

## КЛИНИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**А.Б. Ахмедова**

ассистент кафедры Анатомии и Клинической Анатомии Бухарского  
Государственного Медицинского Института  
email: aziza\_bakhronovna@mail.ru

### Аннотация

В настоящее время имеются многочисленные данные, свидетельствующие о неуклонном росте распространенности аллергических заболеваний, в частности бронхиальной астмы (БА). Бронхиальная астма больше встречается среди городского населения с низким уровнем жизни, а также среди лиц, живущих в странах с холодным климатом и в индустриальных районах [1]. На распространенность бронхиальной астмы оказывают влияние такие факторы, как пол, возраст, климато-географические условия, состояние окружающей среды

**Ключевые слова:** аллерген, провоцирующие факторы, аллергический статус, эозинофил, анамнез, наследственность, иммуноглобулин E

Бронхиальная астма – это заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей. Разнообразие проявлений бронхиальной астмы затрудняет ее верификацию. Выделяют три формы – экзогенную (основная причина – аллергия, возникает чаще у лиц моложе 20 лет, кожные пробы очень часто положительные), эндогенную (обусловлена инфекцией, физическим или эмоциональным напряжением, резкой сменой температур и влажности воздуха) и смешанную (сочетает в себе признаки двух предыдущих форм)

На фоне БА могут развиваться другие аллергические заболевания — атопический дерматит, аллергический ринит, конъюнктивит, поллиноз, что утяжеляет течение БА. Характер и отдаленный прогноз БА определяются возрастом больного, тяжестью заболевания, адекватностью и своевременностью проводимой терапии, а паап

При изучении аллергического статуса проводится ряд анализов.

1) Общий иммуноглобулин E определяется методом иммуноферментного анализа с помощью реагентов «IgE-ИФА-БЕСТ-стрип». Оценка результатов для взрослых, предлагаемая к реагентам выглядит следующим образом. До 25 МЕ/мл – атопическое заболевание маловероятно, 25-

100 МЕ/мл – atopическое заболевание нельзя исключить, более 100 МЕ/мл – atopическое заболевание весьма вероятно. 2)

2) Определение содержания циркулирующих иммунных комплексов производится методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля (ПЭГтест ОП280). Уровень ЦИК измеряется на спектрофотометре и выражается в единицах оптической плотности. Нормальными считаются величины не превышающие  $0,145 \pm 0,02$  ед.опт.пл.

3) Определение количества эозинофилов в периферической крови производится унифицированным методом морфологического исследования форменных элементов крови с дифференциальным подсчетом лейкоцитарной формулы. Нормальными считаются величины не превышающие 5%.

4) Аллергологическое обследование проводится с помощью стандартных аллергенов.. Кожное аллергологическое обследование проводится приквестами, скарификационными, внутрикожными, аппликационными способами, при необходимости проводится провокационные назальные и конъюнктивальные тесты. Анализ распространенности признака в сравниваемых группах (частоты альтернативного распределения) проводится по критерию  $\chi^2$  (К.Пирсона) для четырехпольной таблицы. Граничными значениями для 5%-й вероятности нуль-гипотезы считалось 3,84; для 1%-й вероятности – 6,63.

При сборе аллергологического анамнеза значительное место уделяется наследственной предрасположенности. По данным литературы существует повышенная заболеваемость астмой у близких родственников больных. Учитывается наличие в семье таких заболеваний как бронхиальная астма, аллергический ринит, поллиноз, лекарственная аллергия, кожные аллергические заболевания и др. Анамнез имеет огромное значение в диагностике и лечении бронхиальной астмы. Бронхиальную астму необходимо исключать даже в случаях беспричинной одышки или приступообразного кашля, при частых бронхитах и пневмониях

