

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616.24-002.17**

**СУЛТАНОВ  
АКБАРХОН ИСМОИЛОВИЧ**

**ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ  
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН  
(РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ)**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни

**Душанбе – 2020**

Работа выполнена на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино».

**Научный руководитель:** **Мустафакулова Намуна Ибрагимовна**  
доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой внутренних  
болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали  
ибни Сино».

**Официальные оппоненты:** **Шмелёв Евгений Иванович,**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий отделом дифференциальной  
диагностики туберкулеза и экстракорпо-  
ральных методов лечения ФГБНУ  
«ЦНИИТ» г. Москвы.

**Бобоходжаев Октам Икромович,**  
доктор медицинских наук, доцент, совет-  
ник директора ГУ «Республиканского  
центра по защите населения от туберку-  
лёза МЗ СЗНРТ»

**Оппонирующая организация:** Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение высшего образования «Российский националь-  
ный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пиро-  
гова» (г. Москва).

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. в «\_\_\_» ча-  
сов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-038 при ГОУ ТГМУ  
им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139,  
[tajmedun@tj](mailto:tajmedun@tj), +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ  
«Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали  
ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020г.

**Ученый секретарь**  
**диссертационного совета,**  
**кандидат медицинских наук**

**Р.Дж. Джамолова**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования и востребованность проведения исследований по теме диссертации.** Экзогенный аллергический альвеолит (ЭАА) или гиперсенситивный пневмонит, относится к интерстициальным (диссеминированным) заболеваниям лёгких, сопровождающимся диффузными воспалительными изменениями в паренхиме и интерстиции лёгких, а также бронхиолах в результате повторных ингаляций различных органических и неорганических антигенов [Макарьянц Н.Н., 2013; Кизименко Н.Н., Литвиенко Е.А., 2017].

В последние годы отмечается увеличение числа ЭАА в связи с ухудшением экологической обстановки, с развитием частного предпринимательства, *не соблюдением* различных норм безопасности условий труда, особенно в сельском хозяйстве [Blackwell T.S. et al., 2014; Quirce S., 2016; Kouranos V., 2017]. Экзогенный аллергический альвеолит наиболее часто встречается среди птицеводов (от 3,0% до 14,0%), животноводов (от 2,3% до 8,6%) и фермеров (от 9,0% до 12,0%), имеющих контакт с заплесневелым сеном и соломой [Макарьянц Н.Н., 2013; Илькович М.М., 2015; Чучалин А.Г., 2016; Шмелёв Е.И., 2017].

Клинико-рентгенологическая картина при ЭАА разнообразна, зависит от варианта течения заболевания и сходна с другими диссеминированными заболеваниями лёгких. В связи с этим встречаются ошибки и трудности в диагностике ЭАА, что требует проведения дифференциальной диагностики между болезнью Хаммена-Рича, токсическим фиброзирующим альвеолитом, диссеминированным туберкулёзом, пневмокониозом, саркоидозом, метастатическим раком лёгких [Кизименко Н.Н., 2013; Чучалин А.Г., 2015; Белевский А.И., 2017; Quirce S. et al., 2016].

**Степень изученности научной задачи.** Диссертационная работа является фрагментом научной темы кафедры внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и посвящена ранней диагностике и профилактики ЭАА. Научные исследования также проведены в рамках Национальной программы МЗ и СЗН Республики Таджикистан по снижению бронхолёгочных заболеваний.

В условиях региона Республики Таджикистан (РТ), на фоне сухого и жаркого климата, экологической загрязнённости воздушной среды химическими ихлопкоочистительными предприятиями, загрязнение почвы и токсическое действие пестицидов на бронхолёгочную систему способствует не только развитию ЭАА, но и усугубляет его течение [Мустафакулова Н.И. и соавт., 2017].

**Теоретические и методологические основы исследования.** В РТ в процессе диагностики не все врачи первичного звена и госпитального этапа осведомлены об ЭАА, не всегда включают КТВР, не проводят диагностически значимые исследования бронхоальвеолярного смыва и иммунологического статуса, часто ограничиваются анализом обзорных рентгенограмм.

Зачастую из-за отсутствия алгоритма ранней диагностики и терапии различных вариантов ЭАА мы в клинической практике наблюдаем неправильную трактовку результатов рентгенологических исследований и самого диагноза, позднюю диагностику заболевания, лечение заболевания под «маской» других болезней, утяжеление заболевания, развитие грозных осложнений, приводящих к летальному исходу и неадекватной терапии.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования:** изучить факторы риска развития, особенности клинических проявлений, принципы современной диагностики и терапии экзогенного аллергического альвеолита с учётом региональных особенностей Республики Таджикистан.

**Объект исследования.** Обследовано 123 пациентов с ЭАА, поступившие из различных регионов РТ с оценкой степени нарушений клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований.

**Предмет исследования.** Все обследованные пациенты с ЭАА сопоставлены в зависимости от варианта течения заболевания, выраженности рентгенологических, иммунологических, вентиляционных изменений и клеточного состава БАЛ.

### **Задачи исследования**

1. Выявить факторы риска развития экзогенного аллергического альвеолита в зависимости от региональных особенностей Республики Таджикистан.
2. Сопоставить клиническое течение основных вариантов ЭАА в зависимости от характера воздействия аллергических факторов и региональных особенностей Республики Таджикистан.
3. Установить значимость компьютерной томографии высокого разрешения органов грудной клетки, иммунологического статуса, микробиологической структуры мокроты и вентиляционной функции лёгких в зависимости от клинических проявлений ЭАА.
4. Провести количественный и клеточный анализ бронхоальвеолярного смыва у пациентов ЭАА в зависимости от их клинических вариантов.

5. Разработать алгоритм ранней диагностики и комплексного медикаментозного лечения ЭАА в зависимости от клинических вариантов ЭАА.

**Методы исследования.** Все исследования проведены на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе пульмонологического отделения ГУ НМЦ РТ г. Душанбе. На каждого больного заполнена специально разработанная анкета с указанием анамнестических данных, факторов риска развития ЭАА, проведены общеклинические и специальные методы исследования.

**Общеклинические методы исследования:** общий анализ крови, общий анализ мочи и кал на яйца глист.

**Специальные методы исследования:**

- Оценка рентгенологического метода исследования (КТВР).
- Иммунологические методы исследования.
- Исследование клеточного состава БАЛ.
- Оценка показателей ФВД.

**Область исследования.** Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни подпункт 3.4. Этиология и патогенез, факторы риска, генетики заболеваний внутренних органов; подпункт 3.7. Расстройства функций внутренних органов, как у больного, так и у здорового взрослого человека. Содержание диссертации полностью отражает исследования по бронхолёгочной патологии, в частности ЭАА. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации четко отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведённых исследований.

**Этапы исследования.** Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Учитывая жаркий и сухой климат РТ, экологическая загрязненность воздуха, токсичность пестицидов нами в сравнительном аспекте изучены показатели вышеуказанных исследований. Завершающим этапом исследованием и написания диссертации явилось установление эффективности комбинации пепсала с системными ГКС при остром и подостром течении ЭАА и использование системных ГКС в сочетании с цитостатиками при хроническом течении заболевания.

**Основная информационная и исследовательская база.** В диссертационной работе подробно изучены основные фундаментальные исследования учёных стран ближнего и дальнего зарубежья, посвященные интерстициальным заболеваниям лёгких. Исследование проводилось на базе ГУ НМЦРТ.

**Достоверность результатов исследования.** Все научные положения, выводы и практические рекомендации чётко отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведённых исследований. Практические рекомендации изложены конкретно и внедрены в практическую деятельность пульмонологического отделения ГУ НМЦРТ. Диссертантом обследовано 123 пациентов с ЭАА, поступившие из различных регионов РТ. Результаты исследований подтверждены статистической обработкой и применением комплекса научных и объективных методов исследования. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов комплексного обследования пациентов с ЭАА с учётом региональных особенностей РТ.

### **Научная новизна**

Впервые установлены характерные региональные особенности факторов риска развития ЭАА в РТ: влияние жаркого и сухого климата, вдыхание хлопковой и зерновой пыли. Впервые установлено, что жители села в 2,5 раза больше страдают ЭАА, чем жители города. У пациентов Хатлонской области ЭАА в 2 раза чаще встречается, чем у жителей Согдийской области, в связи с экологической загрязнённостью этих районов. Впервые сопоставлены клинические проявления основных вариантов ЭАА в зависимости от характера воздействия аллергических факторов и региональных особенностей РТ.

Обнаружены КТ различия по выраженности рентгенологических данных ЭАА: «симптом матового стекла» у пациентов с острым и подострым течением, тогда как у больных с хроническим течением встречалось утолщение междольковых перегородок в виде «сотовых» изменений. Впервые установлены диагностические различия показателей брнхоальвеолярного смыва: при астмоидном варианте отмечено преобладание эозинофилов и лимфоцитов, при пневмониеподобном варианте лимфоцитов и фиброзирующем варианте, наоборот, уменьшение количества лимфоцитов.

Впервые в РТ разработан алгоритм ранней диагностики и комплексного медикаментозного лечения ЭАА в зависимости от клинических вариантов ЭАА.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть включены в программу теоретических и практических занятий по пульмонологии на кафедре внутренних болезней медицинских ВУЗов, а также факультетах усовершенствования врачей, курсах повышения квалификации института послдипломной подготовки медицинских кадров.

**Практическая значимость.** Разработанный алгоритм ранней диагностики ЭАА позволяет в кратчайшие сроки предположить интерстициальное поражение лёгочной ткани и своевременно назначить не только дообследование (компьютерную томографию высокого разрешения органов грудной клетки), но и адекватную терапию, что, в свою очередь, приводит к снижению количества диагностических ошибок, сокращает число неудовлетворительных результатов, предотвращает риск развития осложнений, повышает качество жизни пациентов, снижает степень утраты трудоспособности и летальных исходов.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Характерными региональными особенностями факторов риска развития ЭАА в Республике Таджикистан явилось: влияние жаркого и сухого климата, вдыхание хлопковой и зерновой пыли, сено и пыльца чинара, тогда как в разных странах и регионах мира наиболее превалирующими факторами развития ЭАА стал птичий антиген и массивная экспозиция плесневых грибов.
2. Жители села в 2,4 раза больше страдают ЭАА, чем жители города. У пациентов Хатлонской области ЭАА в 2 раза чаще (42,2%) встречался по отношению к жителям Согдийской области (21,1%) в связи с экологической загрязнённостью этих районов. Малый процент поступления больных (2,4%) из ГБАО, возможно, связан с экологически чистым горным воздухом.
3. Клиническая картина экзогенного аллергического альвеолита зависит от характера течения заболевания: при астмоидном варианте заболевание проявляется эпизодами приступов бронхиальной астмы, при пневмониеподобном варианте - выраженным интоксикационным синдромом, а при фиброзирующем варианте - с дыхательной недостаточностью и медленно прогрессирующим течением.
4. У пациентов с хроническим течением ЭАА выявлено достоверное снижение клеточного и гуморального иммунитета (СД3, СД4 и

CD8+ – лимфоцитов, концентрации IgG, IgM, числа IgE, уровня ЦИК), тогда как у большинства пациентов с острым и подострым вариантом течения выявлено достоверное их повышение.

5. Обнаружены различия по выраженности рентгенологических данных: «симптом матового стекла» у 38,2% пациентов, с острым и подострым течением - 12,3%, тогда как у 47,9% больных с хроническим течением встречалось утолщение междольковых перегородок в виде «сотовых» изменений.
6. Цитологическое исследование БАЛ показало различие между тремя вариантами ЭАА: при астмоидном варианте наблюдалось преобладание эозинофилов и лимфоцитов, при пневмониеподобном варианте лимфоцитов, и фиброзирующем варианте, наоборот, уменьшение количества лимфоцитов. Диагностическая ценность клеточного состава БАЛ теряет свою значимость в связи с неоднократным получением антибактериальной и глюкокортикостероидной терапии.
7. Обструктивный тип вентиляционных нарушений, в основном, встречался при астмоидном и остротекущем варианте ЭАА, тогда как при пневмониеподобном и фиброзирующем варианте превалировал рестриктивный тип нарушений внешнего дыхания.
8. По мере прогрессирования дыхательной недостаточности при остром и подостром течении ЭАА комбинация пепсала с системными ГКС является весьма эффективной, тогда как при хроническом течении заболевания использовали системные ГКС в сочетании с цитостатиками.

**Личный вклад диссертанта.** Автором лично обследовано 123 пациентов, с использованием клинического наблюдения, проведен анализ литературы, сбор и систематизация первичного клинического материала и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, выполнена статистическая обработка.

**Апробация работы.** Материалы диссертации доложены на 63-ой, 64-ой, 65-ой и 66-ой годовых научно-практических конференциях Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи» (Душанбе, 2015), « Проблемы теории и практики современной медицины» (Душанбе, 2016); "Медицинская наука и образование" (Душанбе, 2017); «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» (Душанбе, 2018); на заседании объединенной

межкафедральной экспертной проблемной комиссии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино по терапевтическим дисциплинам (Душанбе, Протокол №3, 2016г.). Основные положения и материал диссертации внедрены в практику обследования пациентов в пульмонологическом отделении НМЦЗ РТ.

**Публикации результатов диссертации.** По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 3 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ и издана монография.

**Объём и структура диссертации.** Диссертация состоит из списка сокращений, введения, общей характеристики работы 5 глав, обсуждения результатов, заключения и списка литературы. Текст диссертации изложен на 138 страницах компьютерного текста (*шрифт Times New Roman – 14, интервал 1,5*), иллюстрирована 14 таблицами и 11 рисунками. Список использованной литературы состоит из 220 источников, в том числе 107 – на русском и 113 - на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Работа проведена на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе пульмонологического отделения ГУ НМЦ РТ в период с 2010 по 2018 гг. В результате проведенных исследований из 203 пациентов с ИЗЛ ЭАА выявлен у 123 человек, туберкулез лёгких - у 35, лейкоэмическая инфильтрация лёгких – у 23, аспергиллез лёгких – у 15, метастатический рак лёгких – у 4, карциноматоз – у 3 больных.

Среди обследованных 123 пациентов с ЭАА мужчин было 73 человека (59,3%), женщин - 50 человек (40,6%), в возрасте от 18 до 67 лет. Диагноз ставился согласно классификация ИЗЛ, принятая МКБ-10 (кодом-J84.1) и комиссией Американского торакального общества и Европейского респираторного общества (ATS/ERS, 2002 г).

Критерии включения: экзогенный аллергический альвеолит.

К критериям исключения из исследования относились внелёгочные онкологические заболевания лёгких, нарушения функции почек в стадии декомпенсации, септическое состояние, несогласие пациентов.

Проведённый анализ возрастного-полового аспекта показал, что во всех группах преобладали мужчины над женщинами и основной контингент составили больные возрастных групп от 38 лет до 67 лет.

Все пациенты ЭАА распределены на 3 сравниваемые группы: I – в группе с острым течением заболевания было 47 чел. (38,2%), II группа – с подострым течением - 17 чел. (13,8%) и III – гр. - 59 чел. (47,9%) -хроническим течением заболевания.

В Республике Таджикистан больные с острым (31,5%) и подострым (35,2%) течением ЭАА зарегистрированы преимущественно в возрасте 38-48 лет и хроническим течением (37,2%) 59-67 лет. Несколько меньшую группу составили пациенты с острым (10,1%) и подострым (5,8%) течением ЭАА в возрасте 49-58 лет.

Необходимо отметить, что пациенты всех групп были *в тяжёлом состоянии*. Группу контроля составили 30 здоровых лиц.

Из общего числа поступивших больных в пульмонологическое отделение ГУ НМЦРТ с ЭАА жителей села было 87 чел. (колхозников) (70,7%), города (рабочие – 25 чел.), (служащие – 11 чел.). Всего - 36 чел. (29,2%).

