

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

УДК: 616/ 24-002.1; 6/9816

**МАХМАДАЛИЗОДА
ФИРДАВС НАСИМ**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ НОВОГО ОСТРОГО
КОРОНАВИРУСНОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПНЕВМОНИТА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ ИНДИВИ-
ДУУМА**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата

медицинских наук

по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни

Душанбе – 2025

Работа выполнена на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель: **Мустафакулова Намуна Ибагимовна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Ташкенбаева Элеонора Негматовна** - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней №2 и кардиологии Самаркандского государственного медицинского университета.

Одинаев Ниёз Сафарович - доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета

Оппонирующая организация: ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2025 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г.Душанбе, район Сино улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj, +992918724088.

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

Автореферат разослан «___» _____ 2025 г.

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

Р. Дж. Джамолова

Введение

Актуальность темы исследования. Поражение лёгких при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) характеризуется поражением интерстиция легочной ткани, стенок альвеол, сосудистой сети и дальнейшим развитием острой интерстициальной пневмонии (пневмонита) [Абдуллозода Д.А., 2020; Ельцов А.А. и др., 2021; Fonseca M. 2021; Shimizu T. et.al., 2022].

Основным фактором развития летальных исходов при новой коронавирусной инфекции является интерстициальная пневмония [Похасникова М.А., 2021].

Основные пути передачи COVID-19 - воздушно-капельный, воздушно-пылевой и контактный [Говша Ю.А., Юсуфи, С.Дж., 2020; Похасникова М.А., 2021; Yang Z., 2020].

Сопоставление поражений лёгких при гриппе и коронавирусной инфекции показало, что в обоих случаях развивается острая интерстициальная пневмония, но тромботические осложнения при COVID - 19 встречаются чаще [Hariri L., 2020].

В настоящее время в результатах прижизненной биопсии доказано, что в ранних стадиях Covid-19 обнаружены признаки интерстициальной пневмонии [Zeng Z., Claudio Doglioni., 2020; Ricardo M., 2021].

При формулировке диагноза ковидной пневмонии отечественные и зарубежные учёные рекомендовали изначально указать подтверждённую коронавирусную инфекцию (U07.1-U07.2), далее отметить наличие односторонней или двусторонней пневмонии [Синопальников А.И., 2021; Raghu G., 2020].

Поражение легких при COVID-19 проявляется КТ-паттерном острой интерстициальной пневмонии в виде преимущественно одновременного появления полисегментарных, различной протяженности уплотнений легочной ткани по типу матового стекла. Чучалин А.Г. (2020) утверждает, что при новом остром коронавирусном интерстициальном пневмоните (НОКИП) вирус повреждает мембрану альвеол, вследствие чего из них происходит вытекание гиалуроновой кислоты на поверхность паренхимы легких - так и развивается симптом "матового стекла" - усиление плотности легочного интерстиция.

Различают легкие, средние и тяжелые формы НОКИП. Пациенты жаловались на сухой кашель, одышку, на лихорадку, головную боль, головокружение, утомляемость, снижение артериального давления, потерю обоняния и вкуса, рвоту, покраснение глаз, наличие жидкого стула [Авдеев В.С., Бобоходжаев О.И., 2020; Zhu X., et al., 2020].

Во всех случаях тяжёлого течения НОКИП у пациентов наблюдается вирусно-бактериальные и грибковые микс-инфекции, что, несомненно, приводит к усугублению течения основного заболевания [Бенгоэча Х.А., 2020; Yongs J., et. al., 2020; Mahmoidi H., 2021].

Описана морфологическая картина интерстициальной пневмонии при танатологическом анализе умерших от тяжёлых форм новой коронавирусной инфекции [Eltsov A.A., 2021].

Цитокиновый шторм может развиваться при любых остро протекающих воспалительных заболеваниях (внебольничная пневмония, аутоиммунные заболевания), отражая тяжесть течения заболевания. Наиболее исследованным цитокином при острой внебольничной пневмонии является IL-6 [Изюров И.В., 2022].

Цитокиновый шторм (ЦШ), ОРДС, тромбопатии, септический шок относятся к главным осложнениям при НОКИП [Муркамилов И.Т., Рахмонов Э.Р., 2020; Assiri A., 2016; Chousterman B.G., 2017; Al-Tawfiq, 2020].

Разработана клинико-лабораторная диагностика и ведущие факторы риска развития ЦШ у пациентов с COVID-19: появление диспептических расстройств, тошноты, рвоты, гипертермии, недомогание, мышечных болей, увеличение уровня интерлейкина - 6 >23 пг/мл, ферритина >485 нг/мл, D-димера $>2,1$ и С-реактивного белка >50 мг/л, уменьшение количество лимфоцитов в крови менее $0,72 \times 10^9/\text{л}$ [Анисенкова А. Ю. и др., 2020; Chousterman B.G., 2017; Chen X., 2020].

У пациентов, перенесших COVID-19, длительное время уровень Д-димера остаётся высоким, и могут сформироваться микротромбы не только в сосудистом русле, но и в сосудах головного мозга, сердца, почек, печени, органов гениталия, которые прижизненно доказать довольно сложно [Есипов А.В. и др., 2020; Одинаев Ш.Ф. и др., 2022; Astute I. et al., 2020].

В ранних стадиях НОКИП протекает с многообразием клинических прояв-

лений у каждого индивидуума в зависимости от конституциональных и психовегетативных особенностей организма.

Пациенты, страдающие НОКИП, отличались психоневрологическими расстройствами в виде низкой стрессоустойчивости, паническими атаками и тревожно-депрессивными состояниями, и психологическими срывами [Голубова Н.В. Шаропова Н.М., 2020; Zhou F., 2020].

В клинической практике у определенных конституциональных типов чаще встречались тромботические осложнения, цитокиновый шторм, ранний фиброз лёгких, инфекционно-токсический миокардит, тогда как у некоторых пациентов осложнения были минимальными или же вовсе отсутствовали [Мустафакулова Н.И., 2019; Yang Z., 2020; Похасникова М.А., 2021].

Типологические особенности темперамента являются не только предиктором развития болезни, но и имеют прогностическую значимость в выявлении факторов риска развития болезни и в выборе индивидуализированной терапии [Усманова М.А., 2019; Караваева Т.А., 2020].

Анализ отечественной и зарубежной литературы и научных сообщений электронных баз Cochrane, Web of Sciences, Scopus, LitCovid/PubMed показал, что на современном этапе нет единой утвержденной патогенетической терапии [Zhang J., 2020]. В то же время существуют 3 важнейших этапа в терапии НОКИП: этиотропная, патогенетическая и симптоматическая, включающая противовирусную, антибактериальную, антикоагулянтную, дезинтоксикационную терапию с учётом тяжести течения и развившихся осложнений.

Однотипное и необоснованное назначение лекарственных препаратов без учета индивидуализированных особенностей пациента, несомненно, может привести к наложению к уже имеющимся осложнениям побочных действий лекарственных препаратов, что усугубляет течение НОКИП.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. В Республике Таджикистан наибольшие трудности возникали при поздней обращаемости самих пациентов, самовольном лечении, несвоевременном назначении соответствующей терапии. В доступной отечественной и зарубежной литературе мы не встретили работ, посвящённых изучению особенностей течения и терапии НОКИП в зави-

симости от типологических особенностей пациентов. Все вышеуказанные заключения диктуют, что пациенты с НОКИП не только остро нуждаются в индивидуализированной психологической коррекции, но и в подборе соответствующей патогенетической терапии.

