



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

4 (78) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**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. АБДУМАДЖИДОВ
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. ИЛЪЯСОВ
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
Б.З. ХАМДАМОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616.248-616.5-002.2+616-08-039.71

ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ПАЦИЕНТОВ

(Обзор литературы)

Нурбаев Ф.Э. <https://orcid.org/0009-0005-1132-4363>

Икромов Ш.А. <https://orcid.org/0009-0005-5407-4667>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Зачастую, аллергический ринит является составной частью воспалительного процесса, сочетанного с воспалительным процессом имеющейся ранее у пациентов бронхиальной астмы. Бронхиальная астма и аллергический ринит являются гетерогенными заболеваниями, но большинство реципиентов страдают от IgE-зависимой (атопической) астмы. Данная сочетанная патология требует применения поликомпонентной терапии, направленной преимущественно на оба звена патологического процесса. Важно отметить, группа лекарств, таких как ингибиторы лейкотриеновых рецепторов-1 и местные глюкокортикоиды транслировали доминирующую эффективность у данной когорты больных. В этой статье транслировалось влияние монтелукаста и будесонида на течение атопической астмы

Ключевые слова: аллергический ринит, атопическая астма, лечение

OPTIMIZATION OF THE ALGORITHM FOR MANAGING PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS AND BRONCHIAL ASTHMA IN PATIENTS

Nurbaev F.E., Ikromova S.A.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Often, allergic rhinitis is an integral part of the inflammatory process, combined with the inflammatory process previously existing in patients with bronchial asthma. Bronchial asthma and allergic rhinitis are heterogeneous diseases, but most recipients suffer from IgE-dependent (atopic) asthma. This combined pathology requires the use of polycomponent therapy aimed mainly at both links of the pathological process. Importantly, a group of drugs such as leukotriene receptor-1 inhibitors and topical glucocorticoids translated dominant efficacy in this cohort of patients. This article broadcast the effects of montelukast and budesonide on the non-course of atopic asthma

Keywords: allergic rhinitis, atopic asthma, treatment

БЕМОРЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ ВА БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ БОШҚАРИШ АЛГОРИТМИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Нурбаев Ф.Э., Икромов Ш.А.

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Кўпинча аллергияк ринит бронхиал астма билан озриган беморларда илгари мавжуд бўлган яллигланиш жараёни билан биргаликда яллигланиш жараёнининг ажралмас қисмидир. Бронхиал астма ва аллергияк ринит ҳетерожен касалликлардир, аммо қабул қилувчиларнинг аксарияти ИгЕга боглиқ (атопик) астмадан азият чекишади. Ушбу комбинацияланган патология асосан патологик жараённинг иккала бўғинига қаратилган кўпкомпонентли терапиядан фойдаланишни талаб қилади. Шунини таъкидлаш керакки, лейкотриен рецепторлари-1 ингибиторлари ва маҳаллий глюкокортикоидлар каби дорилар гуруҳи беморларнинг ушбу коҳортасида *dominant* самарадорликни намоийиш етди. Ушбу мақола *montelukast* ва будесониднинг атопик астма курсига таъсирини ефирга узатди.

Калит сўзлар: аллергияк ринит, атопик астма, даволаш

Актуальность

В ходе проведенных ранее научных исследований и по сей день, отмечается выраженная со-
зависимая патогенетическая нить между аллергическим ринитом (АР) и бронхиальной астмой (БА). Опрометчиво, БА верифицируется как гетерогенное заболевание, составной частью которого выступает множество фенотипов, среди которых лидирующие позиции занимает атопическая астма (АА) сочетанная с аллергическим ринитом, что в свою очередь определяет и тщательную выборку общих подходов в терапии [1].

Цель исследования: Инициатива по комплексному лечению респираторных заболеваний, разработанная рядом европейских научных обществ, соответствует тому же принципу и направлена на раннюю диагностику симптомов и своевременное лечение респираторных заболеваний [2].