Проведены общеклинические и биохимические анализы крови, цитологическое и микроскопическое исследование мокроты с целью обнаружения КУМ методом Циля-Нельсена, диагностика туберкулёза методом ПЦР-диагностики в аппарате «Нен-Export», для анализа образцов сывороток для выявления антител и антигена ВИЧ - использовали метод непрямой иммунофлюоресценции, определение вирусных нуклеиновых кислот – ПЦР диагностики (в «Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом»), проводили аллергологическое обследование путем ИФА, выявлены специфические антитела различных иммунохимических классов, к панели антигенов.

Определяли содержание ЦИК путем их полимеризации полиэтиленгликолем (Осипов С.Г., 1981), уровень общего и специфического IgE в сыворотке крови методом ИФА, показатели клеточного и гуморального иммунитета «ДИАплюс», Москва). Венотипирование лимфоцитов проводили с использованием моноклональных антител методом непрямой иммунофлюоресценции (г. Москва – определяли CD3, CD4, CD8, CD20), концентрацию иммуноглобулинов А, М, G. Проведён иммуноферментный анализ крови для выявления причинных факторов риска развития ЭАА, которые дали возможность выявить специфические антитела различных иммунохимических классов, к панели антигенов.

Рентгенологическое исследование лёгких проведены согласно с требованиями, предъявляемыми к этой процедуре (Виннер М.Г., Гольдельман А.Г., Краева С.Л., 1992). КТВР проводили на аппарате

"Toshiba". Исследование ФВД проводили методом спирографии (спирометром «МАС-1»).

С целью изучения состояния систем гемостаза у больных использован следующий набор коагулологических исследований. Проведена фибротреахеобронхоскопия с последующим количественным и клеточным исследованием бронхиального смыва (БАС) и трансбронхиальная биопсия легких. Исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) проведены методом электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ) и доплерографии (ДГ). Функциональное состояние ССС проведено методом ЭКГ на аппарате «Cardio fax ECC» – 9320 ОК, NihonKonden», (Япония, 2005).

Степень ЛГ оценивали по классификации [Рыбакова М.К., 2008]: СрДЛА 20-40 мм рт.ст. - умеренная ЛГ, 40-60 мм рт.ст. — значительная ЛГ, более 60 мм рт.ст. — высокой ЛГ.

Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «SPSS» (Statistical Package for Social Science), версия 11,0 для Windows. Применяли методы описательной статистики: вычисление средней арифметической и стандартных отклонений. Использовали параметрические критерии – t-критерий Стьюдента и непараметрические – критерии Манна-Уитни. Результаты считали достоверными при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Факторы риска развития ЭАА, прежде всего, были зависимы от региональных особенностей Республики Таджикистан: от её климато-географических особенностей, экологической обстановки, социально-бытовых и санитарно-гигиенических условий труда и быта, от профессиональной принадлежности пациентов. Нами получены некоторые результаты воздействия этих факторов на встречаемость и особенности течения ЭАА.

Нами изучены сезонность поступления больных с ЭАА.

Все обследуемые наши пациенты с ЭАА (123 чел.) распределены в зависимости от сезона года: поступившие летом ( $n=63$ ; 51,2%), поступившие осенью ( $n=32$ ; 26,3%), поступившие зимой ( $n=10$ ; 8,1%) и поступившие весной ( $n=18$ ; 14,6%) (рисунок 1).

На представленной рисунке 1 видно, что большая часть больных в РТ поступила в стационар в летний и осенний периоды, наименьшая - в весенний и зимний периоды, тогда как анализ литературных данных показывает, что ЭАА встречается в географических широтах,

отличающихся сырым и холодным климатом, в горных районах после периода дождей.



**Рисунок 1. - Распределение пациентов с ЭАА в зависимости от времени года**

Распределение поступления больных в зависимости от времени года возможно, связано с тем, что в жаркий летний период отмечается высокая запылённость воздуха, а осенью объясняется началом в РТ хлопкоуборочной страды и других сельскохозяйственных работ.

Частота поступивших больных ЭАА в зависимости от течения заболевания зависела от региона проживания. Распределение больных ЭАА в зависимости от течения заболевания и региона проживания представлено (таблица 1).

**Таблица 1. - Распределение больных с ЭАА в зависимости от региона проживания и течения заболевания**

Течение заболевания	абс.	Место проживания				
		Село n=86		Город n=36		
		абс.	%	абс.	%	P
Острое	n=47	22	25,3	25	69,4	<0,001
Подострое	n=17	12	14,7	5	14,0	>0,05
Хроническое	n=59	53	60,0	6	16,6	<0,001
Всего:	123	87	100,0	36	*100,0	

Примечание: \*-<0,001 статистически значимые различия между пациентами

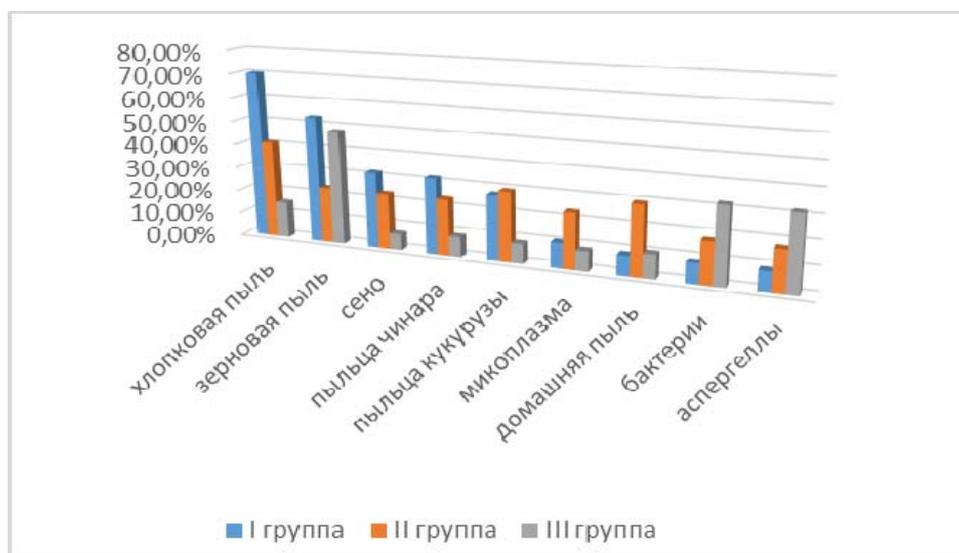
Как видно в таблица 1 у жителей города превалировало острое и подострое течение заболевания по отношению к жителям села (69,4% и 25,2%), тогда как у жителей села лидировало хроническое

течение ЭАА по отношению к лицам, проживающим в городе (66,6% и 16,6%).

Аллергологическое исследование проведено пациентам с ЭАА путем тщательного сбора анамнеза и иммуноферментным анализом крови (ИФА), выявлены специфические антитела различных иммунохимических классов, к панели антигенов.

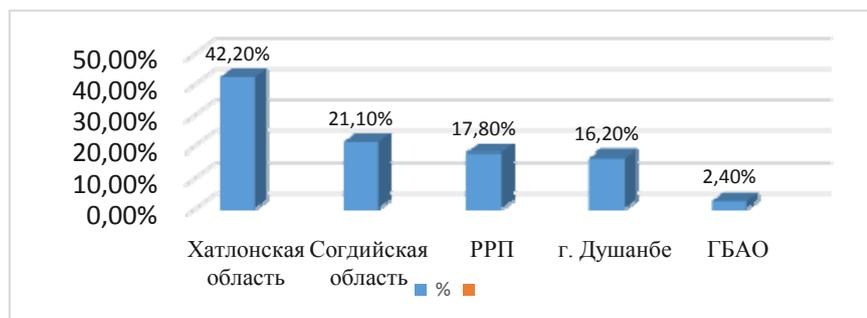
В Республике Таджикистан основными причинами ЭАА между острым, подострым и хроническим течением заболевания явились: вдыхание хлопковой (70,2%; 41,1%; 15,2%) и зерновой пыли (53,1%; 23,5%; 48%); сена (31,9%; 23,5%; 6,7%), пыльцы чинара (31,9%; 23,5%; 8,4%), кукурузы (27,6%; 29,4%; 8,4%), микоплазмы (10,6%; 23,5%; 8,4%), домашней пыли (8,5; 29,4% 10,1%) и бактерий (8,5%; 17,6%; 32,2%), и аспергеллы (8,4%; 17,5%; 31,9%) (рисунок 2).

Таким образом, если в разных странах и регионах мира наиболее преобладающими факторами развития ЭАА явились птичий антиген и массивная экспозиция плесневых грибов, тогда как в Республике Таджикистан у пациентов с острым и подострым течением ЭАА превосходящую роль играет пыльца хлопка, зерна, чинара и микоплазмы, а при хроническом течении преобладали пыль зерна, бактерии и аспергеллы.



**Рисунок 2. - Характер сенсibilизации к основным подгруппам аллергенов у больных ЭАА в зависимости от варианта течения заболевания**

Нами получены некоторые результаты воздействия этих факторов в зависимости от региона проживания. Пациенты, страдающие ЭАА, проживающие в различных регионах РТ представлены на рисунке 3.



**Рисунок 3. - Пациенты, страдающие ЭАА, проживающие в различных регионах РТ**

Пациенты, проживающие в Хатлонской области, составили 52 чел. (42,2%) (из них из города - 7 чел., из села – 45 чел.), в Согдийской области - 26 чел. (21,1%) (из них из города – 6 чел., из села – 20 чел.), в РРП – 22 чел. (17,8%) (из города – 3 чел., из села – 19 чел.), в г. Душанбе – 20 чел. (16,2%) и в ГБАО – 3 чел. (2,4%).

Анализируя данные рисунка 3 необходимо отметить, что у пациентов Хатлонской области ЭАА в 2 раза чаще (42,2%) встречался по отношению к жителям, проживающим в Согдийской области (21,1%), тогда как по отношению к жителям РРП и г. Душанбе 2,3 и 2,6 раза чаще. Малый процент поступления больных (2,4%) из ГБАО, возможно, связан с экологически чистым горным воздухом.

Таким образом, в условиях горного климата наблюдается минимальная степень загрязненности атмосферного воздуха, что, в свою очередь, не способствуют распространению аллергических заболеваний

Превалирование поливалентной сенсибилизации у пациентов с ЭАА, проживающих в Хатлонской и Согдийской областях, связано с тем, что в этих регионах обнаружен длительный период цветения причинно-значимых аллергенов, с другой стороны на территории Хатлонской и Согдийской областей РТ расположено большое количество крупных предприятий: хлопкоочистительных, мукомольных, химических, деревообрабатывающих, богатые залежи полиметаллических руд и отличается экологически загрязненностью атмосферы, водных и земельных ресурсов, широким применением пестицидов (24,1кг/га).

Среди пациентов, страдающих острым и подострым течением ЭАА, в основном, превалировал пневмонииеподобный (33 чел.; 70,2% и 11 чел.; 64,7%.) вариант течения. Асмоидный вариант всего составил 14 чел. (29,7%) и 6 чел. (35,2%), тогда как у пациентов с хрониче-

ским течением заболевания встречалась фиброзирующая (59 чел.) форма течения ЭАА. Пневмониеподобная форма ЭАА сопровождалась одышкой, ознобом, повышением температуры тела до фебрильных цифр ( $38^{\circ}\text{C}$ - $39^{\circ}\text{C}$ ), сухим кашлем (23 чел.; 48,9%), аускультативно выслушивались мелкопузырчатые хрипы. Пациенты с хроническим течением жаловались на постоянную одышку, сухой кашель (86,4%), сердцебиение, похудение. У 8 больных (13,5%) отмечен кашель со слизисто-гнойной мокротой. Превалировали проявления дыхательной и сердечной недостаточности.

У больных с хроническим течением обнаружены снижения со стороны как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета по сравнению с лицами с острым и подострым течением заболевания, в виде лейкопении ( $3,3\pm 0,05$ ), относительной лимфопении ( $12,4\pm 1,3$ ), достоверного снижения относительного и абсолютного числа СД3 (Т-лимфоциты) ( $33,5\pm 2,3$ ) СД4 (Т-хелперы) ( $17,9\pm 3,3$ ) и CD8+(Т-супрессоры) –лимфоцитов ( $17,9\pm 3,3$ ), концентрации IgG ( $5,3\pm 0,03$ ), IgM ( $1,1\pm 0,33$ ), числа IgE ( $45,3\pm 0,5$ ), уровня ЦИК ( $11,3\pm 1,5$ ), тогда как у большинства пациентов с острым и подострым вариантом ЭАА (62 из 96 обследованных) обнаружено достоверное повышение лейкоцитов ( $13,3\pm 1,5$ ;  $15,7\pm 0,33$ ), лимфоцитов ( $45,4\pm 0,9$ ;  $48,6\pm 1,3$ ), относительного числа СД3 ( $103,9\pm 6,3$ ;  $107,6\pm 5,3$ ), СД4 ( $67,5\pm 5,3$ ;  $69,6\pm 3,7$ ), CD8 ( $37,5\pm 1,7$ ;  $38,9\pm 1,9$ ), СД20 – лимфоцитов ( $45,4\pm 0,9$ ;  $48,6\pm 1,3$ ) и концентрации IgG ( $30,5\pm 0,87$ ;  $35,7\pm 0,9$ ), IgM ( $4,93\pm 0,27$ ;  $4,77\pm 0,17$ ), числа IgE ( $337\pm 23,0$ ;  $369,3\pm 17,0$ ), и уровня ЦИК ( $100,5\pm 2,55$ )  $103,0\pm 3,7$ ) в 2-3 раза ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, у пациентов с хроническим течением ЭАА обнаружены достоверное снижение клеточного и гуморального иммунитета, тогда как у большинства пациентов с острым и подострым вариантом течения выявлены достоверное их повышение.

Рентгенологическая картина у пациентов ЭАА была разнообразна в зависимости от варианта течения. Для пациентов с острым течением (47 чел., 38,2%) ЭАА были характерны снижение прозрачности легочных полей по типу "матового стекла", появление узелково-сетчатых затемнений и узелков, не превышающих 3 мм, тогда как при хроническом течении (59 чел., 47,9%) выявили картину диффузного пневмосклероза и нарушение архитектоники лёгких в виде «сотового легкого».

Цитологическое исследование БАЛ показало различия между тремя вариантами ЭАА (таблица 2).

**Таблица 2. - Клеточный состав БАЛ у пациентов ЭАА в зависимости от варианта течения**

	Вариант течения ЭАА			P1-P2	P2- P3	P1- P3
Эозинофилы	8,0±1,5	4,73±1,05	2,15±1,05	<0,05	>0,05	<0,05
Нейтрофилы	5,3±1,5	7,7±0,5	3,58±0,7	>0,05	<0,05	>0,05
Лимфоциты	36,3±5,0	45,3±3,21	13,0±3,5	<0,05	<0,01	<0,01
Макрофаги	23,0±5,33	30,5±1,5	76,35±7,2	<0,01	<0,01	<0,001

Примечание: статистически значимые различия в зависимости от формы ЭАА: при  $p < 0,05$ ; -  $p < 0,01$ ; -  $p < 0,001$ ; при  $p > 0,05$  – статистически недостоверны (по U-критерию Манна-Уитны).

Как видно в таблице 2 при остром (астмоидном) варианте наблюдалось преобладание лимфоидных и эозинофильных элементов (36,3±5,0% и 8,0±1,5%) ( $p < 0,001$ ), при пневмониеподобном варианте – лимфоцитов и нейтрофилов (45,3±3,21% и 7,7±0,5%) ( $p < 0,001$ ) и фиброзирующем варианте, наоборот, уменьшение количества лимфоцитов и эозинофилов (13,0±3,5% и 2,15±1,05%) или же приближение к нормальным значениям ( $p < 0,001$ ).

Диагностическая ценность клеточного состава БАЛ теряет свою значимость в связи с неоднократным получением антибактериальной и глюкокортикостероидной терапии. При формировании «сотового легкого» проведение БАЛ не рекомендуется.

