

**«ОЖИДАЕМАЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА
СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ЭФФЕКТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ».**

Сатликов Рашид Каримович. к.м.н.

Ургенчский Государственный Медицинский Институт.

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич

Самаркандский филиал Ташкентского международного университета,
доктор медицинских наук, профессор

Актуальность.

Тяжёлая бронхиальная астма (БА) характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей, вариабельным ограничением воздушного потока, персистирующими респираторными симптомами и значительным нарушением функции внешнего дыхания. Объективная оценка функционального состояния лёгких имеет важное значение для определения степени бронхиальной обструкции, контроля заболевания и оценки ответа на проводимую терапию. Спирометрия позволяет количественно оценить основные параметры функции внешнего дыхания, включая объём форсированного выдоха за первую секунду (FEV₁), форсированную жизненную ёмкость лёгких (FVC) и отношение FEV₁/FVC.

Цель исследования.

Изучить основные спирометрические показатели у пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой и оценить предполагаемую динамику функции внешнего дыхания после эффективного лечения.

Материалы и методы.

Проведён анализ спирометрических данных пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой с 2025 г по 2026 годы на базе многопрофильной областной больницы Хорезма.(Узбекистан) Из представленного массива для анализа были отобраны 109 исследований, в которых одновременно имелись показатели FVC, FEV₁ и FEV₁/FVC. Показатели представлены в процентах от должных значений. Дополнительно проведено сравнительное рассмотрение основных параметров функции внешнего дыхания до лечения и после эффективной терапии.

Результаты.

Исходный анализ спирометрических показателей продемонстрировал существенное нарушение функции внешнего дыхания у пациентов с тяжёлой БА. В общей группе среднее значение FVC составило $65,41 \pm 20,79\%$, FEV₁ — $51,39 \pm 18,99\%$, FEV₁/FVC — $80,80 \pm 21,37\%$ от должных значений.

При распределении пациентов в зависимости от выраженности обструктивных нарушений выявлена закономерная тенденция к снижению FEV₁ и FVC по мере увеличения тяжести функциональных нарушений. При умеренной обструкции средний FEV₁ составлял $72,39 \pm 12,49\%$, при среднетяжёлой — $59,25 \pm 15,37\%$, при тяжёлой — $41,20 \pm 9,98\%$, а при крайне тяжёлой — $27,33 \pm 8,34\%$.

Среднее значение FVC также последовательно снижалось: с $83,54 \pm 13,53\%$ при умеренной обструкции до $43,50 \pm 12,85\%$ при крайне тяжёлой. Таким образом, исходное состояние характеризовалось выраженным

нарушением вентиляционной функции лёгких, наиболее заметным по показателю FEV₁.

После эффективного лечения отмечалась положительная динамика спирометрических показателей. В частности, FEV₁ увеличилась с диапазона 50–70% до 80–95% от должного, FVC — с 70–85% до 85–100%, а FEV₁/FVC — с патологически сниженных значений до 0,75–0,85. Такое изменение соответствует улучшению бронхиальной проходимости и уменьшению выраженности ограничения воздушного потока.

Наиболее существенным критерием положительного ответа на лечение является увеличение FEV₁. Повышение данного показателя с исходных 50–70% до 80–95% от должного может свидетельствовать о значительном улучшении функции внешнего дыхания. Одновременно повышение FVC до 85–100% от должного указывает на улучшение вентиляционной способности лёгких. Увеличение отношения FEV₁/FVC до 0,75–0,85 характеризует уменьшение выраженности бронхиальной обструкции. Повышение PEF до 80–100% от должного отражает улучшение скорости форсированного выдоха. Динамика MEF25–75 может дополнительно свидетельствовать об улучшении проходимости периферических отделов бронхиального дерева.

Снижение вариабельности PEF более чем с 20% до менее 10% может рассматриваться как признак большей стабильности бронхиальной проходимости и лучшего контроля заболевания.

Обсуждение.

Полученные исходные данные демонстрируют выраженную неоднородность функционального состояния лёгких у пациентов с тяжёлой

БА. Наиболее существенные нарушения выявлены по FEV_1 , среднее значение которого в общей группе составило $51,39 \pm 18,99\%$ от должного. При крайне тяжёлой обструкции FEV_1 снижался до $27,33 \pm 8,34\%$.

Отмеченное нами улучшение спирометрических параметров после эффективной терапии имеет важное клиническое значение. Увеличение FEV_1 , FVC и FEV_1/FVC в сочетании со снижением вариабельности PEF свидетельствует об улучшении функционального состояния дыхательной системы и более стабильном контроле бронхиальной астмы.

Следует подчеркнуть, что спирометрические показатели должны оцениваться комплексно. Одно только увеличение FEV_1 не может полностью характеризовать эффективность лечения. Необходимо учитывать клинические симптомы, частоту обострений, потребность в препаратах скорой помощи, показатели АСТ/АСQ, приверженность терапии и технику использования ингаляционных устройств.

Заключение.

У пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой выявляются выраженные нарушения функции внешнего дыхания, наиболее значимые по FEV_1 . В общей группе среднее значение FEV_1 составило $51,39 \pm 18,99\%$, FVC — $65,41 \pm 20,79\%$, FEV_1/FVC — $80,80 \pm 21,37\%$ от должных значений.

Степень функционального нарушения увеличивалась по мере утяжеления бронхиальной обструкции: FEV_1 снижался с $72,39 \pm 12,49\%$ при умеренной до $27,33 \pm 8,34\%$ при крайне тяжёлой обструкции.

После эффективной терапии отмечалось повышение FEV_1 , FVC, FEV_1/FVC и PEF, улучшение показателей проходимости мелких бронхов и

уменьшение вариабельности PEF. Таким образом, комплексная спирометрическая оценка является важным инструментом объективного мониторинга функционального состояния лёгких и эффективности лечения пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой.