

O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi

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

Tahrir hay'ati:

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

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

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



(114)

Б
У
Л
Л
Е
Т
Н
И

TAHRIRIYAT KENGASHI

Gaybullaev A.	(Toshkent)
Gafur-Axunov M.A.	(Toshkent)
Halimova H.M.	(Toshkent)
Hasanov S.S.	(Toshkent)
Juraev A.M.	(Toshkent)
Zakirov N.U.	(Toshkent)
Zohidova M.Z.	(Toshkent)
Ibadov R.A.	(Toshkent)
Ismailov U.S.	(Toshkent)
Mamasoliev N.S.	(Andijon)
Musabaev E.I.	(Toshkent)
Muxtarov D.Z.	(Toshkent)
Normatova Sh.O.	(Toshkent)
Palvanova S.I.	(Urganch)
Po'latov Sh.B.	(Farg'ona)
Sodiqov A.S.	(Toshkent)
Xodjaev N.I.	(Samarqand)
Fozilov A.A.	(Toshkent)

олган ҳолда ва ушбу ижтимоий шароитга мос келадиган ҳаракатларни амалга оширишга боғлиқ. Маслаҳатлашганда, шунингдек, шахс ёки эр-хотиннинг маданий, диний ва ахлоқий қарашларини ҳисобга олиш керак. Генетик маслаҳатнинг муваффақияти асосан унинг таълимий ва ихтиёрий табиати билан белгиланади [9, 11]. Талассемиянинг олдини олиш ва даволаш хизматларининг фаолияти мавжуд ресурслардан тўлиқ фойдаланиш ва максимал самарадорликни таъминлаш учун соғлиқни сақлашнинг барча даражаларига мос келиши керак. Асосий ҳаракатлар бирламчи соғлиқни сақлаш даражасида, оддий, арзон технологиялардан фойдаланган ҳолда дастурларга эътибор қаратиб, аҳолининг катта қисмини қамраб олиши керак. Бундай ҳаракатларга жамоатчиликни генетика ҳақида ўргатиш, беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан алоқалари пайтида оила ҳаётидаги барча тегишли фактларни синчковлик билан ўрганиш ва рўйхатдан ўтказиш орқали аҳоли ўртасида генетик хавфларни аниқлаш, никоҳдан олдин генетик маслаҳат бериш ва онанинг оптимал ёшда туғишини рағбатлантириш киради [1, 7, 13].

Шундай қилиб, талассемия ва бошқа гемоглобинопатияларнинг глобал муаммоси тўғрисида халқаро ҳамжамиятнинг хабардорлигини ошириш ва ушбу касалликларнинг олдини олиш ва бошқариш учун соғлиқни сақлаш хизматларидан адолатли фойдаланишни таъминлаш, ҳамда мамлакатлараро ҳамкорликни рағбатлантириш ва қўллаб-қувватлаш, кадрлар тайёрлаш ва малакасини оширишни кенгайтириш ва ривожланаётган мамлакатларга арзон технологиялар ва тажрибаларни янада узатишни қўллаб-қувватлаш, шу билан бирга гемоглобинопатияларнинг олдини олиш ва бошқариш бўйича кўрсатмаларни ишлаб чиқиш орқали меъёрий фаолиятларини бажаришни давом эттириш, ҳаётни узайтириш ва такомиллаштириш мақсадида талассемия ва бошқа гемоглобинопатиялар бўйича илмий тадқиқотларни рағбатлантириш, қўллаб-қувватлаш ва мувофиқлаштириш бундай касалликлардан азият чекадиган одамларнинг ҳаёт сифатини оширади.

Адабиётлар.

