҳатдан оширади.

IV БОБ. ЎЗБЕКИСТОННИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АҲОЛИ ОРАСИДА СИЛ КАСАЛЛИГИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ ЙЎЛЛАРИ

§4.1. Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳоли популяциясида ўпка силининг хавф омиллари билан боғлиқлигининг эпидемиологик тавсифи ва ифодаланиши

Тадқиқот натижалари бўйича қандли диабет билан касалланган аҳоли популяциясида ўпка силининг хавф омиллари билан боғлиқлигини эпидемиологик тавсифи ўрганилди ва ифодаланиши баҳоланди.

Адабиётларда бу йўналишдаги ишлар, асосан, чекланган сонда ва клиник материалда кўрсатилган, Ўзбекистон ҳудудларида эса ўрганилмаган ва мавжуд тадқиқотларда эпидемиологик таҳлиллар алоҳида ажратиб берилмаган [7; 20;29; 49; 78].

4.1 – жадвалда қандли диабет билан ўпка силининг турларини ўзаро боғлиқликлари даражасини аниқлашга қаратилган таҳлилий маълумотлар келтирилган.

Жадвалнинг Спирменнинг корреляцион статистикасидан келиб чиқиб берилган хулосаларидан маълум бўлишича, қандли диабетнинг 2 – чи турининг энг юқори кучли тусдаги боғлиқлик даражаси инфилтратив ўпка сили билан аниқланади ($r = 0,164$; $P < 0,001$), унга қараганда 3,3 бараварга кучсиз боғланиш туберкулома билан ($r = 0,050$; $P > 0,05$), 4 баравар кучсиз ижобий корреляцион боғлиқлик ўчоқли ўпка сили билан ($r = 0,036$; $P > 0,05$) ва 7,4 бараварга қиёсан кучсиз, аммо ижобий корреляцион боғлиқлик ҚД₂ ва казеоз ўпка сили орасида тасдиқланди ($r = 0,22$; $P > 0,05$).

Ўпка силининг бошқа турлари билан ҚД₂ ўртасида корреляцион боғлиқлик аниқланмади ва қуйидагича тескари боғлиқлик даражалари тасдиқланди: тарқалган ўпка силида - $r = - 0,16$ ч, $P < 0,001$; фиброз – каверноз

ўпка силида – $r = -0,132$ $P < 0,01$; цирротик ўпка силида – $r = -0,110$; $P < 0,05$ – даражасида ифодаланди.

4.1-жадвал

Қандли диабет билан ўпка сили турларининг ўзаро боғлиқлик даражаларининг қиёсий тавсифи

№	Ўпка силининг турлари	Қандли диабет 2тури	
		R	P
1	Ўчоқли ўпка сили	0,036	>0,05
2	Инфилтратив ўпка сили	0,164	<0,001
3	Туберкулома	0,050	>0,05
4	Тарқалган ўпка сили	-0,167	<0,01
5	Фиброз- кавернозли ўпка сили	-0,132	<0,01
6	Казеозли ўпка сили	0,022	>0,05
7	Цирротик ўпка сили	-0,110	<0,05

4.2 – жадвалда қандли диабетнинг 2 – тури билан касалланган беморларда ўпка силининг эпидемиологик хавф омиллари – чекиш ва алкоголь истеъмоли билан боғлиқлик даражаларининг қиёсий тавсифи келтирилган (Спирменнинг корреляцион статистикаси бўйича асосанган).

4.2-жадвал

Қандли диабет билан касалланганларда ўпка сили турларининг эпидемиологик хавф омиллари билан ўзаро боғлиқлик даражаларининг қиёсий тавсифи

№	Ўпка сили турлари	Чекиш		Алкоголли ичимликлар Ичиш	
		R	P	R	P
1	Ўчоқли ўпка сили	-0,08	>0,05	-0,39	>0,05
2	Инфилтратив ўпка сили	0,045	>0,05	0,106	<0,01
3	Туберкулома	-0,006	>0,05	-0,025	>0,05
4	Тарқалган ўпка сили	0,040	>0,05	-0,052	>0,05
5	Фиброз- каверноз ўпка сили	-0,001	>0,05	0,002	>0,05
6	Казеоз ўпка сили	0,085	<0,05	-0,065	>0,05
7	Цирротик ўпка сили	-0,089	<0,05	-0,018	>0,05

Тасдиқланишича, кучли тўғри корреляцион боғлиқлик чекиш билан инфилтратив ўпка сили ўртасида ($r = 0,015$, $P > 0,05$), тарқалган ўпка сили ўртасида ($r = 0,40$; $P > 0,05$) ва казеоз ўпка сили ўртасида ($r = 0,085$; $P < 0,05$), аниқланди. Нисбатан кучли боғлиқлик чекиш ва казеоз ўпка сили ўртасида,

киёсан 2 бараваргача, кучсиз ифодаланган боғлиқлик эса – туберкулома ва тарқалган ўпка сили билан тасдиқланди. Чекиш билан ўпка силининг бошқа турларида эса тескари боғлиқлик аниқланди ва бу қуйидагича ифодаланди: ўчоқли ўпка силида $-r = -0,088$ $P > 0,05$; туберкуломада $-r = -0,006$; $P > 0,05$; фиброз – каверноз ўпка силида $-r = -0,001$; $P > 0,05$; цирротик ўпка силида $-r = -0,089$; $P < 0,05$.

Алкогол истеъмоли билан ўпка силининг турли шаклларида ўзаро корреляцион боғлиқлик қуйидагича ифодаланди: ўчоқли ўпка сили билан $-r = -0,39$, $P > 0,05$; инфилтратив ўпка сили билан $-r = 0,106$, $P < 0,01$; туберкулома билан $-r = -0,025$, $P > 0,05$; тарқалган ўпка сили билан $-r = -0,052$, $P > 0,05$; фиброз каверноз ўпка сили билан $-r = -0,065$, $P > 0,05$; казеоз ўпка сили билан $-r = -0,065$, $P > 0,05$; цирротик ўпка сили билан $-r = -0,018$, $P > 0,05$.

Бу таҳлиллардан келиб чиқиб ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} билан алоҳида уларни барвақт олдини олиш алгоритми – моделларини яратиб бериш мумкин бўлади ёки шундай амалиётларда бу натижалардан фойдаланиш тиббий – иқтисодий фойда келтиради.

§ 4.2. Хавф омиллари ва коморбид касалликлар билан боғлиқ ҳолда қандли диабет билан ўпка сили қўшилиб келишининг хусусиятлари

Кейинги таҳлиллар қандли диабет билан ўпка силининг қўшилиб юзага келишида коморбид касалликларни хавф омиллари сифатида ролини баҳолашга қаратилган (4.3 – жадвалда иловада келтирилган).

ҚД₂СД_к ли беморлар популяциясида пульмонологик коморбид фон (ПКф) бўлиб аксарият ҳолатларда ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК), ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ), аллергия касалликлар (АК), ирсий омиллар – қариндош – уруғдаги ўпка касалликлари ва ёки улар билан доимий контактда бўлиш (ҚУЎКк), яқин қариндошлардаги аллергия касалликлар (ЯҚ_{АК}) қайд қилинди.

ЎСОК билан ўпка силининг бошқа турларини, ҚД₂ билан беморларда, ўзаро корреляцион боғлиқлик даражалари қуйидагича тасдиқланди: ўчоқли

ўпка сили - $r = - 0,081$, $P > 0,05$; инфилтратив ўпка сили билан - $r = - 0,126$, $P > 0,001$; туберкулома билан - $r = - 0,126$, $P > 0,001$; тарқалган ўпка сили билан - $r = - 0,039$, $P > 0,05$; фиброз каверноз ўпка сили билан - $r = - 0,081$, $P > 0,05$; казеоз пневмония билан - $r = - 0,026$, $P > 0,05$; цирротик сил - $r = - 0,066$, $P > 0,05$.

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ЎС нингўпчилиги турларида коморбид фон бўлиб уларнинг хавфини оширади, фақат инфилтратив ўпка силида ва цирротик силда ўзаро боғлиқлик даражаси манфий кўрсаткич билан ифодаланади.

ЎРВИ ва $ҚД_2$ ЎС_к орасидаги корреляцион боғлиқлик, ўпка силининг турларида қуйидагича тасдиқланади: ўчоқли ўпка сили билан - $r = - 0,040$, $P > 0,05$; инфилтратив ўпка сили билан - $r = - 0,061$, $P > 0,05$; туберкулома билан - $r = - 0,041$, $P > 0,05$; тарқалган сил билан - $r = - 0,087$, $P > 0,05$; фиброз – каверноз сил билан - $r = - 0,072$, $P > 0,05$; казеоз пневмония билан - $r = - 0,033$, $P > 0,05$; цирротик сил билан - $r = - 0,106$; $P > 0,01$.

ЎРВИга боғлиқ ҳолда, қандли диабетнинг 2–тури билан касалланганларда, асосан, цирротик силнинг қўшилиб келиши ва авж олиб кечиши тасдиқланди.

АК билан ўпка силининг турлари орасидаги боғлиқлик $ҚД_2$ билан касалланган беморларда “ўзига хослик билан” аниқланди: ўчоқли ўпка сили билан - $r = - 0,032$, $P > 0,05$; инфилтратив ЎС билан - $r = - 0,040$, $P > 0,05$; туберкулома билан - $r = - 0,080$, $P > 0,05$; тарқалган ЎС билан - $r = - 0,083$, $P > 0,05$; фиброз – каверноз ЎСда - $r = - 0,079$, $P > 0,05$; казеоз пневмония билан - $r = - 0,076$, $P > 0,05$; цирротик сил - $r = - 0,045$, $P > 0,05$.

ҚУЎК_к ни ЎСнинг турлари билан боғлиқлиги ҳам, $ҚД_2$ билан касалланган беморларда тасдиқланди (доимий ўзаро алоқада бўлиб туриш сабабли) ва қуйидагича корреляцион боғлиқлик фарқли равишда ифодаланди (4.3 - жадвал): ўчоқли ўпка силида - $r = - 0,145$, $P > 0,01$; инфилтратив ЎСда - $r = - 0,006$, $P > 0,05$; туберкуломада - $r = - 0,012$, $P > 0,05$; тарқалган силда - $r = - 0,008$, $P > 0,05$; фиброз – каверноз силда - $r = - 0,024$, $P > 0,05$; казеоз пневмонияда - $r = - 0,013$, $P > 0,05$; цирротик силда - $r = - 0,026$, $P > 0,05$.

ЎС нинг турлари билан ЯҚАК ўртасидаги боғлиқлик даражаси деярли худди шундай тенденцияни кўрсатиб тасдиқланди.

§ 4.3. Тизимли ва маҳаллий хавф омилларига боғлиқ ҳолда қандли диабетнинг 2 – тури билан касалланганларда ўпка силининг келиб чиқиш хавфи даражалари

Иловада, 4.4 – жадвалда, қандли диабет билан касалланган беморларда ўпка силининг даврийлиги ва морфологик ўзгаришлари билан боғлиқлик даражасини баҳолашга қаратилган таҳлил натижалари берилган.

Маълум бўлдики, ҚД₂ фонида кечадиган ўчоқли ўпка сили қуйидагилар билан корреляцион ижобий ёки манфий боғлиқликни кўрсатди: илгари даволанган ўпка сили омили (ИДЎСО) билан $-r = -0,005$, олдинги даволанишдан ажралиш омили (ОД а) билан $-r = -0,021$, ўпка силининг қайталаниши (ЎСК) билан $-r = -0,044$, ва бактерияларнинг чиқарилиши билан (МБЧ) $-r = -0,006$.

Фақат, ўпка тўқималарининг емирилиши (ЎТЕ) билан кучли даражада ифодаланган манфий корреляцион боғлиқликнинг мавжудлиги исботланди. Инфилтратив ўпка сили билан ИД ЎСО ($r = 0,157^{***}$), Одао ($r = 0,155^{***}$) ва ЎСК ($r = 0,096^*$) ўртасида ўзаро боғлиқлик аниқланди.

Бошқа омиллар билан эса қуйидагича ўзаро боғлиқлик (ч) ифодаланади: ЎТЕ билан $-r = 0,029$ ва МБ₂ билан $-r = 0,035$.

Қандли диабет билан касалланган беморлардаги туберкулома юқоридаги омиллар билан корреляцион боғлиқликда ифодаланиб тасдиқланди: ИДЎСО билан ($r = 0,008$), Одао билан ($r = 0,055$), ЎСК билан ($r = 0,061$), ЎТЕ билан ($r = 0,038$) ва МБЧ билан ($r = 0,070$).

Тарқалган ўпка сили юқоридаги омилларнинг барчаси билан ижобий корреляцион боғлиқликда аниқланди. Фиброз – каверноз силда бундай корреляцион боғлиқлик кучли даража билан – ИДЎСОда ($r = 0,188^{***}$), Одао да ($r = 0,176^{**}$) ва ЎСКда ($r = 0,131^{**}$) кузатилади.

Казеоз пневмония билан боғлиқлик коэффициенти (r) қуйидагича тасдиқланди: илгари даволанган ўпка сили билан $-r=0,031$; олдинги даволанишдан ажралиши билан $-r=0,024$; ўпка силининг қайталаниши билан $-r=0,021$; ўпка тўқималарининг емирилиши билан $-r=0,001$; бактерияларнинг чиқарилиши билан $-r=0,018$.

Цирротик ўпка сили билан ўзаро боғлиқлик юқоридаги ҳолатларнинг 4 тасида ижобий ва биттасида (БИ) манфий ($r = 0,018$) корреляцион боғлиқлик тасдиқланди.

Иловада, 4.5 – жадвалда, қандли диабет билан касалланган беморларда ўпка силининг турларини дорига чидамлилиқ спектри билан боғлиқлик даражалари келтирилган.

МБТнинг дорига чидамлилиқ спектри билан ўпка сили турларининг корреляцион боғлиқлиги, 4.5 – жадвалдан аён бўлишича, қуйидагича аниқланди: ўчоқли ўпка силида $-r=0,010$, инфилтратив ўпка силида $-r=0,143^{**}$, туберкуломада $-r=0,016$, тарқалган ўпка силида $-r=0,138^{**}$; фиброз – каверноз ўпка силида $-r=0,121^{**}$, казеоз пневмонияда $-r=0,007$ ва цирротик ўпка силида $-r=0,040$ бўлиб ўзаро боғлиқлик даражалари ифодаланди.

Полирезистентлик билан ижобий корреляцион боғлиқлик фақат (фиброз-каверноз) ўпка силида ($r=0,193^{**}$) ва цирротик ўпка силида аниқланди ($r=0,001$).

МЛУ омили билан ижобий корреляцион боғлиқлик тарқалган ўпка сили ўртасида ($r=0,025$) ва фиброз-кавернозли ўпка сили орасида тасдиқланди ($r=0,080$), ЎСнинг бошқа турлари билан манфий корреляцион боғлиқлик кузатилади.

МБТ (+) омили билан тўғри (ижобий) корреляцион боғлиқлик – инфилтратив ўпка силида ($r = 0,077^{*}$), туберкуломада ($r = 0,081$) ва казеоз пневмонияда аниқланди ($r = 0,024$).

4.5 – жадвалдан яна хулоса қилиш мумкинки, қандли диабет беморларда ўпка силининг 3 тури – ўчоқли ЎС ($r=0,010$), инфилтратив ЎС

($r=0,039$) ва туберкулома ($r=0,027$) ЛЧМБТС (+) омили боғлиқликда ифодаланади.

МРМТ (+) омилининг ижобий корреляцион боғлиқлиги фақат ўпка силининг битта турида – фиброз – каверноз ўпка силида тасдиқланди ($r=0,0084^*$). ПРМБТ (+) билан ҳам шундай боғлиқликнинг борлиги ўпка касаллигининг мана шу турида қайд қилинади ($r = 0,190$) холос.

МЛУМБТ “+” омили билан ўзаро ижобий корреляцион боғлиқликнинг бўлиши тарқалган ЎСда ($r=0,021$) ва фиброз-каверноз ўпка силида тасдиқланди ($r=0,092$). ЎС нинг бошқа турларида корреляцион боғлиқлик манфий тусда (- ч) ифодаланиб кузатилади.

Қандли диабет билан касалланган беморларда ўпка силининг турларини асосий лаборатор кўрсаткичлар (лейкоцитлар, таёкча ядроли нейтрофиллар – ТЯН, сегмент ядроли нейтрофиллар – СЯН, лимфоцитлар) билан боғлиқлик даражалари (ч) 4.6 – жадвалда келтирилган.

4.6-жадвал

Қандли диабет бор беморларда ўпка силининг айрим лаборатор кўрсаткичлари билан боғлиқлик даражасининг тавсифи

№	ўпка сили турлари	Г			
		Лейкоцитлар	Таёкча ядроли нейтрофиллар	Сегмент ядроли нейтрофиллар	Лимфоцитлар
1	Ўчоқли	-0,020	0,080*	-0,064	0,031
2	Инфильтратив	0,074	0,079*	-0,067	0,015
3	Туберкулома	0,040	0,067	-0,090*	0,018
4	Тарқалган	-0,036	-0,166**	0,153**	0,070
5	Фиброз-Каверноз	-0,029	-0,036	0,047	-0,056
6	Казеоз	0,014	-0,023	-0,024	0,002
7	Цирротик	0,048	-0,123**	0,011	-0,068

Изох: * - $p<0,05$ даражада корреляцион боғлиқлик мавжуд (икки томонлама мезон)

** - $p<0,01$ даражада корреляцион боғлиқлик мавжуд (икки томонлама мезон)

Рақамли маълумотлардан кўринадикки (4.6 – жадвал), лейкоцитлар билан инфильтратив ўпка сили ўртасида ($r=0,074$), туберкуломада ($r=0,040$), казеоз пневмонияда ($r=0,014$) ва цирротик сил орасида ($r=0,048$) кузатилади.

ТЯН билан шундай ижобий (ч +) корреляцион боғлиқлик – ўчоқли ЎСда ($r=0,080^*$), инфилтратив ЎСда ($r=0,079^*$) ва туберкуломада қайд қилинади ($r=0,067$).

Ижобий нисбатан кучли ифодаланган корреляцион боғлиқлик СЯН билан – тарқалган ўпка силида ($r=0,153^{**}$), фиброз-каверноз ўпка силида ($r=0,047$) ва цирротик ўпка сили ўртасида тасдиқланди ($r=0,011$).

Тахлилий келтирилган мавжуд маълумотлар ўпка силини қандли диабет билан беморларда табақалаш, башоратлаш, олдини олиш, кузатиб бориш, даволаш ва реабилитация қилиш чора – тадбирларини такомиллаштиради ва самарали бўлишини таъминлайди.

Иловадаги 4.7 – жадвалда ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} беморлар популяциясида соғлом турмуш тарзига алоқадор хавф омилларининг (СТТХО) тарқалиш частотаси ва гендерли хусусиятларини баҳолашга қаратилган тахлилий маълумотлар келтирилган.

ҚД₂ЎС_к да – тана вазнининг ўзгариши (ТВЙ) 96,5% частотада аниқланди (эркакларда – 96,0% ва аёлларда – 97,1%, $P>0,05$), ортиқча тана вазни (ОТВ) – 1,8% частота билан қайд қилинди (эркакларда – 1,8% ва аёлларда – 1,8%; $P>0,05$), чекиш – 41,5% кузатилди (эркакларда – 56,4% ва аёлларда – 23,5%; $P>0,05$), спиртли ичимликлар суистеъмоли (АИ) – 15,0% кўрсаткичда аниқланди (эркакларда – 13,7% ва аёлларда – 16,5%; $P>0,05$), наркотик моддаларни қабул қилиш (НМК) – 0,33% частотада аниқланди (эркакларда – 0,6% ва аёлларда – 0,00%), кунига уч мартадан кам овқатланиш (ККО) – 77,2% частотабилан тасдиқланди (эркакларда – 71,6% ва аёлларда - 83,8%; $P>0,05$), куруқ емак истеъмоли (КЕ) – 84,7% частотада тасдиқланди (эркакларда – 82,6% ва аёлларда – 87,6%; $P>0,05$), ортиқча овқатланиш (О_рО) – 95,7% частота билан қайд этилди (эркакларда – 86,6% ва аёлларда – 86,8%, $P>0,05$), уйқуга ётишдан олдин овқатланиш одати (УЁОО) – 95,7% частотада аниқланди (эркакларда – 95,1% ва аёлларда – 96,3%; $P>0,05$), аччиқ таомлар истеъмоли одати (АТИ)– 68,3% частотада тасдиқланди (эркакларда - 69,2% ва аёлларда–67,3%; $P>0,05$), ёғли овқатлар истеъмоли (ЁҒОИ) – 66,0%

кўрсаткичда қайд қилинди (эркакларда – 66,5% ва аёлларда – 65,4%; $P>0,05$), аччиқ чой ва кофе ортикча истеъмоли (ЧКои) – 70,2% частотада тасдиқланди (эркакларда – 70,7% ва аёлларда – 69,5%; $P>0,05$).

Ушбу тарқалиш тенденциялари ҚД₂ЎСқй гуруҳидаги беморларда ва қайд этилган СТТХО қуйидаги частоталарда аниқланиш билан ифодаланди: ТВЎ – 94,0% (эркакларда – 92,9% ва аёлларда – 95,5%; $P>0,05$), чекиш – 33,0% (эркакларда – 55,4% ва аёлларда – 4,6%, $P>0,05$), АИ – 27,0% (эркакларда – 46,4% ва аёлларда – 2,3%; $P>0,05$), НМҚ – 2,0% (1,8% - эркакларда ва 2,3% аёлларда; $P>0,05$), ККО – 35,0% (эркакларда – 25,0% ва аёлларда - 47%; $P>0,05$), ҚЕ – 22,0% (эркакларда – 12,5% ва аёлларда – 34,1%; $P>0,05$), ЧЁОО – 39,0% (эркакларда – 28,6% ва аёлларда – 32,3%; $P>0,05$), АТИ – 75,0% (эркакларда – 78,6% ва аёлларда – 70,5%, $P>0,05$), ЁҒОИ – 81,0% (эркакларда – 83,9% ва аёлларда – 77,3%; $P>0,05$), ЧКои – 93,0% (эркакларда – 91,1% ва аёлларда – 95,5%; $P>0,05$).

СТТХОни таққослама баҳолашнинг тасдиқлашича, ҳар бир таҳлил қилинган хавф омили ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎСқй гуруҳидаги бемор аҳолида мос ҳолда қуйидаги тарқалиш частоталарида аниқланди ҳамда эпидемиологик кўрсаткичлар билан ифодаланди (4.7 - жадвал): ТАЎ – 96,5% ва 94,0% ($P>0,05$, $\chi^2=0,849$, $RR=1,027$, 95% $CI=0,975 - 1,081$), ОТВ – 1,8% ва 0,00%, чекиш – 41,5% ва 33,0% ($P>0,05$, $\chi^2=2,233$, $RR=1,258$, 95% $CI=0,936 - 1,689$), АИ – 15,0% ва 27,0% ($P>0,05$, $\chi^2=8,026$, $RR=0,556$, 95% $CI=0,382 - 0,808$), НМҚ – 0,33% ва 2,0% ($P>0,05$, $\chi^2=1,771$, $RR=0,167$, 95% $CI=0,024 - 1,169$), ККО – 77,2% ва 35,0% ($P>0,001$, $\chi^2=72,19$, $RR=2,205$, 95% $CI=1,682 - 2,890$), ҚЕ – 84,7% ва 22,0% ($P>0,001$, $\chi^2=179,7$, $RR=3,848$, 95% $CI=2,657 - 5,575$), ОрО – 86,7% ва 0,00% , УЁОО – 95,7% ва 39,0% ($P<0,001$), АТИ – 68,3% ва 75,0% ($P>0,05$, $\chi^2=1,491$, $RR=0,911$, 95% $CI=0,804 - 1,033$), ЁҒОИ – 66,0% ва 81,0% ($P>0,05$, $\chi^2=8,206$, $RR=0,815$, 95% $CI=0,729 - 0,910$) ЧКои – 70,2% ва 93,0% ($P>0,001$, $\chi^2=21,75$, $RR=0,754$, 95% $CI=0,700 - 0,813$).

Мазкур тизимли ва маҳаллий хавф омилларига боғлиқ ҳолда қандли диабет билан касалланганларда ўпка силининг келиб чиқиш хавфини

башоратлаган ҳолда даволаш – профилактика дастурларини ишлаб чиқиш, ҳудудий алгоритми ва моделларни яратиш амалиётга тавсия қилиш илмий – амалий ва ижтимоий – тиббий – иқтисодий салоҳият касб этади.

§ 4.4. Фарғона водийсида қандли диабет билан касалланган аҳоли орасида ўпка силини назорат қилиш ва профилактикасининг самарали алгоритми ва дастурларини яратиш асослари: янги предиктив баҳолашнинг башоратли модели

Обсервацион ретроспектив эпидемиологик когорт тадқиқот натижаларига кўра, ўпка силини скрининг – профилактика – даволаш алгоритмлари ва дастурларини такомиллаштирувчи предиктив баҳолаш башоратли модели ишлаб чиқилди.

Тадқиқот объекти ва предмети. Асосий гуруҳ сифатида 600 нафар ўпка сили+қандли диабет ташҳисланган беморлар, назорат гуруҳи сифатида қандли диабет бўлмаган, ўпка сили ташҳисланган беморлар олинди.

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг объектив, демографик ва эпидемиологик, клиник-анамнестик, лаборатор, ҳамда хавф омиллари тўғрисидаги маълумотлар тизимлаштирилган сўровнома асосида олинди.

Статистик тадқиқот усуллари: Узлуксиз ўзгарувчан кўрсаткичлар ўртача стандарт оғиш ($\pm SD$) ёки кваттилларамо диапазонни ўз ичига олган медиана сифатидаифода этилди. Категориал ўзгарувчан кўрсаткичлар мутлак ёки фоиз кўрсаткичида акс этирилди. Узлуксиз ўзгарувчан кўрсаткичлар t-тест ва Манн-Уитни (U) тестлари ёрдамида, категориал ўзгарувчан кўрсаткичлар χ^2 – мезони ёрдамида таққосланди. Етарлича клиник маълумотлар бўлмаган тақдирда қўшимча материаллардан фойдаланган ҳолда статистик тахминлар билан тўлдирилди^{1,2}.

¹Blazek K, van Zwieten A, Saglimbene V, Teixeira-Pinto A. A practical guide to multiple imputation of missing data in nephrology. *Kidney Int.* 2021;**99**(1):68–74. doi: 10.1016/j.kint.2020.07.035. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

²Austin PC, White IR, Lee DS, van Buuren S. Missing Data in Clinical Research: a tutorial on multiple imputation. *Can J Cardiol.* 2021;**37**(9):1322–31. doi: 10.1016/j.cjca.2020.11.010. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Cross-Ref](#)] [[Google Scholar](#)]

Ўзаро боғлиқ ўзгарувчан клиник кўрсаткичларнинг боғлиқлигини моделлаштириш учун LASSO (*least absolute shrinkage and selection operator – энг кам мутлақ қисқартириш ва танлаш оператори*) оператори қўлланилган ҳолда Кокс регрессион таҳлили ўтказилди^{3,4}.

Регрессион таҳлилдан олинган ҳар бир кўрсаткич коэффициентига кўра, хавф даражаси қуйидаги формула ёрдамида баҳоланди ва бир ўлчамли Кокс регрессион таҳлили асосида прогностик модел шакллантирилди

$$riskscore = \sum_{i=1}^n (coef_{i*xi})$$

Riskscore – хатарни баҳолаш; **n** – прогностик кўрсаткичларнинг умумий сони; **coef**- LASSO регрессияси коэффиценти; **i**- хатар омиллари.

Ассоциацияланиш кучи хавф нибати HR (hazard ratio) ва 95% лишонарлилик интервали (95%CI) кўринишида акс эттирилди. Шакллантирилган моделларнинг прогностик самарасини баҳолаш учун ROC-таҳлил ўтказилди, моделнинг сифатини баҳолаш учун Hosmer-Lemeshow тестидан, унинг дискриминантлигини баҳолаш учун эса Harrell нинг мослик (конкордантлик) индексидан (C-индекс) фойдаланилди.

Инфилтратив белгилар ва ўпка тўқимасининг емирилишига кўра рентгенологик белгилар, шунингдек ўпка сили учун хос бўлган клиник белгиларнинг (йўтал, балғам ажратиш, иситма, вазн йўқотиш, ҳансираш, тунги терлаш, гемоптоэ, кўкракда оғриқ) ўртача кўрсаткичлари, шунингдек асосий лаборатор кўрсаткичлар таҳлил қилинди.

4.8-Жадвал

Ўрганилган популяция тавсифи

³Guo B, Jaeger BC, Rahman AKMF, Long DL, Yi N. Spike-and-slab least absolute shrinkage and selection operator generalized additive models and scalable algorithms for high-dimensional data analysis. *Stat Med.* 2022 Sep 10;41(20):3899-3914. doi: 10.1002/sim.9483. Epub 2022 Jun 5. PMID: 35665524.

⁴Collett D. *Modelling Binary Data*. Second Edition: Taylor & Francis; 2002. [[Google Scholar](#)]

Кўрсаткичлар		Асосий гуруҳ (n=600)		Назорат гуруҳи (n=100)		P χ^2 -мезони
		Abs	%	abs	%	
Жинси	Эркак	328	54,7	56	56,0	<0,05
	Аёл	272	45,3	44	44,0	
Ёши	≤60	374	62,3	77	77,0	<0,001
	≥60	226	37,7	23	23,0	
Тана вазни индекси, кг/м ²	<18,5	97	16,2	18	18,0	>0,05
	>18,5	503	83,8	82	82,0	
Тамаки истеъмоли	Чекувчи	207	34,5	47	47,0	>0,05
	Чекмайди	393	65,5	53	53,0	
Алкоголь Истеъмоли	Ичмайди	447	74,5	58	58,0	>0,05
	Баъзан	69	11,5	34	34,0	
	Доимий	84	14,0	8	8,0	
Маълумоти	Ўрта тугалланмаган	24	4,0	1	1,0	<0,001
	Ўрта тўлиқ	295	49,2	99	99,0	
	Ўрта махсус	8	1,3	-	-	
	Олий	8	1,3	-	-	
Турмуш тарзи	Оилали	266	44,3	44	44,0	<0,001
	Ажрашган	18	3,0	1	1,0	
	Доимий шериги бор	299	49,8	55	55,0	
	Доимий шериги йўқ	12	2,0	-	-	
Ижтимоий Ҳолати	Ишчилар	17	2,8	5	5,0	<0,001
	Ишсизлар	183	30,5	52	52,0	
	Хизматчилар	23	3,8	1	1,0	
	Тадбиркорлар	29	4,8	1	1,0	
	Нафақада	322	53,7	41	41,0	
Яшаш Шароити	Ёмон	12	2,0	-	-	>0,05
	Қоникарли	552	92,0	99	99,0	
	Яхши	36	6,0	1	1,0	
Даволаш схемаси	Стандарт	568	94,7	89	89,0	<0,05
	Бошқа	32	5,3	11	11,0	
Даволаш режими	Риоя қилинган	578	96,3	98	98,0	>0,05
	Риоя қилинмаган	22	3,7	2	2,0	
Олдинги даволанишдан ажралиш		84	14,0	35	35,0	<0,001

4.9-Жадвал

Тадқиқот гуруҳларида рентгенологик ва клиник белгиларнинг таққослама таҳлили

№	Рентгенологик ва клиник белгилар	Асосий гуруҳ (n=600)		Назорат гуруҳи (n=100)		P
		abs	%	abs	%	
1	Ўпка инфилтрацияси	548	91,3	77	77,0	<0,05
	Ўпка тўқималарининг емирилиши	279	46,5	62	62,0	
2	Рентгенологик белгилар индекси (РБИ)*, медиана (IQR)	33,4		26,1		<0,001
3	Клиник белгилар индекси, M±σ	3,39±1,62		2,14±1,29		<0,001

Изоҳ: * - РБИ=зарарланган ўпка бўлақларининг умумий миқдори·100+40;P - χ^2 -мезон

4.10-Жадвал

Тадқиқот гуруҳларида асосий лаборатор кўрсаткичларнинг таққослама таҳлили

№	Лаборатор кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (n=600)		Назорат гуруҳи (n=100)		P
		m-M	M±SD	m-M	M±SD	
1	Гемоглобин, г/л	50-130	94,5±14,1	50-130	93,8±14,4	<0,01
2	Эритроцитлар, *10 ¹² /л	2-8	3,37±0,54	2-8	3,35±0,45	>0,05
3	Лейкоцитлар, *10 ⁹ /л	3-66	5,96±4,05	4-16	5,83±1,39	<0,01
4	Таёқча ядроли нейтрофиллар (%)	0-72	5,33±1,80	0-18	5,16±2,10	<0,001
5	Сегмент ядроли нейтрофиллар (%)	3-72	50,6±13,4	10-72	37,7±12,4	<0,001
6	Лимфоцитлар (%)	4-72	27,6±6,24	8-72	28,3±10,1	<0,001

Тадқиқот гуруҳларида демографик, клиник, рентгенологик ва лаборатор кўрсаткичларнинг таққослама таҳлили беморлар ёши, жинси, маълумоти, оилавий аҳволи, ижтимоий мансублиги, силга қарши даволаниш тартиби ва схемаси каби кўрсаткичлар бўйича сезиларли фарқлар аниқланди. Бундан ташқари, бундай статистик фарқлар рентгенологик белгилар индекси ва олдинги даволанишдан ажралиш кўрсаткичлари учун тегишли бўлди.

Кейинги босқичда юқорида келтирилган кўрсаткичларнинг даволаш натижаларига таъсири таҳлил қилинди.

4.11-Жадвал

Тадқиқот гуруҳларида демографик, клиник, рентгенологик ва лаборатор кўрсаткичлар бўйича Коксинг бир омилли регрессион таҳлили

№	Кўрсаткичлар		HR	95%CI	P
1	Жинси	Эркак	0,983	0,419-2,307	0,967
		Аёл			
2	Ёши	≤60	2,425	1,185-4,960	0,015
		≥60			
3	Тана вазни индекси, кг/м ²	<18,5	1,064	0,451-2,493	0,887
		>18,5			
4	Тамаки истеъмоли	Чекувчи	1,113	0,558-2,287	0,727
		Чекмайди			
5	Алкоголь исте-моли	Ичмайди	0,932	0,445-1,944	0,845
		Баъзан			
		Доимий			
6	Маълумоти	Ўрта тугалланмаган	0,429	0,106-1,287	0,157
		Ўрта тўлиқ	0,424	0,148-1,212	0,109
		Ўрта махсус	0,368	0,109-1,247	0,108
		Олий	0,460	0,091-2,316	0,346
7	Турмуш тарзи	Оилали	2,692	0,634-11,420	0,179
		Ажрашган			
		Доимий шериги бор	2,274	0,317-16,260	0,413
		Доимий шериги йўқ			
8	Ижтимоий ҳолати	Ишчилар	0,544	0,187-1,584	0,263
		Ишсизлар			
		Хизматчилар	1,654	0,675-4,390	0,247
		Тадбиркорлар			
		Нафақада			
9	Яшаш шароити	Ёмон	1,757	0,385-8,704	0,429
		Қониқарли	1,517	0,343-6,614	0,581
		Яхши			
10	Даволаш схемаси	Стандарт	2,127	0,759-6,314	0,104
		Бошқа			
11	Даволаш режими	Риоя қилинган	3,274	1,078-9,378	0,034
		Риоя қилинмаган			
12	Олдинги даволанишдан ажралиш		1,012	0,897-1,003	0,812
13	Ўпка инфилтрацияси		0,784	0,389-1,768	0,642
	Ўпка тўқималарининг емирилиши				
14	Рентгенологик белгилар индекси		1,022	0,984-1,016	0,785
15	Клиник белгилар индекси		1,218	0,982-1,518	0,061
16	Хавф кўрсаткичи		4,980	3,030-8,184	<0,001

Бир омилли регрессион таҳлил натижалари беморлар ёшининг 60 ёшдан катталиги, маълумотининг тугалланмаганлиги, оилали, бошқа даволаш схемасидан фойдаланган беморлар, олдинги даволанишдан ажралган

беморлар, клиник белгилар индекси юқори бўлган беморларда салбий оқибатлар эҳтимолининг юқори эканлигини кўрсатди.

Навбатдаги босқичда мазкур кўрсаткичлар бўйича Кокснинг кўп омилли регрессион таҳлили ўтказилди ва хавф кўрсаткичи, клиник белгилар индекси, рентгенологик индекс ва тамаки чекиш кўрсаткичлари бўйича оптимал модел шакллантирилди. Ушбу прогностик моделга киритилган кўрсаткичлар ва даволаш натижалари ўртасида сезиларли боғлиқлик мавжудлиги аниқланди.

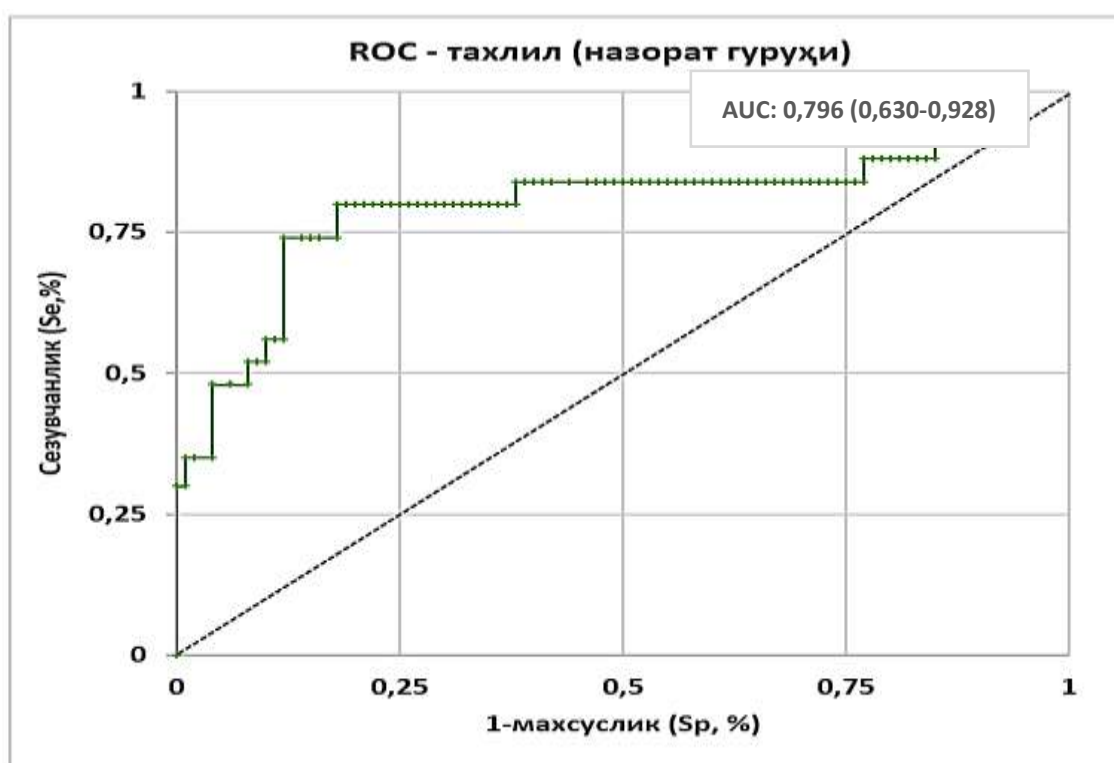
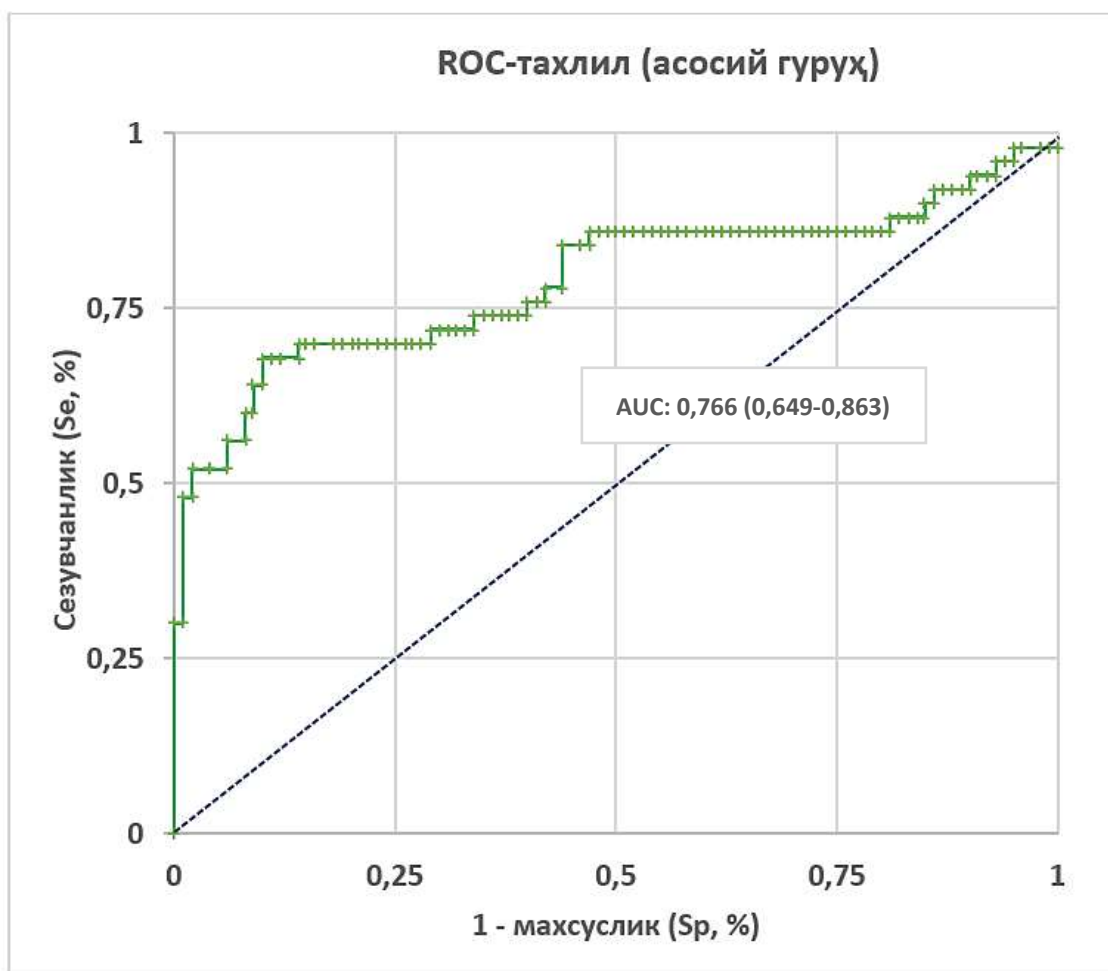
Nosmer-Lemeshow тести шакллантирилган ҳар икки моделнинг сифатли эканидан далолат берди. Nagell нинг мослик (конкордантлик) индекси (С-индекс) бир омилли регрессион таҳлил учун 0,709 ни, кўп омилли таҳлил учун эса 0,783 (95%CI: 0,675-0,891) ни ташкил қилди.

4.12-Жадвал

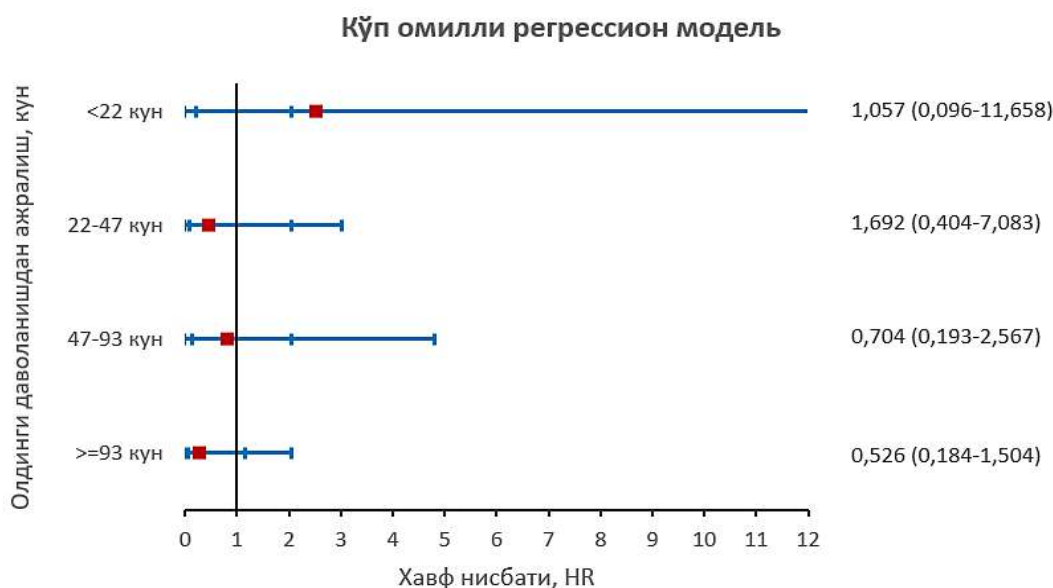
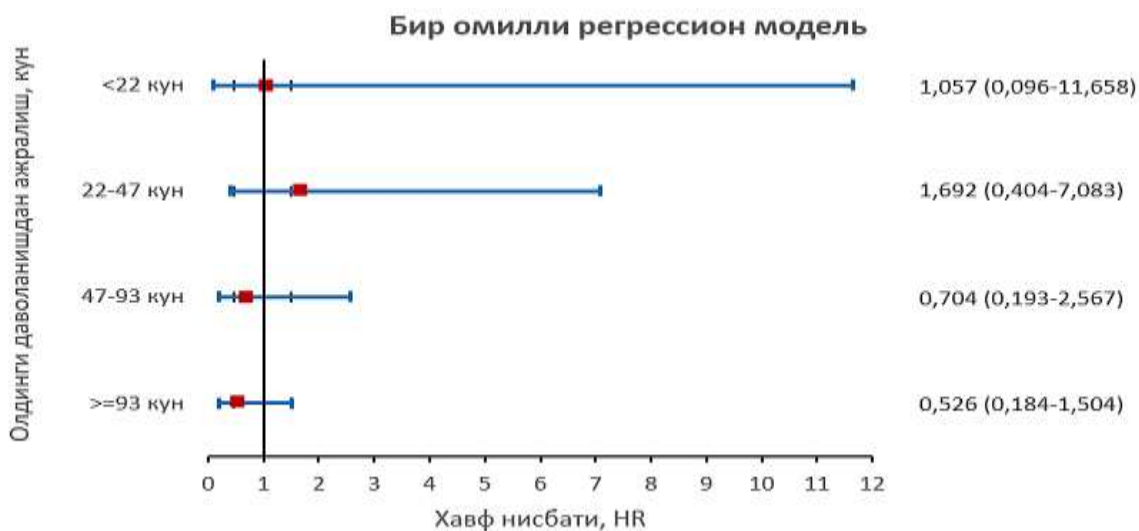
Ўпка сили билан касалланган беморларда даволаш натижалари бўйича Кокснинг кўп омилли регрессион таҳлили

№	Кўрсаткичлар	HR	95%CI	P
4	Тамакиистеъмоли	2,478	1,086-5,782	<0,05
	Чекмайди			
14	Рентгенологик белгилар индекси	0,238	0,082-0,668	<0,05
15	Клиник белгилар индекси	1,364	1,092-1,702	<0,05
16	Хавф кўрсаткичи	10,017	4,824-20,356	<0,001

Моделларнинг башоратлилик имкониятларини баҳолаш мақсадида ROC-эгриликлари шакллантирилди ва мос келувчи AUC кўрсаткичлари ҳисоблаб чиқилди.



2.1-расм. Кўп омилли прогностик модель учун ROC-таҳлил



2.2-

расм. Олдинги даволанишдан ажралиш кузатилган беморларда ўпка тўқимаси ҳолати (инфильтрация, емирилиш) ва ўпка сили башорати билан боғлиқлик даражаси

Ушбу предиктив – профилактик тиббиёт модели эпидемиологик – мониторинг тизимига қурилган, бирламчи бўғинда ва оилавий шифокорлар ҳамда фтизиатрия марказларида мунтазам фойдаланишга тавсия қилинади. Қуйидаги самараларни бериши исботланди: ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} ни барвақт аниқлаш, баҳолаш ва профилактикаси – реабилитация сифати 90,0% гача ошади; 2) ўпка силининг ҚД₂ фонида кечишини ва нохуш оқибатларини олдиндан 75% фоиздан 80% гача башоратлаш имкониятини яратади; 3) силга

қарши препаратлардан келиб чиқадиган салбий ҳолатларни 4,6% дан (энг камида) 57,0% гача (максимум) камайтиради.

Боб хулосаси

Махсус статистик таҳлилда ўпка сили билан касалланган беморларда касаллик оқибатларини башоратлаш имкониятини берувчи прогностик модель ишлаб чиқилди ва тасдиқланди. Таҳлил натижалари клиник – лаборатор ва рентгенологик маълумотлар ва демографик кўрсаткичларга асосланган хавф кўрсаткичлари скрининг – даволаш натижалари билан сезиларли даражада боғлиқликка эга эканлигини кўрсатди.

Андижон вилоятида ўпка сили билан тадқиқот учун танланган ҳар икки когорталар популяциясининг гетерогенлигига, шунингдек, танланмаганлар ўлчамининг чекланганига қарамасдан, ишлаб чиқилган модель сифатида дискриминантлиги яхши деб баҳоланди. Олинган натижалар бошқа популяциялар учун нисбий экстраполяцияланиш хусусиятига эга.

ХОТИМА

Мавжуд илмий манбаларда қандли диабет ва ўпка сили бўйича хавотирли статистика эълон қилинган. Дунё аҳолисининг 6,1% ҚД2- турига чалинган. 2030- йилга бориб 1,1 млрд инсон ушбу касалликка чалинади. ЖССТ маълумотларига кўра, иккинчидан, ўпка силини эрта аниқлаш муаммоси ушбу касалликни аниқланиши юқори бўлган ривожланаётган мамлакатлар учун долзарб масала ҳисобланади [124].

Шу сабабли, ўпка силини фаол аниқлаш тизими, мавжуд тадқиқотлар натижалари бўйича, ҳозирги вақтда модернизация қилинмоқда, ва замонавий биринчи навбатда, скрининг-профилактика технологияларига ўтилмоқда. Чунончи, илмий тадқиқотларнинг 2021-йилдаги энг муҳим йўналишлари ўпка силини хавф гуруҳларида аниқлаш бўйича йўналтирилган ва/ёки йўналтирилмоқда [1;31].

Чунки касалликлар учун хавф омиллари мавжуд бўлганда ўпка силининг нохуш оқибатлари хавфи юқори бўлади. Ёки, бундай хавф гуруҳлари популяцияси ўпка силини эпидемик тарқалиши учун “қувват манбаи” ҳисобланади [32;82].

Аҳоли орасида хавф омилларини ва коморбид касалликларни илмий асосланган ҳолда ажратиб, ҳисобга олиш ўпка силининг мавжуд профилактикасини модификацияси бўйича янги стратегияларни ишлаб чиқиш долзарб масала ҳисобланади. Бундай тизимни кучайтириш, биринчидан, силга қарши давонинг самарасини кучайтиради ва иккинчидан, сил континуумини бартароф этади ёки кескин камайтиради.

Охирги йилларда олиб борилган тадқиқотларнинг кўрсатишича, ўпка силида эпидемиологик шароитни ва вазиятни кескинлашувига олиб келувчи хавф омилларидан ва/ёки коморбид касалликлардан бири бўлиб қандли диабет ҳисобланади [57;79]. Қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силини

ўрганиш ва баҳолаш замонавий фанни, айниқса профилактик тиббиёт нуқтаи назаридан ёндашилганда, долзарб илмий мавзу ҳисобланади.

Мавзунинг ўрганилганлиги масаласида, адабиётлар таҳлилидан келиб чиқиб хулоса қилиш мумкинки, Ўзбекистон шароитида, ҳудудларда қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка сили билан касалланиш бўйича эпидемиологик маълумотлар мавжуд эмас. Айнан ушбу йўналишда илмий тадқиқотлар бажарилган эмас. Хусусан, Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силининг аниқланиш частотаси ва эпидемиологик-клиник тавсифи ўрганилмаган. ҚД2 билан касалланган аҳолида ўпка силининг замонавий эпидемиологик ва клиник хусусиятлари, хавф омиллари ва профилактикасининг ҳудудий жиҳатлари илмий тадқиқотларда батафсил ўрганилмаган. Ваҳоланки, айнан мазкур мавзу охириги 10 йилда кескинлашган ва яна кескинлашиб бориши тадқиқодчилар томонидан башоратланмоқда.

Сўнгги 10 йил ичида қандли диабетнинг 2- тури билан касалланган аҳоли сони икки баробарга кўпайган ва 2023- йил маълумотларига кўра, 500 млн дан ошган ва ўсиш давом этмоқда. Баъзи мамлакатларда ҚД2 умумий аҳоли сонининг 10%ини ташкил этади. Европа аҳолисининг ярмида ташҳис вақтида кўйилмаган ва унинг ички аъзоларга таъсири тўлиқ ўрганилмаган [123].

Тадқиқотчиларнинг исботли кўрсатишича, 2045- йилга келиб бутун дунё бўйлаб 600 млн дан ортиқ аҳоли ҚД2 билан яна шунча аҳоли предиабет билан хасталанишади (27,82). Ўзбекистонда ҳам шунга ўхшаш тенденция башорат қилинган [67].

Демак, қандли диабетли аҳоли ўртасида ўпка силининг хавф омилларини ва профилактикаси йўлларини ўрганиш тобора долзарблашиб бормоқда дейишга асослар пайдо бўлганки, бу мазкур тадқиқотни режалаштирилишига ва бажарилишига туртки бўлди. У Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилди.

Тадқиқотнинг мақсади- Ўзбекистоннинг Фарғона водийси шароитида қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силлини, унинг хавф омилларининг частотаси ва клиник эпидемиологик тавсифларини ўрганиш ва профилактикаси йўллари ишлаб чиқишдан иборат бўлди ва ундан келиб чиқиб, 7 та илмий ва амалий аҳамиятли шу пайтгача деярли ечилмаган вазифалар ечиб берилди.

Илмий тадқиқот водийнинг Андижон вилояти фтизиатрия шифохонаси шароитида 2022-2023- йиллар мобайнида даволанган 18-90 ёшгача бўлган ўпка сили бор диабетли 600 нафар беморлар популяциясида олиб борилди. Назорат гуруҳини 100 нафар сил касаллиги бор қандли диабетли бўлмаган популяция ташкил этди. Улардан асосий гуруҳга (ҚД2ЎСқ) киритилганларнинг 328 тасини (55%) эркаклар ва 272 тасини (45%) аёллар ташкил этади. Назорат гуруҳидагиларнинг (ҚД2ЎСқ) 56 таси (56%) эркаклар ва 44 таси (44%) ни аёллар ташкил этади.

Тадқиқот дизайни бўйича ретроспектив, аналитик бир вақтлик когорт текширув ҳисобланади. Барча популяция-беморларида эпидемиологик, умумклиник, биокимёвий, инструментал, фармакоэпидемиологик, микробиологик ва статистикада ишлаш усуллари қўлланилди. ЎЗР ССВ томонидан тасдиқланиб, тадқиқотларда қўллашга рухсат этилган профессор У.К. Қаюмовнинг “Сўровнома-скрининг анкетаси” қўлланилди. 378 та саволдан таркиб топган ушбу анкета бўйича хавф омиллари аниқланди, хавф омиллини (ирсият, чекиш, алкоголь истеъмоли, гиподинамия, мева сабзавотларни меъеридан кам истеъмол қилиш, коморбид касалликлар ва ятроген омиллар) хавф омилли деб қабул қилишда ЖССТ нинг ташҳисот мезонлари қўлланилди. [124].

Биокимёвий усулда жигар ферментлари, ХС, ТГ, альбумин, калий, натрий концентрациялари аниқланди. Гликозилиланган гемоглобин ва глюкоза аниқланди ҳамда баҳоланди. Инструментал текширув усулларида – ЭКГ, ЭхоКГ, БККТ, УТТ ва кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, антропометрик ўлчовлар қўлланилди. Бундан ташқари, махсус микробиологик

ва умумклиник – лаборатор текширувлар амалга оширилди. Ўпка сили ва ҚД ташҳиси комплекс текширувга асосланиб тасдиқланди.

Олинган маълумотларга статистик ишлов бериш MateBook D14 “HUAWEI” персонал компютерида Windows 10 дастурий таъминотида IBM SPSS Statistics Base статистик пакетлар мажмуасининг проприетар лицензиясига эга 23.0 талқинида (2020) ва Med Calc 20.216(Med Calc Software htd, 2023, Белгия) биотиббий тадқиқотлар учун дастурий таъминотининг статистик пакетлари ёрдамида амалга оширилди.

Тадқиқотда, Фарғона водийси шароитида, қандли диабетнинг 2-тури билан оғриган аҳоли орасида ўпка силининг тарқалиш частоталари ва гендерли хусусиятлари аниқланди.

Чунончи, ҚД2ЎСқ тарқалишини эркак ва аёлларда деярли бир хил частотада учраши кузатилди: инфилтратив ва ўпка тўқимасини емирилиши билан кечувчи ўпка сили ҳамда фиброз- каверноз ЎС – аёлларда, ўчоқли ЎС, туберкулома ва казеоз ҳамда цирротик шакли ЎС – эркакларда нисбатан юқори частоталарда тасдиқланди. ҚД2ЎСқб- эса –юқори частоталар билан аёлларга нисбатан эркакларда тасдиқланди.

Бундан ташқари, тасдиқланишича, ЎС-маълумотчанлик, яшаш жойи ва шароити, миллати ва касби, ижтимоий –иқтисодий ва демографик ҳолатларга боғлиқ ҳолда тафовутланиб аниқланиш частотаси билан тасдиқланади.

Аниқланишича, бирламчи ҚД2ЎСқ жами $\geq 18-90$ ёшли аҳоли популяциясида 38,4% тарқалиш частотаси билан аниқланди (эркакларда – 40,5% ва аёлларда – 36,6%). ҚД2ЎСқ нинг қайталаниши текширувга жалб қилинган аҳолида 31,2% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади (эркакларда – 19.2% ва аёлларда -12.0%). ҚД2ЎСқб текширилган аҳоли популяциясида -69.0% аниқланиш частотаси билан қайд қилинади. Қайталанган ҚД2ЎСқб нинг аниқланиш частотаси эса умумий популяцияда – 17,0% ни ташкил қилади ва эркак ҳамда аёлларда мос ҳолда 20.0% ва 14.0% дан тасдиқланди.

Бундан ташқари, аниқланишича, 1-ва2- гуруҳдаги сил билан

касалланган аҳоли популяциясида дори воситаларига сезувчанлик ҳолати фарқли ҳолда турлича частоталарда аниқланди. Умуман, тадқиқот маълумотларини статистик қайта ишлаш натижалари тасдиқлайдики, водий шароитида қандли диабет билан оғриган аҳоли орасида ЎСнинг эпидемиологик тарқалиши частотаси ва гендерли хусусиятлари даволаш-профилактика-реабилитация дастурларида, сўзсиз, ҳисобга олиниши керак бўлади. Адабиётларда ўхшаш тенденциялар аммо тубдан фарқланувчи бу каби илмий маълумотлар тадқиқотчилар томонидан келтирилган [6; 29; 36].

Тасдиқланишича, ўпка сили билан касалланган беморлар популяциясида, асосан, 10 гуруҳ ташқи омиллар (ишлаб чақариш билан боғлиқ) хавф омиллари сифатида етакчилик қилиб аниқланди: шовқин, чанг, кимёвий омиллар, ионлар, ток, иссиқ цех, пестицидлар, нитратлар, дефолиантлар ва бошқа омиллар. Бу омиллар ва яна ёндош касалликлар ҚД2ЎСқ да аёлларга қараганда (11,7%) эркекларда (21,8) сезиларли тафовут билан (10,1% га) яъни 2,9 бараварга кўп бўлиб тарқалиш частотасида кузатилди.

Коморбид (ёндош) касалликлар сифатида, ҚД2ЎСқ да, асосан, 8 турдаги нафас аъзолари касалликлари (ЎСОК, ЎП, СП, ўткир бронхит, сурункали бронхит, ЎРВИ, ҚУЎК, ўпканинг аллергия касалликлари), 3 турдаги аллергия касалликлар ва бошқа хил 6 турдаги касалликлар тасдиқланди.

Умуман, ўпка сили аксарият эркекларда ва жисмоний меҳнат билан машғул аҳолида, унинг хавф омиллари ҚД2ЎСқй гуруҳидаги популяцияда тасдиқланди.

Водий шароитида ушбу натижаларни қиёслаб бериш учун маълумотлар мавжуд эмас, яъни айнан мазкур тадқиқот мазмунидаги илмий тадқиқотлар ушбу ҳудудда ўтказилмаган. Дунё миқёсида олинадиган бўлса адабиётлар натижаларга яқин бўлиб бир бутун ҳолда уларни тасдиқлайди [43; 40; 41].

Таҳлилий натижаларда тасдиқланишича, ҚД2 билан касалланган аҳолида ўпка силининг асосий клиник белгилари (тана ҳароратининг кўтарилиши, балғамли йўтал, кўкрак қафасидаги оғриқлар, нафас қисиши, кўп

терлаш, тунги терлаш, кундузи терлаш, сутка давомида терлаш, вазн йўқотиш, асоратланишли кечиш) оғир ўтади, асоратланиб кечиш хавфи кескин ошади ва “силли охирги нуқта”лар (асоратланиш, ўлим, касалхонада узоқ муддат қолиш, иқтисодий- ижтимоий йўқотишлар) 3 баравардан ортик ошади. Олинган ва исботланган маълумотлар, биринчидан, профилактика тадбирларини умумлаштиради, иккинчидан, ҚД2ЎСқй даволаш дастурларини такомиллаштиради ва учинчидан, башоратли салоҳият касб этиб «ЎС билан боғлиқ йўқотиш» ларни кескин камайтиради. Ёки шундай фаолиятларни кучайтиради.

Тадқиқот натижалари бўйича ҚД2 билан касалланган аҳоли популяциясида ўпка силининг хавф омиллари билан боғлиқлигини эпидемиологик тавсифи ўрганилди ва ифодаланиши баҳоланди.

Адабиётларда бу йўналишдаги ишлар, асосан, чекланган сондаги клиник материалда кўрсатилган, Ўзбекистон ҳудудларида эса ўрганилмаган ва бундан ташқари, мавжуд тадқиқотларда эпидемиологик таҳлиллар алоҳида ажиратиб берилмаган [7; 20; 22; 49; 78].

Умуман маълум бўлишича, ҚД2 турининг боғлиқлик даражаси энг юқори кучли тусда инфилтратив ўпка сили билан ($r = 0,164$), унга қараганда 3,3 бараварга кучсиз боғлиқлик туберкулома билан ($r=0,050$), 4 баравар кучсиз ижобий корреляцион боғлиқлик ўчоқли ўпка сили билан ($r=0,036$) ва 7,4 бараваргача қиёсан кучсиз ва аммо ижобий корреляцион боғлиқлик ҚД2 ва казеоз ўпка сили орасида тасдиқланди ($r=0,022$).

Худди шундай тусдаги тенденцияда кучли тўғри корреляцион боғлиқлик, ҚД2ЎСқ ва ҚД2ЎСқй да, чекиш ва алкоголь истеъмоли хавф омиллари билан қайд қилинди: ўзаро боғлиқлик – $r= 0,040- 0,106$ даражаларда ифодаланди.

Бундай таҳлиллардан келиб чиқиб ҚД2ЎСқй билан аҳолида уларни барвақт олдини олиш алгоритми- моделларини яратиш бериш мумкин бўлади.

ҚД билан қўшилиб ўпка силининг юзага келишида коморбид касалликлар (ЎСОК, ЎРВИ, АК, ҚУЎКК, ЯҚАК), тизимли ва маҳаллий

омиллар (СТТХО-ТВЎ, ОТВ, НМК, ККО, ҚЕ, ОРО, ЎЁОО, АТИ, Ё₇ОН, УКОН) хавф омил сифатида тасдиқланди.

Ушбу тизимли ва маҳаллий хавф омилларига боғлиқ ҳолда қандли диабет билан касалланганларда ўпка силининг келиб чиқиш хавфини башоратлаб даволаш –профилактика дастурларини ишлаб чиқиш, ҳудудий алгоритм ва моделларни яратиб амалиётга тавсия қилиш – “илмий-ижтимоий-тиббий-иқтисодий салоҳият” касб этади.

Шуларни ҳисобга олиб, мазкур обсервацион, ретроспектив, эпидемиологик когорт натижаларга кўра, ўпка силини скрининг-профилактика даволаш алгоритмлари ва дастурларини такомиллаштирувчи предиктив баҳолашнинг башоратли модели ишлаб чиқилди.

Кокс регрессион таҳлили асосида башоратли модел шакллантирилди, моделнинг башоратлилиқ самарасини баҳолаш учун ROC- таҳлил ўтказилди, Моделнинг сифатини баҳолаш учун Hosmer- hemeshow тестидан, унинг дискриминантлигини баҳолаш учун эса Nagellнинг мослик (конкордантлик) индексидан (C-индекс) фойдаланилди. Таҳлил натижалари клиник- лабаратор ва рентгенологик маълумотлар ва демографик кўрсаткичларга асосланган хавф кўрсаткичлари скрининг-даволаш натижалари билан сезиларли даражада боғлиқликка эга эканлигини кўрсатди.

Водийда ўпка сили билан тадқиқот учун танланган ҳар икки когорталар популяциясининг гетерогенлигига, шунингдек тенгламалар ўлчамининг чекланганига қарамасдан ишлаб чиқилган модел сифати ва дискриминантлиги яхши деб баҳоланди. Олинган натижалар бошқа популяциялар учун нисбий экстраполяцияланиш хусусиятига эга.

Ишлаб чиқилган мазкур предиктив-профилактик модел эпидемиологик-мониторинг тизимига қурилган ва унинг қуйидаги самараларни бериши исботланди: ҚД2ЎСқ ва ҚД2ЎСқйни барвақт аниқлаш, баҳолаш ва профилактикаси –реаблитациясини сифатини 90,0% гача оширади; ўпка силини ҚД2 фонида кечишини ва нохуш оқибатларини олдиндан 75% дан 80% гача башоратлаш имкониятини беради; силга қарши препаратлардан келиб

чиқадиган салбий ҳолатларни 4,6% дан (энг камида) 57,0% гача (максимум) камайтиради.

ХУЛОСАЛАР

1. Сил касаллиги бор қандли диабетли популяцияда ва сил касаллиги бор қандли диабет йўқаҳолида ўпка силини барвақт аниқлаш, профилактикаси ва даволашда эпидемиологик тадқиқотлар самарали, унумли, тежамли, тиббий фойдали ва истиқболли илмий ва амалий йўналиш ҳисобланади.

2. Фарғона водийсида қандли диабет билан касалланган ва касалланмаган аҳоли орасида ўпкасилининг турли шакллари турлича частота билан аниқланди (ўчоқли ўпка сили-2,83% ва 1,0%, инфилтратив ўпка сили-91,3% ва 77,0%, туберкулома-2,17% ва 0,00%, фиброз-каверноз ўпка сили-3,83% ва 12,0%, тарқалган ўпка сили-1,83% ва 10,0%, цирротик ўпка сили - 0,50% ва 4,0%, бирламчи ўпка сили 69,0% ва қайталанган ўпка сили-17,0%, ўпка тўқималарининг емирилиши билан кечувчи ўпка сили-46,5% ва 62,0%, силга қарши дориларга турғунлик билан кечувчи ўпка сили -12,7% ва 22,0%, МБТ мавжуд ўпка сили 86,7% ва 54,0%).

3. Ўпкасили касаллиги бор қандли диабетли аҳоли орасида 10та хавф омили ташқи омил сифатида қуйидаги частоталарда аниқланди: шовқин-30,0%, чанг-27,3%, кимёвий омиллар-2,5%, ионлар-0,3%, ток-0,7%, иссиқ цех-0,5%, пестицидлар-1,5%, дефолиантлар-0,2%, нитратлар (фақат ҚД2 ЎС қб да) ва бошқа жами омиллар-10,2%.

4. Ўпка сили бор қандли диабетли аҳолида ички хавф омиллари сифатида 13та коморбид ҳолатлар тасдиқланди: (ўпканинг сурункали обструктив касаллиги-29,7%, ўткир пневмония-2,5%, сурункали пневмония-2,8%, ўткир бронхит-1,8%, сурункали бронхит-12,8%, бошқа ноинфекцион касалликлар-59,5%, сурункали ЛОР касалликлари-8,0%, ЎРВИ-14,5%-75,8%, йиллик сон бўйича, тарвоқ-4,7%, экзема-16,8%, аллергия касалликлар-4,5%, ОИТ-7,0%, ўпкадан ташқари сил-1,0%, даврий касалликнинг қўзғалиши-9,3%,

ва олдинги даводан ажралиш-13,5%) ва худудий жиҳатлари бўйича ажратилди.

5. Ўпка сили бор диабетли беморда касалликнинг асоратланиб кечиш хавфи кескин ошади ва “силли охириги нуқта”лар частотаси 3 баравардан ортиқ ошади. 11та етакчи клиник кўринишлар ажратилди ва юқори частоталарда тасдиқланди: тана ҳароратини кўтарилиши-87,7%, балғамли йўтал-98,5%, нафас қисиши-94,2%, кўкрак қафасида оғриқлар-97,7%, кўп терлаш-82,5%, кечаси терлаш-78,2%, кундузги терлаш-2,2%, сутка давомида терлаш-5,7%, бўғилиш ҳисси-74,2%, вазн йўқотиш-96,8%, ва асоратли кечиш-96,8%.

6. Қандли диабетнинг ўзаро боғлиқлик даражаси энг юқори кучли тусда ўпка силининг куйидаги турлари билан тасдиқланди: инфилтратив ўпка сили билан ($r=0,164$), 3,3 бараварга кучсиз боғлиқлик туберкулома билан ($r=0,050$), 4 бараварга кучсиз ижобий корреляцион боғлиқлик ўчоқли ўпка сили билан ($r=0,036$), ва 7,4 баравар нисбатан кучсиз ($r=0,022$), аммо ижобий корреляцион боғлиқлик казеоз ўпка сили билан қайд қилинди. Кучли корреляцион боғлиқлик эпидемиологик хавф омиллари чекиш ($r=+0,083$), ва алкоголь истеъмоли билан ҳам($r=0,106$) тасдиқланди.

7. Ўпка сили бор қандли диабетли аҳолида соғлом турмуш тарзига алоқадор 12 та хавф омиллари юқори частоталарда аниқланди (тана вазнининг ўзгариши-96,5%, ортиқча тана вазни-1,8%, чекиш-41,5%, алкоголь суъистемоли-15,0%, наркотик моддалар қабул қилиш-0,33%, кунига 3 мартадан кам овқатланиш-77,2%, қуруқ емиш-84,7%, ортиқча овқатланиш-86,7%, уйқуга ётишдан олдин овқатланиш-95,7%, аччиқ таомлар истеъмоли-66,3%, ёғли овқатлар истеъмоли-66,0% ва аччиқ чой, кофе суистемоли-70,2%). Аксарият касалликка бошқа тизим патологиялари (сийдик ажратиш тизими, юрак қон томир тизими ва ошқозон-ичак тизими касалликлари) қўшилиб келади ва клиник белгиларбилан намоён бўлади.

8. Ўпка сили бор қандли диабетли аҳоли ва сил касаллиги бор қандли диабет йўқ аҳолида касалликнинг келиб чиқиши, кечиши ва оқибатларини олдиндан башоратлаш имконини берувчи башоратли-предиктив модел ишлаб

чиқилди. У даволаш, ташҳислаш ва профилактика-реабилитация чора тадбирлари сифати ва самарасини 90,0% гача ошириш имкониятига эга.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Илмий тадқиқотда илк марта ишлаб чиқилган эпидемиологик мониторинг тизими кундалик амалий фаолиятда мунтазам қўлланишга (фтизиатр, эндокринолог, оилавий шифокорлар учун) тавсия этилади. У ўпка сили бор қандли диабетли популяцияда ва сил касаллиги бор қандли диабетли йўқ аҳолида касалликни барвақт аниқлаш, баҳолаш, олдини олиш ва даволаш сифатини 90,0%га оширади, силга қарши препаратлардан бўладиган ятроген ҳолатларни 57,0%гача камайтиради.

2. Қандли диабет билан касалланган беморларда илмий таҳлилларни сифат ва мазмун жиҳатдан кучайтирувчи башоратли модел ишлаб чиқилди. Унинг конкордантлик индекси бир омилли регрессион таҳлил учун 0,783 (95%СЕ:0,675-0,891)ни ташкил қилади. Скринингли, клиник ва профилактик тадқиқотларда кенг фойдаланиш учун тавсия этилади.

3. Сил касаллиги бор қандли диабетли аҳолида ва сил касаллиги бор қандли диабетли йўқ аҳолида ўпка силининг нохуш якуний оқибати эҳтимолини ҳисоблаб берувчи математик модел (сезувчанлиги 80,0% ва спецификлиги 75,0% бўлган) модел кенг фойдаланишга тавсия қилинади. У ўпка силини фаол аниқлашни амалий ишда 100% гача самара бериш билан фаоллаштиради; амалиётчи шифокорларнинг руҳияти ва эътиқодини энг камида 80,0 гача фтизиопрофилактик тиббиёт томон ўзгартиради.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Клевно Н.И., Кудлай Д.А. Скрининг детей и подростков на туберкулезную инфекцию в России – прошлое, настоящее, будущее \\\ Туберкулез и болезни легких. 2019. – № 9. – С. 60 – 64.
2. Аксенова В.А., Леви Д.Т., Александрова Н.В., Кудлай Д.А. Современное состояние вопроса заболеваемости детей туберкулезом, препараты для профилактики и диагностики инфекции \\\ Биопрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. – 2017. – Т. 17. – № 3. – С. 147 – 149.
3. Абдуллаева Р.Ю., Комиссарова О.Г., Михайловский А.М. Иммунологические и биохимические механизмы восприимчивости туберкулеза при сахарном диабете \\\ Русский медицинский журнал. – 2017. – № 18. – 1324 – 1325.
4. Артюхина Л.Ю., Иванова Е.С., Фролова Н.Ф., Коменко О.Н. и др. Особенности течения туберкулезной инфекции на фоне иммуносупрессии у реципиентов почки \\\ Лечебное дело. – 2015. № 1. – С. 11 – 15.
5. Агафонова О.В., Приценко Т.А., Богданова Ю.В., Булгакова С.В. и др. Поликлиническая терапия \\\ Учебник. – 2 – е изд. перераб. и доп. – М: ГЭОТАР – Медиа. – 2020. – С. 830 – 844.
6. Алексеева Л.П. Особенности выявления, клинического течения и лечения больных туберкулезом и ВИЧ – инфекцией \\\ Автореф. дисс.канд.мед.наук. – М. – 2008. – С. 35 – 42.
7. Бобоходжаев О.И., Раджабзода А.С., Мирзаева Ф.О. Шарипов Ф.Р. Риск заболевания туберкулезом и эффективность его химиопрофилактики у трудовых мигрантов, жителей Республик Таджикистан \\\ Туберкулёз и болезни легких. – 2020. – Т. 98. – №1. – С. 16 – 21.

8. Баронова О.Д., Аксенова В.А., Клевно Н.И., Одинец В.С. Латентная туберкулезная инфекция среди студентов, обучающихся в высших учебных заведениях // Туберкулез и болезни легких. – 2020. – Т. 98. – № 3. – С. 27 – 31.
9. Беляков Н.А., Рассохин В.В., Профимова Т.Н. и др. Коморбидные и тяжелые формы Вич – инфекции в России // Вич – инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8. – № 3. – С. 9 – 23.
10. Багиров М., Набокова Т.С., Красникова Е.В. и др. Этапное хирургическое лечение распространенного туберкулеза легких с применением эксциссуральной пломбировки силиконовой пломбой на стороне наименьшего поражения. Материалы I международ. Заочной науч. практ. конференции. – Ростов – на – Дону. – 2014. – С. 88 – 91.
11. Багиров М.А., Садовникова С.С., Красникова Е.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению туберкулеза легких // Сб. «Туберкулез в XXI веке. Проблемы и пути решения». Труды ФГБНУ «ЦНИИТ» // М., 2015; С. 15 – 18.
12. Вольф С.Б. Нежелательные побочные реакции на химиотерапию туберкулеза // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2016. – № 3. – С. 141 – 144.
13. ВОЗ. Информационный бюллетень. Марш 2021 // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – № 2 (67) – С. 16 – 18.
14. Викторова И.Б., Ханин А.Л., Зимина В.Н. Летальные исходы у больных с Вич – инфекцией в крупном противотуберкулезном учреждении Кемеровской области // Журнал инфектологии. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 25 – 29.
15. Васильева И.А. Новые аспекты химиотерапии лекарственно – устойчивого туберкулеза // Лекции для практикующих врачей. – Москва. – 2014. – С. 466 – 484.
16. Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Мельникова О.Г. и др. Клиническая оценка внедрения первой пилотной Российской интегрированной программы

комплексного подхода к управлению сахарным диабетом «НОРМА» // Сахарный диабет. – Том 26. – Выпуск 1. – 2023. – С. 30 – 38.

17. Галстян Г.Р. Применение инсулина сверхдлительного действия деглудек у взрослых пациентов с сахарным диабетом 2 типа в реальной клинической практике в России // Сахарный диабет – 2023. Том 26. – Выпуск 1. – С. 55 – 65.

18. Готье С.В. Сахарный диабет 1 типа, диабетическая нефропатия: возможности трансплантологии // Вестник РАМН. – 2012. – № 1. – С. 54 – 58.

19. Гордеева О.М., Карпина Н.Л., Ларионова Е.Е., Андриевская И.Ю. и др. Аспекты верификации туберкулеза органов дыхания у больных хронической болезнью почек в терминальной стадии // Туберкулёз и болезни легких. – 2018. – Т. 96. – № 5. – С. 14 – 20.

20. Гольдштейн В.Д. Туберкулёз органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста. М.: БИНОМ. – 2013. – С. 122 – 223.

21. Драпкина О.М., Самородская И.В. Скрининг и профилактические мероприятия в первичном звене медицинской помощи (США, 2017) // В кн.: Скрининг: терминология, принципы и международный опыт. – 2019. – 2018. – С. 78 – 81.

22. Драпкина О.М., Самородская И.В. Скрининг: терминология, принципы и международный опыт. Vidox. – 2019. – С. 47 – 60.

23. Дедов И.И., Шестаков М.В., Викулова О.К. и др. Эпидемиологические характеристика сахарного диабета в Российской Федерации: клинико – статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021// Сахарный диабет. – 2021. – Т. 24. – № 3. – С. 204 – 220.

24. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. и др. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным Федерального регистра сахарного диабета, статус 2017 г. // Сахарный диабет. 2018. – Т. 21. – № 3. – С. 144 – 157.

25. Дедов И.И., Шестакова М.В., Маторов А.Ю. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Клинические рекомендации (Вып.9). // Сахарный диабет. – 2019. – Т. 22. – № 51. – С. 1 – 140.
26. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова Д.К. и др. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клиничко – статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета на 01.01.2021 // Сахарный диабет. – Том 24. – Выпуск 3. – 2021. – С. 204 – 219.
27. Дедов И.И. Шестакова М.В. и др. Результаты реализации программы «сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007 – 2012 годы» // Сахарный диабет. – 2013; 16 (2): 1 – 46.
28. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа (СД2) у взрослого населения России (исследование Nation) // Сахарный диабет. – 2016; 2. doi:10.14341//dm 200 4116 – 17.
29. Дейкина О.Н., Перфильев А.В., Мишин В.Ю., Пригорьев Ю.Г. и др. Клиничко – рентгенологическая характеристика туберкулеза органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – Т. 93. – № 11. – С. 22 – 25.
30. Дворецкий Л.Ц., Яковлев С.В. Пожилой больной и инфекция. – М.: ГЭО – ТАР. – Медиа. – 2008. – С. 365 – 367.
31. Дубровская И.И., Багишева Н.В. Мордык А.В. и др. Выявление и дифференциальная диагностика туберкулеза у пациентов пульмонологического отделения с внебольничной пневмонией и хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. – 2020. – Т. 30. – Выпуск 3. – С. 307 – 310.
32. Есипов А.В., Алеханович А.В., Абушинов В.В. COVID – 19: первый опыт оказания медицинской помощи и возможные решения проблемных вопросов (обзор) // Госпитальная медицина: наука и практика. – 2020. Т. 1 – № 1. – С. 6 – 7.

33. Илькович М.М. Диссеминированные заболевания легких. – М.: ГЭОТАР. – Медиа; 2017. – С. 8 – 16.
34. Иванова Д.А., Борисов С.Е., Родина О.В. и др. Безопасность режимов лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя согласно новым рекомендациям // Туберкулёз и болезни легких. – 2020. – Т. 98. – № 1. – С. 5 – 15.
35. Кораев В.В. Хирургическое лечение фиброзно – кавернозного туберкулеза легких // Автореферат дисс.докт.мед.наук. – Москва. – 2022. – С. 25.
36. Кошечкин В.А., Иванова З.А., Ширманов В.И., Буракова М.В. Структура клинических форм туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом студентов РУДН // Трудный пациент. – 2014. – Т. 12. – № 3. – С. 48.
37. Комиссарова О.Г., Черных Н.А., Коссий Ю.А., Абдуллаев Р.Ю. и др. Случай эффективного лечения больного туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью *M. tuberculosis* в сочетании с хронической почечной недостаточностью // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 2. – С. 53 – 55.
38. Карпина Н.Л., Гордеева О.М., Набокова Т.С., Шабалина И.Ю. и др. Диагностика и лечение туберкулеза органов дыхания у больного после трансплантации почки // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Т. 95, № 10. – С. 82 – 85.
39. Кандрыгин Д.А., Стерликов С.А. Русакова Л.И., Сон И.М. и др. Влияние пандемии COVID – 19 на систему оказания противотуберкулезной помощи населению по состоянию на май 2020 г.: данные оперативного мониторинга // Современные проблемы здравоохранения или медицинской статистики. – 2020. – № 3. – С. 312 – 335.
40. Казимирова Н.Е., Артемьев А.М., Амирова З.Р. и др. Проблемы диагностики туберкулеза пациентов с разной коморбидностью // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – Т. 97. – № 6. – С. 61 – 62.

41. Коломиец В.М. ХОБЛ – ассоциированный туберкулез: эффективность диагностики и реабилитации // Терапевтический вестник Узбекистана. – 2016. – № 4. – С. 106.
42. Конончик О.Н. Оптимизация выявления туберкулеза у больных ВИЧ – инфекцией и прогнозирование распространенности сочетанной патологии на примере Кемеровской области // Авторев. дисс.канд.мед.наук. – Новосибирск. – 2010. – С. 20 – 20.
43. Кузьмин О.А. Туберкулез органов дыхания в сочетании с ВИЧ – инфекцией // Дисс.канд.мед.наук. – СПб, 2005; С. 123 – 125.
44. Красникова Е., Алиев В., Лепеха Л., Садовникова С. и др. Интраоперационные инновационные технологии и внутривенное лазерное облучение крови в комплексном лечении при двустороннем деструктивном лекарственно – устойчивом туберкулезе легких // Врач. – 2018. – Том 29. – С. 43 – 47. <https://doi.org/10.29296/25877305> – 2018 – 11 – 08.
45. Латентная туберкулезная инфекция: обновленное руководство по программному ведению // Руководство. Все мирная организация здравоохранения. Женева. – 2018. – С. 73 – 75.
46. Нечаева О.Б. Социально значимые инфекционные заболевания, представляющие биохимическую угрозу населению России // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97. – № 11. – С. 8 – 16.
47. Нечаева О.Б. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации в 2018 году. – С. 78 (Электронный ресурс). Режим доступа: <http://www.mednet.ru>.
48. Наумов А.Г., Павлухин А.В. Механизмы развития лекарственной устойчивости *Mycobacterium tuberculosis*: есть ли шанс победить? // Пульмонология. – 2021. 31 (1): 100 – 108.
49. Обсянкина Е.С. Новые технологии в выявлении, диагностике и лечении туберкулеза детей и подростков // Лекции для практикующих врачей. – Москва. – 2012. – С. 581 – 582.

50. Проконенко Е.И., Щербакова Е.О. Агафонова С.Г., Вагазин А.В. и др. Диагностика и лечение туберкулеза у больных с почечным аллотрансплантантом: одноцентровое ретроспективное исследование // Нефрология и диализ. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С. 247 – 251.
51. Пьянзова Т.В., Джанчигильдин Ю.Т. Васильева И.А. Модели клинических ситуаций – новый методологический подход к анализу контингентов пациентов в противотуберкулезных учреждениях // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100. – № 4. – С. 41 – 45.
52. Салина Т.Ю., Морозова Т.И., Балашов Д.В. Трудности дифференциальной диагностики диссеминированных поражений легких в условиях противотуберкулезного диспансера и болезни легких; – 2013; 90 (12): 52 – 53.
53. Слогодская Л.В., Сеницын М.В., Кудлай Д.А. Возможности иммунологических тестов в диагностике латентной туберкулезной инфекции и туберкулеза // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97. – № 11. – С. 48 – 67.
54. Савинцева Е.В., Исаева П.В., Низамова Г.Ф. Туберкулез и COVID – 19: медицинские и социальные аспекты // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100. – № 3. – С. 13 – 17.
55. Сунков Ю.В., Болотская Л.Л., Рудакова О.Г., Андрианова О.Г. и др. Распространенность сахарного диабета 2 типа и его осложнений среди населения Московской области (данные одномоментных эпидемиологических исследований) // Сахарный диабет. – 2013. – № 4. – С. 6 – 10.
56. Стерликов С.А., Нечаева О.Б., Кучерявская М.С. и др. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2015 гг. Статистические материалы \ М.: РИО ЦНИИ – ОИЗ, 2017; С. 50 – 51.
57. Римская А.М., Красновидова А.Е. Витебская А.В. Практические аспекты применения FLASH – мониторинга глюкозы по результатам анкетирования детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. – Том 26. – Выпуск 1. – 2023. – С. 39.

58. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей // М.: РООИ «Здоровье человека». – 2015. – С. 34 – 35.

59. Михайлова Ю.В., Бурыхин В.С., Стерликов С.А. Влияние пандемии COVID – 19 на систему оказания противотуберкулезной помощи в пени-тенциарных учреждениях Российской Федерации // Здоровье и демография финно – угорских народов. – 2020. – № 4. – С. 18 – 19.

60. Мордык А.В., Багишева Н.В., Трухан Д.И. и др. Профилактика и лечения острых респираторной вирусной инфекции у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких // Инфекционные болезни. 2020. – Т. 18. – Выпуск 3. – С. 168 – 175.

61. Мишин В.Ю. Лечение больных туберкулезом в современной эпидемиологической ситуации в Российской Федерации // В кн.: «Труды XVII Российского нац. конгресса» «Человека и лекарство». Том 2. – Москва. – 2011. – С. 226 – 250.

62. Мишин В.Ю. Инновации в лечении туберкулеза в условиях нарастания устойчивости возбудителя к противотуберкулезным препаратам // Лекции для практикующих врачей. – Москва. – 2013. – С. 441 – 464.

63. Шарыков А.С., Сулягина Л.А., Долгова М.А. Туберкулез органов дыхания у лиц старше 70 лет: особенности течения и трудности диагностики // Туберкулёз и болезни легких. – 2021. – Т. 99. – № 6. – С. 39 – 41.

64. Шестакова М.Б., Чазова И.Е., Шестакова Е.А. Российское много-центровое скрининговое исследование по выявлению недиагностированного сахарного диабета 2 типа у пациентов с сердечно – сосудистой патологией // Сахарный диабет. – 2016; 19 (1): 24 – 27.

65. Шаповалов А.С., Полежаев С.С. Белов С.А. Коллапсотерапия при туберкулезе легких: возвращение к истории // Трихоокеанский мед. Журнал. – 2017.; 1: 84 – 85.

66. Харанги Л., Сцеменьи К. Патология туберкулеза в пожилом возрасте. – М.: Медицина. – 1978. – С. 247.