Связь исследования с научными программами (проектами), научной тематикой. Научное исследование связано с инициативной темой кафедры внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Исследование проводилось в рамках выполнения Постановления Правительства Республики Таджикистан от 3 декабря 2012 года, за №676 «О перспективах профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы».

Общая характеристика работы

Цель исследования. Изучить особенности течения и терапии нового острого коронавирусного интерстициального пневмонита в зависимости от типологических различий индивидуума.

Задачи исследования:

1. Выявить группу риска, частоту развития, конституциональные и психовегетативные особенности НОКИП в зависимости от типа темперамента.
2. Изучить основные клинические особенности НОКИП и развившиеся осложнения в зависимости от типологических особенностей пациента.
3. Оценить диагностическую и прогностическую значимость состояния гемостаза, иммунного и мультикоморбидного статуса, микробного пейзажа и степени насыщенности крови кислородом у пациентов НОКИП с учётом видовых различий индивидуума.
4. Установить характерные рентгенологические изменения в лёгких у пациентов с НОКИП в зависимости от тяжести течения и типологических особенностей индивидуума.
5. Разработать алгоритм ранней диагностики и терапии НОКИП в зависимости от типологических различий индивидуума.

Объектом исследования явились 573 пациента с НОКИП, находящихся под наблюдением и лечением в период 2020-2022 годы в пульмонологическом отде-

лении ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш» г. Душанбе, являющимся базой кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Предметом исследования являются пациенты с различными тяжестями течения НОКИП, изучение психовегетативных и конституциональных особенностей зависимости от типологических различий и разработка алгоритма ранней их диагностики.

Научная новизна исследования.

Впервые доказано, что пациенты с флегматическим темпераментом (ФТ) (58,2%) относятся к группе риска по развитию НОКИП, тогда как пациенты с меланхолическим (24,2%) и с холерическим темпераментом (ХТ) составили лишь - 17,2%. Среди всех пациентов сангвиники не встречались. Флегматики отличались эндоморфным тучным телосложением, гиперстенической конституцией; меланхолики эктоморфным худощавым телосложением, астенической конституцией; холерики мезоморфным телосложением нормостенической конституцией.

Впервые обнаружено, что эмоциональные и поведенческие реакции у пациентов с НОКИП были различными в зависимости от типа темперамента: флегматики отличались интровертностью, медлительностью, выдержкой к тяжёлому течению заболевания; меланхолики тревожно-депрессивными расстройствами и опасением смертельного исхода болезни; холерики экстравертностью, агрессивностью и паническими атаками. У флегматиков в 75,2% случаев впервые установлено доминирования тяжелого течения НОКИП, дыхательной недостаточности и гипертонического синдрома; интоксикационного синдрома у холериков, тогда как у меланхоликов анемического и гипотонического синдрома.

Впервые установлено, что пациенты с НОКИП с ФТ отличались отягощенной коморбидной и мультиморбидной патологией, морфофункциональные параметры сердца и кардио-специфические маркеры были достоверно выше, чем у больных с холерическим и МТ, тогда как уровень всех указанных показателей у пациентов с МТ был более значительно снижен.

Впервые доказано, что у пациентов с ФТ чаще развивался острый интерстициальный пневмонит, далее ОРДС, цитокиновый шторм, тромбопатии, острый инфекционно-аллергический миокардит и фиброз лёгких.

Впервые установлено превалирование факторов риска развития цитокинового шторма у пациентов с ФТ по сравнению с меланхолическим и ХТ (74,6%; 35,2%; 20,2%): повышение концентрации интерлейкина-6 пг/мл, ферритина D-димера и СРБ.

Впервые обнаружено, что во всех случаях тяжёлого течения НОКИП у пациентов наблюдается вирусно-бактериальные и грибковые микс-инфекции, что, несомненно, приводит к усугублению течения основного заболевания. У пациентов с НОКИП с ФТ обнаружено более значительное подавление сатурации и показателей как клеточного и гуморального иммунитета, так и активация системы гемостаза, снижение воздушности легочного интерстиция по типу «матового стекла» и фибротические изменения по сравнению с пациентами с меланхолическим и ХТ.

Впервые разработан алгоритм ранней диагностики и комплексной терапии НОКИП на основании клинико-гематологических, психовегетативных, иммунологических, гемокоагуляционных, рентгенологических показателей, микробного пейзажа мокроты и сатурации крови с учётом развивающихся осложнений и персонализированного подхода к психо-коррекционным мероприятиям и патогенетической терапии.

Положения, выносимые на защиту:

1. Конституциональные и психовегетативные особенности у пациентов с НОКИП различны в зависимости от типов темперамента. Среди больных с НОКИП доминировали мужчины с ФТ (58,2%), тогда как меланхолики (24,2%) и холерики (17,2%) составили гораздо меньшее количество больных. Среди всех больных пациенты с сангвиническим темпераментом не встречались. Флегматики отличались эндоморфным и тучным телосложением, гиперстенической конституцией, интровертностью, медлительностью, инертностью, эмоциональной холодностью, терпеливостью и выдержкой к болезни; меланхолики эктоморфным худощавым телосложением и дефицитом массы тела, астенической конституцией,

тревожно-депрессивным состоянием и страхом смерти; холерики мезоморфным телосложением, нормостенической конституцией, экстравертностью, раздражительностью и паническими атаками.

2. Среди пациентов с НОКИП с ФТ (75,2%) превалировало тяжелое течение заболевания, и чаще было ассоциировано сахарным диабетом, ожирением III и IV степени, клинические проявления характеризовались дыхательной недостаточностью и гипертоническим синдромом; интоксикационный синдром был более выражен с холерическим темпераментом, тогда как у пациентов с МТ анемический и гипотонический синдром занимали лидирующее место.
3. Пациенты с флегматическим и МТ, страдающие НОКИП отличались отягощенным коморбидным и мультиморбидным анамнезом по сравнению с лицами ХТ. Наиболее частыми осложнениями НОКИП являются: цитокиновый шторм, ОРДС, тромбопатии, острый инфекционно-аллергический миокардит и фиброз лёгких, морфофункциональное состояние ССС при ОКИП в основном зависит от тяжести течения заболевания, от возрастного аспекта, выраженности интоксикационного, анемического и гипертонического синдрома, а также от типов темперамента.
4. При вирусных пневмониях из-за активации бактериальной и грибковой флоры развиваются тяжелые формы вирусно-бактериальных и грибковых пневмоний. При грибково-бактериальной и вирусной ассоциации наблюдается более значительное снижение показателей как клеточного и гуморального иммунитета, сатурации крови; увеличение тромботических и фибротических осложнений, уплотнение легочной паренхимы по типу «матового стекла у пациентов с НОКИП с ФТ по сравнению с пациентами с меланхолическим и ХТ.
5. На современном этапе нет единой утвержденной патогенетической терапии НОКИП. В то же время существуют 3 важнейших этапа в терапии НОКИП: этиотропная, патогенетическая и симптоматическая, включающая противовирусную, антибактериальную, антикоагулянтную, дезинтоксикационную терапию с учётом тяжести течения и развившихся осложнений. При НОКИП риск развития бактериальной пневмонии возрастает, что требует срочного назначения антибактериальной терапии с учетом выявленной флоры и чувствительно-

сти к антибиотикам, сопутствующей патологии и возрастного аспекта.

