



**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 (80) 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. 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  
Б.Б. ХАСАНОВ  
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 (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**6 (80)**

**2025**

**ИЮНЬ**

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com E:  
ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

УДК 616.248-07:616.24-002

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

<sup>1</sup>Муסיнова Фариза Мехрожевна E-mail: [MunisovaF@mail.ru](mailto:MunisovaF@mail.ru)

<sup>2</sup>Арипов Шакарбой Махмудович <https://orcid.org/0009-0003-5406-1271>

<sup>1</sup>Самаркандское городское медицинское объединение. Узбекистан, г. Самарканд, ул. Огахий, 54, Тел +99866 239 01 16

<sup>2</sup>Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +998 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Резюме

*Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и хронических обструктивных заболеваний лёгких (ХОЗЛ) представляет собой важнейшую клиническую задачу, особенно в условиях полиморбидности и возрастающей распространённости хронических заболеваний органов дыхания. Несмотря на схожесть симптомов — таких как хронический кашель, одышка, эпизоды свистящего дыхания, — бронхиальная астма и ХОЗЛ существенно различаются по этиопатогенезу, возрасту дебюта, факторам риска, характеру воспалительного процесса и обратимости бронхиальной обструкции. В настоящей работе рассмотрены ключевые клинико-функциональные и лабораторные параметры, позволяющие эффективно дифференцировать указанные нозологии. Особое внимание уделено спирометрическим критериям, бронходилатационному тесту, уровню эозинофилов и IgE, а также значению курительного стажа и аллергического анамнеза. Представленные данные подтверждают необходимость комплексного и персонализированного подхода к постановке диагноза, а также выделения пациентов с перекрёстным фенотипом — синдромом перекрёстка астмы и ХОЗЛ (ACOS), для которых требуется комбинированная терапия.*

*Ключевые слова: бронхиальная астма, ХОЗЛ, дифференциальная диагностика, ACOS, спирометрия, бронходилататорная проба, эозинофилия.*

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BRONCHIAL ASTHMA WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

Musinova Fariza Mehrozhevna E-mail: [MunisovaF@mail.ru](mailto:MunisovaF@mail.ru)

Aripov Shakarboy Makhmudovich <https://orcid.org/0009-0003-5406-1271>

<sup>1</sup>Samarkand City Medical Association. Uzbekistan, Samarkand, Ogahiy str. 54, Tel +99866 2390116

<sup>2</sup>Samarkand State Medical University. Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur str. 18, Тел: +998 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Resume

*Differential diagnosis of bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major clinical challenge, especially in the context of polymorbidity and increasing prevalence of chronic respiratory diseases. Despite the similarity of symptoms such as chronic cough, dyspnea, wheezing episodes, bronchial asthma and COPD differ significantly in etiopathogenesis, age of onset, risk factors, nature of inflammation and reversibility of bronchial obstruction. In the present work, the key clinical, functional and laboratory parameters that allow effective differentiation of these nosologies are considered. Special attention is paid to spirometric criteria, bronchodilation test, eosinophil and IgE levels, as well as the significance of smoking history and allergic history. The presented data support the need for a comprehensive and personalized approach to diagnosis, as well as the distinction of patients with a crossover phenotype - asthma-COPD crossover syndrome (ACOS), for whom combined therapy is required.*

*Keywords: bronchial asthma, COPD, differential diagnosis, ACOS, spirometry, bronchodilator test, eosinophilia.*

## BRONXIAL ASTMANI O'PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIKLARI BILAN QIYOSIY TASHXISI

<sup>1</sup>Musinova Fariza Mehrozhevna E-mail: [MunisovaF@mail.ru](mailto:MunisovaF@mail.ru)

<sup>2</sup>Aripov Shakarboy Maxmudovich <https://orcid.org/0009-0003-5406-1271>

<sup>1</sup>Samarqand shahar tibbiyot birlashmasi. O'zbekiston, Samarqand shahri, Ogaxiy ko'chasi 54,  
Tel +99866 239 01 16.

<sup>2</sup>Samarqand davlat tibbiyot universiteti. O'zbekiston, Samarqand shahri, Amir Temur ko'chasi, 18,  
Тел: +998 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ *Rezyume*

*Bronxial astma va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklarini (O'SOK) qiyosiy tashxislash, ayniqsa, nafas olish a'zolari surunkali kasalliklarining polimorbidligi va tobora ko'payib borayotganligi sharoitida muhim klinik vazifadir. Surunkali yo'tal, nafas qisilishi, hushtaksim on nafas epizodlari kabi simptomlarning o'xshashligiga qaramay, bronxial astma va O'SOK etiopatogenezi, boshlanish yoshi, xavf omillari, yallig'lanish jarayonining tabiati va bronxial obstruksiyaning qaytarilishi bo'yicha sezilarli darajada farq qiladi. Ushbu ishda ko'rsatilgan nozologiyalarni samarali farqlash imkonini beruvchi asosiy klinik-funksional va laboratoriya parametrlari ko'rib chiqilgan. Spirometrik mezonlar, bronxodilatatsiya testi, eozinofillar va IgE darajasi, shuningdek, chekish davomiyligi va allergik anamnezning ahamiyatiga alohida e'tibor qaratildi. Taqdim etilgan ma'lumotlar tashxis qo'yishda kompleks va shaxsiylashtirilgan yondashuv, shuningdek, kombinatsiyalangan terapiya talab qilinadigan kesishgan fenotip - astma va O'SOK (ACOS) sindromi bo'lgan bemorlarni ajratish zarurligini tasdiqlaydi.*

*Kalit so'zlar: bronxial astma, O'SOK, differensial diagnostika, ACOS, spirometriya, bronxodilatator sinama, eozinofiliya.*

### Актуальность

Бронхиальная астма и хронические обструктивные заболевания лёгких (ХОЗЛ) являются наиболее распространёнными хроническими респираторными патологиями, сопровождающимися стойкой или перемежающейся обструкцией дыхательных путей. По данным Всемирной организации здравоохранения, ХОЗЛ занимает третье место среди причин смертности во всём мире, а астмой страдают более 300 миллионов человек [1,2].

Несмотря на то, что оба состояния характеризуются наличием бронхиальной обструкции, между ними имеются принципиальные различия в патогенезе, клинической картине, прогнозе и подходах к лечению. Бронхиальная астма представляет собой иммуновоспалительное заболевание, часто связанное с атопией и сенсibilizацией к аллергенам, для которого характерна обратимая обструкция бронхов и высокий уровень эозинофилов. В то время как ХОЗЛ — это прогрессирующее заболевание с преимущественно нейтрофильным воспалением, стойкой бронхиальной обструкцией и прямой связью с длительным курением или воздействием вредных веществ [3–5].

Диагностическое перекрытие между астмой и ХОЗЛ, особенно у пациентов старшей возрастной группы, затрудняет постановку точного диагноза. В последние годы всё чаще выделяют так называемый синдром перекрёстка астмы и ХОЗЛ (Asthma-COPD Overlap Syndrome, ACOS), характеризующийся признаками обеих патологий и требующий индивидуализированного подхода к лечению [6].

В связи с этим, разработка и внедрение чётких диагностических критериев, направленных на разграничение астмы и ХОЗЛ, являются актуальной задачей современной пульмонологии. Особую ценность в этом контексте приобретает комплексная оценка анамнеза, клинической картины, функциональных и лабораторных показателей. Патогенетические различия между бронхиальной астмой и ХОЗЛ определяют и принципы терапии. Астма — это заболевание с преобладанием эозинофильного воспаления и гиперреактивности дыхательных путей, где основную роль играют Th2-лимфоциты и медиаторы аллергии. Основными звеньями лечения являются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), на которые большинство пациентов

хорошо отвечают. В отличие от этого, ХОЗЛ ассоциирован с хроническим воспалением, преимущественно нейтрофильным, обусловленным ингаляцией токсических частиц (табака, пыли, загрязняющих веществ), с меньшей эффективностью ИГКС и потребностью в длительной бронходилататорной терапии [7,8].

Одной из самых частых ошибок в клинической практике является гипердиагностика ХОЗЛ у пациентов с поздно начавшейся бронхиальной астмой, особенно в случаях, сопровождающихся курением. С другой стороны, некоторые формы ХОЗЛ, особенно с эозинофилией и высокой обратимостью обструкции, могут ошибочно трактоваться как астма. Это подчеркивает важность комплексного диагностического подхода, включающего функциональные методы (спирометрия с бронходилататорной пробой), маркёры воспаления (эозинофилия, IgE), а также анамнестические данные (возраст дебюта, наличие атопии, стаж курения и др.) [9,10].