67. Юсупова Ш.К. Клинико – гормональные и молекулярно – генетические аспекты патогенеза нозологической синтропии сахарного диабета 2 типа и хронической сердечной недостаточности // Автореф....докт.диссертации (DSc) по.мед.наукам. – Андижон. – 2022. – С. 5.
68. Addi – Liae Z., Moradnejad P., Alijani N., et al. Disseminated tuberculosis in an AIDS // HIV – infacted patient \ Acta Med. \ Iran/2015; 51(8); 588.
69. Abu – Taleb A.M., El – Sokkary R. H., El Taerhouny S.A. Interferon – gamma release assay for defection of latent tuberculosis infection in casual and close contacts of tuberculosis cases // East. Mediterr: Health 5. – 2011. – Vol. 17. – № 20. – P. 751 – 752.
70. Anand M., Nayyar E. Concepcion B. et al. Tuberculosis in kidney transplant recipients: A cose series // Worid J. Trans plant. – 2017. Vol. 7. № 3. – P. 213 – 220. doi: 105 500 wif. V 7,13213.
71. Alonso Rodriguez N., Chaves F., Inigo J. et al. Transmission permeability of tuberculosis involving immigrants, revald by a multicentre analysis of clusters // Clin. Microbiol. Infect. – 2009. – Vol. 15. – № 5. P. 436 – 441.
72. American Diabetes Association introduction standarts of Medical Care in Diabetes – 2018. Diabetes Care. 2018; 41 (Supplement 1). C. 51. doi. <https://doi.org/10.2337/dc18 – sinto01>.
73. Arredondo A. Universal coverage and economic bueden from epidemiological chandes of diabetes in latin America \ J Glob Health. – 2016; 6 (2). Doi. <https \\\ doi.org\10/7189\jogh ob. 020309>.
74. Burgos J. I., Kahn I.G., Strathdee S.A. et al. Targeted screening and treatment for latent tuberculosisinfection using Quanti – FERON – TB Goldis cost – effective in Mexico \ Int. J. Tuber. Lung Dis. – 2009. – Vol. 13, № 8. – P. 965 – 967.
75. Varg W., Dall T.M. Economic Costs of Diabetes in the US in 2017 \ Diabetes Care 2018; 41 (5): 917 – 925.
76. «Clinical Practice Guidelines Screening for the Presence of Cardiovascular Disease» \ Can J Diaetes. 42. – 2018. – S. 171 – 176.

77. Corleis B., Bucsan A.N., Deruaz M. et al. HIV – 1 and Siv infection are associated with carity loss of iung interstitial CD 4 + T celes and dissemination of pulmonary tuberculosis \ Cell Rep. – 2019; 26 (6): 1416. Doi:10.1016\J. Celrep. 2019.01.021.

78. Cortez de Almeida R.F., Cortez Cardoco Penha R., do Nascimento Barbosa L. Two cases of sdiseminated tuberculosis alter negative screeningbefore ada-limumab treatment for immune – mediated inflammatory diseases \ JAAD case Rep. – 2019; 5 (11): 1003 – 1004. Doi: 10.1016\j.JDCR.2019.09.008.

79. Dev N., Blowmick M., Chaudhary S., Kant J. Tuberculoys encephalopathy without meningitis: A rare manifestation of disseminated tuberculosis \ Int. J. Mycobacterial. – 2019; 8 (4): 406. Doi: 10.4103\ijmy.13119.

80. Dara M., Gushlak B.D., Pasey D.L. et al. The history and evolution of immigration medical screening for tuberculosis \ Export Rev. Anti – infect. Ther – 2013. – № 11. – P. 138 – 144.

81. Dedov i.i., shestakova MV Algorithms of Specialized Medical Care for Diabetes Mellitus Patients. Diabetes mellitus. – 2016; (35): 2 – 71. doi: 10.1434(2072 – 0351 – 5612).

82. Dedov I., Shestakova M., Benedetti M.M. et al. Prevalence of type 2 diabetes mellitus (T2DM) in the adults Russian population (Nation study) \ Diabetes Res Clon Pract. – 2016; 115: 90 – 93.

83. Gupta R.K., Lucas S.B., Fielding K.L., Lawn S.D. Prevalence of tuberculosis in postmortem studies of HIV – infected adults and children in resource – limited settings: a systematic review and metaanalysis \ Aids. 2015; 29(15): 1987 – 2002. Doi: 10.1097\Qad. 000 000 000 000 0802.

84. Garfein R.S., Burgos J.I., Rodriguez – Lainz A., Brodine S. et al.Latent tuberculosis infection in a migrant agricultural community in Boja California, Mexico \ J. Immigrant Minority Health. – 2011. – # 13. – H. 941 – 945.

85. Gubitost – Klug R. A. The diabetes control and complications trial \epidemiology of diabetes interventions and omplications study at 30 years summary

and future directions // *Diabetes Care*. – 2014; 37(1): 45 – 48.
Doi:<https://doi.org/10.2337/dc13-2148>.

86. Global tuberculosis report 2017. – Geneva: World Health Organization. – 2017. – H. 145 – 146.

87. Gupta A., Singla R., Caminero J.A., Mrigipuri P. et al. Impact of Covid – 19 on tuberculosis services in India // *Intern. J. Tuberc. Lung Dis.* – 2020. – Vol. 24. – № 6. – H. 637 – 638.

88. Global Tuberculosis Report 2021 // Geneva: WHO, 2021. – C. 41 – 42. – ISSN: 978 – 92 – 4 – 003702 – 1.

89. Gao Y., Lui M., Chen Y., Shii. et al. Association between tuberculosis and Covid – 19 severity and mortality: A rapid systematic review and metaanalysis // *J. Med. Virol.* – 2021. – Vol. 93. – № 2. – P. 194 – 195.

90. Hameed H.M.A., Islam M.M., Chnotaray C. et al. Molecular targets related drug resistance mechanism in MDK –, XDR –, and TDK – *Mycobacterium tuberculosis* strains // *Front. Cell. Infect. Microbiol.* – 2018; 8; 112. doi: [10.3389/fcimb](https://doi.org/10.3389/fcimb).

91. Ikute K., Ota Y., Kyroki S. et al. Development of disseminated tuberculosis with intestinal involvement due to adalimumab administration despite latent tuberculosis treatment // *Intern. Med.* 2020;59 (6): 850 – 852. Doi: [10.2169/internalmedicine.3295-19](https://doi.org/10.2169/internalmedicine.3295-19).

92. Insulin and associated devices for everybody: Who Stakeholder workshop, 21 and 23 – 25 september 2020 (Electronic resource). Available from: <https://www.who.int/publications-detail/credinet/insulin-and-associated-devices-access-for-everybody-who-stakeholder-workshop-21-and-23-september-2020> (accessed: 11.02.2021).

93. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 7 ed Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015.

94. Isaakidis P., Cases E., Das et al. Treatment outcomes of HIV and MDR – TB co – infected adults and children: systematic review and meta – analysis // *J.*

Tuberc. Lung Dis. – 2015; 19 (8): 69 – 76.

<http://dx.doi.org/10.5588/ij.tid.15.01/23>.

95. US Preventive Services Task Force, 2018 // «Risk Assessment for cardiovascular Disease with Nontraditional Risk Factors US Preventive Services Task Force Recommendation Statement». – JAMA; 320(3): 273 – 279. Doi:10.1001/jama. 2018.8359.

96. Uplekar M., Weil D., Lonnzoth K., Jaramillo E, Lienhardt C. et al. WHOS new end TB strategy // Lancet. – 2015. – Vol. 385, № 9979. – P. 1780.

97. Kaupael M., Naimi A., Moafi N., Mohammadi P. et al. Clinical characteristics, diagnosis, treatment, and mortality rate of TB/Covid – 19 coinfectetd patients: A systematic review // Front. Med. (Lausanne). – 2021. – Vol. 8. P. 740592. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.740593>.

98. Kistana J., Lahera F., Otwombea K. et al. Pulmonary TB: varying radiological presentations in individuals with Hiv in Soweto, South Africa // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hug. – 2017;111:132 – 5. Doi:10.1093/trsmh/trx028.

99. Li J.C.H., Fong N., Wijaya L., Leung V.Y. Disseminated tuberculosis masgurading as a presentation of systemic lupus erythematosus // Int. J. Kheum. Dis. 2018;21(1):353 – 354. Doi:10.1111//1756 – 185 X. 13195.

100. Lawn S., Myer L., Bekker L. et al. Tuberculosis – associated immune reconstitution disease: incidence, risk factors and impact in an antiretroviral treatment service in South Africa // Aids. – 2007;21:335 – 40.

101. Mondoni M., Centola M., Vigano O. et al. Chest pain and a left parasternal soft tissue swelling in an immunocompetent refugee with disseminated tuberculosis // Int. J. Infect. Dis. – 2020;90:117 – 118. Doi:10.1016/j.jjci.2019.10.033.

102. Mori T., Leung C.C. Tuberculosis in the global aging population // Infect. Dis Clin. North. Am. – 2010. – Vol 24. – № 3. – P. 751 – 765.

103. Mahtab S., Coetree D., Influence of Hiv and other risk factors on tuberculosis // S. Afr. Med. J. – 2017;107(5):428 – 32. Doi:10.7196/SAM J. 2017. V 10715.11271.

104. Nwaneri C, Cooper H., Bowen – Jones D. Mortality in type 2 diabetes mellitus: magnitude of the evidence from a systematic review and meta – analysis // *Br J Diabetes Vasc. Dis.* 2013; 13(4): 192 – 205.

105. Ngizi M., Bekker L.G., Wood R. et al. The impact of HIV status and antiretroviral treatment on TB treatment outcomes of new tuberculosis patients attending collocated TB and ART services in South Africa: a retrospective cohort study // *BMC Infect. Dis.* – 2015;15:536. Doi:10.1186/s12879-015-1275-3.

106. Peltzer K., Tuberculosis non – communicable disease comorbidity and multimorbidity in public primary care patients in South Africa // *Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med.* – 2018. – Vol. 10. – № 1. – P. e 1 – e 4.

107. Prevalence of diabetes (20 – 79 age group). *Diabetes Atlas (IDF)*. – 2011. – P. 34 – 35.

108. Rawshani A., Rawshani A., Franzen S. et al. Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes // *N Engl J Med.* – 2017;376(15):1407 – 1413. doi:https://doi.org/10.1056/NEJMoa1702215.

109. Ritacco V., Kantozi I.N. Tuberculosis and COVID – 19: a dangerous relationship. *Tuberculosis y COVID – 19: Una relación peligrosa* // *Medicina*. 2020. – № 80. – S. 6. – P. 117.

110. Slogotskaya L.Y., Bogordskaya E., Sentchichina O. et al. Effectiveness of tuberculosis detection using a skin test with allergen recombinant (CFP – 10 – ESAT – 6) in children // *Eur. Respir. J.* – 2012. – № 40 (556). P. 415 – 417.

111. Stogotskaya L.V., Livinon V., Ovsyankina E. et al. New skin test with recombinant protein CFP 10 – ESAT 6 in patients (children and adults) with tuberculosis, non – tuberculosis disease and latent TB infection // *Eur. Respir. J.* – 2012. – № 40 (556). – P. 414 – 415.

112. Suntrov Y., Dedov J. State Registry of Diabetes Mellitus – main information system for the calculation of expenses on diabetes and its forecasting. *Diabetes mellitus*. – 2005; (2): 2 – 4. Doi: 10.1434/2072 – 0351 – 5773.

113. Sinshaw Y., Alemu Sh, Fekadu A., Gtzechew M. et al. Successful TB treatment outcome and ETS associated factors among TB/HIV co – infected patients

affending Gondaz University Referral Hospital, Northwest Ethiopia: an institution based cross-sectional study //BMC infections Diseases. – 2017;17: e 132ю Doi:10.1136// S 12879 – 017 – 2283 – 7.

114. Shovkun J., Aksenova V., Kudlay D. et al. The role of immunological tests in the diagnosis of tuberculosis infection in children with juvenile idiopathic arthritis (Jia) Eur. Respir. J. – 2018. – № 52 (supplement + 62). – PA 2733.

115. Shestakova M.V. Multicomponent approach to treatment of diabetes mellitus and its complications (lecture). *Terapevticheskii Arkhiv*. – 2006;78(10): 34 – 35.

116. Shivacoti R., Sharma D., Mamoon G. et al. Association of HIV infection with extrapulmonary tuberculosis: a systematic review // *infection*. 2017;1:11 – 20. Doi: 10.1007/ S 15010 – 016 – 0960 – 5.

117. Elzein F., Elzein A., Mohammed N., Alswailem R. et al. Miliary tuberculosis mimicking systemic lupus erythematosus flare // *Respir. Med. Case Rep*. – 2018;25:217 – 218. Doi:10.1016/j. rmer. 2018. – 09.005.

118. Truzyan N., Grape B., Grigoryan R., Maztirosoyan H. et al. Increased Risk for Multidrug – Resistant Tuberculosis in Migratory Workers, Armenia // *Emerging infections Diseases*. – 2015. – Vol. 21. – № 3. – P. 475.

119. Tieken K., Paramasivan A.M., Goldner W. et al. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long – term complications in insulin – dependent diabetes mellitus // *N Eng J Med*. – 1993;329(14):979 – 984.

120. Tieken K., Paramasivan A.M., Golden W. et al. Improving Care and Promoting Health in Populations Standards of Medical Care in Diabetes – 2022//*Diabetes Care*. – 2022, 45(51): 58 – 513. Doi.<https://doi.org/10.2337//dc 22 – 5001>.

121. Toyota M., Sasaki Y. The issue of tuberculosis in the elderly in Japan // *Kekkaku*. – 2010. – Vol. 85. – № 12. – P. 881 – 891.

122. World Health Organization. *Iris*. Licence CC BY – NC – SA 3.0 IGO. – 2018. Available at:<http://apps.who.int/iris> (Access – ed: January 02, 2020).

123. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on drug – resistant tuberculosis treatment. WHO/CDS/TB/2019. 3. – Geneva, World Health Organization, 2019 (Электронный ресурс). URL: [https://www.who.int/tb/publications/2019/consolidated – guidelines – drug – resistant – TB – treatment](https://www.who.int/tb/publications/2019/consolidated-guidelines-drug-resistant-TB-treatment).

124. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020, 2021; 4:250. [https://www.who.int/teams/global – tuberculosis – programme/tb – reports/978924001313/](https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/978924001313/).

125. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018, 2018 г.

126. World Health Organization. Global tuberculosis report. – 2019 г.

ИЛОВАЛАР

3.1-жадвал

Ўпка силини қандли диабет билан беморлар умумий популяциясида тарқалишининг гендерли хос хусусиятлари

№	Ўпка сили шакллари	Асосий гуруҳ (n=600)						Назорат гуруҳи (n=100)						P ³	X ²	RR	95% CI		
		Эркаклар (n=328)		P ¹	Аёллар (n=272)		Умумий популяция		Эркаклар (n=56)		P ²	Аёллар (n=44)						Умумий Популяция	
			%			%		%		%			%						%
1	Ўчокли	14	4,3	>0,05	3	1,1	17	2,83	1	1,8	>0,05	-	-	1	1,0	>0,05	0,535	2,833	0,381-21,05
2	Инфилтратив	295	89,9	>0,05	253	93,0	548	91,3	39	69,6	>0,05	38	86,4	77	77,0	<0,05	16,94	1,305	1,152-1,478
3	Туберкулома	8	2,4	>0,05	5	1,8	13	2,17	-	-	>0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Тарқалган	6	1,8	>0,05	5	1,8	11	1,83	6	10,7	>0,05	4	9,1	10	10,0	<0,05	16,93	0,183	0,080-0,420
5	Фиброз-каверноз	10	3,0	>0,05	13	4,8	23	3,83	10	17,9	>0,05	2	4,5	12	12,0	<0,001	10,38	0,319	0,164-0,621
6	Казеозли пневмония	2	0,6	>0,05	-	-	2	0,33	-	-	>0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Цирротик шакли	2	0,6	>0,05	1	0,4	3	0,50	3	5,4	>0,05	1	2,3	4	4,0	<0,05	7,365	0,125	0,028-0,550
8	Ўпкатуқималарининг емирилиш	142	43,3	>0,05	137	50,4	279	46,5	38	67,9	>0,05	24	54,5	62	62,0	<0,05	7,634	0,750	0,629-0,894
9	Бактерияларнинг Чикарилиши	3	0,9	>0,05	46	16,9	49	8,17	5	8,9	>0,05	5	11,4	10	10,0	>0,05	0,174	0,817	0,428-1,559

Изох: ушбу ва кейинги жадвалларда,

P¹- асосий гуруҳдаги беморларнинг жинсига кўра статистик фарқланиш (Манн-Уитни тести);

P²- назорат гуруҳидаги беморларнинг жинсига кўра статистик фарқланиш (Манн-Уитни тести);

P³- тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг умумий популяциясига кўра статистик фарқланиш (Фишернинг аниқ мезони);

X² - сифатий белгилар узвийлигининг тетрагорик коэффициенти (Пирсоннинг Йейтс тузатмали x²-мезони)

RR- нисбий хавф кўрсаткичи;

95% CI- 95% ли ишонарлик интервали

3.2-жадвал

Ўпка силини аҳолининг маълумотчанлиги, яшаш жойи ва шароити, миллати ва касби, ижтимоий-иқтисодий ва дермографик ҳолатларига боғлиқ ҳолда тарқалишини гендерлик хусусиятлари