6. Разработанный алгоритм ранней диагностики и комплексной терапии НОКИП основывается на клинико-гематологических, психовегетативных, иммунологических, гемокоагуляционных, рентгенологических показателях, микробного пейзажа мокроты и сатурации крови с учётом развившихся осложнений и персонализированного подхода к психо-коррекционным мероприятиям.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Персонализированный подход к типологическим особенностям каждого больного в отдельности с учётом психовегетативного, морфофенотипического портрета, развившихся осложнений и лабораторно-инструментальных исследований у пациентов с НОКИП даёт возможность на начальных стадиях заболевания обнаружить группу риска, ранние симптомы болезни и индивидуализировать прогноз.

Психо-коррекционные мероприятия в зависимости от типологических особенностей индивидуума при ОКИП являются неотъемлемой частью патогенетической терапии.

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов диссертации подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследований.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Цель, задачи и тематика исследования, а также примененные в ходе работы клинико-инструментальные и социологические методы диагностики и лечения соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование.

Автор проводил подробный анализ как отечественных, так и зарубежных источников литературы, включающих исторические предпосылки коронавирусной инфекции, этиопатогенетические особенности, индивидуально-типологические особенности человека и их значение в течении болезни, влияние коморбидного и

мультиморбидного фона на течение Н ОКИП, названные главные ошибки, совершаемые в попытках диагностировать и лечить коронавирусную инфекцию.

Апробация и реализация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены на 68-й, 69-й и 70-й годовых научно-практических конференциях ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» (Душанбе, 2020); «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» (Душанбе, 2021).

Публикации по теме диссертации. Опубликовано 16 научных работ, в том числе 4 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа изложена на 172 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель содержит 235 источников, из них 110 – на русском и 125 – на английском языках. Диссертация иллюстрирована 29 таблицами, 15 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Диссертационное исследование проведено на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Проведено ретроспективное и проспективное исследование клинического материала. Материал исследования собран в Национальном медицинском центре «Шифобахш» МЗ Республики Таджикистан за период 2020-2021 гг.

Представлены результаты исследования 573 пациентов в возрасте от 27 до 73 лет, с подтвержденным диагнозом НОКИП (положительный тест, данные КТ). Среди них мужчин было 347 (60,5%), женщин – 225 (39,2%), среди пациентов с НОКИП, в основном преобладали в возрасте от 49-59 лет. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц с аналогичным полом и возрастом. Из общего количества больных с НОКИП (n=573), жителями села были 367 чел. (64,0%), города – 206 (36,0%).

Критерии включения: новый острый коронавирусный интерстициальный пневмонит.

Критерии исключения: туберкулез легких, метастатическое поражение легких и другие интерстициальные поражения легких, несогласие пациентов.

Верификация диагноза ставилась на основании классификации SARS-19, принятой МКБ-10 (кодом-J84.1).

Сравнительный анализ ИМТ пациентов с НОКИП с учётом типологических особенностей темперамента показал, что среди пациентов с флегматическим темпераментом ожирение I степени установлено у 33 человек (9,8%), ожирение II степени – 175 человек (52,0%), ожирение III степени – 100 человек (30,0%) и с ожирением IV степени составили 27 человек (8,0%).

Проведены общеклинические, биохимические, инструментальные методы исследования.

Из биохимических методов исследования определяли: мочевины и креатинин, общий белок, билирубин, печёночные ферменты, мочевины и креатинин, глюкозу крови, кардиоспецифические маркеры (ЛДГ, КФК и тропонин).

Состояние гемостаза исследовали путём определения Д-димера, фибриногена, АЧТВ, ПИ, ВРК.

Проводили функциональные пробы почек, УЗИ легких, почек, печени, поджелудочной железы с применением аппарата “Sonostar SS-7” (Китай, 2013). На аппарате Cardiofax (ЭКГ – 9320 ОК).

Морфофункциональные параметры сердца исследовали ЭхоКГ на аппарате «Toshiba» (2008). Скорость кровотока в средних и крупных сосудах сердца была исследована доплерографией в ГУ РКЦД РТ.

Кумулятивный индекс коморбидности определяли по балльной системе [Charlson, 1987].

Для установления диагноза была всем пациентам с НОКИП проведена ПЦР исследование в мазках носо- и ротоглотки и слюны иммунохимическим методом.

Для выявления фактора развития «цитокинового шторма» были определены уровень ИЛ-6, ферритина, СРБ.

Клеточный и гуморальный иммунитет у пациентов (в лаборатории Диамед):

определяли методом ИФА CD3, CD4, CD8, CD20 лимфоцитов в сыворотке крови; определяли иммуноглобулины классов А, М, G к COVID-19.

Ультразвуковое исследование лёгких проводили с помощью аппарата “Sonostar SS-7” (2013г), периферические лимфатические узлы исследовали на аппарате Siemens-Acuson S2000. Определяли сатурации крови.

Проведена цифровая рентгенодиагностика лёгких в прямой и боковой проекции (Philips, Германия) (Виннер М. Г., Гольдельман А. Г., Краева С. Л., 1992). На аппарате «Toshiba» проводили КТВР. Степень поражения лёгочного интерстиция определяли по размеру и распространенности инфильтрата. ВФЛ определяли методом спирографии (спирометром «МАС-1»).

Исследовали микробный пейзаж пейзаж мокроты.

Пациенты осмотрены пульмонологом, инфекционистом, кардиологом и невропатологом, психотерапевтом.

Типологические особенности ВНД определяли после стихания острых проявлений НОКИП. Для исследования темперамента применяли метод визуальной психодиагностики [Борисов Д. Д., 2016]. По методу Ильина Е.П. (1972) определяли типологические особенности ВНД.

Вегетативный фон исследовали с использованием стандартной таблицы А. М. Бейн (2003). Определяли уровень экстраверсии и интроверсии, нейротизма и психотизма, эмоциональной устойчивости с применением опросника структуры темперамента и опросника Айзенга (1999).

Тип конституции определяли по индексу физического развития по формуле индекса Пинье (ИП) = $L - (P+T)$. L - длина тела (см), P - масса тела (кг), T - окружность грудной клетки, см.

Эмоциональная дезадаптация пациентов с НОКИП исследована с использованием психодиагностического метода: шкала тревоги Спилбергера-Ханина [Калягин В.А., 2006]. ИМТ рассчитывали по формуле: где: m — масса тела в кг, h — рост в метрах, в кг/м².

$$I = \frac{m}{h^2},$$

Физиогностическое исследование проведено оценкой цвета кожи, формы головы, состояния подкожных вен, верхних и нижних конечностей.