Исследование вентиляционной функции лёгких показало снижение VC (57,3± 2,3; 66,0±1,5; 70,7± 2,3), MVL (66,0±1,5; 70,0±2,2; 77,0±3,3), FVC (58,3±1,0; 60,5±1,3; 63,5±1,5), FEV1 (67,6±3,0; 76,3±1,5; 81,7±0,5), FEV1/ FVC (43,9±1,7; 47,0±1,0; 51,3±1,5), PEF (47,0±1,0; 57,0±2,0; 59,4±6,1), FEF25-75 (58,3±1,7; 65,0±1,5; 66,3±1,5) более выражено у пациентов с астмоидным вариантом течения, чем у пациентов с пневмониеподобным и фиброзирующим вариантом ЭАА.

Таким образом, степень выраженности вентиляционных нарушений при ЭАА в зависимости от варианта течения были различными, так, при астмоидном и фиброзирующем варианте ЭАА обнаруживали обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания, тогда как при пневмониеподобном варианте обнаружено преобладание рестриктивного типа нарушений внешнего дыхания.

ЭАА наиболее часто осложнялась легочными и внелегочными осложнениями в виде острой и хронической ДН, пневмосклероза, экссудативного плеврита; острого и хронического легочного сердца, сердечной недостаточности и артериальной гипертензии.

Результаты наших исследований показали, что: недостаточная квалификация ошибки со стороны врачей были субъективного и объективного характера. К субъективным ошибкам относились врача (67,0%), не осведомленность врача об ЭАА (97,0%), неполноценный сбор аллергологического анамнеза (78,0%), не всегда назначают КТВР (69,0%), лечение пациентов под маской других заболеваний (бронхиальная астма, туберкулёз, канцероматоз) (25,0%), неоднократное назначение антибиотиков (78,0%), неправильный подбор дозы антибиотиков и ГКС (73,0%). К объективным причинам относились: атипичность и молниеносность течения болезни (37,0%), наличие очень сложной сочетанной патологии (39,0%), несоответствие клинических симптомов с результатами анализа (56,0%), поздняя обращаемость и госпитализация больных (89,0%), дороговизна соответствующих методов исследования (100,0%), лечение больных по стандарту (77,0%).

Эффективность проводимой терапии ЭАА, прежде всего, зависит от раннего устранения контакта с аллергенами. Лечение ЭАА должно быть направлено на индивидуализированное ведение пациентов с учётом коморбидных состояний. Проведённая нами сравнительная оценка динамики клинических симптомов у больных ЭАА в зависимости от варианта после получения базисной терапии показала, что у пациентов с острым и подострым течением ЭАА по отношению к пациентам с хроническим течением было отмечено более значительное уменьшение приступов удушья, одышки и кашля (таблица 3).

**Таблица 3. - Динамика клинических симптомов у больных ЭАА в зависимости от варианта течения до и после получения базисной терапии**

Симптомы (баллы)	Течение ЭАА					
	Острое n=47 P1		Подострое n=17 P2		Хроничес. n=59 P3	
	До леч.	После леч.	До леч.	После леч.	До леч.	После леч.
Одышка	26,0±1,0	16,0±1,0	25,0±2,0	17,0±1,0*	26,0±1,0	23,0±1,0**
Кашель	2,10±0,5	1,0±0,1	2,9±0,4	1,9±0,4*	2,10±0,5	2,10±0,5**
Приступ удушья:	2,15±0,3	0,5±0,023	2,13±0,32	1,2±0,3*	2,33±0,32	2,33±0,3**
Толер. к физ. нагрузке	4,77±0,5	1,05±0,14	4,83±0,15	2,23±0,15*	4,93±0,15	4,93±0,15**

Примечание: \*P1-2 – статистически значимых различий нет после лечения у больных исследуемых групп, \*\*P1-2- статистически значимые различия после лечения у больных сравниваемой группы при  $p < 0,05$  (по U-критерию Манна-Уитни)

Сравнительный анализ иммунологических показателей больных острым, подострым и хроническим течением ЭАА выявил различной

степени восстановления иммунологического дисбаланса. У больных с хроническим вариантом течения ЭАА обнаружено снижение как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета по сравнению с лицами с острым и подострым течением заболевания в виде лейкопении, относительной лимфопении, достоверного снижения относительного и абсолютного числа CD3, CD4 и CD8+ –лимфоцитов, концентрации IgG, IgM, числа IgE, уровня ЦИК, тогда как у большинства пациентов с острым и подострым вариантом ЭАА обнаружено достоверное повышение относительного и абсолютного числа CD3, CD4, CD8, CD20 – лимфоцитов и концентрации IgG, IgM, числа IgE и уровня ЦИК ( $p < 0,01$ ) в 2-3 раза.

У пациентов с хроническим течением ЭАА после проведения терапии наблюдалась незначительная тенденция к восстановлению иммунологических показателей в виде лейкопении ( $3,3 \pm 0,05$  и  $3,7 \pm 0,03$ ; против  $13,3 \pm 1,5$  и  $7,0 \pm 0,3$ ), относительной лимфопении ( $12,4 \pm 1,3$  и  $15,7 \pm 1,5$  против  $45,4 \pm 0,9$  и  $28 \pm 2,0$ ); относительного числа CD3 ( $33,5 \pm 2,3$  и  $37,5 \pm 3,5$  против  $103,9 \pm 6,3$  и  $70,3 \pm 1,3$ ), CD4 ( $17,9 \pm 3,3$  и  $18,9 \pm 3,7$  против  $67,5 \pm 5,3$  и  $23,3 \pm 0,5$ ) и CD8+ ( $17,9 \pm 3,3$  и  $18,9 \pm 3,7$  против  $37,5 \pm 1,7$  и  $23,3 \pm 0,5$ ), концентрации IgG ( $5,3 \pm 0,03$  и  $6,6 \pm 0,05$  против  $30,5 \pm 0,87$  и  $23,3 \pm 0,5$ ), IgM ( $1,1 \pm 0,33$  и  $1,5 \pm 0,39$  против  $4,93 \pm 0,27$  и  $2,1 \pm 0,26$ ), числа IgE ( $45,3 \pm 0,5$  и  $55,6 \pm 0,7$  против  $337 \pm 23,0$  и  $71,5 \pm 3,3$ ), уровня ЦИК ( $11,3 \pm 1,5$  и  $13,7 \pm 1,7$  против  $100,5 \pm 2,55$  и  $17,5 \pm 0,15$ ) по сравнению с острым и подострым течением заболевания, где иммунологические показатели приближались к таковым у здоровых лиц.

Таким образом, у пациентов, страдающих хроническим вариантом течения ЭАА, обнаружено снижение как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета по сравнению с больными с острым и подострым течением заболевания.

Результаты исследования ФВД у больных ЭАА в зависимости от варианта течения заболевания после получения терапии показали, что у пациентов с хроническим течением ЭАА величины ФЖЕЛ (FVC) (л) и  $ОФВ_{1(FEV1)}$  л/с не восстановились в полном объёме, что свидетельствует о диффузных изменениях в бронхиолах и в лёгочной паренхиме, тогда как у пациентов с острым течением заболевания после проведённой терапии нормализовались все показатели ФВД.

## Заключение

### Основные научные результаты диссертации

1. Выявлены характерные региональные особенности в факторах риска развития ЭАА в Республике Таджикистан: влияние жаркого и сухого климата, вдыхание хлопковой и зерновой пыли, тогда как в разных странах и регионах мира наиболее преобладающими факторами развития ЭАА явились: птичий антиген и массивная экспозиция плесневых грибов [1 - А, 5 - А].
2. Установлено, что жители села в 2,5 раза больше страдают ЭАА, чем жители города. У пациентов Хатлонской области ЭАА в 2 раза чаще (42,2%) встречался, по сравнению с жителями Согдийской области (21,1%) в связи с экологической загрязненностью этих районов [8 - А, 9 - А].
3. Доказано, что клиническая картина экзогенного аллергического альвеолита зависит от характера течения заболевания: при астмоидном варианте заболевание проявлялось эпизодами приступов бронхиальной астмы, при пневмониеподобном варианте – выраженным интоксикационным синдромом, и при хроническом варианте с дыхательной недостаточностью и медленно прогрессирующим течением [2 - А, 6 - А, 7 - А, 9 - А, 10 - А].
4. Выявлено достоверное снижение клеточного и гуморального иммунитета у пациентов с хроническим течением ЭАА, тогда как у большинства пациентов с острым и подострым вариантами течения выявлено достоверное их повышение [11 - А, 17 - А].
5. Обнаружены различия по выраженности рентгенологических данных: «симптом матового стекла» у (38,2%) пациентов с острым и подострым (12,3%) течением, тогда как у (47,9%) больных с хроническим течением встречалось утолщение междольковых перегородок в виде «сотовых» изменений [15 - А, 17 - А, 20 - А].
6. Цитологическое исследование БАЛ показало различия между тремя вариантами ЭАА: при астмоидном варианте наблюдалось преобладание эозинофилов и лимфоцитов, при пневмониеподобном варианте лимфоцитов и фиброзирующем варианте, наоборот, уменьшение количества лимфоцитов, что не совпадает с некоторыми литературными данными. Диагностическая ценность клеточного состава БАЛ теряет свою значимость в связи с неоднократным получением антибактериальной и глюкокортикостероидной терапии [16 - А].
7. Обнаружен обструктивный тип вентиляционных нарушений при астмоидном и остroteкущем вариантах ЭАА, тогда как при пневмониеподобном и фиброзирующем вариантах преобладал рестриктивный тип нарушений внешнего дыхания [5 - А, 8 - А].

8. Установлено, что по мере прогрессирования дыхательной недостаточности при остром и подостром течении ЭАА комбинация пепсала с системными ГКС является весьма эффективным, тогда как при хроническом течении заболевания используются системные ГКС в сочетании с цитостатикам [11 - А].
9. Лечение ЭАА должно быть направлено на индивидуализированное ведение пациентов с учётом коморбидных состояний [9 -А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Алгоритм ранней диагностики ЭАА должен обязательно включать комплексный подход к оценке аллергологического анамнеза, региону проживания, экологической обстановке, к клиническим проявлениям заболевания, специфическим аллергологическим обследованиям, иммунологическим методам исследования, проведения КТВР, исследованиям функции внешнего дыхания.
2. При уточнении диагноза по данным КТВР и при формировании «сотового лёгкого» проведение БАЛ не рекомендуется. Цитологическое исследование бронхоальвеолярного смыва рекомендуется применять в сложных клинических случаях для дифференциальной диагностики ЭАА.
3. Гистологическую верификацию диагноза рекомендовано проводить в сложных случаях дифференциальной диагностики с учётом риска осложнений (пневмоторакс, умеренное кровотечение). Гистологическая диагностика все чаще заменяется мультидисциплинарным подходом с привлечением специалистов (пульмонологов, фтизиатров, онкологов, ревматологов, рентгенологов и торакальных хирургов).
4. Необоснованное назначение антибиотиков, неправильный подбор дозы кортикостероидов, несоблюдение гиповолемического режима приводит к необратимым осложнениям.

### **Список публикаций соискателя учёной степени:**

#### **Монография**

**1 - А. Султанов А.И.** Экзогенный аллергический альвеолит в Республике Таджикистан / Н.И. Мустафакулова., Н.С. Мирзокаримова // Монография. – Душанбе. - 2019. - С. 130.

#### **Статьи в рецензируемых журналах**

**2-А. Султанов А.И.** Факторы риска развития и клинические проявления экзогенного аллергического альвеолита / Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2017. №3. - С.364-368.

**3–А. Султанов А.И.** Особенности течения экзогенного аллергического альвеолита на фоне бронхиальной астмы / Н.И. Мустафакулова Абдуллаева Д.Ю. //Вестник АН РТ.–Душанбе. 2018. - №3, - С. 319-32.

**4–А. Султанов А.И.** Структура и частота осложнений экзогенного аллергического альвеолита в Республике Таджикистан / Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева // Вестник АН РТ. –Душанбе. - 2018. - №4. - С. 326-33.

#### **Статьи и тезисы в сборниках конференции**

**5–А. Султанов А.И.** Особенности клинического течения экзогенного аллергического альвеолита / Д.Ю. Абдуллаева, Б. Г. Хомид // Материалы 64-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В кн.: «Проблемы теории и практики современной медицины». – Душанбе. – 2016. – Т. 1. - С. 71-72

**6–А.Султанов А.И.** Трудности в диагностике и лечении фиброзирующего идиопатического альвеолита в Республике Таджикистан /Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Материалы 65-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В кн.: «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». – Душанбе. – 2017. - Т. 2. – С. 96-98.

**7–А. Султанов А.И.** Структура интерстициальных заболеваний лёгких в Респблике Таджикистан /Д.Ю. Абдуллаева// Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В кн. посвященной «Году молодёжи». Душанбе. - 2017. - С. 10.

**8–А. Султанов А.И.** Особенности клинических проявлений экзогенного аллергического альвеолита в Республике Таджикистан / Д.Ю. Абдуллаева, Г. Хамид Бахо //Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В кн. посвященной «Году молодёжи». - 2017.Т. С. 83.

**9–А. Султанов А.И.** Экзогенный аллергический альвеолит и коморбидное состояние /Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Ж. Вестник АН РТ. – Душанбе. - 2018. - С.65-67.

**10–А. Султанов А.И.** Состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом / Д.Ю. Абдуллаева //Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В кн. Посвященной «Году молодёжи». Душанбе. - 2018. С.77.

**11–А. Султанов А.И.** Особенности клинического течения и патогенетической терапии идиопатического фиброзирующего альвеолита в условиях Республике Таджикистан / Д.Ю. Абдуллаева //Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино

с международным участием. В кн. посвященной «Году молодёжи». Душанбе. - 2018. С.7.

**12-А. Султанов А.И.** Коморбидность экзогенного аллергического альвеолита и бронхиальная астма /Н.И. Мустафакулова., Д.Ю. Абдуллаева //Труды региональной конференции и актуальные вопросы неврологии. Съезд неврологов. Душанбе. – 2018. - С.364-372.

**13-А. Султанов А.И.** Ошибки и трудности в диагностики ЭАА /Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева// Материалы 66-ой научно-практической конференции ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Душанбе.–2018.-С. 499-501.

**14-А. Султанов А.И.** Гемокоагуляционные нарушения у пациентов с ЭАА /Н.И.Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Материалы 66-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. – 2018. - С. 565-566.

**15-А.Султанов А.И.** Сложности диагностики при диссеминированных заболеваниях легких, Д.Ю. Абдуллаева., М.Н. Зокирова //Материалы IV-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел», 2019. С.92.

**16-А. Султанов А.И.** Количественный и клеточный анализ бронхоальвеолярного смыва у пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом в зависимости от его клинических вариантов / Д.Ю. Абдуллаева М.Н. Зокирова // Материалы IV-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел». Душанбе. - 2019. С.93.

**17-А. Султанов А.И.** Состояние иммунного статуса у пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом /Д.Ю. Абдуллаева, Ф.А. Абдуллазода //Материалы I-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел». Душанбе.-2019.-С.8.

**18-А. Султанов А.И.** Структура и частота при интерстициальных заболеваниях лёгких в Республике Таджикистан /Д.Ю. Абдуллаева., М.И. Ояхмадов // Материалы IV-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел». Душанбе. - 2019. - С.8.

**19-А. Султанов А.И.** Трудности диагностики экзогенного аллергического альвеолита грибковой этиологии в Республике Таджикистан (случай из практики) / Н.И. Мустафакулова Д.Ю. Абдуллаева // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний и соматических заболеваний». Душанбе.-2019.-С. 268.