Кроме того, прогностические различия между заболеваниями также требуют точной нозологической верификации. Так, при адекватной терапии астма может длительное время сохраняться в стадии клинической ремиссии, тогда как ХОЗЛ имеет характер прогрессирующего заболевания с высоким риском развития дыхательной недостаточности и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [11].

В последние годы всё более активно изучается перекрёстный фенотип (ACOS), при котором у пациента сочетаются черты обоих заболеваний. Диагностика ACOS остаётся затруднённой из-за отсутствия единых международных критериев, что делает данную группу особенно уязвимой для диагностических и лечебных ошибок [6,12].

Таким образом, проблема дифференциальной диагностики бронхиальной астмы и ХОЗЛ остаётся одной из центральных задач современной пульмонологии, а своевременное и точное различение этих заболеваний имеет большое значение для подбора эффективной терапии и улучшения прогноза жизни пациентов.

**Цель исследования:** определить клинические, функциональные и лабораторные критерии, позволяющие проводить достоверную дифференциальную диагностику бронхиальной астмы и хронических обструктивных заболеваний лёгких (ХОЗЛ), а также выявить признаки перекрёстного фенотипа (ACOS) для оптимизации подходов к ведению пациентов с хронической бронхообструкцией.

### Материал и методы

Исследование проведено на базе пульмонологического отделения многопрофильного стационара в период с января 2022 года по декабрь 2023 года. В исследование были включены 80 пациентов в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст  $56 \pm 9$  лет) с жалобами на хронический кашель, одышку, эпизоды свистящего дыхания, у которых ранее не был установлен окончательный диагноз.

Критерии включения: наличие клинических признаков хронической бронхообструкции; отсутствие других тяжёлых соматических заболеваний в стадии декомпенсации; добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: активный туберкулёз лёгких; злокачественные новообразования органов дыхания; выраженные анатомические деформации грудной клетки; выраженные психические расстройства, затрудняющие сбор анамнеза и проведение функциональных проб.

Пациенты были разделены на три группы по итогам комплексной диагностики: Группа 1 (n=30) — пациенты с бронхиальной астмой; Группа 2 (n=30) — пациенты с ХОЗЛ; Группа 3 (n=20) — пациенты с синдромом перекрёстка (ACOS).

Методы обследования включали: Анамнестическое исследование — с учётом возраста дебюта заболевания, наличия атопии, аллергических ринитов, сезонности симптомов, стажа курения (в пачка-годах). Физикальное обследование — оценка характера хрипов, частоты дыхания, наличия признаков гиперинфляции лёгких. Спирометрия с пробой с бронходилататором (400 мкг сальбутамола) — определение ОФВ1 (FEV1), ФЖЕЛ (FVC), индекса Тиффно. Повышение ОФВ1  $\geq 12\%$  и  $\geq 200$  мл от исходного значения расценивалось как положительный ответ на бронходилататор. Лабораторные методы — общий анализ крови (с акцентом на уровень эозинофилов), определение общего IgE, анализ мокроты (по Фарберу), при необходимости — биомаркеры воспаления (FeNO). Рентгенография органов грудной клетки —

исключение других патологий (туберкулёз, онкопроцессы, фиброз). Аллергологическое обследование (у части пациентов) — кожные пробы с бытовыми и ингаляционными аллергенами. Компьютерная томография (КТ) — при диагностических сомнениях, особенно при подозрении на эмфизематозный компонент.

Для статистической обработки данных использовались методы описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение), t-критерий Стьюдента,  $\chi^2$ -критерий. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

### Результат и обсуждения

Клинические особенности. Пациенты с бронхиальной астмой (группа 1) чаще имели в анамнезе аллергические заболевания (атопический дерматит, аллергический ринит, поллиноз) — у 73% обследованных. Средний возраст начала заболевания составлял  $34 \pm 6$  лет. Симптомы имели перемежающийся характер, усиливались в ночное время и под воздействием аллергенов или физических нагрузок.