Для обнаружения КУМ проводили метод Циля-Нельсена и методом ПЦР на аппарате «GeneXpert» (в РЦБТ).

Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа Statistica версия 10.0 для Windows. Нормальность распределения выборки оценивалась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова - Смирнова. Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки ($M \pm m$), качественные – в виде абсолютных значений и долей (%). Парные сравнения количественных независимых групп выполнялись по U-критерию Манна-Уитни, множественные – по H-критерию Краскела-Уоллиса. Парные сравнения количественных зависимых групп выполнялись по T-критерию Вилкоксона, качественных - по критерию Мак Немара. Для сравнения качественных показателей между двумя группами использовался критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера, множественные сравнения выполнялись с использованием критерия χ^2 для произвольных таблиц. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Методы лечения. Лечение НОКИП проведено на основании анализа отечественной и зарубежной литературы и базы данных научной информации в электронных базах Cochrane, Web of Sciences, Scopus, LitCovid/PubMed. До настоящего времени нет единой утвержденной патогенетической терапии КОВИДа-19, но современная терапия COVID-19, прежде всего, включает противовирусную, антибактериальную, антикоагулянтную, дезинтоксикационную терапию с учётом тяжести течения, развившихся осложнений, сопутствующей патологии и возрастного аспекта. При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии предпочтение дается фторхинолам - левофлоксацину и из макролидов – цефалоспорин IV поколения (цефепим) + макролид (азитромицин), при третичных бактериальных инфекциях проводят комбинацию цефалоспорин IV поколения $\pm$ макролид, карбапенемы (Меропенем) [Gu S. , Hughes S. 2020].

При повышенном риске тромбообразования рекомендуются низкомолекулярные гепарины. При отёке интерстиция лёгких проводили оксигенотерапию и вводят мочегонные препараты.

Эффективность проведенной терапии оценивали по результатам клинко-лабораторных и рентгенологических исследований: по уменьшению выраженности клинических симптомов; по уровню лимфоцитов, лейкоцитов и нейтрофилов, D-димера, тропонина, ЛДГ, КФК, по скорости возникновения иммунологических реакций: по концентрации антител класса IgM и IgG к COVID-19 в сыворотке крови и по степени поражения лёгочной паренхимы.

Для сравнительной оценки противовирусных препаратов в комплексной терапии НОКИП мы из общего количества пациентов отбирали с ФТ (n=335; 73 и 73 чел.) меланхолическим (n=139; 69 и 70 чел.) и ХТ (n=99; 48 и 51 чел.), получившие фавипиравир на фоне базисной и ИПТ, и аналогичное количество больных, получавшие арбидол на фоне базисной и ИПТ.

ИПТ у пациентов с ФТ, страдающих НОКИП, была направлена на усиление активности нейродинамических реакций, устранение пассивности и инертности; у лиц с МТ на ликвидацию проявлений меланхолии и депрессивного состояния, тогда как с ХТ на подавление чрезмерной возбудимости и агрессивности.

Диагноз НОКИП ставился согласно утверждённой классификации болезней (Х пересмотра).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 573 пациентов с установленным диагнозом НОКИП флегматики составили – 335 чел. (58,4%), меланхолики – 139 чел. (24,2%) и холерики – 99 (17,2%). Ни в одном случае сангвиники среди этих пациентов не встречались.

Все пациенты с ФТ характеризовались эмоциональной «холодностью», выдержкой болезни, инертностью, медлительностью, а больные с ХТ - эмоциональностью (100%), агрессивностью, МТ отличались явлениями меланхолии и страхом смерти.

У флегматиков вегетативные расстройства проявлялись двигательными, секреторными, чувствительными нарушениями.

У всех больных ФТ были выявлены белый дермографизм, потливость и гипертонический синдром, брадикардия - у 76,0%, гиперсаливация – у 93%, частые запоры – у 98,0%, головные боли – у 67,0%, сонливость – у 98% больных. Одышка была постоянная. У всех пациентов с ХТ отмечался беспокойный сон, красный

дермографизм и горяче-сухая кожа на ощупь, гипосаливация – у 63,0%, гипертонический синдром – 15%, тахикардия - 95,0%. Одышка отличалась внезапным началом.

У пациентов с МТ отмечался белый дермографизм, кожа на ощупь была холодно-сухая, сон был прерывистым, гипосаливация, склонность к гипотонии и сердцебиению; у 57%, МТ встречались запоры, чередующиеся с поносами. Все флегматики отличались эндоморфным телосложением и гиперстенической конституцией: невысоким ростом с тучным телосложением, преобладанием подкожно-жирового слоя над мышечным ($\chi^2=17,3$; $P_{1-2}<0,05$) ($\chi^2=17,5$; $p_{1-3}<0,05$). Верхние и нижние конечности у пациентов с ФТ несколько короткие, полноватые. Подкожные вены были тонкие, не визуализировались, кожа на ощупь у больных с ФТ была холодная и влажная ($\chi^2=15,5$; $P_{1-2}<0,05$) ($\chi^2=18,3$; $p_{1-3}<0,05$). Холерики отличались мезоморфным телосложением, с широкой грудью с нормостенической конституцией, подкожные вены хорошо выделялись на поверхности кожи, кожа на ощупь была теплая и сухая, умеренно был развит подкожно-жировой слой с хорошо развитой мускулатурой, верхние и нижние конечности развиты и крепкие ($\chi^2=16,7$; $P_{1-2}<0,05$) ($\chi^2=13,5$; $p_{1-3}<0,05$). Меланхолики отличались эктоморфным телосложением, худощавостью и с астенической конституцией: кожа сухая и холодная на ощупь у всех, подкожно-жировая клетчатка была развита умеренно, подкожные вены были тонкие, подвижные, верхние и нижние конечности были тонкие и длинные ($\chi^2=25,3$; $p_{1-2}<0,05$), ($\chi^2=15,3$; $p_{1-3}<0,05$).

Среди пациентов с ФТ тяжелое течение составило более половины случаев (75,2%), средне-тяжелое течение составили 22,0%, легкое течение составили лишь 3,0% случаев, тогда как у пациентов с МТ превалировали средне-тяжелое течение заболевания (51,0%), тяжелое течение заболевания составили 36,6% случаев, легкое течение заболевания зарегистрировано у 12,2% МТ; у пациентов с ХТ на первый план выходило легкое течение заболевания (60,6%), тогда как средне-тяжелое и тяжелое течение заболевания составили лишь 19,1% и 20,2% случаев.