1. Adel, N., Mantawy, E. M., El-Sherbiny, D. A., & El-Demerdash, E. (2019). Iron chelation by deferasirox confers protection against concanavalin A-induced liver fibrosis: A mechanistic approach. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 382, 114–148.
2. Adewoyin, A. S., & Oyewale, O. A. (2015). Complications of allogeneic blood transfusion: Current approach to diagnosis and management. *International Blood Research & Reviews*, 4, 135–151.
3. Buaboonnam, J., & Charuvanij, S. (2017). Severe deferiprone-induced arthropathy in young adolescent successfully treated with intraarticular triamcinolone acetonide injection: A case report. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(7), 815.
4. Canatan, D., & Koç, N. (2004). The effect of transfusion on pulmonary function tests in patients with thalassemia. *Turkish Journal of Haematology*, 21(3), 137–139.
5. Cario, H. (2018). Hemoglobinopathies: Genetically diverse, clinically complex, and globally relevant. *European Medical Oncology*, 11(3), 235–240.
6. disease Mutation in human hematopoietic stem/Progenitor cells. *Molecular Therapy*, 125(17), 2597–2604.
7. Fernandes, J. L., Loggetto, S. R., Veríssimo, M. P. A., Fertrin, K. Y., Baldanzi, G. R., Fioravante, L. A. B., Tan, D. M., Higa, T., Mashima, D. A., Piga, A., Coelho, O. R., Costa, F. F., & Saad, S. T. (2016). A randomized trial of amlodipine in addition to standard chelation therapy in patients with thalassemia major. *Blood*, 128(12), 1555–1561.
8. Ganz, T., & Nemeth, E. (2011). Hepcidin and disorders of iron metabolism. *Annual Review of Medicine*, 62, 347–360.
9. Hoban, M. D., Mendel, M. C., Romero, Z., Kaufman, M. L., Joglekar, A. V., Ho, M., & Urbinati, F. (2015). Correction of the sickle-cell
10. Hossain, M. S., Raheem, E., Sultana, T. A., Ferdous, S., Nahar, N., Islam, S., Arifuzzaman, M., Razzaque, M. A., Alam, R., Aziz, S., Khatun, H., Rahim, A., & Morshed, M. (2017). Thalassemias in South Asia: Clinical lessons learnt from Bangladesh. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 12(1), 93.
11. Kumar, R., Sharma, D. C., & Kishor, P. (2012). Hb E/β-Thalassemia: The second most common cause of transfusion-dependent thalassemia in the Gwalior-Chambal region of central India. *Hemoglobin*, 36(5), 485–490.
12. Lei, M., Sun, L., Luo, X. S., Yang, X., Yu, F., Chen, X., & Wang, Z. (2019). Distinguishing iron deficiency anemia from thalassemia by the red blood cell lifespan with a simple CO breath test: A pilot study. *Journal of Breath Research*, 2, 4–6.
13. Origa, R. (2014). Combination therapies in iron chelation. *Thalassemia Reports*, 4(3), 452.
14. Riviere, I., Dunbar, C. E., & Sadelain, M. (2012). Hematopoietic stem cell engineering at a crossroads. *Journal of American Society and Hematology*, 119(5), 1107–1116.
15. Stauder, R., Valent, P., & Theurl, I. (2018). Anemia at older age: Etiologies, clinical implications, and management. *Blood Journal of American Society and Hematology*, 131(5), 505–514.
16. Taher, A. T., & Cappellini, M. D. (2018). How I manage medical complications of β-thalassemia in adults. *Journal of American Society and Hematology*, 32(17), 1781–1791.
17. Thein, S. L. (2018). Molecular basis of β thalassemia and potential therapeutic targets. *Blood Cells Molecular Diseases*, 70, 54–65.
18. Vichinsky, E. P. (2005). Changing patterns of thalassemia worldwide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1054(1), 18–24.
19. Wang, C. Y., Jenkitkasemwong, S., Duarte, S., Sparkman, B. K., Shawki, A., Mackenzie, B., & Knutson, M. D. (2012). ZIP8 is an iron and zinc transporter whose cell-surface expression is up-regulated by cellular iron loading. *Journal of Biological Chemistry*, 287(41), 34032–34043.