В группе ХОЗЛ (группа 2) преобладали мужчины (70%) со стажем курения более 20 пачка-лет, средний возраст дебюта заболевания составил  $52 \pm 7$  лет. Жалобы были постоянными, маловариабельными, прогрессирующими. Аллергический анамнез у этих пациентов был либо отрицателен, либо незначителен.:

Спирометрические данные.

Показатель	Астма (n=30)	ХОЗЛ (n=30)	ACOS (n=20)
FEV1, % от должного	$72,4 \pm 11,3$	$58,1 \pm 9,6$	$64,5 \pm 10,8$
FEV1/FVC (инд. Тиффно)	$66,2 \pm 5,8$	$59,4 \pm 6,3$	$62,1 \pm 5,1$
Реакция на сальбутамол	+15,8% (положительная у 87%)	+5,4% (положительная у 18%)	+12,1% (положительная у 55%)

У большинства пациентов с астмой наблюдалась значимая обратимость обструкции после ингаляции сальбутамола. В группе ХОЗЛ — обструкция была устойчивой, а реакция на бронходилататоры минимальной. У пациентов с ACOS показатели были промежуточными, при этом у 55% также отмечалась положительная проба с бронходилататором, что согласуется с данными литературы [6,9].

Лабораторные маркёры и сопутствующие данные. Эозинофилия крови (более 300 кл/мкл) регистрировалась у 70% пациентов с астмой, 18% с ХОЗЛ и 45% с ACOS. Повышенный уровень общего IgE был отмечен у 76% пациентов с астмой и 35% с ACOS, тогда как в группе ХОЗЛ эти показатели редко превышали норму.

Показатель	Астма	ХОЗЛ	ACOS
Эозинофилы >300 кл/мкл (%)	70%	18%	45%
IgE >100 МЕ/мл (%)	76%	10%	35%
Курение >20 пачка-лет (%)	10%	92%	55%

Перекрёстный фенотип (ACOS). Пациенты с синдромом перекрёстка демонстрировали признаки как астмы (вариабельность симптомов, эозинофилия, умеренная обратимость обструкции), так и ХОЗЛ (возрастной дебют, наличие курения, постоянная обструкция). Диагностика ACOS основывалась на совокупности клинико-функциональных критериев и требует индивидуального подхода к лечению, который сочетает использование ИГКС и длительно действующих бронходилататоров [12].

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают ключевые различия между астмой и ХОЗЛ, описанные в современных международных руководствах (GINA и GOLD) [2,3].

Главными дифференциальными признаками остаются: выраженность обратимости обструкции; наличие или отсутствие аллергического фона; возраст начала заболевания; реакция на терапию ИГКС. Особую сложность представляет группа пациентов с признаками ACOS. Эти пациенты требуют более тщательной оценки воспалительного профиля (эозинофилы, FeNO) и более гибкой терапии.

Таким образом, применение комплексного подхода с учётом клинических, функциональных и лабораторных показателей позволяет повысить точность диагностики, избежать гипердиагностики астмы у курильщиков и своевременно выявлять пациентов с перекрёстными формами.

Сравнение эффективности терапии в различных группах. Анализ ответов на проводимую терапию показал существенные различия. У пациентов с бронхиальной астмой при использовании ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в сочетании с  $\beta$ 2-агонистами короткого действия наблюдалось быстрое купирование симптомов у 83% случаев. У пациентов с ХОЗЛ выраженного ответа на ИГКС не наблюдалось, в то время как на длительно действующие бронходилататоры (LABA и LAMA) была зарегистрирована положительная динамика у 68% пациентов. У больных с ACOS требовалось комбинированное применение ИГКС и бронходилататоров, а также более частый контроль воспаления (например, по уровню эозинофилов или FeNO).

Реакция на лечение	Астма (n=30)	ХОЗЛ (n=30)	ACOS (n=20)
ИГКС + $\beta$ 2-агонисты (SABA)	83%	27%	55%
LABA / LAMA	42%	68%	60%
Комбинированная терапия (ИГКС+LABA+LAMA)	24%	61%	85%

Эти данные подтверждают различия в патогенезе заболеваний: при астме доминирует эозинофильное воспаление, контролируемое стероидами, тогда как при ХОЗЛ – нейтрофильное воспаление и нарушение мукоцилиарного клиренса, требующее длительной бронходилатирующей терапии.