№	Курсаткичлар	Назорат гуруҳи (n=100)								Асосий гуруҳ (n=600)								P ³	χ ²	RR	95% CI
		Эркаклар (n=328)		P ¹	Аёллар (n=272)		Жами		Эркаклар (n=56)		P ²	Аёллар (n=44)		Жами							
		abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%						
1	Олий маълумотлилар	8	2,4	>0,05	3	1,1	11	1,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2	Ўрта маълумотлилар	295	89,9	>0,05	259	95,2	554	92,3	56	100,0	>0,05	43	97,7	99	99,0	<0,05	5,064	0,933	0,905-0,961		
3	Ўрта-махсус	8	2,4	>0,05	3	1,1	11	1,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
4	Ўрта тугалланмаган	17	5,2	>0,05	6	2,2	23	3,83	-	-	-	1	2,3	1	1,0	>0,05	1,311	3,987	0,544-29,19		
5	Шаҳар аҳолиси	72	22,0	>0,05	57	21,0	129	21,5	12	21,0	>0,05	3	7,0	15	15,0	>0,05	1,836	1,826	1,119-2,978		
6	Қишлоқаҳолиси	256	78,0	>0,05	215	79,0	471	78,5	44	79,0	>0,05	41	93,0	85	85,0	>0,05	1,836	0,923	0,842-1,013		
7	Оилали	26	7,9	>0,05	240	88,2	266	44,3	2	3,6	>0,05	42	95,5	44	44,0	>0,05	0,002	1,008	0,794-1,279		
8	Ажрашган	14	4,3	>0,05	4	1,5	18	3,0	1	1,8	-	-	-	1	1,0	>0,05	0,652	3,000	0,405-22,23		
9	Доимий шериги бор	278	84,8	>0,05	21	7,7	299	49,8	53	94,6	>0,05	2	4,5	55	55,0	>0,05	0,720	0,906	0,746-1,101		
10	Доимий шериги йўқ	7	2,1	>0,05	5	1,8	12	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
11	Ишчилар	15	4,6	>0,05	2	0,7	17	2,83	5	8,9	-	-	-	5	8,9	>0,05	0,706	0,567	0,214-1,501		
12	Ишсизлар	116	35,4	>0,05	67	24,6	183	30,5	33	58,9	>0,05	19	43,2	52	52,0	<0,001	16,81	0,586	0,469-0,734		
13	Хизматчилар	16	4,9	>0,05	7	2,6	23	3,83	-	-	-	1	2,3	1	1,0	>0,05	1,311	3,833	0,523-28,07		
14	Тадбиркорлар	25	7,6	>0,05	4	1,5	29	4,83	1	1,8	-	-	-	1	1,0	>0,05	2,207	4,833	0,665-35,08		
15	Нафакадагилар	142	43,3	>0,05	180	66,2	322	53,7	17	30,4	>0,05	24	54,5	41	41,0	<0,05	5,013	1,308	1,023-1,675		
16	Миллати ўзбек	326	99,4	>0,05	268	98,5	594	99,0	56	100,0	>0,05	44	100	100	100	>0,05	0,175	0,990	0,982-0,998		
17	Миллати бошқа	2	0,6	>0,05	4	1,5	6	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
18	Эътиқоди муслим	326	99,4	>0,05	270	99,3	596	99,3	56	100,0	>0,05	44	100	100	100	>0,05	0,670	0,993	0,987-0,999		
19	Эътиқоди бошқа	2	0,6	>0,05	2	0,7	4	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
20	Яшаш шароити ёмон	10	3,0	>0,05	2	0,7	12	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
21	Қониқарли	294	89,6	>0,05	258	94,9	552	92	55	98,2	>0,05	44	100	99	99,0	<0,001	0,010	0,929	0,901-0,958		
22	Яхши	24	7,3	>0,05	12	4,4	36	6,0	1	1,8	-	-	-	1	1,0	>0,05	3,340	6,000	0,832-43,27		

**Ўпка силининг қандли диабет билан аҳолида дориларга чидамли турининг эпидемиологик тавсифи
ва гендерли хусусиятлари**

№	Дори воситаларига сезувчанлик	Асосий гуруҳ (n=600)								Назорат гуруҳи (n=100)						p ³	x ²	RR	95% CI
		Эркаклар (n=328)		P ¹	Аёллар (n=272)		Умумий популяция		Эркаклар (n=56)		p ²	Аёллар (n=44)		Умумий популяция					
		abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%				
1	Этамбутол ёки стрептомицинга тургун	102	31,1	>0,05	56	20,6	158	26,3	25	44,6	>0,05	14	31,8	39	39,0	<0,05	6,189	0,675	0,512-0,893
2	Дорига сезгирлик сақланган	135	41,2	>0,05	143	52,6	278	46,3	16	28,6	>0,05	10	22,7	26	26,0	<0,05	13,61	1,782	1,266-2,508
3	Полирезистент	39	11,9	>0,05	30	11,0	69	11,5	12	21,4	>0,05	5	11,4	17	17,0	>0,05	1,923	0,676	0,416-1,101
4	Кўплаб дориларга турғунлик (МЛУ)	52	15,9	>0,05	24	8,8	76	12,7	12	21,4	>0,05	10	22,7	22	22,0	<0,05	3,608	0,633	0,412-0,972
5	МБТ мавжуд	279	85,1	>0,05	241	88,6	520	86,7	24	42,9	>0,05	30	68,2	54	54,0	<0,001	88,97	2,523	1,993-3,197
6	Дориларга сезувчанлик (ЛЧ МБТ (+))	242	73,8	>0,05	224	82,4	466	77,7	21	37,5	>0,05	25	56,8	46	46,0	<0,001	42,16	1,688	1,359-2,097
7	Монорезистент МБТ (+)	51	15,5	>0,05	26	9,6	77	12,8	0	0,0	>0,05	2	4,5	2	2,0	<0,05	7,676	5,775	1,444-23,09
8	Полирезистент МБТ (+)	39	11,9	>0,05	30	11,0	69	11,5	12	21,4	>0,05	5	11,4	17	17,0	<0,05	1,923	5,245	1,309-21,02
9	МЛУ МБТ (+)	53	16,2	>0,05	26	9,6	79	13,2	12	21,4	>0,05	10	22,7	22	22,0	<0,05	3,019	0,658	0,429-1,008

3.4 – жадвал

≥ 18 – 90 ёшли водийнинг қандли диабет 2-тури билан касалланган аҳолиси орасида ўпка силининг ташқи ишлаб чиқариш билан боғлиқ хавф омилларининг тарқалиш частотасининг қиёсий тавсифи

№	Зарарли омиллар	Асосий гуруҳ (n=600)								Назорат гуруҳи (n=100)								P ³	x ²	RR	95% CI
		Эркаклар (n=328)		P ¹	Аёллар (n=272)		Умумий популяция		Эркаклар (n=56)		P ²	Аёллар (n=44)		Умумий популяция							
		Abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%						
1	Шовқин	113	34,5	>0,05	67	24,6	180	30,0	49	87,5	>0,05	35	79,5	84	84,0	<0,05	236,8	0,357	0,308-0,415		
2	Чанг	105	32,0	>0,05	59	21,7	164	27,3	47	83,9	>0,05	35	79,5	82	82,0	<0,001	109,9	0,333	0,284-0,391		
3	Кимёвий омиллар	9	2,7	>0,05	6	2,2	15	2,5	6	10,7	>0,05	3	6,8	9	9,0	<0,001	9,062	0,278	0,125-0,617		
4	Ионлар	2	0,6	-	-	-	2	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
5	Ток	4	1,2	-	-	-	4	0,7	1	1,8	-	-	-	1	1,0	>0,05	0,076	0,667	0,075-5,904		
6	Иссиқ цех	2	0,6	>0,05	1	0,4	3	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-					
7	Пестицидлар	7	2,1	>0,05	2	0,7	9	1,5	3	5,4	>0,05	3	6,8	6	6,0	<0,05	6,270	0,250	0,091-0,687		
8	Нитратлар											1	2,3	1	1,0	-	-	-	-		
9	Дефолянтлар	1	0,3	-	-	-	1	0,2	1	1,8	-	-	-	1	1,0	>0,05	0,188	0,167	0,010-2,643		
10	Бошқалар	61	18,6	-	-	-	61	10,2	10	17,9	>0,05	12	27,3	22	22,0	<0,001	10,38	0,508	0,326-0,792		

Қандли диабет билан аҳолида ўпка силининг ёндош касалликлари ва хавф омиллари тарқалиш частоталарининг қиёсий тавсифи, гендерли хусусиятлари

Коморбид касалликлар	ҚД ₂ ЎС _к (N=600)								ҚД ₂ ЎС _к й (N= 100)								P ³	x ²	RR	95% CI
	Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		%			%		%		%			%		%						
Нафас йўллари касалликлари																				
Обструктив ўпка касаллиги	116	35,4	>0,05	62	22,8	178	29,7	10	17,9	>0,05	4	9,1	14	14,0	<0,05	9,797	2,119	1,284-3,498		
Ўткир пневмония	11	3,4	>0,05	4	1,5	15	2,5	-	-	-	1	2,3	1	1,0	>0,05	0,322	2,500	0,334-18,72		
Сурункали пневмония	11	3,4	>0,05	6	2,2	17	2,8	1	1,8	>0,05	4	9,1	5	5,0	>0,05	0,706	0,567	0,214-1,501		
Ўткир бронхит	8	2,4	>0,05	3	1,1	11	1,8	2	3,6	>0,05	1	2,3	3	3,0	>0,05	0,149	0,611	0,173-2,152		
Сурункали бронхит	44	13,4	>0,05	33	12,1	77	12,8	12	21,4	>0,05	16	36,4	28	28,0	<0,001	14,29	0,458	0,314-0,668		
Бошқа касалликлар	169	51,5	>0,05	188	69,1	357	59,5	32	57,1	>0,05	21	47,7	53	53,0	>0,05	1,237	1,123	0,923-1,366		
Сурункали ЛОР-касаликлари	36	11,0	>0,05	12	4,4	48	8,0	10	17,9	>0,05	9	20,5	19	19,0	<0,001	10,75	0,421	0,259-0,685		
ЎРВИ: йилда 1 марта	49	14,9	>0,05	38	14,0	87	14,5	11	19,6	>0,05	9	20,5	20	20,0	>0,05	1,600	0,425	0,468-1,123		
-йилда 1 мартадан кўп	248	75,6	>0,05	207	76,1	455	75,8	20	35,7	>0,05	28	63,6	48	48,0	<0,001	31,47	1,579	1,282-1,947		
Аллергик касалликлар																				
Торвок	18	5,5	>0,05	10	3,7	28	4,7	-	-	-	-	-	0	0,0	-	-	-	-		
Экзема	54	16,5	>0,05	47	17,3	101	16,8	14	25,0	>0,05	20	45,5	34	34,0	<0,001	15,14	0,495	0,357-0,686		
Овкат аллергияси	9	2,7	>0,05	8	2,9	17	2,8	-	-	-	2	4,5	2	2,0	>0,05	0,109	1,275	0,299-5,426		
Бошқа касалликлар ва омиллар																				
ОИТ	27	8,2	>0,05	15	5,5	42	7,0	5	8,9	>0,05	3	6,8	8	8,0	>0,05	0,022	0,875	0,423-1,808		
Ўпкadan ташқариги сил	4	1,2	>0,05	2	0,7	6	1,0	-	-	-	1	2,3	1	1,0	>0,05	0,295	1,000	0,122-8,219		
Даврий касалликнинг қўзғалиши	36	11,0	>0,05	20	7,4	56	9,3	5	8,9	>0,05	5	11,4	10	10,0	>0,05	0,045	0,933	0,493-1,768		
Олдинги даводан ажралиш	57	17,4	>0,05	24	8,8	81	13,5	27	48,2	>0,05	8	18,2	35	35,0	<0,001	27,12	0,386	0,276-0,539		
Хавф омилларининг қариндошларида учраши																				
ОИТ	27	8,2	>0,05	11	4,0	38	6,3	5	8,9	>0,05	2	4,5	7	7,0	>0,05	0,063	0,905	0,416-1,969		
Ўпка касалликлари	19	5,8	>0,05	13	4,8	32	5,3	3	5,4	>0,05	2	4,5	5	5,0	>0,05	0,011	1,067	0,426-2,672		
Аллергик касалликлар	13	4,0	>0,05	14	5,1	27	4,5	1	1,8	>0,05	1	2,3	2	2,0	>0,05	0,793	2,250	0,543-9,315		

Изоҳ: Бу ерда ва бошқа жадвалларда ÷ ЎРВИ-ўткир респираторли вирус инфекция, ОИТ-орттирилган иммун танқислиги

3.6-жадвал

Ўпка силини қандли диабет билан аҳолида клиник кечишинининг қиёсий тавсифи

№	Текширув гурухи ЎС клиник кўринишлари	ҚД ₂ ЎС к(n=600)						ҚД ₂ ЎС кй (n=100)						P ³	x ²	RR	95% CI		
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)						Жами	
		Abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%					Abs	%
1	Тана ҳарорати	287	87,5	>0,05	239	87,9	526	87,7	25	44,6	>0,05	25	56,8	50	28,7	<0,001	80,86	1,753	1,438-2,138
2	Балғамли йўтал	322	98,2	>0,05	269	98,9	591	98,5	56	100,	>0,05	44	100	100	32,2	>0,05	0,567	0,985	0,975-0,995
3	Нафас қисилиши	306	93,3	>0,05	259	95,2	565	94,2	47	83,9	>0,05	37	84,1	84	30,6	<0,001	11,65	1,121	1,027-1,224
4	Кўкрак кафаси- даоғрик	320	97,6	>0,05	266	97,8	586	97,7	52	92,9	>0,05	43	97,7	95	32,0	>0,05	1,409	1,028	0,981-1,077
5	Кўп терлаш	272	82,9	>0,05	223	82,	495	82,5	18	32,1	>0,05	24	54,4	42	27,2	<0,001	46,45	1,964	1,556-2,480
6	-кечаси	251	76,5	>0,05	218	80,1	469	78,2	15	26,8	>0,05	19	43,2	34	25,1	<0,001	80,51	2,299	1,744-3,031
7	-кундузи	8	2,4	>0,05	5	1,8	13	2,2	-	-		2	4,5	2	2,0	>0,05	0,071	1,083	0,248-4,729
8	-сутка давомида	21	6,4	>0,05	13	4,8	34	5,7	-	-		-	-	0	0,0	-	-	-	-
9	Бўғилиш ҳисси	236	72,0	>0,05	209	76,8	445	74,2	14	25	>0,05	22	50,0	36	23,6	<0,001	56,32	2,060	1,579-2,687
10	Вазн йўқотиш	295	89,9	>0,05	246	90,4	541	90,2	54	96,4	>0,05	42	95,5	96	29,5	<0,01	2,885	0,939	0,895-0,985
11	Ёмон натижа	316	96,3	>0,05	265	97,4	581	96,8	12	21,4	>0,05	8	18,2	20	31,6	<0,001	410,4	4,842	3,271-7,167

ҚД₂ЎС_к ни сийдик ажратиш тизими томонидан клиник кўринишларининг гендерлари хусусиятлари

№	Клиник-функционал ўзгаришлар	ҚД ₂ ЎС _к (n=600)								ҚД ₂ ЎС _{кй} (n=100)								P ³	x ²	RR	95% CI
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		Abs	%	abs	%						
1	Ёмон натижали пешоб таҳлили	235	71,6	>0,05	215	26,3	39	75,0	16	28,6	>0,05	23	52,3	39	39,0	<0,001	51,06	1,923	1,498-2,468		
2	Бел оғриғи	170	51,8	>0,05	141	19,1	311	51,8	7	12,5	>0,05	7	15,9	14	14,0	<0,001	47,82	3,702	2,264-6,055		
3	Дизурия	139	42,4	>0,05	101	15,6	240	40,0	3	5,4	>0,05	5	11,4	8	8,0	<0,001	36,98	5,000	2,554-9,789		
4	Шишлар	115	35,1	>0,05	79	12,9	194	32,3	4	7,1	>0,05	3	6,8	7	7,0	<0,001	25,65	4,619	2,240-9,525		
5	АБ нинг кўтарилиши: -охирги йилда	80	24,4	>0,05	40	8,9	120	20,0	3	5,4	>0,05	3	6,8	6	6,0	<0,001	10,45	3,333	1,509-7,360		
6	-аввалги йилларда	56	17,1	>0,05	28	6,3	84	14,0	4	7,1	>0,05	6	13,6	10	10,0	<0,001	0,861	1,400	0,753-2,604		
7	Диспансер Назорати	37	11,3	>0,05	20	4,1	57	9,5	3	5,4	>0,05	2	4,5	5	5,0	>0,05	1,629	1,900	0,781-4,624		
8	САТ касаллигининг мавжудлиги	72	22,0	>0,05	68	8,1	140	23,3	5	8,9	>0,05	1	2,3	6	6,0	<0,001	14,57	3,889	1,766-8,562		

ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} билан беморларда юрак- кон томир касалликларини аниқланиш частоталари

№	Юрак-қн томир тизими касалликлари	ҚД ₂ ЎС _к (n=600)								ҚД ₂ ЎС _{кй} (n=100)								P ³	x ²	RR	95% CI
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		ab	%		ab	%	A	%	abs	%		abs	%	ab	%						
1	Миокард Инфаркти	10	3,0	>0,05	6	1,1	16	2,7	4	7,1	>0,05	9	20,5	13	13,0	<0,001	20,52	0,205	0,102-0,413		
2	Стенокардия	15	4,6	>0,05	14	1,7	29	4,8	0	0,0	-	1	2,3	1	1,0	>0,05	2,207	4,833	0,666-2,788		
3	Бош мияга қон қуйилиши	0	0,0	-	0	0,0	0	0,0	1	1,8	>0,05	3	6,8	4	4,0	-	-	-	-		
4	Гипертония	37	11,	>0,05	45	4,1	82	13,	0	0,0	-	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-		
5	Юрак нуксони	0	0,0	-	1	0,0	1	0,2	5	8,9	>0,05	8	18,2	13	13,0	<0,05	12,77	0,042	0,005-0,218		
6	Ирсиятдаги ўзгаришлар: -она томонидан	2	0,6	>0,05	5	0,2	7	1,2	0	0,0	-	1	2,3	1	1,0	>0,05	0,132	1,167	0,145-9,382		
	-ота томонидан	7	2,1	>0,05	4	0,8	11	1,8	1	1,8	-	0	0,0	1	1,0	>0,05	0,032	1,833	0,239-11,881		
	-ҳар иккиси томонидан	1	0,3	>0,05	6	0,1	7	1,2	0	0,0	-	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-		