УДК: 61.616.24-002-07

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Салаева М.С., Рустамова М.Т., Турсунова М.У., Сагдуллаева Ю.А.

Ташкентская медицинская академия

Для изучения влияния социальных факторов на формирование низких показателей жизни у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА), 514 пациентов были опрошены. Средний возраст больных хронической обструктивной болезнью легких составил 53,6±0,74 лет, у больных бронхиальной астмой составил 46,3±0,61 лет. Качество жизни определяли по Сиейтлскому опроснику. Результатами проведенного исследования был выявлен что высокий уровень физического состояния у больных с ХОБЛ и БА обусловлен такими факторами как: пол, люди с дефицитом ИМТ (ИК₁₉), либо его избыток (ИК_{>30}),

высокий стаж заболевания, жители села, люди со стажем курения более 20-30 лет и другие факторы.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, социальных факторов, качество жизни.

СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИ ВА БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИНГ ПАСТ ДАРАЖАСИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ИЖТИМОЙ ОМИЛЛАРНИНГ РОЛИ

Ўпкани сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) ва бронхиал астма (БА) билан огриган беморларда ҳаёт сифати кўрсаткичларининг паст даражада шаклланишида ижтимоий омилларнинг таъсирини ўрганишда 514 та беморларда савол-жавоб ўтказилди. Ўпкани сурункали обструктив касаллиги билан огриган беморларнинг ўртача ёши $53,6 \pm 0,74$ ёшни, бронхиал астма билан огриган беморларнинг ўртача ёши $46,3 \pm 0,61$ ёшни ташкил этди. Ҳаёт сифати Сиэтл сўровномаси ёрдамида аниқланди. Тадқиқот натижаларига кўра, ЎСОК ва БА билан огриган беморларда жисмоний ҳолатнинг юқори даражаси куйидаги омиллар билан аниқланди: кам тана вазни ($КИ \leq 19$) ёки унинг ортиқча бўлиши ($КИ > 30$), касаллик стажини кўплиги, қишлоқ аҳолиси, чекиш стажи 20-30 йилдан ортиқ бўлган ва бошқа омиллар.

Калит сўзлар: Ўпкани сурункали обструктив касаллиги ва бронхиал астма, ижтимоий омиллар, ҳаёт сифати.

THE ROLE OF SOCIAL FACTORS IN THE FORMATION OF A LOW LEVEL OF QUALITY OF LIFE PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND BRONCHIAL ASTHMA

To study the influence of social factors on the formation of low quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and bronchial asthma (BA), 514 patients were surveyed. The average age of patients with chronic obstructive pulmonary disease was 53.6 ± 0.74 years, and for patients with bronchial asthma it was 46.3 ± 0.61 years. Quality of life was determined using the Seattle Questionnaire. The results of the study revealed that the high level of physical condition in patients with COPD and asthma is due to such factors as: gender, people with a BMI deficiency ($CI \leq 19$), or its excess ($CI > 30$), long duration of the disease, village residents, people with a smoking history of more than 20-30 years and other factors.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, social factors, quality of life.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА), являясь одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире, представляет собой важную медицинскую и социальную проблему, а профилактика и лечение ХОБЛ — важной задачей здравоохранения [5, 9, 10, 11].

Среди многочисленных проблем, обрушившихся на современное человечество, одно из ведущих мест занимает проблема психозомоционального стресса [7]. Важно отметить, что ХОБЛ, характеризующаяся прогрессирующей необратимой бронхиальной обструкцией и нарастанием хронической дыхательной недостаточности, обуславливает снижение толерантности к физической нагрузке, ограничение жизнедеятельности, нарастание симптоматики болезни и снижение качества жизни (КЖ) пациента [1, 12, 15].