**20-А. Султанов А.И.** Особенности течения токсического фиброзирующего альвеолита (случай из практики) / Н.И. Мустафакулова Д.Ю. Абдуллаева // *Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний и соматических заболеваний».* Душанбе. - 2019. - С. 379.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАЛ - бронхоальвеолярный лаваж  
 ГБАО – Горнобадахшанская автономная область  
 ДН – дыхательная недостаточность  
 КТВР – высокоразрешающая компьютерная томография  
 ГКС - глюкокортикостероиды  
 ЖЕЛ – жизненная емкость легких  
 ИЗЛ - интерстициальное заболевание легких  
 ИФА – идиопатический фиброзирующий альвеолит  
 ЛГ - лёгочная гипертензия  
 ПЦР - полимеразная цепная реакция  
 CD3 - (Т-лимфоциты)  
 CD4 - (Т-хелперы)  
 CD20 – (В-лимфоциты)  
 CD8 - +(Т-супрессоры)  
 ЦИК – циркулирующий иммунный комплекс  
 ФБС - фибробронхоскопия  
 ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких  
 ЭАА - экзогенный аллергический альвеолит  
 ЭхоКГ – эходоплеркардиография  
 ERS/ATS- Европейское респираторное и американское торакальное общество  
 IgG - иммуноглобулин класса G  
 VC– vital capacity -(ЖЕЛ) – жизненная емкость легких; MVV- maximal voluntary ventilation - (МВЛ) - максимальная вентиляция легких;  
 FVC- forced vital capacity - (ФЖЕЛ) –форсированная жизненная емкость легких;  
 FEV1 – forced expiratory volume in 1 sec. (ОФВ<sub>1</sub>)–объем форсированного выдоха;  
 FEV1/ FVC (ОФВ/ФЖЕЛ)- отношение ОФВ<sub>1</sub> к ФЖЕЛ; RR – respiratory reserve - (РД) резерв дыхания;  
 PEF – peak expiratory flow - (ПОС) пиковая объемная скорость;  
 FEV 25-75% — mean forced expiratory flow during the middle — объемная форсированная скорость выдоха.



**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН  
БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616.24-002.17**

**СУЛТАНОВ  
АКБАРХОН ИСМОИЛОВИЧ**

**АЛВЕОЛИТИ ЭКЗОГЕНИИ АЛЛЕРГӢ ДАР  
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН  
(ХУСУСИЯТҲОИ МИНТАҚАВӢ)**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи номзади илмҳои тиб

аз рӯйи ихтоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ

**Душанбе -2020**

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Мустафоқулова Намуна Ибрагимовна**  
доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризи расмӣ:** **Шмелёв Евгений Иванович**, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири шӯбаи таҳлили тафриқавии бемории сил ва усулҳои табобати экстракорпоралӣ Муассисаи илмӣ бучетии федералии давлатӣ “Пажӯҳишгоҳи марказии илмӣ-тадқиқотии бемории сил” ВТ ФР, ш.Москов, Федератсияи Россия.

**Бобоходжаев Октам Икромович**, доктори илмҳои тиб, дотсент, мушовири Директори Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии Ҳимояи аҳолии аз бемориҳои сил" – и ВТ ва ҲИА ҚТ

**Муассисаи тақриздиханда:** Муассисаи федералии давлатии худмухтори таълимӣ таҳсилоти олии "Донишгоҳи миллии тадқиқоти тиббии Русия ба номи Н.И. Пирогов "(ш. Москва).

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_»\_\_\_\_\_с. 2020 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-038 МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад. [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмӣ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_с. 2020 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ**  
**Шӯрои диссертатсионӣ,**  
**номзади илмҳои тиб**

**Р.Ҷ. Ҷамолова**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамаи ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Алвеолити экзогении аллергӣ (АЭА) ё пневмонити гиперсенситивӣ ба бемориҳои интерститсиалии (пахншудаи) шушҳо таллуқ дорад, ки дар он тағйиротҳои паҳнфтои илтиҳобӣ дар паренхима ва интерститсияи шушҳо, инчунин дар бронхиолаҳо дар натиҷаи ингалтсияҳои такрории антигенҳои гуногуни органикӣ ва ғайриорганикӣ ба назар мерасанд ва мутлақо ба бронхҳо осеб намерасонанд [Макарьянц Н.Н., 2013; Кизименко Н.Н., Литвиенко Е.А., 2017].

Дар солҳои охир вобаста аз бад шудани шароити экологӣ, рушд кардани соҳибқорӣ хусусӣ, риоя накардани меъёрҳои гуногуни беҳатари шароити кор, махсусан дар хоҷагии деҳот зиёд шудани миқдори АЭА ба назар мерасад [Blackwell T.S. et al., 2014; Quirce S., 2016; Kouganos V., 2017]. Алвеолити экзогении аллергӣ бештар дар байни парандапарварон (аз 3,0% то 14%), чорводорон (аз 2,3% то 8,6%) ва фермерҳо (аз 9,0% то 12%) во меҳӯрад, ки бо алафу коҳҳои мағорнок сари кордоранд [Антипова А.В. 2010; Макарьянц Н.Н., 2013; Илькович М.М., 2015; Чучалин А.Г., 2016; Шмелёв Е.И., 2017].

Манзараи клиникӣ-рентгенологии АЭА гуногун мебошад, вай аз вариантҳои ҷараёни беморӣ вобаста аст ва бо дигар бемориҳои паҳнфтои шушҳо монанд аст. Вобаста аз ин дар ташҳиси АЭА мушкilot ва хатоӣҳо пайдо мешаванд, ки ин гузаронидани ташҳиси тафриқии байни бемориҳои Хаммен-Рич, алвеолитҳои захролудшудаи фиброзӣ, сили паҳнфто, пневмокониоз, саркоидоз, саратони метастазшудаи шушҳоро талаб мекунад, ин зарурати омӯзиши муқоисавӣ ва интиҳоби усулҳои нисбатан иттилоотноки верификатсияи вариантҳои гуногуни ин бемориро ба миён меоварад [Кизименко Н.Н., 2013; Чучалин А.Г., 2015; Oйlгее 8. e1 a1., 2016].

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсия ҷузъи мавзӯи илмии кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» буда, ба ташҳиси барвақт ва пешгирии АЭА бахшида шудааст. Таҳқиқотҳои илмӣ ҳамчунин дар доираи Барномаи миллии ВТ ва ҲАҚТ оид ба кам кардани бемориҳои бронхопулмонӣ гузаронида шудааст.

Дар шароити минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар заминаи иқлими хушк ва гарм, ифлосшавии экологии муҳити ҳаво аз муассисаҳои химиявӣ ва пахтатозакунӣ, ифлос шудани хок ва таъсири захрогинии пеститсидҳо ба системаи бронхопулмонӣ на танҳо ба пайдо шудани бемории АЭА мусоидат мекунад, балки ҷараёни онро боз ҳам амиқтар месозад [Мустафакулова Н.И. ва ҳаммуаллифон, 2017].

**Асосҳои назариявӣ ва методологии тадқиқот.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар рафти ташҳисгузорӣ на ҳамаи табибони куммаки аввалияи тиббӣ ва беморхонагӣ аз хусуси АЭА огоҳӣ доранд, на ҳамеша

томографияи компютери сервазифаро (ТКСВ) истифода мекунад, бештари мавридҳо ба таҳлили рентгенограммаҳои умумӣ қаноат мекунад.

Дар бештари ҳолатҳо бинобар набудани алгоритми ташҳиси барвақт ва табобати вариантҳои гуногуни АЭА мо дар амалияи клиникӣ шарҳу тафсири нодурусти натиҷаҳои таҳқиқоти рентгенологӣ ва ташҳиси дерӣ беморӣ, табобати бемориҳо таҳти «ниқоби» бемориҳои дигарро ба бор меоварад. Хусусиятҳои ташҳиси барвақти АЭА, чараёни клиникӣ бо назардошти хусусиятҳои регионалии ҚТ дар адабиёти илмӣ барои мо дастрас инъикоси худро наёфтаанд.

### ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Ҳадафи таҳқиқот.** Омӯзиши омилҳои хатари пайдоиш, хусусиятҳои зухуроти клиникӣ, принципҳои муносири ташҳис ва табобати алвеолити экзогении алергӣ дар манотиқи гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Объекти таҳқиқот.** Мо 123 нафар беморони гирифтори АЭА-ро, ки аз минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон омадаанд, бо баҳодихии дараҷаи вайронкунии усулҳои таҳқиқоти клиникӣ, лабораторӣ ва асбобӣ муоина кардем.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Ҳама беморони таҳти назорати АЭА вобаста ба чараёни беморӣ, тағйири рентгенологӣ, иммунологӣ, функцияи вентилятсияи шуш ва таркиби ҳуҷайравии лавҳаи бронхоалвеолари муқоиса карда шуданд.

#### Масъалаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани омилҳои хатари инкишофи АЭА (алвеолити экзогении алергӣ) вобаста аз хусусиятҳои регионалии Ҷумҳурии Тоҷикистон.
2. Муқоиса кардани чараёни вариантҳои асосии АЭА вобаста аз хусусиятҳои таъсири омилҳои алергӣ ва хусусиятҳои регионалии Ҷумҳурии Тоҷикистон.
3. Муқаррар кардани аҳамияти томографияи компютери сервазифаи узвҳои қафаси сина, статуси иммунологӣ, сохтори микробиологии балғам, функцияи вентилятсионии шушҳо вобаста аз зухуроти клиникии АЭА.
4. Гузаронидани таҳлили миқдорӣ ва сифатии шӯстагиҳои бронхоалвеолярдар беморони гирифтори АЭА вобаста аз вариантҳои клиникии онҳо.
5. Коркарди алгоритми ташҳиси барвақт ва табобати комплекси медикаментозии АЭА вобаста аз вариантҳои клиникии АЭА.

**Усулҳои таҳқиқот.** Ҳама тадқиқотҳо дар кафедраи бемориҳои дохилии №3 МТД ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар заминаи шӯъбаи пульмонологияи МД ММҚТ

Барои ҳар як бемор саволномаи махсус таҳияшуда пур карда шуд, ки дар он маълумотҳои анамнестикӣ, омилҳои хавф барои рушди АЭА ва усулҳои умумии клиникӣ ва махсуси таҳқиқот гузаронида шуданд.

**Усулҳои умумии таҳқиқоти клиникӣ:** ташҳиси умумии хун, таҳлили умумии пешоб ва начосат барои тухми кирм.

**Усулҳои махсуси таҳқиқот:**

- Арзёбии усули рентгении таҳқиқот (томографияи баландсифати компютерӣ – ТБК).
- Усулҳои таҳқиқоти иммунологӣ.
- Омӯзиши таркиби ҳуҷайравии лавҳаи бронхоалвеолари
- Арзёбии функцияи нафаскашии беруна.

**Соҳаи таҳқиқот.** Кори диссертатсионӣ ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, ихтисоси 14.01.04 – бемориҳои дарунӣ зербанди 3.4. Этиология ва патогенез, омилҳои хавф, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; зербанди 3.7. Ихтилоли функцияҳои узвҳои дарунӣ ҳам бемор ва ҳам дар шахси солим. Мундариҷаи рисола таҳқиқотро оид ба патологияи бронхопулмонӣ, аз ҷумла АЭА пурра инъикос мекунад. Ҳама муқаррароти илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалии рисола вазифаҳои ба таври возеҳ инъикос мекунанд, асоснок ва мантиқӣ аз натиҷаҳои таҳқиқот мебошанд.

**Марҳилаҳои таҳқиқот.** Рисола бо марҳилаҳо навишта шуд. Марҳилаи аввал мо адабиёти ин масъаларо омӯхтем. Баъд мавзӯ ва мақсади рисолаи номзадӣ ташаккул ёфт. Бо назардошти иқлими гарм ва хушки Ҷумҳурии Тоҷикистон, ифлосшавии ҳавои экологӣ, захролудшавӣ бо пестисидҳо, мо нишондиҳандаҳои таҳқиқоти дар боло зикршударо дар самти муқоисавӣ омӯхтем. Марҳилаи ниҳоми таҳқиқот ва навиштани рисолаи мазкур муайян кардани самаранокии таиноти пифсал бо глюкокортикостероидҳои системавӣ дар намудҳои шадид ва зершадиди АЭА ва истифодаи кортикостероидҳои системавӣ дар якҷоягӣ бо ситостатикҳо дар ҷараёни музмини АЭА.

**Пойгоҳи асосии иттилооти ва озмоиши таҳқиқот.** Дар кори диссертатсия таҳқиқоти бунёдии олимони кишварҳои хориҷа ва дур дар хориҷа оид ба бемориҳои интерстициалии шуш ба таври муфассал омӯхта мешаванд. Таҳқиқот дар заминаи МД ММҚТ гузаронида шуд.

**Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсионӣ.** Ҳама муқаррароти илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ вазифаҳои гузошташударо ба таври возеҳ инъикос мекунанд, асоснок ва мантиқӣ аз натиҷаҳои таҳқиқот

мебошанд. Тавсияҳои амалӣ махсус таҳия шудаанд ва дар фаъолияти амалии шӯъбаи пульмонологияи Маркази миллии илм ва тиб татбиқ карда мешаванд. Номзад 123 беморро аз АЭА аз минтақаҳои гуногуни ҚТ муоина кардааст. Натиҷаҳои таҳқиқот тавассути коркарди омӯрӣ ва истифодаи як қатор усулҳои илмӣ ва объективии тадқиқот тасдиқ карда мешаванд. Хулосаҳо ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои ташҳиси ҳамҷонибаи беморони гирифтори АЭА бо назардошти хусусиятҳои минтақавии ҚТ асос ёфтаанд.

**Навгонии илмӣ таҳқиқот.** Бори нахуст хусусиятҳои хоси минтақавӣ дар омилҳои хатари инкишофи АЭА дар ҚТ муайян карда шуд: таъсири иқлими гарму хушк, нафас кашидани гарду чанги пахта ва ғалладонагиҳо. Бартарӣ доштани сокинони деҳот 25 маротиба нисбат ба сокинони шаҳр. Дар беморони вилояти Хатлон АЭА нисбат ба сокинони вилояти Суғд вобаста аз ифлосии экологии ин ноҳияҳо 2 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад.

Зухуроти клиникии вариантҳои асосии АЭА вобаста аз хусусияти таъсири омилҳои алергӣ ва хусусиятҳои регилоналии ҚТ муқоиса карда шуданд. Фарқиятҳои ТК аз ҷиҳати возеҳии маълумотҳои рентгенологии АЭА ба мушоҳида расид: «симптоми шишаи тира» дар беморони дорои ҷараёни шадид ва зершадиди беморӣ, вақте ки дар бемори гирифтори ҷараёни музмин ғафс шудани миёндевораи байни ҳиссачаҳо дар шакли тағйироти «канду (лонаи занбӯр)» дида мешавад.

Фарқиятҳои ташҳисии нишондиҳандаҳои шӯстагиҳои бронхо-алвеолярӣ муқаррар карда шуд: ҳангоми варианти астмоидӣ бартариҳои эозинофилҳо ва лимфоситҳо, ҳангоми варианти пневмониямонанди лимфоситҳо ва варианти фиброзӣ, баръакс кам шудани миқдори лимфоситҳо ба мушоҳида мерасад.

Алгоритми ташҳиси барвақт ва табобати комплекси медикаментозии АЭА вобаста аз вариантҳои клиникии АЭА таҳия карда шуд.

Исбот карда шуд, ки истифодаи пефсал дар якҷоягӣ бо глюкокортикостероидҳои системавӣ ҳангоми ҷараёни шадид ва зершадиди АЭА талабот ба ГКС (глюкокортикостероидҳо) –ро кам месозад, ки ин дар навбати худ ҳангоми ҷараёни музмини беморӣ истифода кардани ГКС-и системавӣ дар якҷоягӣ бо ситостатикҳо хеле самаранок аст.

**Аҳамияти назарии таҳқиқот** аз он иборат аст, ки муқаррароти назариявӣ, методологӣ, хулоса ва тавсияҳои дар рисолаи пешниҳодшуда ба барномаи дарсҳои назариявӣ ва амалии пульмонология дар кафедраи Тибби дохилии донишгоҳҳои тиббӣ, инчунин дар факултаҳои таҳқиқоти пешрафтаи тиббӣ ва курсҳои тақмили ихтисос дар донишкада дохил карда шуданаш мумкин аст. тайёр кардани кадрҳои тиббӣ.

**Аҳамияти амалии таҳқиқот.** Алгоритми таҳияшудаи ташхиси барвақти АЭА ба мо имкон медиҳад, ки лези интерстициалии бофтаи шушро пешниҳод кунем ва на танҳо ташхиси иловагӣ (томографияи ҳисобкардашудаи баландсуръати сина) таъин намоем, балки табобати мувофиқро таъин кунем, ки ин дар навбати худ шумораи хатогиҳои ташхисиро коҳиш медиҳад, шумораи натиҷаҳои ғайриқаноатбахшро коҳиш медиҳад, хатари пайдоишро пешгирӣ мекунад ва сифати ҳаёти беморон беҳтар намуда, дараҷаи талафотро паст мекунад.

**Нуктаҳои асосии барои ҳимояшавандаи диссертатсия:**

1. Хусусиятҳои хоси регионалии омилҳои хатар дар инкишофи АЭА дар Ҷумҳурии Тоҷикистон инҳо мебошанд: таъсири иқлими гарм ва хушк, нафас кашидани гарду чанги пахта ва ғалладонагиҳо, алафҳо ва гарду чанги чинор, ҳол он ки дар кишварҳои гуногуни пешрафтаи ҷаҳон бартарӣ доштани омилҳои зерин бартарӣ доранд: антигени парандаҳо ва экспозитсияи бузурги занбурӯғҳои мағорҳо ба ҳисоб мераванд.
2. Аҳолии деҳот аз АЭА назар ба аҳолии шаҳрҳо 2 маротиба бештар дучор мешаванд. Дар беморони вилояти Хатлон (42,2%) АЭА вобаста аз ифлосшавии экологии ин ноҳияҳо назар ба аҳолии вилояти Суғд (21,1%) 2 маротиба бештар мебошад. Миқдори ками беморон (2,4%) аз ВМКБ ворид гаштаанд, ки мумкин аст ин ба ҳавои аз ҷиҳати экологӣ тозаии кӯҳистон вобаста бошад.
3. Манзараи клиникии алвеолити экзогении аллергӣ аз хусусияти ҷараёни беморӣ вобаста аст: беморӣ дар варианти астмоидӣ бо лаҳзаҳои хуруҷҳои астмаи бронхиалӣ, хангоми варианти пневмониямонанд бошад, синдроми возеҳи захролудӣ (интоксикатсионӣ), дар вақти варианти фиброзӣ бо норасоии нафаскашӣ ва ҷараёни оҳиста пешраванда.
4. Дар беморони гирифтори ҷараёни музмини АЭА пастшавии боэътимоди иммунитетии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ (CD3, CD4 ва CD8+ - лимфоситҳо, концентратсияи IgG, IgM, миқдори IgE, сатҳи комплекси гардишкунандаи иммунӣ) ошкор карда шуд, ҳол он ки дар бештари беморони гирифтори варианти ҷараёни шадид ва зершадид баландшавии боэътимоди онҳо ба назар расид.
5. Фарқияти аз ҷиҳати возеҳии маълумоти рентгенологӣ «симптоми шишаи тира» дар (38,2%)-и беморони гирифтори ҷараёни шадид ва зершадид (12,3%) ошкор карда шуд, ҳол он ки дар (47,9%) –и беморони гирифтори ҷараёни музмин ғафсшавии миёндевории байни ҳиссаҳо дар шакли тағйироти «лонаи занбӯр» ба мушоҳида расид.
6. Таҳқиқотҳои ситологии ЛБА (лаважи бронхоалвеоларӣ) фарқияти байни се варианти АЭА-ро нишон дод: дар варианти астмоидӣ бартарӣ доштани эозинофилҳо ва лимфоситҳо ошкор карда шуданд,

дар варианти пневмониямонанди лимфоситҳо ва варианти фиброзӣ, баръакс кам шудани миқдори лимфоситҳо ба мушохида мерасад. Арзиши ташхисии таркиби ҳуҷайравии ЛБА аҳамияти худро вобаста аз якҷанд маротиба гирифтани табобати антибактериалӣ ва глюкокортикостероидӣ аз байн меравад.

7. Ихтилолҳои обструктивии (инсидодии) намуди вентилятсионӣ, асосан, ҳангоми вариантҳои астмоидӣ ва дорои чараёни шадиди АЭА дучор мешаванд, ҳол он ки ҳангоми варианти пневмониямонанд ва фиброзӣ ихтилоли намуди рестриктивии нафаскашии берунии бартарӣ дорад.
8. Бо авҷгирии норасоии нафаскашӣ ҳангоми чараёни шадид ва зершадид доштани АЭА комбинатсияи пепсал бо ГКС-и системавӣ хеле самаранок аст, дар ҳоле, ки ҳангоми чараёни музмин доштани беморӣ ГКС –и системавиро якҷоя бо ситостатикҳо истифода кардем.

**Саҳми шахсии довталаб.** Муаллиф шахсан 123 беморро бо истифода аз назорати клиникӣ муоина кардааст, адабиётро таҳлил намуда, маводи аввалияи клиникӣ ва натиҷаҳои усулҳои таҳқиқоти лабораторӣ ва асбобҳоро ҷамъоварӣ ва систематикӣ кардааст ва коркарди омори анҷом додааст.

**Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаи он.** Маводи диссертатсия дар конференсияҳои солонаи илмӣ-амалии 63,64, 65 ва 66-уми МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» “Саҳми илми тиб дар солимгардонии оила” (Душанбе, 2015), “мушкилоти назария ва амалияи тибби муосир” (Душанбе, 2016); “Илм ва тайсилоти тиббӣ” (Душанбе, 2017); “Нақш ва мавқеи технологияи инноватсионӣ дар тибби муосир (Душанбе, 2018); дар ҷаласаҳои муштараки комиссияи экспертии проблемавии байни-кафедравии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (Душанбе, протоколи №3, с.2016) гузориш дода шудаанд. Нуктаҳо ва маводи асосии диссертатсия дар фаъолияти амалии таҳқиқоти беморон дар шуъбаи пулмонологияи ММТ ҚТ татбиқ шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсия, ки методика ва алгоритми ташхиси барвакти АЭА-ро мавриди истифода қарор додаанд, дар фаъолияти амалӣ татбиқ шуда ва дар шуъбаи пулмонологияи МД ММТ ҚТ; дар диспансерҳои байниноҳиявӣ ва вилоятӣ; дар фаъолияти омӯзгорӣ ва хондани лексияҳо ва гузаронидани дарсҳои амалии курсантҳо, интернҳо, ординаторҳои сиклҳои такмили ихтисос оид ба пулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» истифода мешаванд, ҳамчунин бо акт дар бораи татбиқ дар протсессии таълимӣ ва илмии кафедраи беморҳои дарунии

№3-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» тасдиқ шудааст.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Вобаста ба мавзӯи диссертатсия 20 кори илмӣ нашр шудааст, ки аз онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи тавсиянамудаи КОА – и назди Президенти ҶТ ва як монография ба чоп расидааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 138 саҳифаи матни компютерӣ (хуруфи Times New Roman 14, фосилаи 1,5) таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 5 боб, натиҷаҳои таҳқиқотҳои худ, хулоса, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар феҳристи адабиёт 220 номгӯй, аз ҷумла 107 сарчашма аз донишмандони ватанӣ ва 113 адабиёт бо дигар забонҳои хориҷӣ оварда шудааст. Дар диссертатсия 14 ҷадвал ва 11 расм дида мешавад.

### МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва дар базаи шуъбаи пулмонологияи МД ММТ ҶТ дар давраи солҳои 2010-2018 иҷро карда шудааст. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои гузаронидашуда аз 203 бемори дорои бемориҳои интерстициалии шушҳо дар 123 бемор АЭА, сил дар 35 нафар, инфилтратсияи лейкомиаи шушҳо дар 23 нафар, аспергиллези шушҳо дар 35 нафар, саратони метастазии шушҳо дар 4 нафар, картсинома-тоз дар 3 бемор ошкор карда шуд.

Дар байни таҳқиқшудагон 123 нафари дорои АЭА мардҳо-73 нафар (59,3%), занҳо 50 нафар (40,6%) буданд, ки синну солашон аз 18 то 67-сола буд.

Ташхис мувофиқи таснифоти бемориҳои интерстициалии шушҳо, ки аз тарафи ТББ – 10 (коди J 84.1) ва комиссияи Ҷамъияти амрикоии торакалӣ ва Ҷамъияти аврупоии респираторӣ (LTS | ERS, с. 2002) тасдиқ карда шудааст, гузошта шуд.

Асоснок кардани гиомимозӣ ба таҳқиқот: алвеолити экзогении аллергӣ.

Асоснок кардани хориҷкунӣ аз таҳқиқот: бемориҳои ғайришушии онкологии шушҳо, вайрон шудани функцияи гурдаҳо дар марҳилаи декомпенсатсия, ҳолати септикӣ, норозӣ будани беморон.

Таҳлили гузаронидашудаи ҷанбаи синнусолӣ-чинсӣ нишон дод, ки дар ҳамаи гурӯҳҳо мардҳо нисбатан ба занҳо бартарӣ доштанд ва гурӯҳи асосиро беморони гурӯҳи синнусолии аз 38 то 67 –сола ташкил дод. Ҳамаи беморони дорои АЭА ба 3 гурӯҳи муқоисашаванда ҷудо карда шудаанд: I- дар ин гурӯҳ беморони дорои ҷараёни шадид 47 нафар (38,2%), гурӯҳи II – дорои ҷараёни зершадид – 17 нафар (13,8%) ва гурӯҳи III - 59 нафар (47,9%) - дорои ҷараёни музмини беморӣ буданд.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон беморони дорои ҷараёни шадид (31,5%) ва зершадид (35,2%)-и АЭА асосан дар синну соли 38-48-сола ва дорои ҷараёни музмин (37,2%) 59-67 – сола ба қайд гирифта шудааст. Гурӯҳи нисбатан камтарро беморони дорои ҷараёни шадид (10,1%) ва зершадид (5,8%)- АЭА дар синну соли 49 – 58 – сола ташкил доданд. Таъкид кардан ба маврид аст, ки беморони ҳамаи гурӯҳҳои вазнин қарор доштанд. Гурӯҳи назоратиро 30 шахси солим ташкил дод.

Аз миқдори умумии беморони дохилшуда ба шубҳаи пулмонологии МД ММТ дорои АЭА аҳолии деҳот 87 нафар (колхозчиён) (70,7%), аҳолии шаҳрӣ (коргарон – 25 нафар), (хизматчиён – 11 нафар) буд. Ҳамагӣ 36 нафар (29,2%)-ро ташкил дод.

Таҳлилҳои умумиклиникӣ ва биохимиявӣ хун, таҳқиқотҳои ситологӣ ва микроскопии балғам бо мақсади ошкор намудани КУМ бо усули ТСил-Нелсен, таҳҳиси сил бо усули аксуламали полимерии занҷирӣ-таҳҳис дар дастгоҳи “Нен-Ехпорт”, барои таҳлил намунаҳои зардоб барои ошкор намудани антитела ва антигени ВНМО – аз усули иммунофлюорестсенсияи ғайримустақим, муайян кардани кислотаҳои нуклеинии вирусӣ – АПЗ таҳҳис, таҳқиқоти аллергологӣ бо роҳи Тиф гузаронида шуд, антителаҳои махсуси синфҳои гуногуни иммунохимиявӣ ва панели антигенҳо ошкор карда шуд.

Муҳтавои КИГ (комплексҳои иммунии гардишкунанда) бо роҳи полимеризатсияи онҳо тавассути полиэтиленгликол (Осипов С.Г., 198), сатҳи IgE-и умумӣ ва махсус дар зардоби хун бо усули ТИФ (таҳҳили иммунферментӣ), нишондиҳандаҳои иммунитетии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ «ДИА плюс» Москва муайян карда шуд. Таҳқиқотҳои рентгенологияи шушҳо мувофиқи талабот гузаронида шуд (Виннер М.Г., Гольдельман А.Г., Краева С.Л., 1992). ТКСВ дар дастгоҳи "Toshiba" гузаронида шуд.

Таҳқиқоти функцияи нафаскашии берунӣ (ФНБ) бо усули спирометрия (спирометрии «МАС-1») гузаронида шуд. Бо мақсади омӯختани ҳолати системаи гемостаз дар беморон маҷмӯи таҳқиқотҳои коагулогӣ истифода шуд. Фибротрахеобронхоскопия бо минбаъда гузаронидани таҳқиқотҳои микдорӣ ва ҳуҷайравии шустагии бронхиалӣ ва биопсияи тарансбронхиалии шушҳо гузаронида шуд. Таҳқиқоти ҳолати функционалии системаи дилу рағҳо бо усули электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКТ) ва доплерография (ДГ) гузаронида шуд. Ҳолати функциялии системаи дилу рағҳо бо усули ЭКГ дар дастгоҳи «CardiofaxЕСС» – 9320 ОК, Nihon Konden», (Япония, 2005) сураат гирифт.

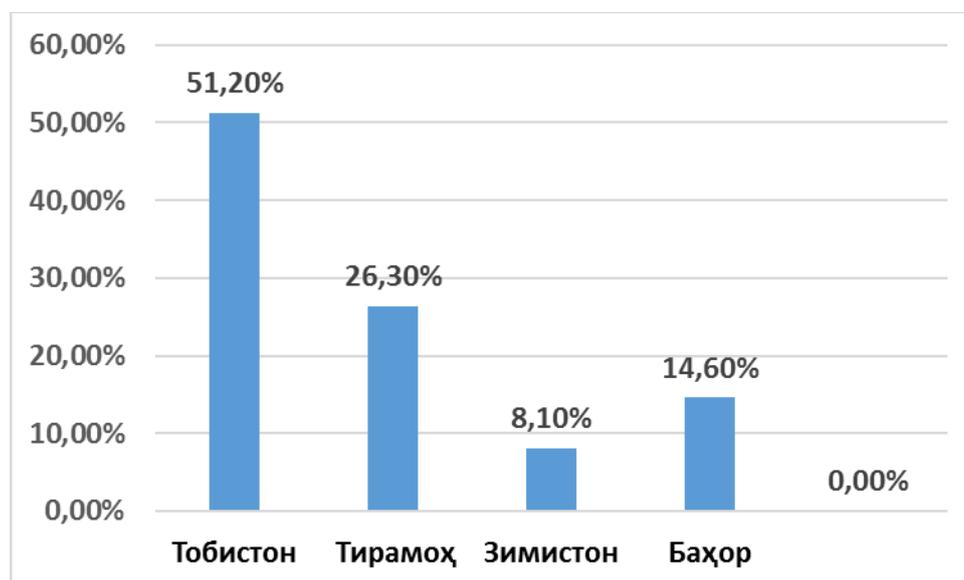
Дараҷаи ФШ тибқи таснифи [Рыбкова М.К., 2008] гузаронида шуд: ФМАНШ 20 – 40 мм сут.сим-муътадил. ФШ муътадил, 40 – 60 мм. сут.сим. - ФШ-и назаррас, аз 60 мм сут.сим. зиёдаш - ФШ-и баланд.

Бо мақсади коркарди омории мавод аз барномаи компютери таҳлили оморӣ «SPSS» (Statistical Package for Social Science), версияи 11.0 барои Windows. – истифода шуд. Усулҳои оморӣ тавсифӣ ба кор бурда шуд: ҳисоб кардани тағйиротҳои миёнаи арифметикӣ ва стандартӣ. Меъёрҳои параметрӣ – t-критерияҳои Студента ва меъёрҳои ғайрипараметрии Манна Уитни истифода шуд. Натиҷаҳо ро ҳангоми  $p < 0,05$  будан эътимоднок ҳисобиданд.

### Натиҷаҳои таҳқиқот

Омили хатари пайдошавии АЭА, пеш аз ҳама, аз хусусиятҳои минтақавии ҚТ вобаста буданд: аз хусусиятҳои иқлимиву ҳаҷрофӣ, ҳолати экологӣ, шароити иҷтимоӣ-маишӣ ва санитарӣ-беҳдоштии кору маишӣ, аз мансубияти касбии беморон. Мо баъзе натиҷаҳои мавсимӣ будани таъсирҳои ин омилҳо ба дучоршавӣ ва хусусиятҳои ҷараёни АЭА-ро ба даст овардем.

Мо мавсимӣ будани мурочиати беморони гирифтори АЭА-ро омӯхтем. Ҳамаи беморони гирифтори АЭА, ки аз тарафи мо таҳқиқ шудаанд (123 нафар) вобаста аз мавсими сол чунин гурӯҳбандӣ карда шуданд: тобистон дохилшудагон ( $n=63$ ; 51,2%), тирамоҳ дохилшудагон ( $n=18$ ; 14,6%), зимистон дохилшудагон ( $n=10$ ; 8,1%) баҳор дохилшудагон ( $n=32$ ; 26,0%) (расми 1).



Расми 1. - Гурӯҳбандӣ кардани беморони дорони АЭА вобаста аз мавсими сол.

Дар расми 1 дида мешавад, ки қисми бештари беморон дар ҚТ ба беморхона дар фаслҳои тобистон ва тирамоҳ дохил шудаанд. Шояд ин аз он вобаста бошад, ки дар ҚТ тобистони гарм гарду чанголудашавии ҳаво зиёд аст ва тирамоҳ маъракаи ҷамъоварии пахта ва дигар корҳои саҳроӣ сар мешаванд. Миқдори камтари беморон дар

фаслҳои баҳору зимистон дохил шудаанд, аммо тибқи маълумоти баъзе адабиётҳо АЭА дар он арзҳои ҷуғрофие дида мешавад, ки иқлими намнок ва сард доранд, ноҳияҳои кӯхистон пас аз борон. Миқдори зиёди беморони дорои АЭА ба стационар дар фаслҳои тирамоҳ ва миқдори камтар дар баҳору зимистон дохил шудаанд, аммо тибқи маълумоти баъзе адабиётҳо АЭА дар ноҳияҳои кӯхистон бештар дучор мешавад, ки иқлими намнок ва сард дорад.

Миқдори беморони дохилшудаи дорои АЭА вобаста аз вариантҳои клиникӣ ба минтақаи зист иртибот дошт. Гурӯҳбандӣ кардани беморони дорои АЭА вобаста аз ҷарёни беморӣ ва минтақаи зист дар ҷадвали 1 нишон дода шудааст.

### Ҷадвали 1. - Гурӯҳбандӣ кардани беморони дорои АЭА вобаста аз минтақаи зист ва ҷарёни беморӣ.

Рашиди бемори	абс.	Ҷои зист				
		Дехот n=86		Шаҳр n=36		
		абс.	%	абс.	%	P
Шадид	n=47	22	25,3	25	69,4	<0,001
Зери шадид	n=17	12	14,7	5	14,0	>0,05
Музмин	n=59	53	60,0	6	16,6	<0,001
Ҳамагӣ:	123	87	100,0	36	*100,0	

Эзоҳ: \* - <0.001 фарқиятҳои муҳим аз ҷиҳати омӯри байни беморон

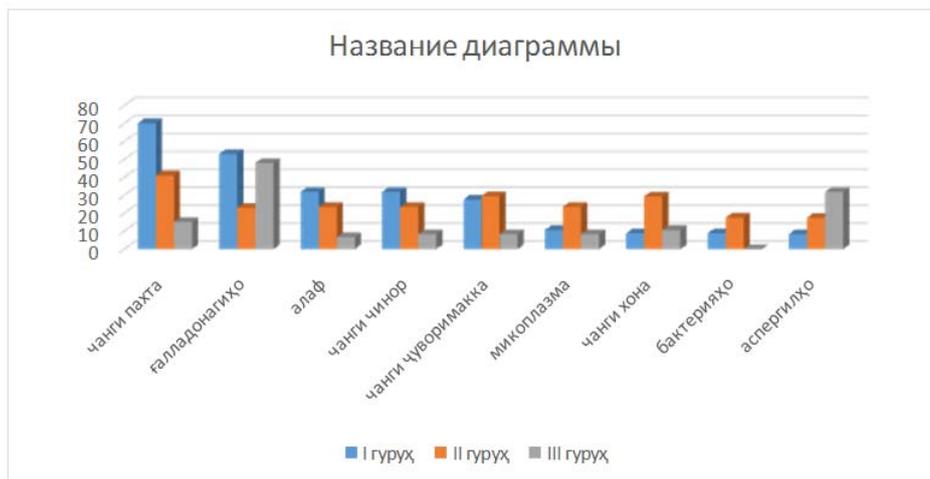
Ҷӣ тавре ки дар ҷадвал 1 дида мешавад, ки дар аҳолии шаҳр ҷараёни шадид ва зершадиди беморӣ назар ба аҳолии деҳот (69,4% ва 25,2%) бартарӣ дошт, дар аҳолии деҳот ҷараёни музмини АЭА нисбат ба нафарони дар шаҳр зиндагикунанда бартарӣ дошт (66,6% ва 16,6%).

Таҳқиқотҳои аллергологӣ дар беморони дорои АЭА бо роҳи ҷамъоварӣ намудани анамнези ҷиддӣ ва ТИФ (таҳлили иммуноферментӣ) –и хун гузаронида шуд, антителаҳои махсуси синфҳои гуногуни иммунохимиявӣ ба панели антигенҳо ошкор карда шуд. Таҳқиқотҳои гузаронидашудаи статуси аллергии беморони дорои АЭА муайян карданд, ки нишондиҳандаҳо дар минтақаҳои гуногуни иқлимӣ-ҷуғрофӣ фарқият доштанд.

Шояд ин аз он вобаста бошад, ки дар ҶТ тобистони гарм гарду чанголуидашавии ҳаво зиёд аст ва тирамоҳ маъракаи ҷамъоварии пахта ва дигар корҳои саҳроӣ сар мешаванд.

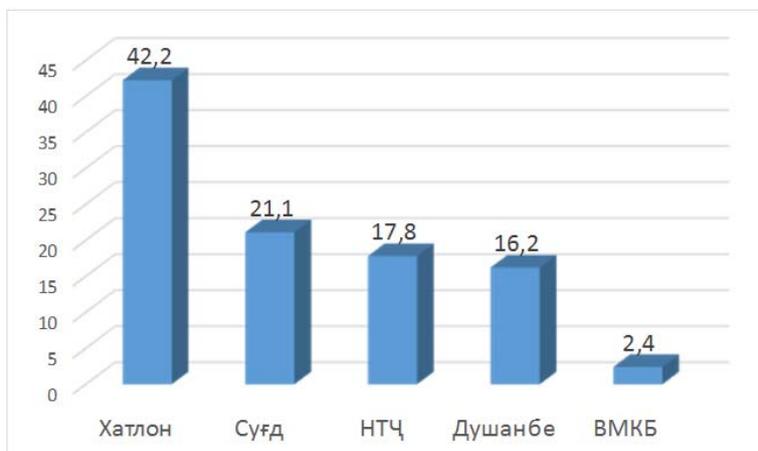
Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сабаби асосии АЭА дар байни ҷараёнҳои шадид, зершадид ва музмини беморӣ инҳо ба ҳисоб мераванд: нафаскашии гарду чанги пахта (70,2%; 41,1%; 15,2%) галладонагиҳо (53,1%; 23,5%; 48%); алаф (31,9%; 23,5%; 6,7%), гарди чинор (31,9%; 23,5%; 8,4%), ҷуворимаққа (27,6%; 29,4%; 8,4%), микоплазмаҳо (10,6%; 23,5%; 8,4%), гарду чанги хона (8,5; 29,4% 10,1%) бактерияҳо (8,5%; 17,6%; 32,2%), аспергеллаҳо (8,4%; 17,5%; 31,9%) (расми 2).

Хамин тавр, агар дар мамлакатҳо ва манотиқи мухталифи ҷаҳон омили бартаридоштаи инкишофи АЭА инҳо бошанд: антигени парандаҳо ва экспозитсияи массиви занбурӯғҳои мағорҳо, пас дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар беморони дорои ҷараёни шадид ва зершадиди АЭА гарду чанги пахта, гандум, чинор, микоплазмаҳо ва ҳангоми ҷараёни музмин бошад, гарду чанги гандум, бактерия ва аспергеллаҳо бартарӣ доранд.



**Расми 2. - Хусусияти сенсбилизатсия нисбат ба зергурӯҳҳои асосии алергенҳо дар беморони дорои АЭА, ки дар манотиқи гуногуни ҶТ зиндагӣ мекунад.**

Мо баъзе натиҷаҳои таъсири ин омилҳоро вобаста аз минтақаи зист ба даст овардем. Бемороне, ки дар вилояти Хатлон зиндагӣ мекунад, 52 нафар (42,2%) (аз онҳо 7 нафар дар шаҳр ва 45 нафар дар деҳот мезистанд), дар вилояти Суғд 26 нафар (21,1%) (аз онҳо 6 нафар дар шаҳр ва 20 нафар дар деҳот мезистанд), дар НТҶ 22 нафар (17,8%) (аз шаҳр – 3 нафар, аз деҳот – 19 нафар), дар ш. Душанбе – 20 нафар (16,2%) ва дар ВМКБ – 3 нафар (2,4%) буданд.



**Расми 3. - Беморони гирифтори АЭА, ки дар манотиқи гуногуни ҶТ зиндагӣ мекунад.**

Беморони гирифтори АЭА, ки дар манотиқи гуногуни ҶТ зиндагӣ мекунанд, дар расми 3 нишон дода шудаанд.

Маълумотҳои расми 3-ро таҳлил карда, таъкид кардан зарур аст, ки дар беморони вилояти Хатлон АЭА (42,2%) нисбат ба сокинони вилояти Суғд (21,1%) 2 маротиба, нисбат ба аҳолии НТҶ 2,3 ва нисбат ба ш.Душанбе 2,6 маротиба бештар вомехӯрад. Фоизи ками беморони аз ВМКБ дохилшуда (2,4%) шояд аз ҳавои аз ҷиҳати экологӣ тозаии кӯҳситон вобаста бошад.

Ҳамин тавр, дар шароити иқлими кӯҳистон дараҷаи камтарини ифлосшавии ҳавои атмосфера ба назар мерасад, ки ин дар навбати худ барои паҳншавии бемориҳои аллергӣ мусоидат намекунад.

Бартарӣ доштани сенсбилизатсияи поливалентӣ дар беморони дорои АЭА аз он вобаста аст, ки дар ҳудуди вилояти Хатлон (комбинати матоъҳои абрешимӣ, пахтатозакунӣ, шишабарорӣ, заводҳои электротехникӣ, орд ва химиявӣ) ва дар вилояти Суғд (дар шафати Табобшар қарор доштани коркарди маъдани мис) миқдори зиёди муассисаҳои бузург мавҷуданд ва бо ифлосшавии экологии ҳавои атмосфера, захираҳои обӣ ва заминашон, истифодаи васеи пеститсидҳо (24,1кг/га) фарқ мекунанд.

Дар байни бемороне, ки аз ҷараёни шадид ва зершадиди АЭА озор мебинанд, асосан, варианти ҷараёни пневмонитмонанд (33 нафар; 70,2% ва 11 нафар; 64,7%) бартарӣ дорад. Варианти асмоидӣ ҳамагӣ 14 нафар (29,7%) ва 6 нафар (35,2%)-ро ташкил дод, ҳол он ки дар беморони гирифтори ҷараёни музмини беморӣ шакли фиброзии (59 нафар) ҷараёни АЭА ба мушоҳида расид.

Ҷараёни шадиди АЭА пас аз 3-8 соати ба организм афтидани аллерген пайдо шуда, то 1 моҳ давом кард.

Шакли пневмонитмонанди АЭА –ро дамкутоҳи, вараҷа, баланд шудани ҳарорати бадан то ҳадди фибриалӣ (38°C-39°C), сулфай хушк (23 нафар; 48,9%), ҳамроҳӣ мекунанд, ба таври аускултативӣ хирхирҳои майдаҳубобчадор шунида шуд.

Беморони дорои ҷараёни музмини беморӣ аз нафастангии доимӣ, сулфай хушк, дилзанӣ, лоғаршавӣ шикоят мекунанд. Пайдо шудани норасоии нафаскашӣ ва кори дил бартарӣ дошт.

Дар беморони дорои ҷараёни музмин дар муқоиса аз шахсони дорои ҷараёни шадид ва зершадид паст шудани иммунитетӣ ҳам ҳуҷайравӣ ва ҳам гуморалӣ дар шакли лейкопения ( $3,3 \pm 0,05$ ), лимфопенияи нисбӣ ( $12,4 \pm 1,3$ ), ба таври эътимоднок паст шудани миқдори нисбӣ ва мутлақӣ СД3 (Т-лимфоситҳо) ( $33,5 \pm 2,3$ ) СД4 (Т-хелперҳо) ( $17,9 \pm 3,3$ ) ва CD8+(Т-супрессорҳо) –лимфоситҳо ( $17,9 \pm 3,3$ ), консентратсияи IgG ( $5,3 \pm 0,03$ ), IgM ( $1,1 \pm 0,33$ ), миқдори IgE ( $45,3 \pm 0,5$ ), сатҳи комплекси гардишкунандаи иммунӣ ( $11,3 \pm 1,5$ ) дида мешавад, ҳол он ки дар қисми зиёди беморони дорои вариантҳои шадид ва зершадиди

АЭА (62 нафар аз 96 шахси таҳқиқшуда) ба таври эътимоднок баланд шудани лейкоцитҳо ( $13,3 \pm 1,5$ ;  $15,7 \pm 0,33$ ), лимфоситҳо ( $45,4 \pm 0,9$ ;  $48,6 \pm 1,3$ ), миқдори нисбии СД3 ( $103,9 \pm 6,3$ ;  $107,6 \pm 5,3$ ), СД4 ( $67,5 \pm 5,3$ ;  $69,6 \pm 3,7$ ), СД8 ( $37,5 \pm 1,7$ ;  $38,9 \pm 1,9$ ), СД20 – лимфоситҳо ( $45,4 \pm 0,9$ ;  $48,6 \pm 1,3$ ) ва ғализати (концентратсияи) IgG ( $30,5 \pm 0,87$ ;  $35,7 \pm 0,9$ ), IgM ( $4,93 \pm 0,27$ ;  $4,77 \pm 0,17$ ; миқдори IgE ( $337 \pm 23,0$ ;  $369,3 \pm 17,0$ ), ва сатҳи комплекси гардишкунандаи иммунӣ ( $100,5 \pm 2,55$ )  $103,0 \pm 3,7$ ) 2-3 маротиба ( $p < 0,01$ ) дида мешавад.

Ҳамин тавр, дар беморони дорои чараёни музмини АЭА ба таври эътимоднок паст шудани иммунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ муайян карда шуд, ҳол он ки дар бештари беморони дорои чараёни шадид ва зершадиди беморӣ ба таври эътимоднок баланд шудани онҳо мушоҳида шуд.

Манзараи рентгенологӣ дар ин беморони дорои АЭА вобаста аз варианти чараёни беморӣ гуногун буд, дараҷаи осеб бо пешравии беморӣ ва музмин шудани протсесс зиёд мешуд. Барои беморони дорои чараёни шадиди АЭА (47 нафар, 38,2%) кам шудани шаффофии майдонҳои шушҳо бо навъи «шишаи тира», пайдо шудани тирагиҳои гиреҳчавӣ-шабакавӣ ва гиреҳчаҳо, ки аз 3 мм калон нестанд, хос аст, ҳол он ки ҳангоми чараёни музмин (59 нафар, 47,9%) манзараи пневмосклерози диффузӣ ва ихтилоли архитекtonикаи шушҳо дар шакли «шуши лонаи занбӯр» муайян карда шуд.

Таҳқиқоти ситологии ЛБА (лаважи бронхоалвеолярӣ) фарқияти байни 3 варианти АЭА –ро нишон дод (ҷадвали 2).

## Ҷадвали 2. - Таркиби ҳуҷайраи ЛБА дар беморони гирифтори АЭА, вобаста аз варианти равиш

	Варианти равиш АЭА			P1-P2	P2-P3	P1- P3
	1	2	3			
Эозинофиҳо	$8,0 \pm 1,5$	$4,73 \pm 1,05$	$2,15 \pm 1,05$	$<0,05$	$>0,05$	$<0,05$
Нейтрофилҳо	$5,3 \pm 1,5$	$7,7 \pm 0,5$	$3,58 \pm 0,7$	$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$
Лимфоцитҳо	$36,3 \pm 5,0$	$45,3 \pm 3,21$	$13,0 \pm 3,5$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,01$
Макрофагҳо	$23,0 \pm 5,33$	$30,5 \pm 1,5$	$76,35 \pm 7,2$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,001$

Эзоҳ: фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳим вобаста ба шакли АЭА: ҳангоми  $p < 0,05$ ; - п  $< 0,01$ ; - п  $< 0,001$ ; ҳангоми  $p > 0,05$  - аз ҷиҳати омӯри носаҳеҳ мебошад (аз рӯи меъёри U- Манн-Уитни).

