

21 СЕНТЯБРЯ

2023



## ТЕЗИСЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# Верхние и нижние дыхательные пути – единая структура, единое заболевание

Москва, Ленинградский пр-кт, 37, корп. 9  
бизнес-отель «Аэростар»

Регистрация и просмотр мероприятия:

[WWW.PULMONOLOGYS.RU](http://WWW.PULMONOLOGYS.RU)

---

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Качество жизни и приверженность к терапии при тяжелой бронхиальной астме.....3<br><i>Банников Е.К.</i> | 3  |
| Бронхиальная астма, течение болезни и ее последствия .....4<br><i>Шамсиева Н.</i>                      | 4  |
| Поражение легких при вич-инфекции .....6<br><i>Долгова Т.В.</i>  | 6  |
| Клиническая характеристика пневмокониоза.....8<br><i>Петросян Э.Ю.</i>                                 | 8  |
| Осложнения бронхиальной астмы ..... 10<br><i>Мытарева А.Т.</i>   | 10 |

---

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

**БАННИКОВ Е.К.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) – хроническое инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся воспалением дыхательных путей. При БА важно поддерживать контроль над заболеванием, чтобы улучшить качество жизни и снизить риск обострений. Качество жизни больных БА включает в себя медицинские, психологические и социально-экономические аспекты. Оно отражает влияние заболевания на физическое, социальное и психическое состояние больного. Приверженность к терапии – это степень, с которой пациент следует предписанному ему лечению. Низкая приверженность к терапии является одной из основных причин плохого контроля БА, снижения качества жизни больного и высокого риска обострений. Чтобы повысить приверженность к терапии, важно, чтобы пациент был полноправным участником процесса лечения и понимал важность соблюдения рекомендаций врача.

**Цель.** Изучить качество жизни и приверженность к терапии больных бронхиальной астмой тяжелой степени течения.

**Задачи.** Оценить приверженность к терапии, ингаляторам и качество жизни больных тяжелой БА с помощью опросника Мориски-Грина (MMAS-6), опросника «Тест на приверженность к ингаляторам» (ТАИ) и опросника качества жизни (AQLQ).

**Материалы и методы.** Исследование проводилось при участии 120 больных тяжелой БА, из них 80% женщин и 20% мужчин. Средний возраст пациентов –  $44,5 \pm 6,2$  года, а средняя длительность заболевания – 14,5 года. У 52,5% пациентов была аллергическая БА, у 20% – смешанная БА, а у 27,5% – неаллергическая БА. Приверженность к терапии оценивалась с помощью MMAS-6 и ТАИ. Качество жизни оценивалось с помощью AQLQ.

**Результаты.** В ходе исследования было выявлено, что 60% пациентов имели низкую приверженность к базисной терапии. Низкая приверженность была обусловлена невнимательностью к часам приема лекарств, пропуском приема лекарств при хорошем самочувствии и низкой осведомленностью о заболевании. При обследовании 40 больных БА тяжелого течения с помощью ТАИ было выявлено, что полная приверженность наблюдалась у 60% пациентов, промежуточная – у 27,5%, отсутствие приверженности – у 12,5%. Промежуточная приверженность чаще всего была обусловлена забыванием использования ингаляторов, прекращением их использования при хорошем самочувствии и опасением побочных эффектов. Отсутствие приверженности к терапии было также обусловлено прекращением использования ингаляторов при хорошем самочувствии.

**Вывод.** Результаты исследования свидетельствуют о том, что низкая приверженность к терапии является распространенной проблемой у больных БА. Полученные результаты могут быть обусловлены различными факторами, включая невнимательность к часам приема лекарств, пропуск их приема при хорошем самочувствии и низкую осведомленность о заболевании, поэтому важно проводить с больными профилактические беседы.



## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

**ШАМСИЕВА Н.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**Актуальность.** Бронхиальная астма хронического течения представляет собой воспалительное заболевание дыхательных путей, которое проявляется: полной или частичной обратимой обструкцией дыхательных путей, возникающей вследствие спазма гладкой мускулатуры бронхов, отека слизистой оболочки, инфильтрации подслизистой оболочки воспалительными клетками, гиперсекреции слизи, утолщения базальной мембраны, эпизодами кашля, свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди, как правило, связанными с воздействием специфических триггерных факторов и возникающими преимущественно в ночное время или ранним утром.

Более подверженными оказались:

- 1) лица детского и юношеского возраста;
- 2) часто страдающие острыми респираторными вирусными инфекциями (заболевают в 18 раз чаще);
- 3) больные хроническим бронхитом, хроническим насморком, полипами носа;
- 4) страдающие диатезом, полинозом;
- 5) работающие во вредных условиях (пыль растительная, животная), с антибиотиками, пластмассой, стиральным порошком.

**Цель.** Предотвратить развитие повышенной чувствительности к определенным веществам (особое внимание уделяется пациентам, которые имеют наследственную предрасположенность к острым реакциям на аллергены). Изучить функциональное состояние органов дыхательной системы после перенесенного заболевания.

**Задачи исследования.** Сравнить подверженность болезни пациентов с аллергическими реакциями и людей, не имеющих аллергии. Отследить последствия перенесенной болезни у пожилых людей.

**Материалы и методы.** На сегодняшний день «золотым стандартом» в диагностике и мониторинге бронхиальной астмы являются спирометрические исследования (спирография, пикфлоуметрия, бодиплетизмография с применением различных провокационных проб), однако они полностью не отражают разностороннюю картину заболевания. Для подтверждения диагноза необходима оценка аллергологического статуса, определение биологических маркеров заболевания. Используется ряд методик для изучения нарушения регионарной вентиляции: радиосцинтиграфия, лучевые методы. Одним из перспективных направлений в диагностике являются генетические методы. Следует учитывать вариабельность бронхиальной астмы и применять в диагностике комплексный подход.

**Результаты.** Исследования показывают, что бронхиальной астмой заболевают чаще дети, из них большая часть – это мальчики. Затем постепенно процент мужчин и женщин становится равным. Согласно исследованиям, приведенным в статьях, па-

циенты, имеющие аллергию, по сравнению с пациентами, не имеющими аллергических реакций, переносят заболевание намного тяжелее. Последствиями перенесенной инфекции являются осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, а также центральной нервной системы. Изучение данной темы позволило выявить наиболее часто встречающиеся осложнения: эмфизема легких, подкожная эмфизема, пневмосклероз, дыхательная недостаточность, спонтанный пневмоторакс, ателектаз легкого, сердечная недостаточность, патологии со стороны нервной и эндокринной систем. Реабилитация играет важную роль в управлении бронхиальной астмой, помогая пациентам улучшить контроль над своими симптомами и качеством жизни. Пациентам следует избегать факторов, которые могут вызвать обострение, таких как табачный дым, аллергены, холодный воздух. Рекомендуется консультироваться с врачом для разработки индивидуальной программы физической активности. Психологическая консультация: управление стрессом и тревогой может помочь пациентам справляться с астмой более эффективно.

Выводы. Бронхиальная астма, как и большинство хронических заболеваний, это «не болезнь, а образ жизни», и для того, чтобы этот образ был правильным, прежде всего необходимо соблюдение рекомендаций по обследованию, лечению и профилактике бронхиальной астмы. Факторами, которые провоцируют обострения и приступы, чаще всего выступают аллергены и физические нагрузки. Помимо этих факторов риска выделяется наследственный фактор. Так как заболевание носит волнообразный характер (приступы и обострения сменяются ремиссией), пациенты не уделяют должного внимания постоянной профилактике. А также у населения присутствует некоторый дефицит информации о бронхиальной астме и ее осложнениях.



## ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**ДОЛГОВА Т.В.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**Введение.** ВИЧ – инфекционное антропонозное хроническое заболевание, которое вызывается вирусом иммунодефицита человека. Медленно прогрессирует, поражает иммунную систему, имеет широкое распространение в мире. Группу заболеваний системы органов дыхания составляют самые разнообразные по происхождению и по клинической картине патологические процессы, являющиеся в большинстве случаев непосредственной причиной смерти больных.

**Задачи.** Исследовать течение часто встречаемых легочных заболеваний у страдающих ВИЧ-инфекцией пациентов.

Цель. Изучить часто встречаемые легочные заболевания, спровоцированные ВИЧ-инфекцией, для их своевременного обнаружения и лечения.

**Материалы и методы.** Этиологический спектр и тяжесть поражения нижних дыхательных путей у больных ВИЧ-инфекцией, как правило, зависит от количества CD4+ лимфоцитов в крови. При сохранении количества CD4+ лимфоцитов в крови более 500 кл/мкл часто встречаются бактериальные бронхиты и пневмонии, от 500 до 200 кл/мкл – регистрируются случаи бактериальной пневмонии и туберкулеза легких, при снижении количества CD4+ лимфоцитов менее 200 клеток/мкл – цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистоз, токсоплазмоз.

### *Пневмоцистная форма пневмоний*

Возбудители *Pneumocystis carini*, *Pneumocystis jirovecii*. Ранними признаками заболевания являются одышка, кашель, как правило, сухой или с незначительным количеством мокроты. Отмечаются осложнения в виде спонтанного пневоторакса, пневмомедиастинума, подкожной эмфиземы.

### *Бактериальные пневмонии пневмококковой и гемофильной этиологии*

Наиболее часто встречаются у ВИЧ-инфицированных с активной наркотической зависимостью. На фоне ВИЧ-инфекции чаще, чем при нормальном иммунитете, выделяются *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*. Клиническая картина и прогноз при бактериальной пневмонии у ВИЧ-инфицированных и лиц с нормальным иммунитетом существенно не различаются.

### *Цитомегаловирусная инфекция*

Распространена достаточно широко, однако пневмонии, вызванные этим вирусом, встречаются только у лиц с иммунодефицитом. Повышение доли пациентов с цитомегаловирусной пневмонией связано с бессимптомным выделением вируса, например, со слюной. У больных отмечается лихорадка выше 38–39 °С, явления интоксикационного синдрома в виде быстрой утомляемости, потеря аппетита, снижение веса, ночная потливость, миалгии. Основными клиническими симптомами ЦМВ-пневмонии являются сильный приступообразный сухой или малопродуктивный кашель, одышка.

*Туберкулез*

Клинические проявления на фоне ВИЧ-инфекции напоминают пневмонию. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции чаще возникает инфильтративный туберкулез, туберкулезный плеврит и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, клинические проявления которых сходны с такими у пациентов без ВИЧ-инфекции. Туберкулез в этот период представляет собой медленно развивающуюся, склонную к хронизации инфекцию.

Для определения наличия заболеваний легких следует проводить иммунологическое обследование с установлением количества CD4+ лимфоцитов, исследование мокроты, в т.ч. методом ПЦР на обнаружение ДНК микобактерии туберкулеза, и рентгенологические исследования органов грудной клетки.

**Результаты.** Симптоматика пневмонии, вызванной различными возбудителями, может не проявлять себя в начале болезни, что может привести к летальному исходу.

**Выводы.** Диагностика поражений легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией крайне сложна и основывается на сборе анамнестических, рентгенологических данных, клинической картине заболевания.



## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОКОНИОЗА

**ПЕТРОСЯН Э.Ю.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**Введение.** О заболеваниях легких вследствие длительного вдыхания производственной пыли было известно еще с древних времен. Однако истинная сущность пневмокониозов стала известна лишь в течение XIX века. Пневмокониоз представляет собой диффузный интерстициальный фиброз, развивающийся в результате работы на производственных предприятиях, таких как шахты или заводы машиностроения. Выделяют три стадии заболевания: узелковую, интерстициальную и узловую. Источники образования пыли на производстве многообразны. В основном это процессы, связанные с обработкой и отделкой поверхности металлов, бурением пород, их дроблением, а также сваркой металлов. 50% пылевых частиц задерживается в носовой полости ресничками эпителия. Оставшиеся частички, попадая на альвеолы легких, поглощаются фагоцитами. Под влиянием длительного токсического воздействия пыли фагоциты погибают, а поступающая все в большем количестве пыль накапливается в лимфатической системе легких и вызывает пылевой фиброз – пневмокониоз, влекущий за собой определенную клиническую картину.