Невозможно разработать единые рекомендации по диагностике и лечению этих заболеваний без знаний, сформированных в течении последнего десятилетия о причинно-следственной связи между АР и АА. Эти заболевания основаны на IgE-зависимом аллергическом воспалении, которое развивается в результате попадания аллергенов в слизистую оболочку дыхательных путей [3,4].



На рис.1 приведен алгоритм ведения пациентов с аллергическим ринитом и бронхиальной астмы.

Рис.1

В клинике аллергического воспаления нижних дыхательных путей диагностируются нижеследующие симптомы характерные для патологического процесса органов дыхания: хрипы, одышка, запоры грудной клетки и кашемира, тяжесть меняется со временем. Изменчивость воздушного потока может определяться пиковой скорости выдоха -ПСВ и и объему форсированного выдоха за секунду ОФВ [5].

Материал и метод исследования

Ключевой связи между АР и АА, по мнению многих исследователей, принадлежит воспаление, распространяющееся от слизистой оболочки верхних дыхательных путей к нижним дыхательным путям, так как нос способен фильтровать и предотвращать проникновение аллергических частиц, в частности пыльцы, в дыхательные пути свыше 10 метров. Массирующиеся данные литературных источников, выдвигают две концепции передачи воспаления [6,7] Согласно первому, считается, что воспалительные клетки и медиаторы могут проникать в нижние дыхательные пути под действием гравитации. Второе понятие - передача воспаления через системную циркуляцию среды. Механизм, объясняемый системной циркуляцией, может быть связан со стимуляцией созревания воспалительных клеток костного мозга и инфильтрацией слизистой оболочки носа и бронхов при контакте с любым участком дыхательных путей [8,11].

К сожалению, если АР и АА связаны через один патоген, лечение одного состояния должно способствовать репрессированию другого. На самом деле, многие исследователи заметили улучшение симптомов АА при лечении АР. Все эти факты привели к предложению ввести новый термин - ринобронхит или комбинированное заболевание дыхательных путей. Из этой идеи и того, что АР и АА являются ко-патогенными, необходимо разработать новые терапевтические стратегии: лечение одного сектора дыхательных путей может повлиять на состояние другого сектора, а препараты, влияющие на общий патогенный механизм, могут быть использованы при обоих заболеваниях [9,10].

Результат и обсуждение

Имеющиеся ранее многогранные модели снижения воздействия аллергенов транслируют влияние этих мер на клинический процесс заболевания и аллергическую воспалительную активность. По сравнению с другими внутрибольничными аллергенами (КДП, плесень, аллерген тараканов и др.) эти меры более эффективны для сенсibilизации шерсти домашних животных, иным же образом распределились данные показатели в сенсibilизации пыльцы [12,14].

В качестве примера, было показана, комплаентность каждого варианта аллерген-специфической иммунотерапии (ASIT) напрямую зависящая от частоты посещений. Применение АСИТ при АР не может только улучшить здоровье пациентов и уменьшить потребность в лекарствах, но, таким образом, и влияет на процесс заболевания, предупреждая трансформацию слабо восстановленных форм в более тяжелые. Тем не менее, во многих исследованиях, ASIT продемонстрировала весомые результаты в клиническом течение патологии и внес вклад в профилактическое расширение аллергенной линии. На сегодняшний день это связано с первичным патогенезом лечения АР и атопической БА [13,16].

При комплексной патологии АР и АА использование подкожной и сублингвальной методики ASIT открывает новые возможности контроля. Этим методом могут воспользоваться только аллергологи из профильных кабинетов, индивидуально подобрав методику ASIT.

В нашей стране эта серия препаратов более обширна -и лидирующие позиции принадлежат Монтелукаст, доза которого составляет 4, 5, 10 мг. В случае применения при АА, по инструкции, препараты могут назначаться ночью. Непрерывное лечение должно занять не менее 1 месяца, чтобы нормализовать носовое дыхание, уменьшить часовой поток апноэ во сне, но достаточно весомый эффект был получен чаще всего при применении данной группы препаратов в течении 3-6 месяцев [17,20].

На сегодняшний день топические глюкокортикоиды, как назальные, так и ингаляционные, безопасны и весьма благоприятно переносятся. Несмотря на это, зачастую в практике клинициста, приходится сталкиваться с стероидофобией пациентов. Данная проблема, требует весомого решения, так как напрямую снижает качество проводимого лечения и способствует снижению контроля заболевания [15,18].

По раннее проведенным анализам, важно отметить что ингаляционные кортикостероиды (ИНКС), облегчают симптоматику АРв 1-е сутки их применения, а максимальный эффект наступает спустя 2 недели регулярного применения препарата. Пациенты с длительным использованием различных ИНКС, демонстрируют более высокую общую удовлетворенность использованием будесонида. При этом сравнивались будесонид, флутиказона пропионат, мометазона фторметанат и ацетонтриаминолон - все современные препараты. Для других ИНКС

нет достаточных данных, подтверждающих этот уровень безопасности. В начале лечения рекомендуется двойная доза 2-3 недели. Длительность применения зависит от типа ринита (стойкий или прерывистый), его выраженности и сопутствующей патологии с - адренокортикальными блокаторами, так как применение наружных ГКС при АР может не только снизить активность верхних дыхательных путей, но и частично снизить активность нижних дыхательных путей, что, несомненно, помогает контролировать течение астмы [19,22].

Заключение

На сегодняшний день фармрынок может предложить современные топологические кортикостероиды в качестве высокоэффективных лекарств, которые при правильном использовании почти безопасны для пациентов. Повысить уверенность пациентов и преодолеть возможные фобии современного образования [23,24].

Научные и клинические данные об использовании, эффективности, безопасности и доступности этих препаратов для врачей. «Комплексной моделью» лечения БА и АР является лечение БА и АР с низким уровнем однородного иммунного механизма. «Глобальное мышление, системная терапия», чья миссия заключается в лечении «других генетических расстройств» в целом, а не симптомов [26,28].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Будневский А. В. Системный подход к изучению психонейроиммунологических взаимодействий при бронхиальной астме / А. В. Будневский // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 20–23.
2. Будневский А. В. Терапевтические подходы к контролю воспаления на уровне мелких бронхов при бронхиальной астме / А. В. Будневский, В. Т. Бурлачук, Н. Олышева // Российский аллергологический журнал. – 2010. № 4. – С. 85–94.
3. Будневский А. В. Системный подход к анализу эффективности вакцинации больных бронхиальной астмой в муниципальном районе / А. В. Будневский, Л. В. Трибунцева, А. В. Разворотнев // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 1. – С. 53–55
4. Вахно О. В., Купаев В. И. Особенности бронхиальной астмы легкого течения на современном этапе // Практическая медицина. – 2011. – № 3 (51). – С. 143–146.
5. Гамазина М. В. Бронхиальная астма и гипертоническая болезнь: особенности клинико-психологического статуса и реабилитации пациентов с сочетанной патологией / М. В. Гамазина, А. В. Будневский // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – № 32. – С. 63–69
6. Гамазина М. В. Клиническая эффективность комплексной реабилитационной программы у больных бронхиальной астмой с сопутствующей язвенной болезнью желудка и (или) двенадцатиперстной кишки / М. В. Гамазина, А. В. Будневский // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – № 32. – С. 33–39.
7. Добрынина И. С., Будневский А. В., Зуйкова А. А. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой пожилого возраста с нарушениями сна на фоне терапии мелатонином // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 925–928.
8. Ермолова А. В. Особенности достижения контроля у больных бронхиальной астмой с метаболическим синдромом / А. В. Ермолова, А. В. Будневский // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 1124–1127.
9. Ермолова А. В. Бронхиальная астма и метаболический синдром: возможности достижения контроля над заболеванием и улучшения качества жизни / А. В. Ермолова, А. В. Будневский // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 61, № 6.2. – С. 319–325.
10. Ильина Н. И. Бронхиальная астма: оптимизации лечения и фармакоэпидемиологические аспекты / Н. И. Ильина // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 26–35.

Поступила 20.03.2025