Чӣ тавре ки дар ҷадвал 2 дида мешавад, ки дар варианти шадид (астмоидӣ) бартарӣ доштани унсурҳои лимфоидӣ ва эозинофилӣ ( $43,7 \pm 3,3\%$  ва  $8,79 \pm 1,63\%$ ) ( $p < 0,001$ ), дар варианти пневмониямонанд – лимфоситҳо ва нейтрофилҳо ( $45,7 \pm 2,5\%$  ва  $7,7 \pm 0,5\%$ ) ( $p < 0,001$ ) ва варианти фиброзӣ, баръакс, кам шудани миқдори лимфоситҳо ( $13,0 \pm 3,5\%$  ва  $25,5 \pm 5,0\%$ ) ё наздик шудан ба ифодаҳои муътадил ( $p < 0,001$ ) ба амал меояд.

ЛБА усули ташхисии нодири махсуси ташхис ба ҳисоб меравад. Таркиби хучайравӣ аобаста аз варианти чараёни беморӣ фарқ мекунад. Арзиши ташхисии таркиби хучайравии ЛБА аҳамияти худро вобаста аз якчанд маротиба гирифтани табобати антибактериалӣ ва глюкокортикостероидӣ аз даст медиҳад. Ҳангоми ташаккул ёфтани «шуши лонаи занбӯр» гузаронидани ЛБА тавсия карда намешавад.

Таҳқиқоти функцияи вентилятсионии шушҳо паст шудани VC ( $57,3 \pm 2,3$ ;  $66,0 \pm 1,5$ ;  $70,7 \pm 2,3$ ), MVL ( $66,0 \pm 1,5$ ;  $70,0 \pm 2,2$ ;  $77,0 \pm 3,3$ ), FVC ( $58,3 \pm 1,0$ ;  $60,5 \pm 1,3$ ;  $63,5 \pm 1,5$ ), FEV1 ( $67,6 \pm 3,0$ ;  $76,3 \pm 1,5$ ;  $81,7 \pm 0,5$ ), FEV1/FVC ( $43,9 \pm 1,7$ ;  $47,0 \pm 1,0$ ;  $51,3 \pm 1,5$ ), PEF ( $47,0 \pm 1,0$ ;  $57,0 \pm 2,0$ ;  $59,4 \pm 6,1$ ), PEF25-75 ( $58,3 \pm 1,7$ ;  $65,0 \pm 1,5$ ;  $66,3 \pm 1,5$ ) – ро нишон дод, ки дар беморони дорои варианти чараёни астмоидӣ назар ба беморони дорои вариантҳои пневмониямонанд ва фиброзии АЭА возеҳтар ба назар мерасад.

Ҳамин тавр, дараҷаи возеҳии ихтилолҳои вентилятсионӣ ҳангоми АЭА вобаста аз варианти чараён гуногун буданд, зеро дар варианти чараёни астмоидӣ ва фиброзии АЭА навъи обструктивии ихтилоли функцияи нафаскашии берунии муайян карда шуд, ҳол он ки ҳангоми варианти пневмониямонанд бартарӣ доштани ихтилолҳои навъи рестриктивии нафаскашии берунии ба назар расид.

АЭА дар аксари мавридҳо бо оризаҳои шушӣ ва ғайришушӣ дар шакли норасоии шадид ва музмини нафаскашӣ, пневмосклероз, плеврити экссудативӣ ориза нок мешавад; дили шушии шадид ва музмин, норасоии дил ва гипертензияи шарёнӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон доданд, ки хатоҳои табибон хусусияти объективӣ ва субъективӣ доштанд. Ба хатоҳои субъективӣ инҳо дохил мешаванд: ихтисосмандии нокифояи табиб ( $67,0\%$ ), огоҳӣ надоштани табиб аз АЭА ( $97,0\%$ ), ҷамъоварии нокифояи анамнез ( $78,0\%$ ), на ҳамеша ТКСВ таъйин карда мешавад ( $69,0\%$ ), табобати беморон таҳти ниқоби дигар бемориҳо (астмаи бронхиалӣ, сил, кансераматоз) ( $25,0\%$ ), якчанд маротиба таъйин кардани антибиотикҳо ( $78,0\%$ ), нодуруст интихоб кардани дозаи антибиотикҳо ва ГКС (глюкокортикостероидҳо) ( $73,0\%$ ). Ба сабабҳои объективӣ инҳоро дохил мекунад: нодир будан, атипӣ будан ва раъдосо будани чараёни беморӣ ( $37,0\%$ ), мавҷуд будани патологияи мураккабу омехта ( $39,0\%$ ), мувофиқат накардани симптомҳои клиникӣ бо натиҷаҳои таҳлилҳо ( $56,0\%$ ), дер мурочиат кардан ва бистарӣ кунонидани беморон ( $89,0\%$ ), қимат будани усулҳои дахлдори таҳқиқот ( $100,0\%$ ), тибқи стандарт табобат кардани беморон ( $77,0\%$ ).

Табобати самараноки АЭА пеш аз ҳама аз рафъи пешакии алоқа бо аллергенҳо вобаста аст. Табобати АЭА бояд инфиродӣ ва бо назардошти бемориҳои коморбидӣ гузронида шавад. Ҳангоми баҳодихии муқоисавии динамикаи аломатҳои клиникӣ дар беморони гирифтори

АЭА, вобаста аз вариант, пас аз гирифтани табобати асосӣ нишон дод, ки дар беморони намуди шадид ва зершадид нисбат ба беморони гирифтори намуди музмин ҳамлаҳои нафастангӣ, дамкӯтоҳи ва сулфа бештар хоҳиш меёбад (ҷадвали 3)

### Ҷадвали 3. - Динамикаи нишонаҳои клиникӣ дар беморони гирифтори АЭА, вобаста аз рафти қабули терапияи асосӣ ва баъд аз он

Аломатҳои клиники (баллҳо)	Равиши АЭА n=123					
	Шадид n=47 P1		Зери шадид n=17 P2		Музмин n=59 P3	
	Пеш аз табобат	Пас аз табобат	Пеш аз табобат	Пас аз табобат	Пеш аз табобат	Пас аз табобат.
Дамкӯтоҳи	26,0±1,0	16,0±1,0	25,0±2,0	17,0±1,0*	26,0±1,0	23,0±1,0**
Сулфа	2,10±0,5	1,0±0,1	2,9±0,4	1,9±0,4*	2,10±0,5	2,10±0,5**
Ҳамлаи нафастанги	2,15±0,3	0,5±0,023	2,13±0,32	1,2±0,3*	2,33±0,32	2,33±0,3**
Таҳаммулпазири ба корҳои ҷисмонӣ	4,77±0,5	1,05±0,14	4,83±0,15	2,23±0,15*	4,93±0,15	4,93±0,15**

Эзоҳ: \* P1-2 - фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар табобати беморони гурӯҳҳои таҳқиқшуда, \*\* P1-2 - фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар табобати беморони гурӯҳи муқоисашуда дар  $p < 0,05$  (тибқи санҷиши U-Манна -Уитни)

Таҳлили муқоисавии параметрҳои иммунологии беморони гирифтори АЭА намудҳои шадид, зершадид ва музмин дараҷаи гуногунӣ барқароршавии дисбаланси иммунологиро муайян намуд. Дар беморони гирифтори намуди нисбат ба намудҳои шадид ва зершадид пастшавии иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ва ҳуморалӣ ба намуди лейкопения, лимфопенияи нисбӣ, пастшавии нисбӣ ва мутлақи миқдори CD3, CD4 ва  $\bar{U}$  CD8+ - лимфоситҳо, консентратсияи IgG, IgM, шумораи IgE, сатҳи КИГ, дар аксари беморони равиши шадид ва зершадид АЭА заёдшавии назарраи миқдори нисбӣ ва мутлақи CD3, CD4, CD8, CD20 – лимфоситҳо ва консентратсияи IgG, IgM, миқдори IgE ва сатҳи КИГ ( $p < 0,01$ ) 2-3 маротиба. мушоҳида мешавад

Дар беморони гирифтори АЭА музмин пас аз табобат, тамоюли ночизи барои барқароршавии параметрҳои иммунологӣ бо намуди лейкопения ( $3,3 \pm 0,05$  ва  $3,7 \pm 0,03$ ; нисбати  $13,3 \pm 1,5$  ва  $7,0 \pm 0,3$ ), лимфопенияи нисбӣ ( $12,4 \pm 1,3$  ва  $15,7 \pm 1,5$  баръакси  $45,4 \pm 0,9$  ва  $28 \pm 2,0$ ); шумораи нисбии T3DM ( $33,5 \pm 2,3$  ва  $37,5 \pm 3,5$  нисбати  $103,9 \pm 6,3$  ва  $70,3 \pm 1,3$ ), T44 ( $17,9 \pm 3,3$  ва  $18,9 \pm 3,7$  бар зидди  $67,5 \pm 5,3$  ва  $23,3 \pm 0,5$ ) ва CD8 + ( $17,9 \pm 3,3$  ва  $18,9 \pm 3,7$  бар зидди  $37,5 \pm 1,7$  ва  $23,3 \pm 0,5$ ), консентратсияи IgG ( $5,3 \pm 0,03$  ва  $6,6 \pm 0,05$  баръакси  $30,5 \pm 0,87$  ва  $23,3 \pm 0,5$ ), IgM ( $1,1 \pm 0,33$  ва  $1,5 \pm 0,39$  нисбат  $4,93 \pm 0,27$  и  $2,1 \pm 0,26$ ), сатҳи IgE ( $45,3 \pm 0,5$  ва  $55,6 \pm 0,7$  баръакси  $337 \pm 23,0$  и  $71,5 \pm 3,3$ ), сатҳи КИГ ( $11,3 \pm 1,5$  ва  $13,7 \pm 1,7$  бар зидди  $100,5 \pm 2,55$  ва  $17,5 \pm 0,15$ ) нисбат ба беморони гирифтори равиши шадид ва зершадид, дар ин бемо-

рон нишондодҳои иммунологӣ ба нишондодҳои шахсони солим наздик мешуд.

Ҳамин тариқ, дар беморони гирифтори намуди музмини ҷараёни АЭА, дар муқоиса бо беморони гирифтори шадиди ва зершадид пастшавии иммунитетии ҳуҷайравӣ ва ҳуморалӣ ба назар мерасид.

Натиҷаҳои омӯзиши ФНБ дар беморони гирифтори АЭА, вобаста ба ҷараёни беморӣ пас аз гирифтани табобат нишон доданд, ки дар беморони гирифтори АЭА музмин, арзиши FVC (FVC) (l) ва FEV1 (FEV1) л / с ба пуррагӣ барқарор намешаванд, ин аз он далелат мекунад, ки тағирёбии паҳншуда дар бронхиолаҳо ва паренхимаи шуш нишон медиҳанд, дар ҳолате ки дар беморони гирифтори шадиди беморӣ пас аз табобат ҳамаи параметрҳои ФНБ ба ҳолати муқаррарӣ баргаштанд.

## ХУЛОСА НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАСИЯ

1. Хусусиятҳои минтақавӣ ва омилҳои хатари инкишофи АЭА дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шуданд: таъсири иқлими гарм ва хушк, нафас кашидани гарду чанги пахта ва ғалладонагӣҳо, ҳол он ки дар мамлакатҳо ва манотиқи мухталифи ҷаҳон омили бартаридоштаи инкишофи АЭА инҳо бошанд: антигени парандаҳо ва экспозитсияи массиви занбурӯғҳои мағорҳо [1-М, 5-М].
2. Муайян карда шуд, ки дар сокинони деҳот назар ба сокинони шаҳр 2,5 маротиба бештар ба АЭА гирифтор мешаванд. Дар беморони вилояти Хатлон АЭА (42,2%) назар ба сокинони вилояти Суғд (21,1%) 2 маротиба бештар буд, ки ба ифлосшавии экологии ин ноҳияҳо алоқамандӣ дошт [8-М, 9-М].
3. Иҷбот карда шуд, ки манзараи клиникӣ алвеолити экзогенӣ алергӣ аз хусусияти ҷараёни беморӣ вобастагӣ дорад: дар варианти астмоидии беморӣ лаҳзаҳои хуруҷҳои астмаи бронхиалӣ ва ҳангоми варианти пневмонимонанд синдроми возеҳи интоксикатсионӣ ва тадриҷан пеш рафтани ҷараёни беморӣ дида мешаванд [2А, 6А, 7А, 9-М, 10-М].
4. Ба таври эътимоднок паст шудани ҳам иммунитетии ҳуҷайравӣ ва ҳам гуморалӣ дар беморони дорои ҷараёни музмини АЭА муайян карда шуд, дар ҳоле ки бештари беморони дорои варианти шадид ва зершадиди ҷараёни беморӣ баландшавии боэътиморди онҳо ба амал омад [11-М, 17-М].
5. Аз ҷиҳати возеҳӣ дар маълумотҳои рентгенологӣ фарқиятҳо ба назар расид: «симптоми шишаи тира» дар (38,2%) дар беморони дорои ҷараёни шадид ва зершадиди (12,3%) –и беморӣ, дар ҳоле ки дар (47,9%)-и беморони дорои ҷараёни музмин ғафсшавии миёнде-

вораи байниҳиссаи дар шакли тағйиротҳои “лонаи занбӯр” ба мушоҳида расид [15-М, 17-М, 20-М].

6. Таҳқиқоти ситологии ЛБА (лаважи бронхоалвеоларӣ) фарқияти байни 3 варианти АЭА –ро нишон дод: дар варианти шадид (астмоидӣ) бартарӣ доштани унсурҳои лимфоидӣ ва эозинофилӣ ( $43,7 \pm 3,3\%$  ва  $8,79 \pm 1,63\%$ ) ( $p < 0,001$ ), дар варианти пневмониямонанд – лимфоситҳо ва нейтрофилҳо ( $45,7 \pm 2,5\%$  ва  $7,7 \pm 0,5\%$ ) ( $p < 0,001$ ) ва варианти фиброзӣ, баръакс, кам шудани миқдори лимфоситҳо ( $13,0 \pm 3,5\%$  ва  $25,5 \pm 5,0\%$ ) ё наздик шудан ба ифодаҳои муътадил ( $p < 0,001$ ) ба амал меояд. Арзиши ташхисии таркиби ҳуҷайравии ЛБА аҳамияти худро вобаста аз якчанд маротиба гирифтани табобати антибактериалӣ ва глюкокортикостероидӣ аз даст медиҳад [16-М].
7. Навъи обструктивии ихтилолҳои вентиллятсионӣ ҳангоми вариантҳои чараёни астмоидӣ ва шадиди АЭА муайян карда шуд, дар ҳоле ки ҳангоми вариантҳои пневмониямонанд ва фиброзӣ наъви рестриктивии ихтилолҳои нафаскашии беруни бартарӣ доранд [5-М, 8-М].
8. Муқаррар карда шуд, ки бо афзудани норасоии нафаскашӣ аснои чараёни шадид ва зершадиди АЭА комбинатсияи ИКС-пепсал бо ГКС-и системавӣ хеле самаранок аст, дар ҳоле ки ҳангоми чараёни музмини беморӣ ГКС-и системавӣ дар якҷоягӣ бо ситостатикҳо истифода мешаванд [11-М].
9. Табобати АЭА бояд ба мувофиқати инфиродишудаи беморон бо назардошти ҳолатҳои коморбидӣ равона карда шавад. [9-М].