**Цель.** Изучить клиническую характеристику пневмокониоза.

**Материалы и методы исследования.** Для изучения клинической картины пневмокониоза была отобрана группа людей с разными стадиями данного заболевания. Использовались следующие методы диагностики: крупнокадровая флюорография, дающая возможность заметить деформацию легкого и наличие в нем определенных дефектов; компьютерная томография (КТ), рентген и магнитно-резонансная томография, позволяющие определить степень и характер заболевания. Также были проведены исследования, направленные на изучение функций внешнего дыхания, такие как спирометрия и плетизмография. Помимо исследований были проведены сбор анамнеза и жалоб, а также перкуссия.

**Результаты.** Сбор анамнеза позволил нам определить симптомы пневмокониоза. На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно, на поздних стадиях возникает ощущение нехватки воздуха, сухой, непостоянный кашель, боли в груди, покалывание и чувство стеснения и скованности в грудной клетке. В ряде случаев наблюдается расширение нижнебоковых отделов грудной клетки. При перкуссии выявляется коробочный звук. Выслушиваются сухие единичные хрипы, шум трения плевры. Анализ данных показал следующее: на рентгеновском исследовании выявляются слабо или сильно затемненные участки в зависимости от стадии заболевания. Результаты спирометрии дают понять, что при пневмокониозе снижаются такие показатели, как жизненная емкость легких и форсированная жизненная емкость легких. На снимках КТ мы можем выявить тонкие линии патологически измененной соединительной ткани легких, формирующие сеть, очаговые поражения и начальные изменения в плевре.



**Вывод.** Таким образом, проведя исследование на группе людей с разными стадиями пневмокониоза, разобрав методы диагностики данного заболевания и проанализировав полученные результаты дополнительных исследований, мы изучили клиническую характеристику пневмокониоза.



## ОСЛОЖНЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

**МЫТАРЕВА А.Т.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет*

*им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**Введение.** Бронхиальная астма (БА) – хроническое инфекционно-воспалительное заболевание дыхательных путей. Характеризуется приступами удушья или другими респираторными симптомами в результате спазма гладких мышц бронхов и отека слизистой дыхательных путей. Классические симптомы астмы: кашель, свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди. Это одно из самых распространенных заболеваний человечества. Чаще всего БА встречается в Австралии, Новой Зеландии, США, Израиле и Ирландии. Факторы, способствующие БА: наличие аллергической реакции на шерсть животных, на пыльцу растений, реакция на пыль, генетическая предрасположенность. Приблизительно 300 млн человек страдают БА. Если вовремя не подобрать лечение, то могут развиваться тяжелые осложнения.

**Цель.** Выявить аспергиллез у пациентов с БА.

**Материалы и методы.** Было изучено несколько образцов мокроты, бронхиального лаважа больных с помощью культурального способа. Анализ мокроты позволил установить характер заболевания органов дыхания. Образцы с мокротой пересаживались в чашки Петри с агаром Сабуро с хлорамфениколом и инкубировались при 37 °С в течение семи дней. Выявление культуры проводилось на основе культуральных свойств и окрашивания лактофенолом хлопковым голубым.

**Результаты.** У больных отмечалось отделение мокроты и одышка. Результат исследования показал, что аспергиллез был обнаружен у 3,6% пациентов. Все изолированные штаммы относились к виду *A.niger*. Данный штамм может вызывать инвазивный аспергиллез, хронический легочный аспергиллез. Это заболевание характеризуется токсико-аллергическими реакциями и тяжелым течением болезни.

**Выводы.** Таким образом, после полученных результатов мы выявили, что основным грибом при БА является *A.niger*. При своевременной диагностике данного состояния возможно подобрать верное лечение и избежать обострения БА.