3.10-жадвал

Қандли диабет билан аҳолида ўпка силининг кўкрак қафаси оғриқлари билан ифодаланишининг хос тавсифлари

№	Юрак-қон томир тизими Касалликлари	Асосий гуруҳ (n=600)								Назорат гуруҳи (n=100)								P ³	x ²	RR	95% CI
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%						
1	Оғриқнинг пайдо бўлиши: -тепа-ликка чиққанда, шошганда	14	4,3	>0,05	19	1,6	33	5,5	3	5,4	>0,05	3	6,8	6	6,0	>0,05	0,041	0,917	0,394-2,131		
	-текис йўлда, секин юрганда	15	4,6	>0,05	15	1,7	30	5,0	2	3,6	>0,05	4	9,1	6	6,0	>0,05	0,031	0,833	0,356-1,951		
2	Оғриқнинг йўқолиши: -10 дақиқа ичиди	18	5,5	>0,05	9	2,0	27	4,5	0	0,0	>0,05	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-		
	-10 дақиқадан ортиқ	28	8,5	>0,05	23	3,1	51	8,5	23	41,1	>0,05	9	20,5	32	32,0	<0,001	43,07	0,266	0,180-0,391		
	-тўхтаганда	25	7,6	>0,05	18	2,8	43	7,2	3	5,4	>0,05	1	2,3	4	4,0	>0,05	0,913	1,792	0,657-4,882		

11-жадвал

Қандли диабет билан касалланган аҳолида ўпка силига қўшилиб артериал гипертонияни аниқланиш частотасининг қиёсий тавсифи

№	Текширув гуруҳи А Б ўзгаришлари	ҚД ₂ ЎС _к (n=600)								ҚД ₂ ЎС _{кй} (n=100)								P ³	X ²	RR	95% CI
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		abs	%		abs	%	Abs	%	abs	%		abs	%	abs	%						
1	Артериал гипертония бор	49	14,9	>0,05	59	5,5	108	18,0	13	23,2	>0,05	10	22,7	23	23,0	>0,05	1,099	0,783	0,526-1,164		
	Артериал гипертония йўқ	279	85,1	>0,05	213	31,3	492	82,0	44	78,6	>0,05	33	77,3	77	78,0	>0,05	1,099	1,065	0,951-1,193		

**Қандли диабет билан қўшилиб келувчи ўпка силида хазм аъзолари касалликларининг аниқланиш
частоталарини қиёсий тавсифи**

№	Юрак-кон томир тизими касалликлари	Асосий гуруҳ (n=600)								Назорат гуруҳи (n=100)								P ³	x ²	RR	95% CI
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		abs	%		ab	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%						
Беморларда: (ХАК)																					
1	Дизентерия	2	8,2	>0,05	16	3,0	4	7,2	6	10,7	>0,05	3	6,8	9	9,0	>0,05	0,195	0,195	0,401-1,582		
2	Лямблиоз	5	1,5	>0,05	3	0,6	8	1,3	1	1,8	>0,05	0	0,0	1	1,0	>0,05	0,042	1,333	0,169-10,55		
3	Қорин бўшлиғи аъзолари операциялари	1	0,3	>0,05	4	0,1	5	0,8	0	0,0	>0,05	2	4,5	2	2,0	>0,05	0,295	0,417	0,082-2,118		
Қариндошларда: (ХАК)																					
1	Ошқозон, ва кизилўнгач раки	1	0,3	>0,05	0	0,1	1	0,2	0	0,0	>0,05	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-		
2	Ўт тош касаллиги	1	3,0	>0,05	7	1,1	1	2,8	1	1,8	>0,05	1	2,3	2	2,0	>0,05	0,020	1,417	0,332-6,038		
3	Хазм тракти бошқа Касалликлари	18	5,5	>0,05	9	2,0	2	4,5	2	3,6	>0,05	3	6,8	5	5,0	>0,05	0,049	0,900	0,355-2,282		

3.14-жадвал

ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{кй} билан беморлар популяциясида абдоминал клиник кўринишлари аниқланиши частотаси ва гендерли хусусиятлари

№	Текширув гуруҳлари Абдоминал симптомлар	ҚД ₂ ЎС _к (n=600)								ҚД ₂ ЎС _{кй} (n=100)								P ³	x ²	RR	95% CI
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		Abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%						
1	Озиш (охирги йилларда)	308	93,9	>0,05	253	93,0	561	93,5	54	96,4	>0,05	42	95,5	96	96,0	>0,05	0,546	0,974	0,931-1,019		
2	Дисфагия	5	1,5	>0,05	1	0,4	6	1,0	1	1,8	>0,05	0	0,0	1	1,0	>0,05	0,295	1,000	0,122-8,219		
3	Эруктация	296	90,2	>0,05	259	95,2	555	92,5	49	87,5	>0,05	41	93,2	90	90,0	>0,05	0,435	1,028	0,959-1,101		
4	Кекириш	297	90,5	>0,05	253	93,0	550	91,7	49	87,5	>0,05	40	90,9	89	89,0	>0,05	0,468	1,030	0,957-1,108		
5	Кўнгил айнаши	231	70,4	>0,05	222	81,6	453	75,5	25	44,6	>0,05	28	63,6	53	53,0	<0,001	20,55	1,424	1,178-1,723		
6	Қусиш	122	37,2	>0,05	122	44,9	244	40,7	12	21,4	>0,05	12	27,3	24	24,0	<0,05	9,384	1,694	1,179-2,433		
7	Ич қотиши	225	68,6	>0,05	200	73,5	425	70,8	19	33,9	>0,05	26	59,1	45	45,0	<0,001	24,77	1,574	1,259-1,967		
8	Ич кетиши	77	23,5	>0,05	55	20,2	132	22,0	33	58,9	>0,05	15	34,1	48	48,0	<0,001	33,64	0,427	0,330-0,553		
9	Қонли дефекация	1	0,3	>0,05	1	0,4	2	0,3	0	0,0	>0,05	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-		
10	Шилликли Дефекация	1	0,3	>0,05	1	0,4	2	0,3	0	0,0	>0,05	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-		
11	Мелена	3	0,9	>0,05	2	0,7	5	0,8	1	1,8	>0,05	0	0,0	1	1,0	>0,05	0,175	0,833	0,098-7,059		

**ҚД₂ЎС_қ ва ҚД₂ЎС_{қй} билан беморлар популяциясида абдоминал оғриқларнинг аниқланиш частотаси ва
ифодаланиши хусусиятлари**

№	Клиник- функционал Ўзгаришлар	ҚД ₂ ЎС _қ (n=600)						ҚД ₂ ЎС _{қй} (n=100)						P ³	x ²	RR	95% CI		
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)						Жами	
		abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		Abs	%					abs	%
Оғриқ локализацияси																			
1	Эпигастрал сохада	61	18,6	>0,05	66	24,3	127	21,2	12	21,4	>0,05	11	25,0	23	23,0	>0,05	0,080	0,920	0,623-1,359
2	Ўнг қовурға остида	46	14,0	>0,05	26	9,6	72	12,0	16	28,6	>0,05	9	20,5	25	25,0	<0,05	11,07	0,480	0,321-0,718
3	Чап қовурға остида	13	4,0	>0,05	6	2,2	19	3,2	1	1,8	>0,05	3	6,8	4	4,0	>0,05	0,017	0,792	0,275-2,279
4	Киндик атрофида	18	5,5	>0,05	7	2,6	25	4,2	2	3,6	>0,05	2	4,5	4	4,0	>0,05	0,037	1,042	0,370-2,929
Оғриқ сабаблари																			
1	Овқатдан олдин	155	47,3	>0,05	148	54,4	303	50,5	17	30,4	>0,05	20	45,5	37	37,0	<0,05	5,725	1,365	1,044-1,784
2	Овқатдан сўнг	171	52,1	>0,05	124	45,6	295	49,2	39	69,6	>0,05	24	54,5	63	63,0	<0,05	6,022	0,780	0,658-0,926
3	Кечаси ёки кундузи	36	11,0	>0,05	18	6,6	54	9,0	2	3,6	>0,05	3	6,8	5	5,0	>0,05	1,296	1,800	0,738-4,389
4	Доимий	30	9,1	>0,05	19	7,0	49	8,2	0	0,0	>0,05	0	0,0	0	0,0	-	-	-	
5	Овқатланиш тартиби бузилганда	108	32,9	>0,05	74	27,2	182	30,3	21	37,5	>0,05	20	45,5	41	41,0	<0,05	4,015	0,739	0,568-0,964
6	Аччик таом билан боғлиқ	52	15,9	>0,05	26	9,6	78	13,0	9	16,1	>0,05	7	15,9	16	16,0	>0,05	0,431	0,812	0,495-1,332
7	Асабийлашиш билан боғлиқ	49	14,9	>0,05	28	10,3	77	12,8	7	12,5	>0,05	5	11,4	12	12,0	>0,05	0,054	1,069	0,605-1,892
8	Сут ичиш билан боғлиқ	44	13,4	>0,05	24	8,8	68	11,3	6	10,7	>0,05	2	4,5	8	8,0	>0,05	0,670	1,417	0,703-2,857
9	Фасллар билан боғлиқ	26	7,9	>0,05	20	7,4	46	7,7	1	1,8	>0,05	2	4,5	3	3,0	>0,05	2,195	2,556	0,810-8,059
Оғриқнинг йўқолиши																			
1	Ўз-ўзидан	198	60,4	>0,05	186	68,4	384	64,0	10	17,9	>0,05	5	11,4	15	15,0	<0,001	81,98	4,267	2,665-6,829
2	Авайловчи пархездан сўнг	118	36,0	>0,05	76	27,9	194	32,3	44	78,6	>0,05	39	88,6	83	83,0	<0,001	89,91	0,389	0,337-0,451
3	Дори воситалари ёрдамида	4	1,2	>0,05	6	2,2	10	1,7	1	1,8	>0,05	0	0,0	1	1,0	>0,05	0,246	0,246	0,196-11,71

**Қандли диабет билан қўшилиб ўпка силининг юзага келишининг коморбид касалликларга
боғлиқлик даражасининг тасифи**

№	Коморбид касалликлар Ўпка сили Турлари	Хавф омиллари: коморбид касалликлар									
		Обструктив ўпка касаллиги		ЎРВИ		Аллергик касалликлар		Қариндошларда ўпка касалликлари		Қариндошларда аллергия касалликлари	
		Г	Р	г	Р	Г	Р	г	Р	Г	Р
1	Ўчоқли ўпка сили	0,081	<0,05	0,040	>0,05	-0,032	>0,05	0,145	<0,01	0,085	<0,05
2	Инфильтративли ЎС	-0,106	<0,001	-0,061	>0,05	0,040	>0,05	0,006	>0,05	-0,032	>0,05
3	Туберкулома	0,126	<0,001	-0,041	>0,05	-0,080	<0,05	0,012	>0,05	0,105	<0,01
4	Тарқалган сил	0,039	>0,05	0,087	<0,05	-0,083	<0,05	-0,008	>0,05	0,045	>0,05
5	Фиброз- кавернозли ЎС	0,081	<0,05	0,072	>0,05	0,079	<0,05	-0,024	>0,05	0,014	>0,05
6	Казеозли пневмония	0,026	>0,05	-0,033	>0,05	-0,076	<0,05	-0,013	>0,05	-0,007	>0,05
7	Цирротик сил	-	>0,05	0,106	<0,001	-0,045	>0,05	-0,026	>0,05	-0,014	>0,05

Изох: р<0,05; <0,01; <0,001 - коррелятив боғлиқлик мавжуд (икки томонлама мезон) Р>0,05 - коррелятив боғлиқлик мавжуд эмас

Қандли диабет бор беморларда ўпка силининг даврийлиги ва морфологик ўзгаришлари билан боғлиқлик даражасини (r) тавсифи

№	Ўпка сили турлари	Илгари даволанган ўпка сили (r)	Олдинги даволанишдан ажралиш (r)	Ўпка силининг қайталаниши (r)	Ўпка тўқималарининг емирилиш (r)	Бактерияларнинг чиқарилиши (r)
1	Ўчокли	-0,005	-0,021	-0,044	-0,110**	-0,006
2	Инфилтратив	-0,157**	-0,155**	-0,096*	0,029	-0,035
3	Туберкулома	0,008	-0,055	-0,061	-0,038	0,070
4	Тарқалган	0,015	0,010	0,043	0,079*	0,001
5	Фиброз- каверноз	0,188**	0,176**	0,131**	-0,027	-0,037
6	Казеоз	0,031	-0,024	0,021	0,001	0,042
7	Цирротик	0,001	0,095*	0,072	0,029	-0,018

Изох: * - $p < 0,05$ даражада коррелятив боғлиқлик мавжуд (икки томонлама мезон)

** - $p < 0,01$ даражада коррелятив боғлиқлик мавжуд (икки томонлама мезон)

Қандли диабетли бор беморларда ўпка силининг дорига чидамлик спектри билан боғлиқлик даражасининг тавсифи

№	Ўпка сили турлари	Коррелятив боғлиқлик, r							
		МБТ нинг дорига чидамлик спектри	Полирезистент	МЛУ	МБТ (+)	ЛЧ МБТ (+)	МР МБТ (+)	ПР МБТ (+)	МЛУ МБТ (+)
1	Ўчоқли	0,010	-0,029	-0,010	-0,002	0,010	-0,026	-0,030	-0,013
2	Инфилтратив	0,143**	-0,083*	-0,076*	0,077*	0,039	-0,069	-0,097*	-0,095*
3	Туберкулома	0,016	-0,046	-0,020	0,081*	0,027	-0,012	-0,046	-0,022
4	Тарқалган	-0,138**	-0,066	0,025	-0,117**	-0,121**	-0,063	-0,066	0,021
5	Фиброз- каверноз	-0,121**	0,193**	0,080*	-0,071	-0,033	0,084*	0,190**	0,092*
6	Казеоз	0,007	-0,020	-0,022	0,024	-0,028	-0,019	-0,020	-0,022
7	Цирротик	-0,040	0,001	-0,005	-0,127**	-0,118**	-0,039	0,001	-0,007

Изох: * - $p < 0.05$ даражада коррелятив боғлиқлик мавжуд (икки томонлама мезон)

** - $p < 0.01$ даражада коррелятив боғлиқлик мавжуд (икки томонлама мезон)

МЛУ -мультирезистентлик ҳолати (барча дориларга)

МБТ(+) - сил таёқчаси ижобий ҳолати

ЛЧ МБТ(+) - сил таёқчасини дориларга сезувчанлиги

МР МБТ(+) – сил микобактериясини дориларга мультирезистентлиги мавжуд

ПР МБТ(+) - сил микобактерияларини дориларга полирезистентлиги мавжуд

ҚД₂ЎС_к ва ҚД₂ЎС_{қй} билан беморлар популяциясида соғлом турмуш тарзига алоқадор хавф омилларининг тарқалиш частоталари ва гендерли хусусиятлари

№	Текширув гуруҳлари Хавф Омиллари	ҚД ₂ ЎС _к (n=600)								ҚД ₂ ЎС _{қй} (n=100)								P ³	x ²	RR	95% CI
		Эркак (n=328)		P ¹	Аёл (n=272)		Жами		Эркак (n=56)		P ²	Аёл (n=44)		Жами							
		abs	%		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%	abs	%						
1	Тана вазнининг ўзгариши	315	96	>0,05	264	97,1	579	96,5	52	92,9	>0,05	42	95,5	94	94,0	>0,05	0,849	1,027	0,975-1,081		
2	Ортиқча тана вазни	6	1,8	>0,05	5	1,8	11	1,8	-	-	-	-	-	0	0,0	-	-	-	-		
3	Чекиш	185	56,4	>0,05	64	23,5	249	41,5	31	55,4	>0,05	2	4,6	33	33,0	>0,05	2,233	1,258	0,936-1,689		
4	Спиртли ичимликлар Суистеъмоли	45	13,7	>0,05	45	16,5	90	15	26	46,4	>0,05	1	2,3	27	27,0	<0,05	8,026	0,556	0,382-0,808		
5	Наркотик моддалар Қабулкилиш	2	0,6		-	-	2	0,33	1	1,8	>0,05	1	2,3	2	2,0	>0,05	1,771	0,167	0,024-1,169		
6	Кунига 3 мартадан кам овқатланиш	235	71,6	>0,05	228	83,8	463	77,2	14	25	>0,05	21	47,7	35	35,0	<0,001	72,19	2,205	1,682-2,890		
7	Курук емиш	271	82,6	>0,05	237	87,1	508	84,7	7	12,5	>0,05	15	34,1	22	22,0	<0,001	179,7	3,848	2,657-5,575		
8	Ортиқча овқатланиш	284	86,6	>0,05	236	86,8	520	86,7	-	-	-	-	-	0	0,0	-	-	-	-		
9	Уйкуга ётишдан олдин овқатланиш	312	95,1	>0,05	262	96,3	574	95,7	16	28,6	>0,05	23	52,3	39	39,0	<0,001	247,7	2,453	1,919-3,136		
10	Аччиқ таомлар Истеъмоли	227	69,2	>0,05	183	67,3	410	68,3	44	78,6	>0,05	31	70,5	75	75,0	>0,05	1,491	0,911	0,804-1,033		
11	Ёғли овқатлар Истеъмоли	218	66,5	>0,05	178	65,4	396	66,0	47	83,9	>0,05	34	77,3	81	81,0	<0,05	8,206	0,815	0,729-0,910		
12	Аччиқ чой, кофе Истеъмоли	232	70,7	>0,05	189	69,5	421	70,2	51	91,1	>0,05	42	95,5	93	93,0	<0,001	21,75	0,754	0,700-0,813		