



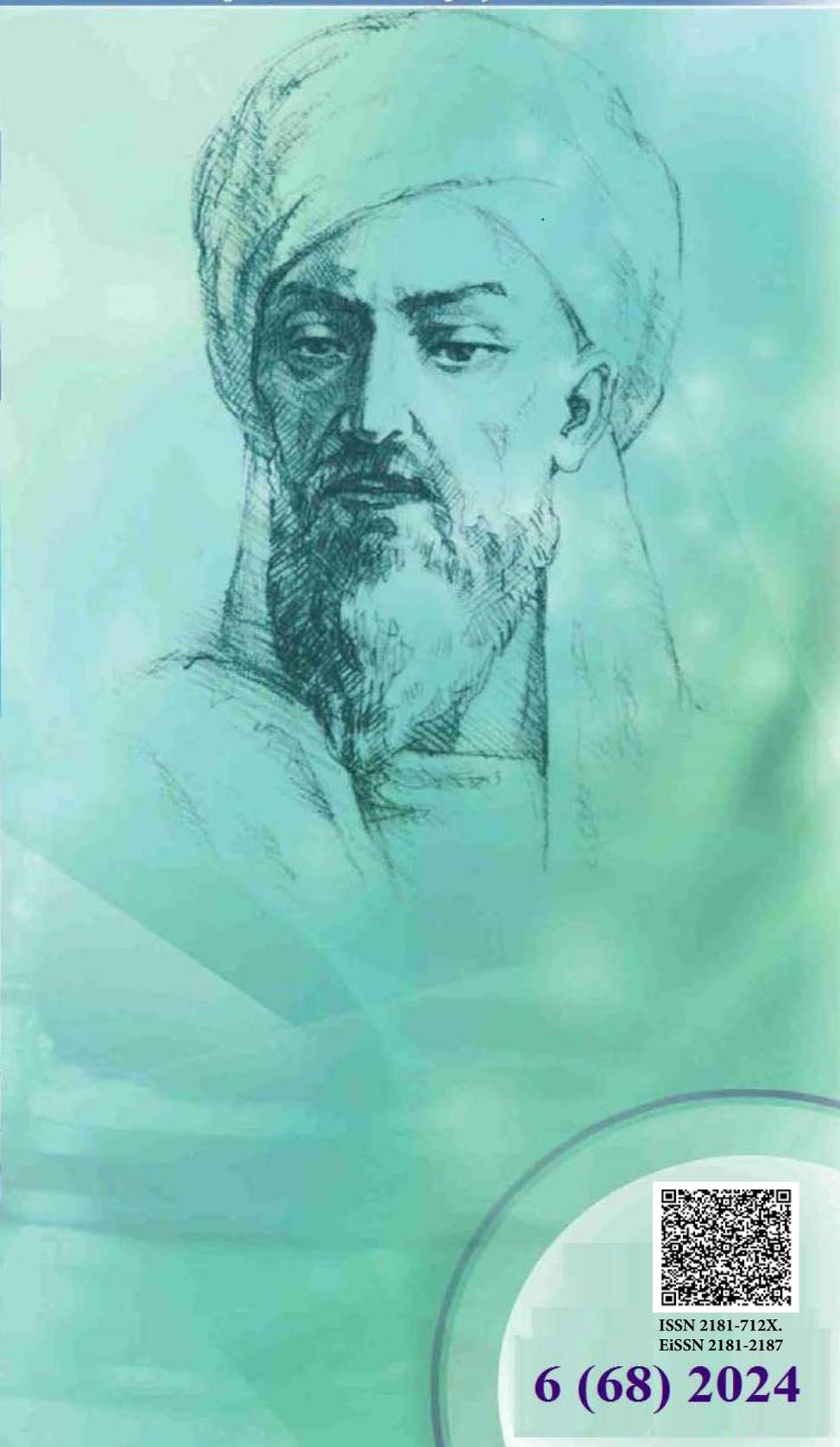
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (68) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.24-008.47. 616-071. 616-079.1

БРОНХИАЛ АСТМА – ЭРТА ТАШХИСЛАШ, МУАММОГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ

¹Рузикулов Азамат Курбанмурадович E-mail: doktorallergolog@list.ru,
Ирсалиева Фатима Хусниддиновна E-mail: Irsaliev73@mail.ru

¹Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали Сурхондарё вилояти Термиз шаҳри,
И.Каримов кўчаси 64-уй Тел: +998 (76) 223-47-20 E-mail: info@ttatf.uz
²Тошкент тиббиёт академияси. Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазор тумани, Фароби
кўчаси 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Бронхиал астма замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб муаммоларидан биридир. Бугунги кунда бутун дунё миқёсида тахминан 358 миллиондан ортиқ инсон астмадан азият чекмоқда, бу эса катталарнинг 4 дан 10 фоиз сайёрамиз аҳолисини ташкил этади, ва баъзи бошқа манбаларга кўра, 2025 йилга келиб бу кўрсаткич 400 миллион кишига етиши гўмон қилинган.

Мақсад – бронхиал астмани ўз вақтида аниқлаш, эҳтимоли мавжуд асоратларнинг олдини олиш, даволашга эрта ёндашиш, профилактик муолажаларни танлаш учун эрта таъхислаш усулини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари: Тадқиқот Сурхондарё вилоятининг турли ҳудудларидаги бронхиал астма билан касалланганларда олиб борилган. Тадқиқот натижаларига кўра бронхиал астма билан оғриган 64 (100 фоиз) нафар бемор текширувларда иштирок этган бўлиб, уларнинг 23 (35,9 фоиз) нафари эркак, 41 (64,1 фоизи) нафарини аёллар ташкил этди. Тадқиқотда объектив ва субъектив материалларни тўплаш, анамнез маълумотларини чуқур таҳлил этиш, Сурхондарё вилояти бўйича касаллик тарқанганликнинг статистик маълумотлари, умумий қон таҳлили, серологик-IgEни текшириш, ўпкани кучайтирилган рентгенологик текширув усули, спирометрия, IL17A, IL23R, IL17F генларининг полиморфизм аллеллари ва генотипларини текшириш усуллари ўтказилди.

Натижалар: Бронхиал астманинг энг кўп тарқалган ҳудудлари Саросиё, кейинги ўринларда Термез шаҳри, Жарқўрғон, Қумқўрғон, Олтинсой туманлари туради. Бронхиал астманинг асосий аломатлари деярли барча беморда кузатилган бўлиб назорат гуруҳи билан таққосланганда ҳоққонийлик даражаси юқори эканлигига амин бўлдик. Шуни айтиб ўтиш керакки, хуруж даврида беморларда психопатологик ҳолатлар жуда кўп учради, безовталиқ, ўлим кўрқуви, бехотиржамлик, хуруж мавжуд бўлмаганда эса асосан тушкунлик ҳолати билан тўқнашдик. тадқиқотда қатнашаётганлар орасида онаси, отаси ёки яқин қариндошларида ушбу касалликлар мавжудлигини аниқладик, энг қизиқарлиси ота-онасидан бирида аллергик ёки ирсий мойиллиги бор беморларда БАнинг клиник кечиши энгил ёки ўрта оғирликда, аммо ҳам отаси, ҳам онасида уларнинг мавжудлиги касалликнинг оғир ва ўта оғир шакллари ривожланганлигини кузатдик. Спирометрия бўйича ўпка ва бронхлар патологиясида, айниқса бронхиал астманинг оғир турларида ўпканинг ҳаётий қобиляти, максимал экспиратор оқим ва мажбурий нафас чиқариш ҳажми максимал пасайиб тўлақонли нафас олиш ҳажми кескин пасаяди, бу эса нафақат ўпканинг ўзига, аммо бош мия, юрак, қон-томир ва умумий танага салбий таъсир этиб тўқималар иш фаолиятини буткул зарарлайди.

Калит сўзлар: бронхиал астма, эрта таъхислаш, спирометрия, генетик таҳлил, серологик текширув

BRONCHIAL ASTHMA - EARLY DIAGNOSIS, A MODERN LOOK AT THE PROBLEM

¹Ruzikulov Azamat Kurbanmuradovich E-mail: doktorallergolog@list.ru
²Irsaliev73 Fatima Khusniddinovna E-mail: Irsaliev73@mail.ru

¹Termez branch of the Tashkent Medical Academy Surkhandarya region Termez city,
I. Karimov street No. 64 Tel: +998 (76) 223-47-20 E-mail: info@ttatf.uz
²Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825;
E-mail: info@tma.uz



✓ *Resume*

Bronchial asthma is one of the pressing problems of modern health care. Today, an estimated 358 million people worldwide suffer from asthma, accounting for 4 to 10 percent of the adult planet's population, and according to some other sources, it was suspected that by 2025 this figure would reach 400 million people.

The goal is to develop an early diagnostic method for timely detection of bronchial asthma, prevention of possible complications, early approach to treatment, selection of preventive treatments.

The goal is to develop an early diagnostic method for timely detection of bronchial asthma, prevention of possible complications, early approach to treatment, selection of preventive treatments.

Research material and methods. The study was carried out in people with bronchial asthma in various regions of Surkhondaryo region. According to the study, 64 (100 percent) patients with bronchial asthma participated in the tests, of which 23 (35.9 percent) were male and 41 (64.1 percent) were female. The study carried out methods for collecting objective and subjective materials, in-depth analysis of Anamnesis data, statistical data of disease outbreaks in Surkhondaryo region, General blood analysis, serological-Idem examination, method of enhanced radiological examination of the lungs, examination of polymorphism alleles and genotypes of genes IL17A, IL23R, IL17F, spirometry.

Results. The most common areas of bronchial asthma are Sarosian, next are the city of Termez, Jargon, Sandgrouse, Goldinsoe districts. We were convinced that the main symptoms of bronchial asthma are higher in the level of salinity when compared with the control group, which is observed in almost all patients. It should be noted that during the period of sensitivity, patients experienced a lot of psychopathological conditions, faced with anxiety, fear of death, insecurity, and in the absence of sensitivity, mainly with a state of depression. Among those participating in the study, we found that the mother, father or close relatives have these diseases, the most interesting is that in patients with an allergic or hereditary predisposition to one of the parents, the clinical course of the BA is mild or moderate, but in both the father and mother, their presence has led to the development of severe and in the pathology of the lungs and bronchi according to spirometry, especially in severe types of bronchial asthma, the vital capacity of the lungs, the maximum Examiner flow and the maximum volume of forced breathing decrease sharply in full-fledged breathing volume, which negatively affects not only the lungs themselves, but the brain, heart, blood and general body, completely damaging tissue performance.

Keywords: bronchial asthma, extra diagnosis, spirometry, genetic analysis, serological examination

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА - РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Рузикулов Азамат Курбанмурадович E-mail: doktorallergolog@list.ru

Ирсалиева Фатима Хусниддиновна E-mail: Irsaliev73@mail.ru

¹Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²Термезский филиал Ташкентской медицинской академии Сурхандарьинская область город Термез, улица И. Каримова №64 Тел: +998 (76) 223-47-20 E-mail: info@ttatf.uz

✓ *Резюме*

Бронхиальная астма - одна из актуальных проблем современного здравоохранения. Сегодня, по оценкам, 358 миллионов человек во всем мире страдают от астмы, что составляет от 4 до 10 процентов взрослого населения планеты, и, согласно некоторым другим источникам, предполагается, что к 2025 году эта цифра достигнет 400 миллионов человек.

Целью исследования явилось разработка метода ранней диагностики бронхиальной астмы, предотвращения возможных осложнений, раннего подхода к лечению, подбора профилактических методов лечения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на людях, страдающих бронхиальной астмой в различных районах Сурхандарьинской области. По данным исследования, в тестировании приняли участие 64 (100%) пациента с бронхиальной астмой, из которых 23 (35,9 %) были мужчинами и 41 (64,1%) женщинами. В ходе исследования были использованы методы сбора объективных и субъективных данных, углубленный анализ данных анамнеза, статистические данные по Сурхандарьинской области, общий анализ крови,

серологическое обследование, метод расширенного рентгенологического исследования легких, исследование полиморфизма аллелей и генотипов генов IL17A, IL23R., IL17F, спирометрия.

Результаты. Наиболее распространенными районами бронхиальной астмы являются Саросиё, далее следуют город Термез, Жаркурганский, Кумкурганский, Олтинсайский районы. Мы убедились, что основные симптомы бронхиальной астмы были достоверно высоки в основной группе по сравнению с контрольной группой, и наблюдались практически у всех пациентов 1-группы. Следует отметить, что в период обострения приступов пациенты испытывали множество психопатологических состояний, сталкивались с тревогой, страхом смерти, неуверенностью в себе, а при ремиссии в основном наблюдалась депрессия. Среди тех, кто участвовал в исследовании, мы обнаружили, что мать, отец или близкие родственники страдали наследственно обусловленными заболеваниями, и некоторыми видами аллергических состояний. Необходимо отметить, что когда один из родителей страдал подобными заболеваниями клиническое течение БА отмечалось в виде легкой или средней тяжести, а когда страдали оба родителя, то наблюдалось тяжелое его течение. По данным спирометрии, особенно при тяжелых видах бронхиальной астмы, жизненная емкость легких, максимальный поток воздуха и максимальный объем форсированного дыхания резко снижались, что негативно сказывалось не только на самих легких, но приводило к развитию гипоксии мозга, дисфункции сердечно-сосудистой системы, и организма в целом.