Самая низкая оценка КЖ больных ХОБЛ является важным прогностическим фактором для госпитализации и смертности от различных причин. Разработка таких вопросников, как Сиэтлский, может способствовать выявлению больных, которым очень помогут превентивные меры [16, 18]. КЖ коррелирует и с медико-социальными факторами. Так, чем старше пациент или чем больше стаж болезни, тем ниже его жизнеспособность и социальная активность; численность семьи повышает жизнеспособность, но одновременно ухудшает психическое здоровье, зато материальный достаток благоприятно сказывается на состоянии психозомоциональной сферы больного [2, 6, 14, 16, 17].

С.С.Мирзахамидова (2003) проводила исследования по определению КЖ у больных ХОБЛ пожилого возраста и выявила значительное снижение параметров КЖ. Исследование влияния табакокурения на КЖ, показало, что имелись достоверные различия в группах курящих и некурящих лиц. У курящих лиц чаще отмечалось более низкое качество жизни, особенно ролевого эмоционального функционирования и жизнеспособности [8].

Установлено также, что сопутствующие заболевания оказывают влияние на КЖ больных БА только в том случае, если они нуждаются в постоянной коррекции. Установлено, что у больных БА КЖ женщин несколько более низкое по сравнению с мужчинами [3].

Цель исследования. Изучение социальных факторов формирования низкого уровня параметров качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Скрининг-анкетирование было проведено у 514 больных ХОБЛ и БА во время обострения заболевания на базе пульмонологического отделения НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз. Анкетировано 200 больных ХОБЛ в возрасте от 19 до 79 лет, из которых мужчин было 122 больных ($61 \pm 4,4\%$) и женщин – 78 больных ($39 \pm 5,5\%$). Средний возраст больных ХОБЛ составил $54,2 \pm 0,77$ лет, средний возраст мужчин – $55,4 \pm 1,08$ лет, женщин – $52,5 \pm 1,31$ лет. Также анкетировано 314 больных бронхиальной астмой в возрасте от 17 до 79 лет, из которых мужчин было 141 ($45 \pm 4,2\%$), женщин 173 ($54,9 \pm 3,8\%$). Средний возраст больных БА составил $46,3 \pm 0,61$ лет (средний возраст мужчин – $45,6 \pm 0,99$ лет, женщин – $46,9 \pm 0,87$ лет). Среди больных ХОБЛ жители села составляли $45,7\%$, жители города – $54,3\%$. Среди больных БА жители сельской местности составляли $45,1\%$ (142 из 314 больных) а жители города – $54,9\%$ (172 из 314 больных). Среди больных ХОБЛ, включенных в исследование, рабочие составляли $39,2\%$, служащие – $45,5\%$, колхозники – $14,2\%$, домохозяйки – $2,1\%$. Среди больных БА рабочие составляли $46,2\%$, служащие – $39,4\%$, колхозники – $6,8\%$, домохозяйки – $3,4\%$. Распределение больных ХОБЛ по характеру труда показало, что у больных ХОБЛ преобладал умственный характер труда – у $45,7\%$, тяжелый физический труд – у $34,2\%$. У больных БА превалировал

ручной труд – 32% и умственный характер труда – 42,8%. Тяжелый физический труд имел место у 24% и механизированный труд – 8,5%. 52,8% больных ХОБЛ и 26,8% больных БА являли лицами активно курящими. Средний стаж курения у больных ХОБЛ составлял 28,2±0,98 лет, у больных БА — 17,6±0,67 лет. 22,1% больных ХОБЛ и 4,5% больных БА имели стаж курения более 30 лет, до 20 лет курили 9,2% и 14,8% соответственно. 13,5% больных ХОБЛ и 4,5% больных БА курили в прошлом. Наличие сопутствующих заболеваний отмечено, у 56,4% больных ХОБЛ и у 52,5% больных БА. Анализ медицинского обслуживания больных ХОБЛ и БА показал, что лишь 10,7% больных ХОБЛ и 20,5% больных БА охвачены диспансерным учетом у пульмонолога. На диспансерном учете у терапевта состоит 77,8% больных ХОБЛ и 76,5% больных БА.

Quality of life was determined by the Seattle questionnaire comprising 29 questions that assess physical condition, emotional state, the state of professional competence and satisfaction with treatment.

Результаты исследования. Сравнительный анализ факторов, формирующих низкий уровень параметров КЖ у больных ХОБЛ и БА показал их выраженные различия (таблица 1).

Так, низкий уровень формирования КЖ по физическому состоянию у больных ХОБЛ имеет высокий прогностический риск в контингенте: женщин, в возрасте более 55 лет, имеющих ИК более 30 или с дефицитом массы тела, со стажем болезни более 20 лет, имеющих стаж курения более 30 лет, проживающих на селе и занятых на сельскохозяйственных работах, с плохими жилищными условиями и семьей до 3-х членов, имеющие сопутствующие заболевания и наблюдающиеся у терапевта. В отличие от ХОБЛ у больных БА низкий уровень параметра КЖ по физическому состоянию формируется с высокой степенью риска в контингенте: лиц в возрастной группе с 35 лет, жителей в города, занятых в промышленной сфере деятельности, со стажем болезни от 5 лет, некурящих, не наблюдающихся в лечебно-профилактических учреждениях.

Низкий уровень параметра КЖ, по эмоциональному состоянию больных ХОБЛ определяется высоким риском в контингенте больных: женщин, в возрасте от 35 до 44 лет, имеющих их более 30 или дефицит массы тела, проживающих в городе, имеющих сельскохозяйственную направленность трудовой длительности, с плохими жилищными условиями, с числом членом.

Таблица 1

Модель социальных факторов высокий прогностический риск формирования низкого уровня параметров качества жизни у больных ХОБЛ и БА

	физическое состояние		эмоциональное состояние		профессиональной адаптированность		удовлетворенность лечением	
	ХОБЛ	БА	ХОБЛ	БА	ХОБЛ	БА	ХОБЛ	БА
Пол: женщин	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен	
мужчин								повышен
Возраст: до 34 лет							повышен	
35-44		повышен	повышен	повышен		повышен	повышен	
45-54		повышен						
55-65	повышен				повышен			
>65	повышен	повышен						повышен
АПМ: ИК>30	повышен	повышен	повышен		повышен	повышен	повышен	
ИК=26-30							повышен	повышен
ИК=20-25								
ИК≤19	повышен		повышен	повышен				
Стаж б-ни: до 5 лет							повышен	
5-10 лет		повышен		повышен				
11-20 лет		повышен				повышен		повышен
> 20 лет	повышен	повышен	повышен		повышен			повышен
Место жительства: город		повышен	повышен			повышен		
село	повышен			повышен	повышен		повышен	повышен
Статус: служащие								
рабочие		повышен				повышен	повышен	повышен

колхозники	повышен		повышен	повышен	повышен		повышен	
Жилищные условия: плохие	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен
удовлетворительное								
хорошие								

Продолжение табл. 2

	физическое состояние		эмоциональное состояние		профессиональной адаптированность		удовлетворенность лечением	
	ХОБЛ	БА	ХОБЛ	БА	ХОБЛ	БА	ХОБЛ	БА
Члены семьи: до 3-х	повышен	повышен	повышен		повышен			
4-5 человек								
> 5 человек	повышен		повышен	повышен	повышен	повышен	повышен	повышен
Стаж курения: до 20 лет				повышен			повышен	
20-30 лет		повышен						
> 30 лет	повышен							
Бывшие курильщики							повышен	повышен
Некурящие			повышен		повышен		повышен	
Сопутствующие заб-я: да	повышен	повышен		повышен	повышен	повышен		
нет			повышен				повышен	повышен
Медиц. обслуживания: У терапевта	повышен			повышен				повышен
У пульмонолога								
Без наблюдение		повышен	повышен		повышен	повышен	повышен	

семьи, некурящих, без сопутствующих заболеваний и не наблюдающихся в лечебных учреждениях. У больных БА низкий уровень эмоциональных состояний с высокой степенью риска формируется в контингенте: женщин, в возрасте 35-44 лет, имеющих дефицит массы тела, при стаже болезни от 5 лет, жители села и имеющих сельскохозяйственную направленность трудовой длительности, с плохими жилищно-бытовыми условиями и большим числом членов семьи (более 5 человек), при стаже курения до 20 лет, с сопутствующими заболеваниями и наблюдающиеся у терапевта.

Анализ низкого уровня профессиональной адаптации у больных ХОБЛ и БА показал, что некоторые факторы, а именно: женский пол, высокие антропометрические показатели - ИК>30, плохой уровень жилищных условий, большое число членов семьи (более 5 человек), наличие сопутствующих заболеваний и отсутствие наблюдения в лечебных учреждениях — определяют высокий прогностический риск формирования низкого уровня профессиональной адаптации.

Отмечены также и различия в некоторых факторах. Так, прогностический риск низкого уровня профессиональной адаптации у больных ХОБЛ отличается в возрасте старше 55 лет, а при БА – в возрасте 35-44 лет. При ХОБЛ риск низкой профессиональной адаптации выше при

стаже болезни более 20 лет, а при БА – от 10 лет. Риск низкой профессиональной адаптации для больных ХОБЛ выше среди сельских жителей, занятых работами сельскохозяйственной направленности, а для БА – городские жители с промышленной сферой трудовой деятельности.

Выводы: Результаты проведенного исследования были выделены критерии социальных факторов, определяющие повышенный риск низкого уровне параметров КЖ определенный как для больных ХОБЛ, так и БА.

Так, низкий уровень формирования КЖ по физическому, эмоциональному состоянию и профессиональной адаптации у больных ХОБЛ и БА имеет высокий прогностический риск в контингенте: женщин, в возрасте более 55 лет (ХОБЛ), лиц в возрастной группе с 35 лет (БА), имеющих ИК более 30 или с дефицитом массы тела, со стажем болезни более 20 лет, имеющих стаж курения более 20-30 лет, проживающих на селе и занятых на сельскохозяйственных работах, с плохими жилищными условиями и семьей до 3-х членов, имеющие сопутствующие заболевания и наблюдающиеся у терапевта.

Литература.