Сравнительный анализ клинических симптомов у пациентов с НОКИП в зависимости от типов темперамента представлен в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительный анализ клинических симптомов у пациентов с НОКИП в зависимости от типов темперамента

Клинический симптом	Флегматики (n=335)		Меланхоли- ки (n=139)		Холерики (n=99)		P
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Одышка в покое:	252	75,2	67	48,2	30	30,3	<0,001
при физической нагрузке:	51	15,2	72	51,8	69	69,7	<0,001
Сухой кашель	279	83,2	73	52,5	47	47,5	<0,001
со слизистой мокротой	59	17,6	66	47,5	52	52,5	<0,001
Кровохарканье	93	27,7	39	28,1	19	19,2	>0,05
Потеря обоняния и вкусовых ощущений	71	21,1	39	28,1	23	23,2	>0,05
Диарея	67	20,0	33	23,7	29	29,3	>0,05
Конъюнктивит	59	17,6	30	21,6	29	29,3	>0,05
Боль в мышцах	48	14,3	38	27,3	31	31,3	<0,001
Ломота в костно-суставной системе	178	53,1	49	35,3	29	29,3	<0,001
Тошнота	97	29,0	68	48,9	59	59,6	<0,001
Рвота	73	21,8	63	45,3	0	0,0	<0,001
T°>39°C	0	0,0	0	0,0	29	29,3	
T° <38°C	136	40,6	123	88,5	30	30,3	<0,001
Озноб	78	23,3	63	45,3	39	39,4	<0,001
Потливость	77	23,0	0	0,0	0	0,0	
Мелкопузырчатые хрипы	83	24,8	16	11,5	37	37,4	<0,001
Крепитирующие хрипы	203	60,5	123	88,5	39	39,4	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по Q-критерию Кохрена)

Таким образом, в зависимости от видов темперамента клинические проявления НОКИП были различными.

По литературным данным, повышение температуры тела чаще при вирусной инфекции длится не более 3-х - 5 дней и продолжение гипертермии более 5 дней свидетельствует о присоединение вторичной инфекции [Временная методическая рекомендация, 2020. URL].

При НОКИП на КТВР на фоне снижения прозрачности легочной паренхимы симптом «матового стекла», появление инфильтратов указывают на присоедине-

ние вторичной бактериальной инфекции. Из 335 пациентов ФТ, страдающих НОКИП, в более половине случаев (187 чел.; 56,0%) зарегистрирована ассоциация бактериальной пневмонии. Результаты наших исследований показали, что у пациентов с ФТ, с ассоциированной бактериальной пневмонией в мокроте были обнаружены микробные сочетания: *S.aureus* (123 чел.; 65,7%), *S. pyogenius* (77 чел.; 41,1%), *Klebsiella* (55 чел.; 29,4%), грибы рода *Candida albicans* (53 чел.; 29,4%), *herpes simplex* (27 чел.; 14,4%) и ЦМВ (25 чел.; 13,3%). Из 139 больных с МТ бактериальная пневмония была обнаружена у 73 (52,5%) человек. В мокроте у этих категорий лиц была обнаружена микробная ассоциация грамположительной флоры: *S.aureus* (39 чел.; 53,4%), *S. pyogenius* (37 чел.; 50,6%) и грибы рода *Candida albicans* (53 чел.; 72,6%) и ЦМВ (29 чел.; 39,7%). Из 99 пациентов с ХТ с НОКИП у 33 чел. (33,3%) была зарегистрирована микробная ассоциация грамположительной флоры: *S.aureus* (19 чел.; 57,5%), *S. pyogenius* (14 чел.; 42,4%) (Рисунок 1.).

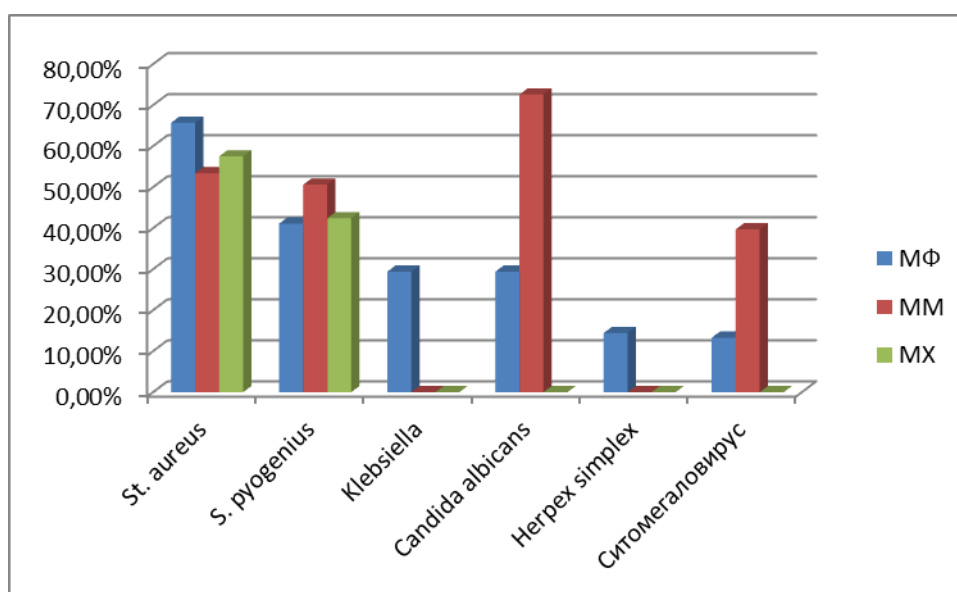


Рисунок 1. – Микробный пейзаж мокроты у пациентов с НОКИП с учетом типов темперамента.

У пациентов с ФТ пневмонический очаг был расположен двухсторонне, чаще в нижних долях слева (48,8%), тогда как у пациентов с меланхолическим (26,6%) и ХТ (43,4%) чаще была обнаружена односторонняя локализация. Нарушение легочной архитектоники и утолщение междольковых перегородок и «сотовые» изменения свидетельствовали о развитии фибротических изменений (57,6%; 19,4%; 9,1%).

У пациентов ФТ в основном преобладали КТз – поражение легочной ткани от 50-75% случаев (65,6%) и КТ4 - более 75% (30,7%), тогда как у пациентов ХТ визуализировалась КТ1 – поражение интерстиция не более 25% в 73,7% случаях и у пациентов с МТ обнаружена КТ2 – поражение легочной паренхимы от 25-50% в 75,5% случаях (таблица 2).

Кардиоспецифические биомаркеры - КФК ($287 \pm 11,5$ против $170,0 \pm 20,0$) и тропонин ($2,9 \pm 0,3$ против здоровых лиц $0,5$ нг/мл) у пациентов с ФТ были повышены, тогда как у пациентов с меланхолическим и ХТ были в пределах нормальных значений.

Таблица 2. - Объем поражения легочной ткани у пациентов с НОКИП в зависимости от типологических особенностей индивидуума

Объем поражения легочной паренхимы (%)	Флегматики (n=335)		Меланхолики (n=139)		Холерики (n=99)		P
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
КТ1 не более 25	0	0,0	7	5,0	73	73,7	<0,001
КТ2 - от 25-50	12	3,5	105	75,5	10	10,1	<0,001
КТ3 - 50-75	220	65,6	8	5,8	13	13,1	<0,001
КТ4 - более 75	103	30,7	19	13,7	3	3,0	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по Q-критерию Кохрена).

Морфофункциональное состояние сердечно-сосудистой системы при НОКИП зависит не только от тяжести течения, степени сатурации, сопутствующих патологий и степени поражения паренхимы лёгких, но также от конституциональных особенностей каждого индивидуума.

Пациенты с ФТ по сравнению к ХТ отличались наличием кардиомегалии у 95,6% пациентов, тогда как у пациентов с МТ, с эктоморфным телосложением, астенической конституцией не в одном случае кардиомегалия не встречалась, наоборот, у этих категорий лиц обнаруживали «висячее сердце».

Результаты исследования показали, что пациенты с ФТ относятся к группе риска по морфофункциональным нарушениям (МФН) ССС у больных с НОКИП.

При сравнительном анализе электрокардиографических показателей у пациентов с КИП с ФТ (ваготоники) наблюдали возрастание амплитуды и удлинение

продолжительности QRS комплекса, увеличение интервала QT и амплитуды зубца Т, тогда как у пациентов с МТ обнаружено снижение амплитуды и укорочение продолжительности QRS комплекса и уменьшение интервала QT и амплитуды зубца Т, у пациентов с ХТ – возрастание амплитуды и удлинение продолжительности QRS комплекса, увеличение интервала QT и амплитуды зубца Т.

Показатели электрокардиографии у пациентов с НОКИП в зависимости от типов темперамента представлены в таблице 3.

Таблица 3. – Показатели электрокардиографии у пациентов с ОКИП в зависимости от типов темперамента

ЭКГ показатели	ФТ n=335		МТ n=139		ХТ, n=99		P
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Снижение процессов реполяризации	273	81,4	95	68,3	15	15,1	<0,01
	p1-2<0,05, p1-3>0,05, p2-3<0,001*						
Гипертрофия правого желудочка	233	69,5	15	10,7	33	33,3	<0,01
	p1-2<0,01, p1-3<0,05*, p2-3<0,001*						
Желудочковая экстрасистолия	46	13,7	9	6,4	17	17,1	<0,05
	p1-2<0,05, p1-3<0,05*, p2-3<0,001*						
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	39	11,6	8	5,7	14	14,1	<0,001
	p1-2<0,01, p1-3<0,05*, p2-3<0,001*						
Мерцательная аритмия	45	13,4	6	4,3	7	7,0	<0,05
Ишемические изменения миокарда	335	100,0	95	68,3	15	15,1	<0,001
	p1-2<0,001, p1-3<0,001, p2-3<0,001						
Сердечная недостаточность	173	51,6	7	5,0	9	9,0	<0,001
	p1-2<0,001; p1-3<0,001; p2-3>0,05						

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Q-критерию Кохрена); p_{1-2} – статистическая значимость различия показателей между группами пациентов с ФТ и МТ; p_{1-3} – между группами пациентов с ФТ и ХТ; p_{2-3} – между группами пациентов с МТ и ХТ (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса)

Как видно из таблицы 3, у пациентов с ФТ (81,4%) на ЭКГ зарегистрировано превалирование снижения процессов реполяризации в 4,5 раза по отношению к лицам с меланхолическим (68,3%) и ХТ (15,1%); гипертрофия правого желудочка в 7 раз (69,5% и 10,7%) по отношению к МТ и 3 раза (33,3%) по сравнению с ХТ встречалась чаще.

У пациентов с ФТ (81,4%) на ЭКГ чаще регистрирована желудочковая экстрасистолия (17,1%; 6,4%; 13,7%) и неполная блокада правой ножки пучка Гиса (13,7%; 4,3%; 7,0%) чаще встречалась у пациентов по отношению ХТ и МТ. Мер-

цательная аритмия в 3 раза превалировала у пациентов с ФТ (13,4%) по отношению МТ (4,3%) и в 2 раза пациентов с ХТ (7,0%).

Цитокиновый шторм у пациентов с ФТ (250 чел.; 74,6%) по отношению к лицам с меланхолическим (49 чел.; 35,2%) и ХТ (20 чел.; 20,2%) был наиболее частым осложнением в виде: повышения температуры тела (95,8%; 20,8%; 29,2%), головной боли (95,8%; 66,0%; 49,0%), миалгии (98,4%; 63,0%; 45,0%), тошноты (82,3; 53,0%; 29,0%), рвоты (83,5%; 66,0%; 39,0%), ноющих болей в поясничной области и в животе (74,1% и 67,0%; 43,0%), диареи (49,1%; 17,0%, 7,0%), головокружения (93,3%; 89,0%; 33,0%), икоты (23,2%; 7,0%; 11,0%).

ОРДС развился у пациентов с ФТ в 75,2% случаев, меланхолическим (36,7%) и холерическим темпераментами (20,2%) с тяжёлым течением заболевания и сопровождался выраженной одышкой (99,0%; 87,0%; 83,0%), цианотичным оттенком кожных покровов (99,0%; 93,0%; 97,0%), тахикардия (93,0%; 97,0%; 98,0%), дискомфортом в грудной клетке (87,0%; 65,0%; 47,0%) и резким снижением сатурации - SpO₂ 75-83% (90,0%; 67,0%; 53,0%).

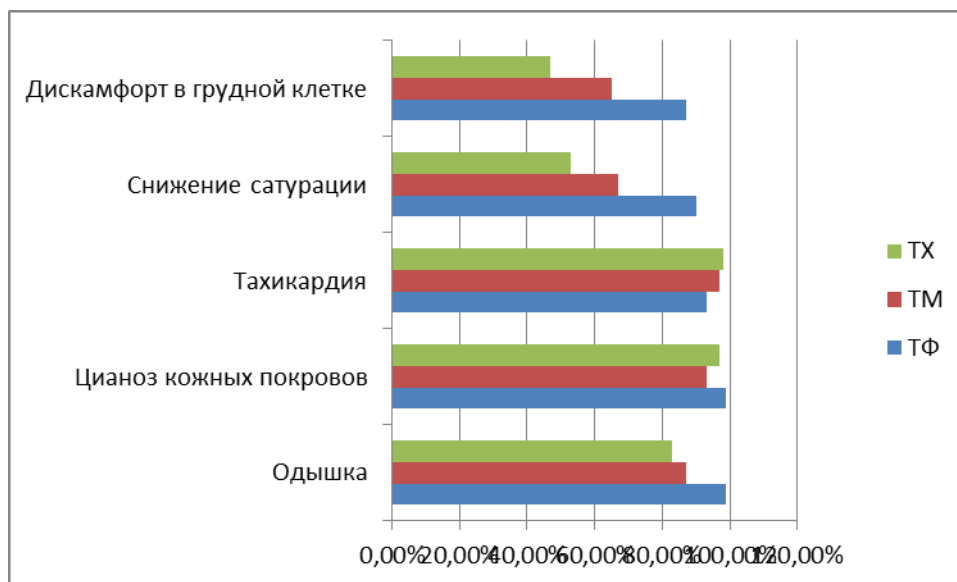


Рисунок 2. - Сопоставление клинических проявлений ОРДС у пациентов с НОКИП в зависимости от типа темперамента

Как представлено на рисунке 2, у пациентов с ФТ и МТ, страдающих НОКИП, и осложненным ОРДС, сатурация крови была снижена до критических цифр, прогрессировал ДН тяжелой степени, беспокоил сухой кашель и дискомфорт в грудной клетке.

Таким образом, ОРДС наиболее чаще развивался у пациентов с тяжёлым течением НОКИП и сопровождался резким снижением сатурации и клиническими проявлениями гипоксического состояния.