Ключевые слова: бронхиальная астма, диагностика *eatra*, спирометрия, генетический анализ, серологическое исследование

Долзарблиги

Нафас олиш органлари очик тизим сифатида тананинг комплекс зараланишига бевосита имконият яратади, шу билан бирга у бутун тананинг ҳимоя органи, фильтри деб ҳам қаралади. Атроф мухит, обу-ҳаво, климатогеографик ўзгаришлар тананинг таркибий ва функционал шикастланишига сезиларли таъсир этиши мумкин. Нафас йўллари касалликлари албатта минтақавий жойлашган ҳудуд шароитига боғлиқ ҳолда ривожланади ва кечади, бундан келиб чиқиб ушбу касаллик клиник кўринишлари ҳам айтиб ўтилган омилларга мос ўзгаради. Бронхиал астма (БА) - бу пастки нафас йўлларининг сурункали яллиғланиши билан тавсифланган ва давомийлиги, зўриқиши (хириллаш, нафас қисилиши, йўтал) билан фарқ қилувчи нафас йўлларининг обструкцияси билан намоён бўладиган гетероген касаллик ҳисобланади. БА шаклланиши, сурункали яллиғланиш, нафас йўлларининг гиперреактивлиги ва ўзига хос стимулларга жавобан бронхлар силлиқ мушакларининг ортиқча қисқаришига, шунингдек уларнинг таркибий қайта тузилишига асосланган касалликдир [1; 9].

Бронхиал астма замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб муаммоларидан биридир. Бугунги кунда бутун дунё миқёсида тахминан 358 миллиондан ортиқ инсон астмадан азият чекмоқда, бу эса катталарнинг 4 дан 10 фоиз сайёрамиз аҳолисини ташкил этади, ва баъзи бошқа манбаларга кўра, 2025 йилга келиб бу кўрсаткич 400 миллион кишига етиши гумон қилинган [2; 13]. БА аксарият Бирлашган Қироллик, АҚШ, Исроил, Ирландия, Марказий Америка мамлакатлари, Янги Зеландия ва Австралия каби мамлакатларда кенг тарқалган [3; 18]. Шу билан бирга, сўнгги йилларда дунёнинг кўплаб мамлакатларида астма билан касалланиш, шу жумладан эрта болалик даврида ушбу касалликнинг намоён бўлиши сезиларли даражада ошди [4; 21]

Россия Федерациясида катта ёшдаги аҳоли орасида БА 5,6 дан 7,3 фоиз атрофида тарқалган, ушбу кўрсаткич инсульт, ЮИК, кўкрак беши саратони, ОИДС касаллигидан кўра кўпроқ учрашини билдиради [5; 11]. БА таркибидаги энгил шакллари энг юқори кўрсаткичга эга бўлиб, 50 дан 75 фоизни ташкил этади, уларни ўз вақтида ташхислаш ва тўғри даволаш касаллик ривожланишини кескин тўхтатади. БАдан кўриладиган иқтисодий-ижтимоий зарар ташхислаш ва даволашнинг янги усуллари қўлланилиши сабабли камаймоқда, аммо ҳозирги кунда ушбу кўрсаткич ҳали ҳануз 37 млрд Россия рублидан юқорироқ маблағни кўрсатмоқда [6; 18].

Бироқ, шунга қарамай касаллик жуда кеч ташхисланади ва, кўпинча асоратлар бошланганда макбулроқ даво стратегиялари кидирилади. Бронхиал астма жинс ва ёшга боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади, ўз вақтида ташхислаш ва эрта даволаш муолажалари касалликнинг ривожланишининг ва асоратлар пайдо бўлишининг олдини олиши мумкин [7; 20].

Улар ичида энг тарқалган касалликлардан бири бронхиал астма ҳақида биринчи эслатма қадимги Ҳинд шифокорларида учрайди. XVIII асрда Фарбий Ҳиндистон клиникаларидан бирида ишлаган шифокор Жеймс Андерсон бронхиал астмани датура ўсимлиги билан даволаш усулини

Европага илк бор олиб кирган. "Астма" атамаси биринчи марта Гиппократнинг тўртта афоризмида ишлатилган [8; 12]. Ушбу атама билан муаллиф "нафас олиш"даги хириллаш ёки шовкин билан бирга "оғир нафас олиш"ни назарда тутган. Гиппократ бу ҳолатни нафас қисилишдан кўра оғирроқ ва ортопноэ (ётган ҳолатда нафас қисилиши)дан енгилроқ ҳолат деб тавсифлаган. Ушбу касаллик нафас олиш қийинлашувининг пароксизмал кўриниши деб қабул қилинган [10; 22].

Галеннинг замондоши, Кападокиялик Арефей бронхиал астма (БА) тўғрисидаги қўлёзмасини ёзиб қолдирган ва 1554 йилда ушбу қўлёзма Парижда нашр этилгунга қадар номаълумлигича қолган. Қўлёзмага кўра, астма эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ учраши ва уйқуда оғирроқ кечишини кузатган [13; 24].

Касалликка бошқача қараш XIX аср бошларидан бошланди, у сурункали касаллик бўлганлиги туфайли доимий назоратни талаб қилади. Астма билан оғриган беморларнинг аксариятида стандарт протоколлардаги тавсияларнинг кенг қўлланилиши, унинг назоратига эришишда кўмак бўлади ва амалий соғлиқни сақлаш тизимининг асосий элементи бўлиб хизмат қилади. Астма билан оғриган беморларни бошқариш иккита асосий ҳужжат билан тартибга солинади: Бронхиал астманинг глобал ташаббуси (Global Initiative for Asthma – GINA) ва БАни даволаш бўйича россияликлар клиник тавсиялари. Айнан ушбу 2 та тавсиялар бўйича 2019 йилда бронхиал астмани назорат қилишга бағишланган иккита янгиланган ҳужжат чоп этилган: GINA – бронхиал астмани даволаш ва профилактикасига кўрсатмалар [8; 14; 23] ҳамда Россия Федерал нафас олиш жамиятининг БАни ташхислаш ва даволаш бўйича клиник кўрсатмалар [15]. GINA (2019) йиллар давомида тўпланган даволаш протоколларини йиғиб БАга янгича ёндлашув, жиддий далиллар асосида ўзгартирилган стратегия, клиник қўллашнинг энг янгиланган усулларини тақдим этди, албатта ушбу даволаш муолажалари бронхиал астмани ташхисламай туриб ёки унинг мавжудлигини эрта аниқламай туриб амалга ошириш мумкин эмас [8; 9; 19].

Умуман олганда, сўнгги халқаро ва федерал бро-+нхиал астмани даволаш, ташхислаш бўйича ишлаб чиқилган клиник кўрсатмалар мутахассислар учун амалий қўлланма бўлиб хизмат қилади.