Индивидуальные клинические наблюдения (кратко). Пациент А., 41 год, жалобы на эпизодическую одышку и ночной кашель. В анамнезе – аллергический ринит. Проба с сальбутамолом – улучшение FEV1 на 17%, эозинофилы – 420 кл/мкл. Диагноз: бронхиальная астма. Назначение ИГКС+SABA дало быстрый эффект. Пациент Б., 62 года, курильщик со стажем 35 лет, постоянная одышка, продуктивный кашель, низкий FEV1 (55%), незначительная бронходилататорная реакция. IgE и эозинофилы в пределах нормы. Диагноз: ХОЗЛ. Лечение: LAMA + LABA. Пациент В., 57 лет, курильщик, жалобы на перемежающуюся одышку, эозинофилы 310 кл/мкл, IgE 250 МЕ/мл, умеренная обратимость обструкции. Диагноз: ACOS. Назначение комбинированной терапии (ИГКС + LABA + LAMA) обеспечило стабилизацию состояния.

Практическое значение результатов. Полученные данные позволяют выделить ряд чётких диагностических критериев, помогающих врачу дифференцировать бронхиальную астму и ХОЗЛ: Для астмы характерны: молодой возраст начала; наличие атопии и аллергического анамнеза; эозинофилия и повышенный IgE; выраженная обратимость обструкции; хороший эффект от ИГКС.

Для ХОЗЛ характерны: возраст начала после 40 лет; наличие стажа курения; постоянные симптомы без выраженной вариабельности; преобладание нейтрофильного воспаления; ограниченный эффект от ИГКС. При ACOS признаки обеих патологий сочетаются, что требует особой клинической настороженности и гибкой терапевтической стратегии.

### Заключение

Бронхиальная астма и ХОЗЛ — два самостоятельных, но клинически схожих заболевания, требующих чёткой дифференциальной диагностики, особенно у пациентов среднего и пожилого возраста.

Ключевыми дифференциальными критериями являются: возраст дебюта заболевания, характер симптомов (вариабельность vs. стабильность), анамнез (наличие атопии, курение), реакция на бронходилататоры, уровень эозинофилов и IgE, спирометрические параметры.

Применение спирометрии с бронходилатационной пробой, лабораторных маркёров воспаления (эозинофилы, IgE), а также анамнестических данных позволяет достоверно разграничить бронхиальную астму и ХОЗЛ в большинстве случаев.

Особое внимание необходимо уделять пациентам с синдромом перекрёстка астмы и ХОЗЛ (ACOS), которые демонстрируют смешанные признаки и требуют индивидуализированной терапии с включением как ИГКС, так и длительно действующих бронходилататоров.

Проведение дифференциальной диагностики с учётом комплексного клинико-функционального подхода позволяет улучшить качество лечения, снизить частоту обострений и повысить прогноз у пациентов с хронической бронхообструкцией.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Всемирная организация здравоохранения. Chronic respiratory diseases. WHO, 2023.
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2023.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2023.
4. Соловьёв А. В. Хронические обструктивные болезни лёгких: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
5. Лоцицкая И. С., Ганженко А. Г. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и ХОЗЛ. — Вестник пульмонологии, 2021, №1, с. 23–29.
6. Barnes P. J. Asthma-COPD overlap syndrome (ACOS): a critical review of the current literature. *Eur Respir J.*, 2020; 56(4):2002108.
7. Bateman E.D., et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J.* 2023; 59(3):2102730.
8. Vogelmeier C.F., et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report. *Am J Respir Crit Care Med.* 2023; 207(1):1–10.
9. Agustí A., et al. Treatable traits: toward precision medicine of chronic airway diseases. *Eur Respir J.* 2016; 47(2):410–419.
10. Дробязго В.Г., Симбирцева Е.Г. Особенности дифференциальной диагностики и терапии бронхиальной астмы и ХОЗЛ. *Пульмонология*, 2020; 30(6): 78–85.
11. Матюшкин А.Н. Хронические обструктивные болезни лёгких: клиника, диагностика, лечение. — СПб.: ЭЛБИ, 2021.
12. Cosío V.G., et al. Defining the Asthma-COPD Overlap Syndrome in a COPD Cohort. *Chest.* 2016; 149(1):45–52.

Поступила 20.05.2025