1. Айсанов З.Р., Кокосов А.Н., Овчаренко С.И., Хмелькова Н.Г., Цой А.Н., Чучалин А.Г., Шмелев Е.И. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа // Русский Мед. Журнал. - 2001. - №1. - С. 1-44
2. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В., Самерханова А.Э. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. Медицинская помощь. - 2002. - № 4. - С. 13-15
3. Калиева А.Д. Качество жизни бронхиальной астмой: влияние лечебных программ: Автореф. дис...канд.мед.наук. – Бишкек., 2003. – 13-18 С.
4. Мирзахамидова С.С. Особенности клинического течения и тактика немедикаментозного лечения хронической обструктивной болезни легких у пожилых: Дисс. ... канд.мед.наук. - Т. - 2003. - 57 С.
5. Салаева, М. С., & Худайберганаева, Н. Х. (2015). Взаимосвязь социальных факторов с параметрами качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких. *Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева*, (3), 74-79.
6. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии (по материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТМА'98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) // Терапевтический архив. – 2000. - № 3. – С. 36-41
7. Судаков К.В. Медико-социальные проблемы психоэмоционального стресса // Журнал Медикал Маркет. - 1995. - №17 (1). - С. 5-8
8. Суховская О.А., Илькович М.М., Игнатьев В.А. Методы исследования качества жизни в пульмонологии. Возможности и ограничения (обзор литературы) // Болезни органов дыхания. - 2005. - №1. - С. 50-54
9. Убайдуллаев А.М. Нафас органлари касалликлари. Академик Бахрамов С.М. тахрири остида. - Тошкент. - 2004. - С. 84-175
10. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В., Смирнов Н.А., Алексеева Я.Г. Факторы, влияющие на качество жизни больных с бронхиальной астмой // Пульмонология. - 2004. - №1. - С. 67-83
11. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. Москва. -2003. -С. 6-33
12. Шмелев Е.И., Шмелева Н.М., Дидковский Н.А., Малашенкова И.А., Беда М.В. Изменение качества жизни у больных хроническим обструктивным бронхитом под влиянием сальметерола // Пульмонология. – 2000. - № 4. – С. 78-82.
13. Ayupova, P. D., Saidabdullayevna, S. M., Djurabaevna, S. N., Shermuxamat o'g'li, E. N., & Taxirovna, B. N. (2023). Fenofibrate in the complex treatment of complications of type 2 diabetic retinopathy. *Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development*, 15, 1-8.
14. Djalilova, S., Sadikova, S., & Salayeva, M. (2021). Assessment Of The Incidence Of Psycho-Emotional Disorders In The General Somatic Hospital.
15. Jones P.W., Agusti A.G. Outcomes and markers in the assessment of chronic obstructive pulmonary disease // Eur. Respir. J. 2006 Apr; Vol. 27(4). -P. 822-32
16. Fan V.S., Curtis J.P., Tu S.P., et al. Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases. // Chest. - 2002. - Aug. 122. (2). P. 429-36.
17. Najmutdinova, D. Q., Parpibaeva, D. A., Salaeva, M. S., Salimova, N. D., Ergashov, N. S., & Sultonova, D. A. (2023). The role of fenofibrate (tricolor) in the complex treatment of microangiopathic complications in patients with type 2 diabetes.
18. Salimova, N. D., Salaeva, M. S., Mirakhmedova Sh, T., & Boltaboev, H. K. (2023). Simulation training in medicine. *Journal of Modern Educational Achievements*, 3(3), 138-142.

УДК: 612.844.7-617.747-004.56

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕСТРУКЦИИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

¹Азимов С.У., ²Усманова Д.Д., ¹Мухамеджанова Н.И.

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт

В обзорной статье подробно описаны особенности анатомического строения стекловидного тела, возможные механизмы его деструкции. Приводятся данные различных авторов и исследователей по данной проблеме, а также в сравнительном аспекте. Резюмируя детальный анализ литературы мы пришли к заключению, что необходимо при диагностике деструкции стекловидного тела учитывать коморбидный фон пациента, не акцентируя только на плавающие помутнения, что позволит правильно подобрать план дальнейшего лечения.

Ключевые слова: стекловидное тело, дегенерация, кровоизлияние, микроэлементы, ретинопатия

ШИШАСИМОН ТАНА ДЕСТРУКЦИЯСИНИНГ ШАКЛЛАНИШ МЕХАНИЗМЛАРИ

Мақолада шишасимон тананинг анатомик тузилишининг хусусиятлари ва унинг деструкцияси механизмлари батафсил келтирилган. Мазкур муаммо бўйича турли муаллифлар ва изланувчиларнинг маълумотлари келтирилган, қиёсий жиҳатда ҳам. Батафсил тахлилини сархисоб қилиб, биз шишасимон тана деструкциясини ташхислашда фақатгина сузувчи хиралликларга эътибор қаратмасдан, беморнинг коморбид фонини ҳисобга олиш керак деган хулосага келдик, бу кейинги даволаш учун тўғри режани танлашга имкон беради.

Калит сўзлар: шишасимон тана, дегенерация, қон қуйилиши, микроэлементлар, ретинопатия

MECHANISMS OF FORMATION OF VITREOUS DESTRUCTION

The review article describes in detail the features of the anatomical structure of the vitreous body and possible mechanisms of its destruction. Data from various authors and researchers on this problem, as well as in a comparative aspect, are presented. Summarizing a detailed analysis of the literature, we came to the conclusion that when diagnosing vitreous destruction, it is