Мамасолиев Н.С. ва ҳаммуал. (2023) бронхиал астмани чақирувчи хавф омилларга ЖССТ мезонларига мувофиқ чекиш, спиртли ичимликлар суистеъмол қилиш, оғир ирсият, аҳолининг овқатланиш одатлари, сабзавот ва меваларни етарли даражада истеъмол қилмаслик, шунингдек, кам жисмоний фаоллик каби эпидемиологик белгиларни аниқлади (ЖССТ, 1996) [20; 21]. Муаллифлар томонидан бронхиал астмани ташхислаш клиник маълумотлар асосида аниқланди: сидеропеник ва трофик касалликларнинг типик белгилари, гемоглобин даражасининг пасайиши, рангли кўрсаткич индексидаги ўзгаришлар (анемиянинг гипохромик тури) ва қон зардобидидаги кўрсаткичлар умумий қабул қилинган усуллар сифатида қаралган. Умуман олганда, 2018-2019 йилларда Ўзбекистон Республикасида нафас йўллари касалликлари тарқалишининг 100 мингга камайиши кузатилди. Бу даврда астма тарқалишининг ҳам мутлақ жиҳатдан 0,1% га, 100 000 аҳолига 3,5% га камайиши кузатилди. Бундан ташқари, астма ва бошқа нафас йўллари касалликлари билан касалланиш мутлақ (мос равишда 16,3% ва 1,9% пасайиш) ва 100 000 аҳолига (мос равишда 18,7% ва 4,8% пасайиш) нисбатан оладиган бўлсак камайган. Астма тарқалиши бўйича хавfli вазият Тошкент, Андижон, Жиззах, Қашқадарё, Тошкент, Хоразм вилоятлари учун хосдир, ундан ташқари касалланиш эҳтимолини эътиборга оладиган бўлсак, хавfli вазият Андижон, Қашқадарё, Сурхондарё, Фарғона, Хоразм вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикаси учун хосдир [22].

Ушбу тенденцияни келтириб чиқарадиган омиллар орасида урбанизация ва атроф-муҳит об-хавоси, умуман олганда экотизимининг бузилиши, айниқса йирик шаҳарлар ва мегаполисларда катта аҳамиятга эга. Оғир астма билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши меҳнат унумдорлигининг сезиларли даражада пасайишига олиб келади ва соғлиқни сақлаш тизими харажатларини оширишни талаб қилади. Бундан ташқари, астма ногиронликнинг асосий сабабларидан бири ва беморлар ҳаёт сифатининг пасайиши ҳисобланади [4].

Ушбу келтирилган маълумотларни инобатга олиб бронхиал астма муаммосини ўрганиш, эрта ва ўз вақтида ташхислашни йўлга қўйиш, эрта даволаш, профилактика йўналишини такомиллаштириш долзарб ва айни муддаолиги, мавзунини ўрганишнинг муҳим ва заруриятини белгилайди.

Тадқиқот мақсади: бронхиал астмани ўз вақтида аниқлаш, эҳтимоли мавжуд асоратларнинг олдини олиш, даволашга эрта ёндашиш, профилактик муолажаларни танлаш учун эрта ташхислаш усулини ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар

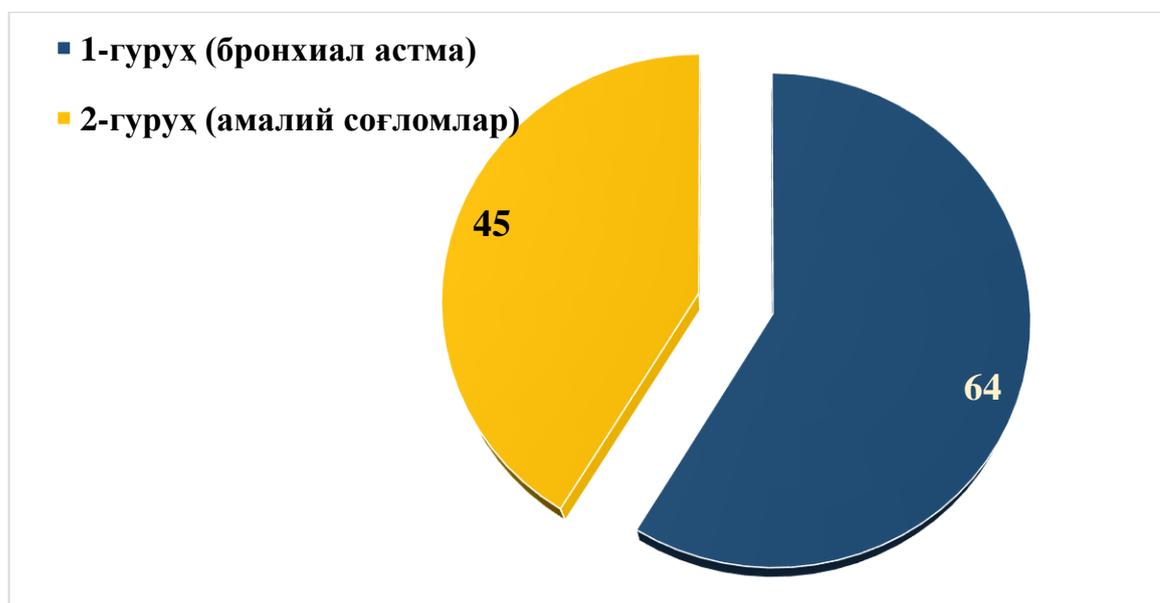
Тадқиқот Сурхандарё вилоятининг турли ҳудудларидаги бронхиал астма билан касалланганларда олиб борилган. Тадқиқот натижаларига кўра бронхиал астма билан оғриган 64 (100 фоиз) нафар бемор текширувларда иштирок этган бўлиб, уларнинг 23 (35,9 фоиз) нафари эркак, 41 (64,1 фоизи) нафарини аёллар ташкил этди. Тадқиқотда иштирок этган беморлар ёши ўртача $46,4 \pm 1,43$ ни ва улар 16 ёшдан 70 ёшгача бўлганларни ташкил этди. Беморлар текшируви, назорати Термез шаҳридаги кўп тармоқли тиббиёт марказида олиб борилди. Илмий тадқиқотнинг шаффоф ўтказилиши ва бемор ҳавфсизлигини таъминлаш мақсадида бемор ва клиникалар орасида шартномалар тузилди ва тадқиқотда иштирок этиши мумкинлиги ёки мумкин эмаслигини тасдиқловчи беморнинг розилик хатлари олинди. Тадқиқотда иштирок этиши керак бўлган беморларни танлаш ёки рад этиш мезонларини белгиладик, унга кўра:

Беморларни танлаш мезонлари – беморнинг розилиги; БА ташхиснинг мавжудлиги; психик жиҳатдан соғломлиги; оғир соматик касаллигининг мавжуд эмаслиги; 16 ёшдан юқори бўлганлар.

Беморларни рад этиш мезонлари – психик жиҳатдан ноадекватлиги, оғир ирсий касаллиги борлар, чекадиганлар (сигарет, носвой), оғир соматик патологияси мавжудлар, 16 ёшгача ва 70 ёшдан ошганлар.

Объектив ва ҳақиқий натижаларга эришиш мақсадида 64 (100 фоиз) нафар бронхиал астма билан касалланган беморлар 1-гурух деб талқин қилинди, ва таққослов гуруҳ сифатида 45 нафар амалий соғлом одамлар танланиб, улар 2-гурух сифатида эътироф этилди (рис. 1).