Наиболее чаще **острый инфекционно-аллергический миокардит (ОИАМ)** развивался у всех категорий лиц с тяжёлым течением НОКИП. У флегматиков ОИАМ был зарегистрирован в 57,0% случаев, в то же время у холериков этот показатель составил только лишь у 5% случаев, тогда как у пациентов с МТ ни в одном случае не развился. У пациентов с флегматическим и ХТ отличалась одышкой (98,0% и 45%), тахикардией (100,0% и 40,0%), болевыми ощущениями в области сердца (97,0% и 29,0%). На ЭКГ были обнаружены нарушения реполяризации, ритма и проводимости, смещение сегмента ST. На ЭхоКГ обнаруживали кардиомегалию. В сыворотке крови выявлено увеличение уровня тропонина, КФК и ЛДГ.

При тромботических осложнениях НОКИП у пациентов с ФТ и ХТ (58,0% и 7,0%) наблюдались приступы удушья (98,0% и 19,0%), набухание шейных вен (88,0% и 20,0%), цианоз кожных покровов (83,0% и 20,0%), одышка (80,0% и 20,0%), гипотония (79,0% и 53,0%), внезапные боли в грудной клетке (75,0% и 20,0%), тахикардия (49,0% и 47,0%), и кровохарканье (43,0% и 9,0%). На ЭхоКГ обнаружено расширение и гипокинез правого желудочка, выбухание межжелудочковой перегородки в сторону левого желудочка, признаки лёгочной гипертензии, трикуспидальной регургитации. При этом давление в легочной артерии у пациентов с ФТ оказалось в 3,5 раза выше по сравнению здоровых лиц.

Септический шок развился у с ФТ (23,0%) вследствие вирусемии и присоединения вторичной инфекции и сопровождался выраженным интоксикационным синдромом, гипертермией (100%), выраженной одышкой (93,0%), гипотонией (95,0), олигурией (49,0%) и нарушением сознания (47,0%)..

Посковидный синдром в большинстве случаев развивался среди больных с ФТ (88%), у 39% с меланхолическим и 9% с ХТ (рисунок 1). Самыми частыми симптомами ПКПФ являлись: одышка (85%, 37%, 5%); нарушение обаяния и вкуса 76%, 45%, 3%), боль в области грудной клетки (81%, 19%, 2%), чувство разбитости всего тела (81%, 30%, 5%), усталость (77%, 23%, 3%), головные боли (67%,

33%, 3%), повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37%, 25%, 3%), головокружение (51%, 23%, 3%), снижением памяти (65%, 33%, 5%),

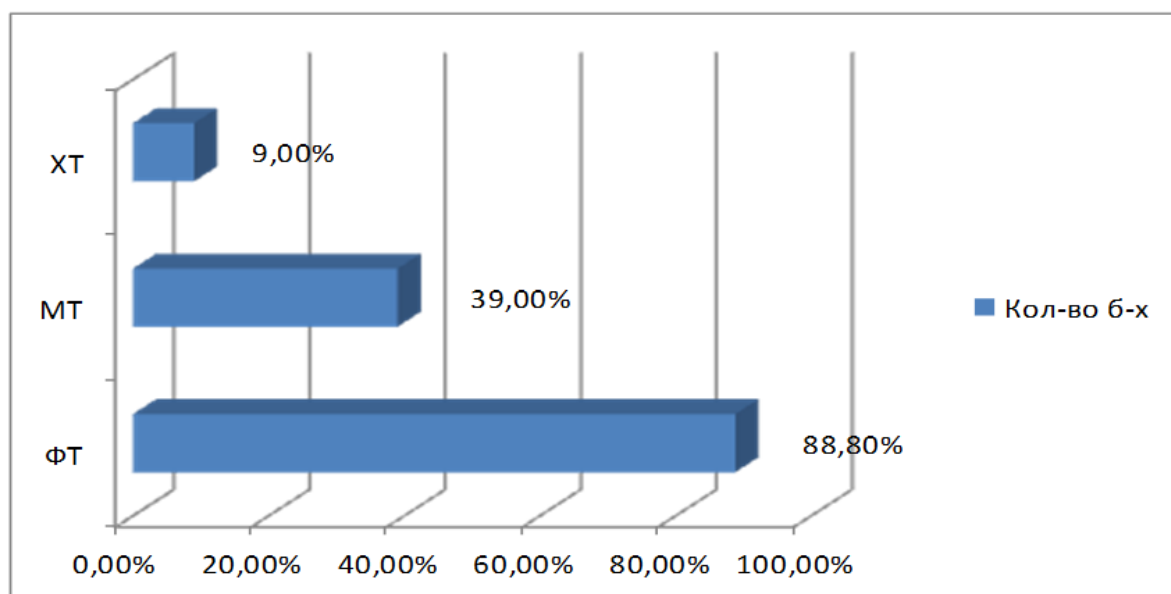


Рисунок 3. - Частота возникновения ПКПФ у пациентов с НОКИП в зависимости от типа темперамента

До настоящего времени нет единой утвержденной патогенетической терапии **КОВИДа-19**, но современная терапия, прежде всего, включает противовирусную, антибактериальную, антикоагулянтную, дезинтоксикационную терапию с учётом тяжести течения, развившихся осложнений, сопутствующей патологии и возрастного аспекта.

Для сравнительной оценки противовирусных препаратов в комплексной терапии НОКИП мы из общего количества пациентов отбирали с флегматическим (n=335; 73 и 73 чел.) меланхолическим (n=139; 69 и 70 чел.) и холерическим темпераментом (n=99; 48 и 51 чел.), получившие фавипиравир на фоне базисной и ИПТ, и аналогичное количество больных, получавшие арбидол на фоне базисной и ИПТ. При комплексной терапии на фоне фавипиравира в более половине случаев одышка в покое, сухой кашель, диарея, конъюнктивит, папулы и уртикарные высыпания, потеря обоняния и вкусовых ощущений, миалгии, ломота по костно-суставной системе уменьшились в 2 раза и быстрее исчезали клинические проявления, по отношению к лицам, получившим арбидол.

У пациентов с ФТ до получения соответствующей терапии были обнаружены: симптоматический эритроцитоз ($6,9 \pm 1,5$), повышение уровня гемоглобина

($167,1 \pm 13,7$), тромбоцитоз ($590,0 \pm 27,5$), лейкоцитоз ($19,7 \pm 2,5$), палочко-ядерный сдвиг влево ($2,0 \pm 0,3$), лимфацитоз ($39,4 \pm 3,3$), и ускорение СОЭ ($45,1 \pm 3,5$) и после получения комплексной терапии на фоне фавипиравира приближались к нормальным значениям, тогда как у пациентов, получивших арбидол, вышеуказанные показатели оставались по-прежнему, у меланхоликов в периферической крови обнаружена анемия легкой степени ($3,0 \pm 0,5$), умеренный лейкоцитоз ($10,7 \pm 1,5$) и лимфоцитоз ($35,0 \pm 2,5$), ускорение СОЭ ($47,1 \pm 3,4$).