## **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Алгоритми ташхиси барвақти АЭА бояд нисбат ба баҳодихии анамнези алергологӣ, минтақаи зист, шароити экологӣ, зуҳуроти клиникӣ, таҳқиқотҳои махсуси алергологӣ, усули иммунологии таҳқиқот, гузаронидани ТКСВ, таҳқиқоти функцияи нафаскашии беруни ҳатман муносибати комплексиро дар бар гирад.
2. Гузаронидани верификатсияи гистологии ташхисро дар ҳолатҳои мураккаби ташхиси тафриқӣ бо назардошти хатари оризаҳо (пневмоторакс, хунравии муътадил) тавсия кардан мумкин аст. Ташхиси гистологӣ дар бисёри мавридҳо бо муносибатҳои мултидисциплинарӣ бо ҷалб кардани мутахассисон (пульмонологҳо, фтизиатрҳо, онкологҳо, ревматологҳо, рентгенологҳо ва ҷарроҳони қафаси сина) иваз карда мешавад.
3. Беасос таъйин кардани антибиотикҳо, нодуруст интиҳоб кардани миқдори кортикостероидҳо, риоя накардани ҳолати гиповолемикӣ ба оризаҳои табобатнашаванда оварда мерасонанд.

## **ФЕҲРЕСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАЧАИ ИЛМӢ**

### **МОНОГОРАФИЯ**

#### **МАҚОЛАҲОИ ДАР МАҶАЛЛАҲОИ ТАҚРИЗШАВАНДА**

1-М. Султанов А.И. Факторы риска развития и клинические проявления экзогенного аллергического альвеолита / Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2017. №3. – С.364-368.

2-М. Султанов А.И. Особенности течения экзогенного аллергического альвеолита на фоне бронхиальной астмы / Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Вестник АН РТ. – Душанбе. 2018. - №3, - С. 319-32.

3-М. Султанов А.И. Структура и частота осложнений экзогенного аллергического альвеолита в Республике Таджикистан / Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева // Вестник АН РТ. –Душанбе. – 2018. - №4. – С. 326-33.

4-М. Султанов А.И. Экзогенный аллергический альвеолит в Республике Таджикистан / Н.И. Мустафакулова., Н.С. Мирзокаримова // Монография. –Душанбе. – 2019. – С. 130.

#### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда**

5-М. Султанов А.И. Особенности клинического течения экзогенного аллергического альвеолита / Д.Ю. Абдуллаева, Б. Г. Хомид // Материалы 64-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В 20л.: Проблемы теории и практики современной медицины». – Душанбе. – 2016. – Т. 1. – С. 71-72

6-М.Султанов А.И. Трудности в диагностике и лечении фиброзирующего идиопатического альвеолита в Республике Таджикистан /Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Материалы 65-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В 20л.: «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». – Душанбе. – 2017. – Т. 2. – С. 96-98.

7-М. Султанов А.И. Структура интерстициальных заболеваний лёгких в Респблике Таджикистан /Д.Ю. Абдуллаева// Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В 20л. По-священной «Году молодёжи». Душанбе. – 2017. – С. 10.

8-М. Султанов А.И. Особенности клинических проявлений экзогенного аллергического альвеолита в Республике Таджикистан / Д.Ю. Абдуллаева, Г. Хамид Бахо //Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с

международным участием. В 21л. Посвященной «Году молодёжи». – 2017.Т. С. 83.

9-М. Султанов А.И. Экзогенный аллергический альвеолит и ко-морбидное состояние /Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева //Ж. Вестник АН РТ. – Душанбе. – 2018. – С.65-67.

10-М. Султанов А.И. Состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом / Д.Ю. Абдуллаева //Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В 21л. Посвященной «Году молодёжи». Душанбе. – 2018. С.77.

11-М. Султанов АИ. Особенности клинического течения и патогенетической терапии идиопатического фиброзирующего альвеолита в условиях Республике Таджикистан / Д.Ю. Абдуллаева // Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В 21л. Посвященной «Году молодёжи». Душанбе. – 2018. С.7.

12-М. Султанов А.И. Коморбидность экзогенного аллергического альвеолита и бронхиальная астма /Н.И. Мустафакулова., Д.Ю. Абдуллаева //Труды региональной конференции и актуальные вопросы неврологии. Съезд невролов. Душанбе. – 2018. – С.364-372.

13-М. Султанов А.И. Ошибки и трудности в диагностике ЭАА / Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева// Материалы 66-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. – 2018. – С. 499-501.

14-М. Султанов А.И. Гемокоагуляционные нарушения у пациентов с ЭАА /Н.И..Мустафакулова //Д.Ю. Абдуллаева Материалы 66-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. – 2018. – С. 565-566.

15-М. Султанов А.И. Сложности диагностики при диссеминированных заболеваниях легких /Д.Ю. Абдуллаева., М.Н. Зокирова //Материалы ГУ-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел», 2019. С.92.

16-М. Султанов А.И. Количественный и клеточный анализ бронхоальвеолярного смыва у пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом в зависимости от его клинических вариантов / А.И.,Д.Ю. Абдуллаева М.Н. Зокирова // Материалы ГУ-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел». Душанбе. – 2019. С.93.

17-М. Султанов А.И. Состояние иммунного статуса у пациентов с экзогенным аллергическим альвеолитом /Д.Ю. Абдуллаева, Ф.А. Аб-

дуллазода // Маталы Г-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел». Душанбе. – 2019. – С.8.

18-М. Султанов А.И. Структура и частота при интерстициальных заболеваниях лёгких в Республике Таджикистан / Д.Ю. Абдуллаева, М.И. Ояхмадов // Материалы ГУ-ой международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел». Душанбе. – 2019. – С.8.

19-М. Султанов А.И. Трудности диагностики экзогенного аллергического альвеолита грибковой этиологии в Республике Таджикистан (случай из практики) / Н.И. Мустафакулова Д.Ю. Абдуллаева // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний и соматических заболеваний». Душанбе. – 2019. – С. 268.

20-М. Султанов А.И. Особенности течения токсического фиброзирующего альвеолита (случай из практики) / Н.И. Мустафакулова Д.Ю. Абдуллаева // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний и соматических заболеваний». Душанбе. – 2019. – С. 379

## РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҲО

ЛБА - лаважи бронхоалвеолярӣ  
 ВМКБ- Вилояти Мухтори Куҳистони Бадахшон  
 ТКСВ – томографияи компютери сервазифа  
 ГКС –глюкокортикостероидҳо  
 ҲҲШ – ҳаҷми ҳаётии шушҳо  
 БИШ- бемориҳои интерстициалии шушҳо  
 АИФ –алвеолити идиопатикии фиброзӣ  
 ФШ- фишорбаландии шушӣ  
 АЗП - аксуламали занҷири полимеразӣ  
 СД3 - (Т-лимфоситҳо)  
 СД4 - (Т-хелперҳо)  
 СД20 – (В-лимфоситҳо)  
 СД8 - +(Т-супрессорҳо)  
 КИГ-комплекси иммунии гардишкунанда  
 ФБС - фибробронхоскопия  
 ФНБ функцияи нафаскаши беруна  
 ҲҲЗШ- ҳаҷми ҳаётии барзиёди шушҳо  
 АЭА- алвеолити экзогеникӣ алергӣ  
 МИГ - маҷмӯи иммунии гардишкунанда  
 ЭхоКГ – эходоплеркардиография  
 ERS/ATS- Чамбияти аврупоии респираторӣ америкоии торакалӣ  
 (қафаси сина)  
 IgG – иммуноглобулини синфи G  
 VC– vital capacity -- ҳаҷми ҳаётии шуш;  
 MVV- maximal voluntary ventilation - ҳадди вентилятсияи шуш ;  
 FVC- forced vital capacity - (ҚМҲШ) – қобилияти маҷбурии ҳаётии шуш;  
 FEV1 – forced expiratory volume in 1 sec. (ҲЭМ<sub>1</sub>)– ҳаҷми экспиратории маҷбурий;  
 FEV1/ FVC (ҲЭМ<sub>1</sub>/ҚМҲШ)- муносибати ҲЭМ<sub>1</sub> ба ҚМҲШ;  
 RR – respiratory reserve - захираи нафас;  
 PEF – peak expiratory flow - суръати фазои баланд;  
 FEV 25-75% — mean forced expiratory flow during the middle — ҳаҷми ҷараёни маҷбурии экспираторӣ.

## АННОТАЦИЯ

### СУЛТАНОВ АКБАРХОН ИСМОИЛОВИЧ

### ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ В

### РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (РЕГИОНАЛЬНЫЕ

### ОСОБЕННОСТИ)

**Ключевые слова:** экзогенный аллергический альвеолит, иммуноглобулин Е, функция внешнего дыхания, лёгочное сердце, кортикостероиды.

**Цель.** Изучить факторы риска развития, особенности клинических проявлений, принципы современной диагностики и терапии экзогенного аллергического альвеолита в различных регионах Республики Таджикистан.

#### **Методы исследования и использованная аппаратура:**

Проведены общеклинические и биохимические анализы крови, диагностика туберкулеза методом ПЦР (в аппарате «Hen-Export»), микроскопическое исследование мокроты на КУМ методом Циля-Нельсена; аллергологическое обследование (ИФА), исследование специфических антител к различным иммунохимическим классам, рентгенологические методы исследования (КТВР) на аппарате "Toshiba", исследование ФВД методом спирометрии (спирометром «МАС-1»), исследование вирусных нуклеиновых кислот (ПЦР) и показателей клеточного и гуморального иммунитета, исследование БАЛ с последующим анализом клеточного состава, исследование функционального состояния ССС методом ЭКГ (на аппарате «Cardiofax ЕСС»), ЭхоКГ и доплерография ДГ.

**Полученные результаты и их новизна:** На основании проведенного комплексного исследования выявлены характерные региональные особенности в факторах риска развития ЭАА в РТ. ЭАА в 2 раза чаще встречается у пациентов Хатлонской области по отношению к жителям Согдийской области. Клиническая картина ЭАА варьировала в зависимости от варианта течения. Выявлено достоверное снижение клеточного и гуморального иммунитета у пациентов с хроническим течением ЭАА. У пациентов с острым течением ЭАА на КТВР обнаружен «симптом матового стекла», при хроническом течении картина «сотового» лёгкого. Цитологическое исследование БАЛ показало различие между вариантами течения ЭАА. У пациентов ЭАА в основном превалировал рестриктивный тип нарушений ФВД, сочетаний с цитостатиками.

**Рекомендации по исследованию.** Разработанный алгоритм ранней диагностики ЭАА позволяет в кратчайшие сроки предположить интерстициальное поражение легочной ткани и своевременно назначить не только дообследование, но и адекватную терапию,

**Область применения:** Внутренние болезни, Пульмонология, Аллергология.

## АННОТАТСИЯ

### СУЛТАНОВ АКБАРХОН ИСМОИЛОВИЧ

### АЛВЕОЛИТИ ЭКЗОГЕНИИ АЛЛЕРГӢ ДАР ҶУМӢУРИИ

### ТОҶИКИСТОН (ХУСУСИЯТӢОИ МИНТАҚАВӢ)

**Калимаҳои калидӣ:** алвеолити экзогении аллергӣ, иммуноглобулини E, функсияи нафаскашии берунӣ, дили шушӣ, кортикостероидҳо.

**Мақсад.** Омӯхтани омилҳои хатари инкишоф, хусусиятҳои зухуроти клиникӣ, принципҳои таҳхиси муосир ва табобати АЭА (алвеолити экзогении аллергӣ) дар манотиқи мухталифи Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот.** Таҳлилҳои умумиклиникӣ ва биохимиявӣ хун, таҳхиси сил бо истифода аз усулҳои аксуламалҳои занҷирии полимеразӣ (дар дастгоҳи «Неп-Ехрой»), таҳқиқоти микроскопии балғам ба микобактерияҳои нисбат ба кислотаҳо устувор бо усули Сил-Нилсен: таҳқиқоти аллергологии (ТИФ), таҳқиқоти антителаҳои махсус ба синфҳои гуногуни иммунохимиявӣ, усулҳои таҳқиқотҳои рентгенологӣ (ТКСВ) дар дастгоҳи «Toshiba», таҳқиқоти ФНБ (функсияҳои нафаскашии берунӣ) бо усули спирография (спирометри «МАС-1»), таҳқиқоти кислотаҳои нуклеинивирӯсӣ (АЗП) ва нишондиҳандаҳои иммунитетии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ, таҳқиқоти склерози паҳлӯии аминотрофӣ ва баъдан таҳлил кардани таркиби ҳуҷайравӣ, таҳқиқоти ҳолати функционалии системаи дилу рағҳо бо усули ЭКГ (дар дастгоҳи «Cardiofax ЕСС»), ЭхоКГ ва доплеографияи ДГ.

**Натиҷаҳои бадастомада ва навоғонии онҳо.** Дар асоси таҳқиқоти комплекси гузаронидашуда хусусиятҳои махсуси минтақавӣ омилҳои хатари пайдошавии АЭА дар ҚТ муайян карда шуданд. АЭА дар сокинони вилояти Хатлон назар ба аҳолии вилояти Суғд 2 маротиба бештар ба назар мерасад. Манзараи клиникӣ АЭА вобаста аз варианти чараёни беморӣ фарқ мекунад. Ба таври эътимоднок паст шудани иммунитетии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар беморони дорои чараёни музмини АЭА ошкор карда шуд. Дар беморони дорои чараёни шадиди АЭА дар ТКСВ “аломати шишаи тира”, дар чараёни музмини АЭА бошад, манзараи “шуши лонаи занбӯр” ба мушоҳида расид. Таҳқиқоти ситологии лаважи бронхоалвеоларӣ фарқи баъни вариантҳои чараёни АЭА-ро нишон дод. Дар беморони дорои АЭА асосан навъи рестриктивӣ ихтилолҳои функсияи нафаскашии берунӣ, ки бо ситостатикҳо ҳамроҳ буд, бартарӣ дошт.

**Тавсияҳо оид ба истифода:** Алгоритми таҳияшудаи таҳхиси барвақти АЭА имконият медиҳад, ки дар кӯтоҳтарин муҳлат осебҳои интерстициалии бофтаи шушҳо тахмин карда ва ҳам муоинаи пурраву ҳам табобати муносиб таъйин карда шавад.

**Соҳаи истифода:** Бемориҳои дарунӣ, Пульмонология, Аллергология.

**ANNOTATION**  
**SULTANOV AKBARKHON ISMOILOVICH**  
**EXOGENOUS ALLERGIC ALVEOLITIS IN THE REPUBLIC**  
**OF TAJIKISTAN (REGIONAL FEATURES)**

**Key words:** exogenous allergic alveolitis, immunoglobulin E, respiratory function, pulmonary heart, corticosteroids.

**Goal.** To study risk factors of development, features of clinical manifestations, principles of modern diagnosis and therapy of exogenous allergic alveolitis in various regions of the Republic of Tajikistan.

**Methods of a research and the used equipment:**

General clinical and biochemical analyses of blood, diagnostics of tuberculosis by PCR method (in «Hen-Export» device), and microscopic examination of sputum in ARM by Ziehl–Neelsen method are carried out; allergological examination (ELISA), research of specific antibodies to various immunochemical classes, radiological methods of a research (HRCT) in “Toshiba” apparatus, research of RF by a spirometry method (by a "MAC-1" spirometer), a research of indicators of cellular and humoral immunity, research of ALS with subsequent analysis of cellular structure, a research of a functional state of CVS by ECG (in "CardiofaxECC" device), echocardiography and doppler ultrasonography DU.

**The received results and their novelty:** On the basis of the conducted complex research characteristic regional features in risk factors of development of EAA in RT are revealed. Clinical picture of EAA varied depending on current option. Reliable decrease of cellular and humoral immunity is revealed at patients with a chronic current of EAA. At an acute current of EAA in HRCT is found "ground glass opacity", at chronic pictures a "honeycomb" lung. Cytologic research of BAL showed difference between options of a current of EAA. At patients EAA generally is prevailed restrictive type disturbances of RF in a combination with cytostatics.

**Recommendations about a research.** The developed algorithm of early diagnostics of EAA allows to assume interstitial damage of pulmonary tissue in the shortest possible time and in due time to administer not only additional examination but also adequate therapy.

**Field of application:** Internal illnesses, Pulmonology, Allergology.