Тадқиқотда объектив ва субъектив материалларни тўплаш, анамнез маълумотларини чуқур таҳлил этиш, Сурхандарё вилояти бўйича касаллик тарқанганликнинг статистик маълумотлари, умумий қон таҳлили, серологик-IgEни текшириш, ўпкани кучайтирилган рентгенологик текширув усули, спирометрия, IL17A, IL23R, IL17F генларининг полиморфизм аллеллари ва генотипларини текшириш усуллари ўтказилди. Олинган натижалар бронхиал астма билан касалланганлар ва амалий соғлом одамлар орасида таққосланди.



1-расм. Гуруҳлар бўлиниши ва тадқиқот иштирокчилари сони

Натижалар ва таҳлиллар

Олиб борилган тадқиқот асосида Сурхандарё вилояти бўйича касалликнинг тарқалиш даражаси таҳлил этилди ва унга кўра бронхиал астманинг энг кўп тарқалган ҳудуди Жарқўрғон

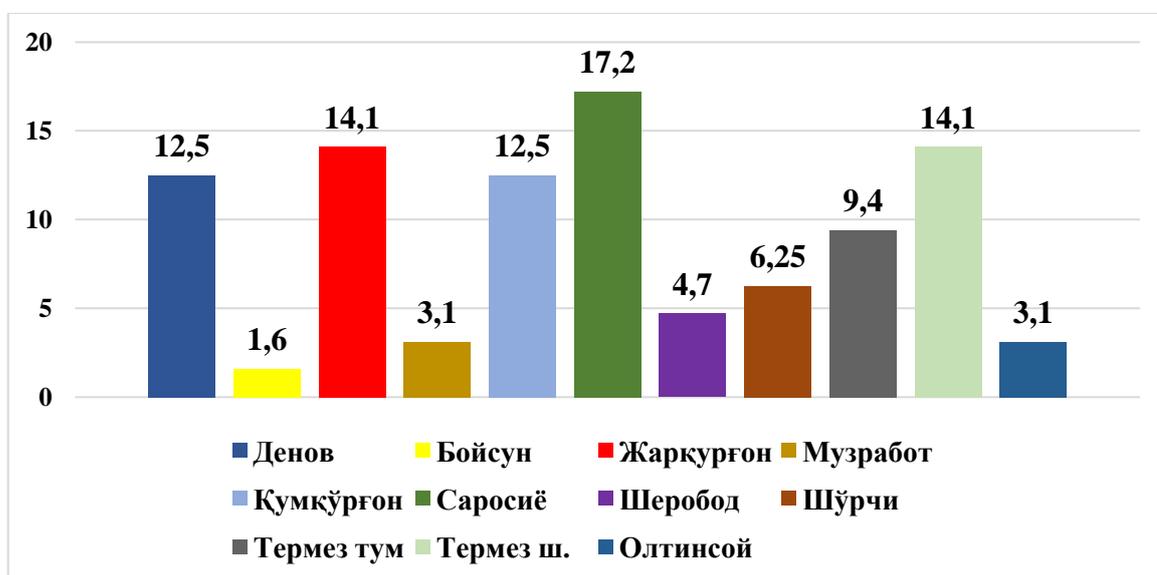
тумани 9(14,1 фоиз), Қумқўрғон тумани 8(12,5 фоиз), Саросиё тумани 11(17,2 фоиз), Термиз шаҳри 9(14,1 фоиз), Денов тумани 8(12,5 фоиз) эканлиги аниқланди (1-жадвал). Шу ўринда айтиш жоизки, Сурхандарё вилоятида атроф-муҳит, обу-ҳаво, умуман олганда экотизимнинг бузилиши туманларда аллергик асосга эга бўлган бронхиал астма касаллигининг кенг тарқалганлиги ва оғир клиник кўринишлари ривожланганлигининг гувоҳи бўламиз.

1-жадвал

Сурхандарё вилоятида аллергик ринитнинг тарқалганлиги (N=37)

Сурхандарё вилояти туманлари	Бемор сони	Бемор сони (фоиз)
Денов	8	12,5
Бойсун	1	1,6
Жарқўрғон	9	14,1
Музработ	2	3,1
Қумқўрғон	8	12,5
Саросиё	11	17,2
Шеробод	3	4,7
Шўрчи	4	6,25
Термиз тумани	6	9,4
Термиз шаҳри	9	14,1
Олтинсой	2	3,1

Ушбу сонларнинг қай даражада бир-биридан фарқлинишини таҳлил қилиш учун 2-расмга назар ташласак. 2-расмдан кўриниб турганидек бронхиал астманинг энг кўп тарқалган ҳудудлари Саросиё, кейинги ўринларда Термиз шаҳри, Жарқўрғон, Қумқўрғон, Олтинсой туманлари туради. Ушбу ҳудудлар аҳолисида бронхиал астма кечиб жараёни, оғирлик даражаси, асоратлар талқини билан кейинги босқич таҳлилимизда ёритиб борамиз.



2-расм. Касалликнинг ҳудудларда тарқалганлиги

2-расмда кўрсатилган натижа 1-жадвалга мувофиқ талқин этилди. Кейинги босқичда ушбу касаллик қандай белгилар билан намоён бўлганлиги ва аломатларнинг тарқалганлик даражаси таҳлил қилинди (2-жадвал).

2-жадвал

Беморларда субъектив белгиларнинг тарқалиш даражаси

Касаллик белгилари	1-гурӯх (БА) (N=64)		2-гурӯх (назорат) (N=45)		P<
	абс	фоиз	абс	фоиз	
Йўтал	42	65,6	3	6,7	P<0,001
Ҳансираш	58	90,6	4	8,7	P<0,001
Нафас олишнинг қийинлашуви	48	75,0	2	4,4	P<0,001
Нафас олганда хириллаш	52	81,3	6	13,3	P<0,001
Ортопноэ	32	50,0	3	6,7	P<0,001
Безовталиқ, кўркув ҳисси	51	79,7	6	13,3	P<0,001
Юзнинг шиши	28	43,8	3	6,7	P<0,001
Кўкрақда оғриқ ва оғирлик ҳисси	24	37,5	2	4,4	P<0,001
Яллиғланиш аломатлари	41	64,1	4	8,7	P<0,001
Конъюктива гиперемияси	32	50,0	6	13,3	P<0,001
Юзнинг кўкимтирлиги (цианоз)	36	56,3	4	8,7	P<0,001

2-жадвалдан кўриниб турганидек бронхиал астманинг асосий аломатлари деярли барча беморда кузатилган бўлиб назорат гуруҳи билан таққосланганда ҳоққонийлик даражаси юқори эканлигига амин бўлдик. Шуни айтиб ўтиш керакки, хуруж даврида беморларда психопатологик ҳолатлар жуда кўп учради, безовталиқ, ўлим кўркуви, бехотиржамлик, хуруж мавжуд бўлмаганда эса асосан тушқунлик ҳолати билан тўқнашдик.

Кейинги босқичда таҳлил жараёнини беморларнинг ирсий анамнезини ўрганиш билан давом эттирдик. Унга кўра 1-гурӯх беморлари орасида касаллик тарихида ирсий касалликларнинг 2-гурӯхга нисбатан кўпроқ учраши, аллергологик анамнез эса жуда жадал ривожланганлиги гувоҳи бўлдик (3-жадвал).

3-жадвал

Беморлар ирсий анамнезини таҳлил қилиш

Касалликлар	1-гурӯх (БА) (N=64)		2-гурӯх (назорат) (N=45)		P<
	абс	фоиз	абс	фоиз	
Хафақон касаллиги	21	32,8	6	13,3	P<0,001
Қандли диабет	12	18,8	3	6,7	P<0,001
Бронхиал астма	21	32,8	2	4,44	P<0,001
Аллергик дерматозлар	19	29,7	4	8,89	P<0,001
Аллергик ринит	36	56,3	7	15,6	P<0,001
Озиқ-овқатга аллергия	28	43,8	4	8,89	P<0,001
Жигар касалликлари	32	50,0	8	17,8	P<0,01
Буйрак касалликлари	21	32,8	7	15,6	P<0,01

Бунда тадқиқотда қатнашаётганлар орасида онаси, отаси ёки яқин қариндошларида ушбу касалликлар мавжудлигини аниқладик, энг қизиқарлиси ота-онасидан бирида аллергик ёки ирсий мойиллиги бор беморларда бронхиал астманинг клиник кечиши енгил ёки ўрта оғирликда,

аммо ҳам отаси, ҳам онасида уларнинг мавжудлиги касалликнинг оғир ва ўта оғир шакллари ривожланганлигини кузатдик.

4-жадвал

Текширилган беморларнинг умумий қон таҳлили натижалари

Қон таҳлили кўрсаткичлари	Норма	Бирлик	1-гурух	2-гурух	P<
Hb	м.:130-160 ж.120-140	г/литр	97,2±2,12	122,4±1,23	P<0,05
Eritrosit	3,7-5,1	*10 ¹² /л	3,82±0,98	4,54±1,28	P<0,05
Rangli ko'rsatkich	0,85-1,15	-	0,83±0,11	0,98±1,24	P<0,05
Trombosit	180-320	*10 ⁹ /л	201,2±3,03	234,6±2,43	P<0,05
Leykosit	4-9	*10 ⁹ /л	6,67±1,44	6,43±1,12	P=0,110
Tayoqcha yadroli	1-6	%	4,17±1,19	3,33±1,0	P<0,05
Segment yadroli	47-72	%	60,3±2,31	49,4±1,28	P<0,05
Ezinofil	0-5	%	6,8±1,34	3,23±0,49	P<0,01
Bazofil	0-1	%	0,72±0,10	0,03±0,0	P<0,001
Limfosit	18-40	%	22,8±1,79	28,7±1,43	P<0,05
Monosit	2-9	%	5,25±1,46	3,0±0,53	P<0,05
ЕСНТ	2-15	мм/час	9,21±1,72	12,11±2,12	P<0,01

Беморларнинг қон таҳлили кўрилганда куйидаги ўзгаришларни кузатдик (4-жадвал). Кўриб турганимиздек, умумий қон таҳлилида гемоглабин, эритроцит, рангли кўрсаткич ва эозинофилларда нисбатан норма ва назорат гуруҳига қараганда анча ўзгаришлар мавжуд, ушбу беморларнинг узок вақт давомида алергик ринит билан оғригани, зарур махсулотларнинг танага керакли миқдорда сўрилмаганлигидан далолат беради. Асосан алергик фонни кўрсатувчи омиллардан бири – эозинофилларнинг асосий гуруҳда юқори кўрсаткичга эга эканлиги яққол кўришиб турибди, бу эса, назорат гуруҳи билан таққосланганда нисбийлиги ҳақиқий эканлигини билдирди. Спирометрия бронхопулмонар касалликларни аниқлаш мумкин бўлган энг информацион ва мутлақо оғриксиз тадқиқот усули ҳисобланади.

Спирометрия усулини 64 (100 фоиз) нафар БА билан оғриган беморда ўтказдик, улардан 9 (14,1 фоиз) нафарида бронхиал астма алергик ринит билан бирга кечганининг гувоҳи бўлдик. Ушбу ташхислаш муолажасидан фойдаланиш нафас етишмовчилиги турини, зарарланиш табиати ва даражасини аниқлаш учун тавсия этилди. Шу ўринда айтиш жоизки, (5-жадвал).

5-жадвал

Алергик ринит ва бронхиал астма бирга келганда спирометрия кўрсаткичлари

гурух	FVC норма	FVC	FEV 1 норма	FEV 1	FEV1/ FVC норма	FEV 1/ FVC	MMEF норма	MMEF	MEF25 норма	MEF25
Умум.	3,38	1,62	2,82	1,33	83,5	86,0	3,01	1,43	1,33	1,13
БА+АР	3,20	1,66	2,74	1,39	84,4	84,30	3,02	1,74	1,42	1,33
БА	3,39	1,60	2,81	1,31	83,3	85,0	2,99	1,34	1,29	1,08

Спирометрия натижаларини умумий гуруҳда (55 нафар бронхиал астма ва 9 нафар бронхиал астма билан бирга аллергик ринит касалликлари кечиши) таҳлил қилинганлигига кўра, физиологик норма ва касалланган беморларда таққосланганда, FVC ва ММЕFнинг 2 баравар пасайиши, FEV₁нинг эса 1,4 баравар пасайишини кузатдик, шу билан бирга, FEV₁/FVC ва MEF₂₅ физиологик нормадан фарқ қилмаганлининг гувоҳи бўлдик. Бунда, FVC - ўпканинг тезлаштирилган ҳаётий қобилияти; FEV₁ - 1 сонияда мажбурий нафас чиқариш ҳажми; MEF - максимал волуметрик тезлик; ММЕF – максимал ўрта эксператор оқим. БА ва АРнинг биргаликда келганида FVCнинг 1,92 баравар, FEV₁нинг 1,97 баравар, ММЕFнинг 1,74 баравар пасайганлигини кузатдик, бунда FEV₁/FVC ва MEF₂₅ ларнинг бирламчи кўрстакичидан деярли ўзгармаганлигига гувоҳ бўлдик. Бронхиал астманинг оғир кечишида эса, ушбу кўрсаткичларнинг янада пасайишини кузатдик. Жумладан, FVCнинг 2,12 баравар, FEV₁нинг 2,15 баравар, ММЕFнинг 2,23 баравар, FEV₁/FVCнинг 1,7 бирликка ошганлиги, MEF₂₅нинг эса деярли бир хил турганлигини кузатдик. Демак, ўпка ва бронхлар патологиясида, айниқса бронхиал астманинг оғир турларида ўпканинг ҳаётий қобилияти, максимал эксператор оқим ва мажбурий нафас чиқариш ҳажми максимал пасайиб тўлақонли нафас олиш ҳажми кескин пасаяди, бу эса нафақат ўпканинг ўзига, аммо бош мия, юрак, қон-томир ва умумий танага салбий таъсир этиб тўқималар иш фаолиятини буткул зарарлайди.