При сборе аллергоанамнеза обращалось внимание на следующие группы жалоб: появление каких-либо жалоб после приема пищи, непереносимость лекарств, реагирование на цветение растений, появление симптомов заболевания в домашней обстановке, при контакте с холодным воздухом или резкими запахами, а также при нервном перенапряжении, реакции на укусы насекомых. Не все эти жалобы дают уверенность в наличии аллергического заболевания, но они позволяют определить спектр аллергенов для кожного тестирования, необходимый каждому конкретному пациенту

Прогноз БА, начавшейся в возрасте до 20 лет, как правило, благоприятный: астма протекает в легкой и среднетяжелой форме, приступы удушья купируются быстро (после 1–2 капельных введений препаратов), дыхательная

недостаточность в межприступном периоде отсутствует, инвалидность по основному заболеванию обычно не устанавливается [3, 4]. В целом заболевание является хроническим, медленно прогрессирующим. Комплексное и своевременное лечение дает возможность контролировать симптоматику, но не влияет на причину возникновения БА [3]. Прогноз для жизни и трудоспособности при адекватной терапии условно благоприятный. Главное в ведении больных БА — повышение качества жизни пациентов, предупреждение прогрессирования заболевания на основе самоконтроля и элиминация аллергенов [4].

Стационарная пульмонологическая помощь (в рамках специализированной медицинской помощи) больным БА оказывается в следующих случаях: при обострении заболевания у пациентов с отсутствием эффекта от базисной терапии в течение 1–2 месяцев; при БА, впервые выявленной, и БА средней степени тяжести в стадии обострения (для подбора базисной терапии, лечения с применением немедикаментозных методов); при БА тяжелого течения в стадии обострения у пациентов с отсутствием эффекта от базисной терапии в течение одного месяца; при остром абсцессе легкого, плеврите; при интерстициальных заболеваниях легких на фоне БА (для проведения бронхоскопии, контрольного обследования, коррекции лечения при активном течении заболевания) [5, 6].

Целями терапии БА являются достижение и поддержание контроля над заболеванием. Контроль БА представляет собой комплексное понятие, которое, согласно рекомендациям Глобальной инициативы по бронхиальной астме (англ. Global Initiative For Asthma, GINA)<sup>1</sup> и отечественным рекомендациям «Бронхиальная астма (МКБ-10: J.45, J.46O)» 2018 г.<sup>2</sup>, охватывает совокупность показателей: минимальное количество хронических симптомов, включая ночные (в идеале — отсутствие симптомов); минимальное количество обострений или нечастые обострения; отсутствие необходимости в скорой медицинской помощи; минимальная потребность в лекарственных препаратах скорой помощи, в том числе гормональных (в идеале — неприменение препаратов); отсутствие ограничений активности, включая физическую нагрузку; циркарные вариации пиковой скорости выдоха (ПСВ) менее 20%; нормальная или близкая к нормальной ПСВ. Достижение контроля БА должно быть целью у всех пациентов, независимо от степени тяжести заболевания

#### Литературы:

1. Ненашева Н.М. Бронхиальная астма: современный взгляд на проблему. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018: 304 с. [Nenasheva N.M. Bronchial asthma: a modern view of the problem. М.: GEOTAR-Media; 2018: 304 p. (in Russian)]

2. Баур К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019: 296 с. [Baur K. Bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease. M.: GEOTAR-Media; 2019: 296 p. (in Russian)]
3. Булатов П.К. Бронхиальная астма. М.: Медицина; 2015: 326 с. [Bulatov P.K. Bronchial asthma. M.: Medicine; 2015: 326 p. (in Russian)]
4. Коган Б.Б. Бронхиальная астма. М.: Медгиз; 2019: 35 с. [Kogan B.B. Bronchial asthma. M.: Medgiz; 2019: 354 p. (in Russian)]
5. Юренев П.Н., Семенович Н.И., Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М.: Медицина; 2017: 154 с. [Yurenev P.N., Semenovich N.I., Chuchalin A.G. Bronchial asthma. M.: Medicine; 2017: 154 p. (in Russian)]