IgEнинг серологик таҳлилни ўтказишимиз натижасида бронхиал астма ҳам бошқа вирусли ёки бактериал инфекциялар касалликларда учрагани каби серологик IgE антитаначалар ҳажми ошади. Антитаначалар умуман олганда иммунитет тизими инфекциясига жавобан ишлаб чиқарадиган оксиллардир. Лаборатория диагностикасида бу инфекциянинг кириб бориши белгиси бўлиб хизмат қиладиган антитаначалардир. Серологик IgE антитаначаларни текширганда оч қоринга венадан қон олинадиган (овқатдан кейин камида тўрт соат ўтиши керак). Замоनावий лабораторияда қон зардоби тегишли реагентлар ёрдамида автоматик анализаторда текширилади. Баъзида антитаначалар учун серологик таҳлил юқумли касалликларни аниқлашнинг ягона усули ҳисобланади. Аммо, юқорида айтилганидек аллергик ҳолатлар, жумладан, бронхиал астма серологик IgE антитаначалар ҳажмининг ошиши билан кечади ва ушбу таҳлилни ўтказиш тўғри ташхис қўйиш, ўз вақтида сифатли даволашга имкон беради.

IgE антитаначалар қон зардобидан иммуноглобулин E даражасини аниқлашга қаратилган аллергологик лаборатор тадқиқотдир, у инсон иммунитет тизимида муҳим рол ўйнайдиган антитанача ҳисобланади. IgE танага кирадиган аллергенлар (антигенлар) билан ўзаро таъсир қилади, улар билан боғланади ва организмда яллиғланиш реакциясини кўзғатади. Бу бурун оқиши, тери тошмаси, бронхит билан намоён бўлади. Асосий реакциялар орасида мавсумий аллергик ринит, бронхиал астма ва атопик экземалар шулар жумласидандир. Ундан ташқари IgE таҳлиллари (аллергия тестлари) беморнинг ортиқча IgE ишлаб чиқаришга мойиллигини аниқлашга ва қайси ўзига хос антигенларга нисбатан реакция борлигини аниқлашга имкон беради. Ташхис қўйилган касалликдаги антитаначаларнинг тури ва миқдорини батафсил ташхислаш ҳар бир ўзига хос аллергия тури учун таҳлил қилиш орқали амалга оширилиши мумкин. Қисқача қилиб айтганда, серологик IgE таҳлил ташхисни тўғри қўйиш, ўз вақтида аллергияни чақирувчи омилларни бартараф этиш ва даволаш тактикасини танлашга имкон берувчи усуллардан бири ҳисобланади.

Ўтказилган тадқиқотлар асосида бронхиал астма билан касалланганлар ёки ушбу ташхис эҳтимоли мавжуд аҳолига субъектив ва объектив клиник текширув усуллари, умумий қон ва сийдик таҳлили, ирсий-генетик анамнези, ҳудудий экотизимни ўрганиш усули, спирометрия ва серологик IgE таҳлилинини комплекс ўрганиш усуллари орқали касалликни эрта босқичда аниқлаш, эрта даво муолажаларини танлаш, асоратларнинг профилактикаси ва хуружлар тез-тез такрорланишининг олдини олишга эришиш мумкин.

Тадқиқотнинг тиббий самарадорлиги. Тиббий самарадорлик – бу инсон саломатлигини тиклаш натижасига эришиш даражаси ҳисобланади. Муайян бемор мисолида соғлиқни тиклаш, руҳий ва ижтимоий саломатликни яхшилаш, орган ва тўқималардаги зарарланган фаолиятни қайта тиклаш ҳақида талқин этамиз. Соғлиқни сақлаш муассасалари ва умуман саноат даражасида тиббий самарадорлик кўплаб аниқ кўрсаткичлар билан ўлчанади: одамлар сони, тўғри, ўз вақтида ташхисланганлар сони, даволанган беморларнинг фоизи, бронхиал астма касаллигининг давомийлиги, оғир асоратларга ўтишининг камайиши, ушбу касалликдан ўлим

ҳолатининг олдини олиш кабилардир. Юқорида кўрсатилган комплекс ташхислаш усулини қўллаш орқали ҳақиқий нисбийликка эга тиббий самарадоликни оширади ва оддий, қулай усул бўлиб узоқ қишлоқ тиббиёт пунктларида ҳам шифокорлар орқали фойдаланилиши, эрта ташхисланиб тор мутахассисларга мурожаат қилиниши, доимий назоратга олиниши мумкин ва ушбу ҳаракатлар қўшимча куч ва маблағ талаб этмайди. Ушбу комплекс текширув-ташхислаш усули орқали 101 (100 фоиз) нафар бемор ичида 64 (63,3 фоиз) ҳолатда тўғри ва эрта ташхис қўйилди, шу билан бирга, ташхиси аниқ бўлган беморга ҳолатига кўра зарур дори-дармонлар, шифокор назорати, тор мутахассисга мурожаат қилиш, стационар даво муолажаси тавсия этилди. Ўз вақтида бошланган даво муолажаси 54 (84,4 фоиз) беморда касаллик давомийлиги, қайталаниши, хуружлар интенсивлиги ва сонини камайтириб, нафас олиш, вегетатив ўзгаришлар, кўркув, безовталиқ, юзнинг шиши, хансираш, уйку бузилиши каби аломатларни бартараф этишга эришдик.

Ижтимоий аҳамияти. Бронхиал астманинг эпидемиологиясини ўрганадиган бўлсак, у соғлиқни сақлаш тизимида жуда катта муаммо эканлигига амин бўламиз – Бугунги кунда бутун дунё миқёсида тахминан 358 миллиондан ортиқ инсон астмадан азият чекмоқда, бу эса катталарнинг 4 дан 10 фоиз сайёрамиз аҳолисини ташкил этади, ва баъзи бошқа манбаларга кўра, 2025 йилга келиб бу кўрсаткич 400 миллион кишига етиши гумон қилинган. Умуман олганда, 2018-2019 йилларда Ўзбекистон Республикасида нафас йўллари касалликлари тарқалишининг 100 мингга камайиши кузатилди. Бу даврда астма тарқалишининг ҳам мутлақ жиҳатдан 0,1% га, 100 000 аҳолига 3,5% га камайиши кузатилди. Бундан ташқари, астма ва бошқа нафас йўллари касалликлари билан касалланиш мутлақ (мос равишда 16,3% ва 1,9% пасайиш) ва 100 000 аҳолига (мос равишда 18,7% ва 4,8% пасайиш) нисбатан оладиган бўлсак камайган. Астма тарқалиши бўйича хавfli вазият Тошкент, Андижон, Жиззах, Қашқадарё, Тошкент, Хоразм вилоятлари учун хосдир, ундан ташқари касалланиш эҳтимолини эътиборга оладиган бўлсак, хавfli вазият Андижон, Қашқадарё, Сурхондарё, Фарғона, Хоразм вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикаси учун хосдир.

Ушбу тенденцияни келтириб чиқарадиган омиллар орасида урбанизация ва атроф-муҳит обу-хавоси, умуман олганда экотизимининг бузилиши, айниқса йирик шаҳарлар ва мегаполисларда катта аҳамиятга эга. Оғир астма билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши меҳнат унумдорлигининг сезиларли даражада пасайишига олиб келади ва соғлиқни сақлаш тизими харажатларини оширишни талаб қилади. Бундан ташқари, астма ногиронликнинг асосий сабабларидан бири ва беморлар ҳаёт сифатининг пасайиши ҳисобланади, оғир бронхиал астма хуружларнинг тез-тез пайдо бўлиши, нафас олишнинг кескин пасайиши, сатурациянинг камайиши, юрак, қон-томир тизимининг зарарланиши ва ниҳоят ўлимга олиб келиши билан изоҳланади. Амалиётда эрта аниқлаш, олдини олиш, асоратларнинг ривожланишига тўсқинлик қилиш ва профилактик терапияни ўз вақтида бошлаш бевақт ўлим ва ногиронликни камайтиришга имкон беради.

Хулосалар

1. Таҳлил натижаси шуни кўрсатдики, ишлаб чиқилган бронхиал астмани эрта ташхислаш усули касалликни эрта аниқлаш, имкони борича эрта даво муолажарани бошлаш имконини яратади;
2. Эрта ташхислаш ва эрта даволаш натижасида касалликни даволашнинг тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорлигига эришилади;
3. Беморларда субъектив, объектив, анамнестик, инструментал, лаборатор текширувларнинг бирга олиб борилиши касалликни шубҳасиз эрта ташхислаб тор мутахассисларга юборилиши ва дифференциал даво муолажалари танланиши тизимли йўлга қўйилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Akhmedov A.K. Master of Therapy 1st degree D. Kodirov Study of clinical and functional characteristics and prevalence of chronic non-specific lung diseases in young people // "Экономика и социум" 2022;4(95) www.iupr.ru
2. Авдеев С.Н. Распространенность, заболеваемость, фенотипы и другие характеристики тяжелой бронхиальной астмы в Российской Федерации. /С.Н. Авдеев [и др.] //Пульмонология. 2018;28(3):341-358.
3. Avdeev S.N., Nenasheva N.M., Zhudenkov K.V. et al. Prevalence, incidence, phenotypes and other characteristics of severe bronchial asthma in the Russian Federation. //Pulmonology. 2018;28(3):341-358. DOI: 10.18093/0869-0189-2018-28-3-341-358.

4. Барановская Т.В. Тяжелая бронхиальная астма – 2018. Согласительный доклад объединенной группы экспертов Ассоциации русскоговорящих специалистов в области респираторной медицины, Российского респираторного общества, Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов / Т.В. Барановская [и др.] //Практ. пульмонология. 2018;3:52-64.
5. Визель А.А. Бронхиальная астма с поздним началом: возможности персонализированной терапии / А.А. Визель [и др.] //Практическая пульмонология. 2018;1:12-16.
6. Ganiev B.S. The development of primary health care in Uzbekistan. International Conference Bridge to science: research works Conference Proceedings April, 15. 2019 San Francisco, USA p.149.
7. Ganiev B.S. The introduction of modern innovative health standards in the activities of primary health care. For participation in international conference bridge to science: research works April 15, 2019, San Francisco, USA.
8. Global Initiative for Asthma (GINA). 2018 GINA Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA). (Electronic resource.)
9. Global Initiative on Bronchial Asthma (GINA) 2020 Online Appendix. URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-Appendix_final-wms.pdf (access date: 17.06.2021).
10. Заболеваемость всего населения России в 2017 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. М.; 2018. [Morbidity of the entire population of Russia in 2017 with a diagnosis established for the first time in life/ Statistical materials. Moscow; 2018 (in Russ.)].
11. Лещенко И.В. Бронхиальная астма: простые решения сложных вопросов //Мед. совет. 2019;6:52-57.
12. Салухов В.В., Харитонов М.А., Зайцев А.А., Рамазанова К.А., Асямов К.В. Современные представления о бронхиальной астме Вестник Российской Военно-Медицинской Академии 2020;2(70):227-234.
13. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Росс. респираторное общество. 2019;97.
14. Шустов С.Б. Нарушения функции внешнего дыхания при различных формах легочной патологии / С.Б. Шустов [и др.] //Пульмонология. 2017;27(3):410-418.
15. Chipps B.E. Benralizumab efficacy by atopy status and serum immunoglobulin E for patients with severe, uncontrolled asthma / B.E. Chipps [et al.] //Ann. Allergy Asthma Immunol. 2018;120(5):504-511.
16. Craig S.S., Dalziel S.R., Powell CVE, Graudins A, Babl FE, Lunny C. Interventions for escalation of therapy for acute exacerbations of asthma in children: an overview of Cochrane Reviews. //Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 8. Art. No.: CD012977. DOI: 10.1002/14651858.CD012977.pub2.
17. Enilari O., Sinha S. The Global Impact of Asthma in Adult Populations. //Annals of Global Health. 2019;85(1):1-7. DOI: 10.5334/aogh.2412.
18. European Respiratory Society. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2019 //Lancet. 2019;394:919-928.
19. Israel E.K. Severe and Difficult-to-Treat Asthma in Adults / E.K. Israel [et al.] //N. Engl. J. Med. 2017;377(10):965-976.
20. Mamasoliev N.S., Ganiev B.S., Kalandarov D.M., Olimova N.A. Preventive problems of bronchial asthma Preventive Medicine and HealthIssue –2No 2(2023) /-C.5-10. ISSN 2181-3663
21. Mamasaliev N.S., Ganiev B.S. Prevalence and risk factors for the formation of bronchial asthma. Global Journal of Medical Research: K Interdisciplinary Volume 20.–Issue 14. Version 1.0 Year 2020
22. Mamasaliev N.S., Ganiev B.S. Prevalence, risk pharmacoepidemiology and innovations prevention of bronchial asthma. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 32(2) ISSN 2651-4451 | e-ISSN 2651-446X4.
23. Mamasaliev N.S., Ganiev B.S. Risk factors of formation and Prevalence of bronchial asthma. //Вестник Ташкентской медицинской академии. 2021;4:219-221. (14.00.00; No13)
24. Ubaydullaeva N.N., Ganiev B.S. Risk factors of formation and prevalence of bronchial asthma in children and adolescents. //Вестник Ташкентской медицинской академии, 2020;5:207-209. (14.00.00; No13)

Қабул қилинган сана: 20.05.2024