Уровень тромбоцитов оказался в пределах нормы. ($240,3 \pm 16,5$), у холериков, страдающих легким течением в большинстве случаев (60,6%) гематологические показатели были в пределах нормы, только у 20 (20,0%) пациентов был обнаружен небольшой лейкоцитоз ($15,7 \pm 2,1$) и умеренное повышение СОЭ ($23,5 \pm 2,4$). У флегматиков уровень D-димера, фибриногена, протромбина более значительно были повышены и после приема Фавипиравир на фоне базисной терапии в более половине случаев оставались высокими, тогда как у пациентов, получавших арбидол, этот показатель оставался более высоким, что свидетельствует о наличии прижизненного тромбообразования. У меланхолических и холериков гемокоагуляционных нарушений не были обнаружены.

Сравнительный анализ углеводного и липидного обмена у больных с ФТ до и после проведенной комплексной терапии показал, ИМТ, окружность талия, уровень холестерина, ЛПНП и сахара крови были высокими, в тоже время уровень ЛПВП был низким, у пациентов с МТ. У пациентов с флегматическим и МТ обнаружено подавление как клеточного и гуморального иммунитета более значительно по отношению к пациентам с холерическим темпераментом. Количественное содержание IgM у пациентов с ФТ было выше, что свидетельствовало о выраженности воспалительного процесса и разгаре заболевания, чем у меланхоликов и холериков, тогда как иммуноглобулин G указывал на обострение или же хронизацию заболевания. Первая степень сатурации крови превалировала у пациентов НОКИП с ХТ (60,6%), по отношению к лицам с меланхолическим (12,2%) и ФТ (3,0%), II степень чаще встречалась у пациентов с МТ (51,0%) по сравнению с пациентами с флегматическим (21,7%) и ХТ (19,1%), тогда как III степень превалировала среди лиц с ФТ (75,2%) по отношению к пациентам с меланхолическим

(36,6%) и ХТ(20,2%). При III и II степени у пациентов с ОКИП с ФТ до проводимой терапии сатурация крови была низкой (79,1% и 77,8%; 12,0% и 13,7%), (63,7±11,5 и 72,7±0,7); (75,3±19,0 и 76,3±1,3); при I степени этот показатель составил 93,3±5,0 и 92,0±2,7 в 8,9% и 8,3% случаев, но, несмотря на проведенную терапию сатурация крови оставался низкой. У пациентов с ФТ, несмотря на проведенную терапию, сатурация крови ни в одном случае не достигала до нормальных величин.

Выводы

1. Установлено, что пациенты с флегматическим темпераментом (ФТ) (58,2%) относятся к группе риска по развитию нового острого коронавирусного интерстиционального пневмонита (НОКИП) с тяжёлым течением (75,2%), тогда как меланхолики (24,2%) и холерики (17,2%) составили гораздо меньшее количество больных. Пациенты с ФТ отличались эндоморфным телосложением, интровертностью; меланхолическим темпераментом (МТ) – эктоморфным телосложением, тревожно-депрессивным состоянием; холерическим темпераментом (ХТ) - мезоморфным телосложением, экстравертностью, паническими атаками [1-А, 3-А, 4-А, 7-А, 10-А]
2. Установлены частые осложнения НОКИП у пациентов с ФТ: цитокиновый шторм, ОРДС, тромбопатии, острый инфекционно-аллергический миокардит и фиброз лёгких; увеличение размеров сердца и кардиоспецифических маркеров: тропонина (2,9±0,3) и КФК (287±11,5); наличие признаков лёгочной гипертензии ($P_{\text{сист. ЛА}}$, 15,0±2,3 против 50,0±3,7); превалирование факторов риска развития цитокинового шторма у пациентов с ФТ по сравнению с меланхолическим и ХТ (74,6%; 35,2%; 20,2%): повышение концентрации интерлейкина-6 пг/мл (27,5±1,7; 7,5±1,8; 10,5±1,3), ферритина (1300±20,2; 260,1±9,5; 270,2±14,5), D-димера (1800±22,7), СРБ (53,5±1,5; 8,5 ±1,0; 9,5 ±1,0) [5-А, 6-А, 8-А, 10-А].
3. Все пациенты с НОКИП с ФТ по сравнению с МТ отличались отягощенной мультикоморбидной патологией и ассоциацией микроорганизмов в мокроте: *S.aureus* (65,7% и 53,4%), *S. pyogenius* (41,1% и 50,6%), *Klebsiella* (29,4% и 0,0%), грибы рода *Candida albicans* (29,4,0% и 72,6%), *herpes simplex* (14,4% и

0,0%) и ЦМВ (13,3% и 39,7%), тогда как у пациентов с ХТ была зарегистрирована только микробная ассоциация 2-х бактериальных инфекций: с *S.aureus* (57,5%) и *S. pyogenius* (42,4%) [1-А, 2-А, 7-А, 8-А].

4. У пациентов с ФТ по сравнению с МТ и ХТ обнаружено более значительное снижение сатурации менее 75% (75,2%; 36,6%; 20,2%) и воздушности легочной ткани по типу «матового стекла»: КТ3 (65,6%) и КТ4 (30,7%) против 1 (5,0%), КТ2 (75,5%), КТ3 (5,8%); КТ1 (73,7%), КТ2 (10,1%) и пневмофиброза (57,6%; 19,4% 9,1%); подавление показателей клеточного СДЗ ($43,9 \pm 3,3$), СД4 ($27,9 \pm 1,5$), СД20 ($6,3 \pm 0,5$) и активация гуморального иммунитета: IgM ($10,1 \pm 0,3$), IgG ($20,0 \pm 1,3$) и системы гемостаза в виде повышения уровня D-димера ($1800 \pm 22,7$), фибриногена ($670 \pm 18,4$) и протромбина ($290 \pm 18,2$) [7-А, 9 – А, 11 – А, 12 – А, 15 - А, 16- А].
5. На основании клинико-лабораторных, рентгенологических показателей, ПЦР-диагностики разработан алгоритм ранней диагностики и комплексной терапии НОКИП с учётом персонализированного подхода к психокоррекционным мероприятиям [7-А, 13-А, 16-А].
- 6.

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Типологические особенности темперамента представляют комплекс конституциональных, антропометрических, психовегетативных, биохимических показателей, и иммунологической реактивности организма.
2. Конституциональные и психовегетативные проявления с учётом типологических особенностей индивидуума имеют не только прогностическую значимость в течении заболеваний, но и являются предиктором развития заболевания.
3. Психокоррекционные мероприятий при НОКИП должны быть неотъемлемой частью базисной терапии с целью устранения клинических проявлений тревожно-депрессивного синдрома и панических атак.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах ВАК при Президенте РТ

- [1-А]** Махмадалиев Ф.Н. Прогностическая значимость клинико-гематологических и рентгенологических проявлений в диагностике прижизненных тромботических осложнений острого коронавирусного интерстициального пневмонита [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, М.К. Рахматов, Холова Ш.К. //Вестник академии медицинских наук. - 2020. - №4. - С. 373-380.
- [2-А]** Махмадалиев Ф.Н. Острый лимфобластный лейкоз, ассоциированный с коронавирусом интерстициальным пневмонитом [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев Ш.К. Н.И. Мустафакулова, Ш.К., Холова, М.К. Рахматов //Вестник академии медицинских наук. - 2020. - №4. - С. 412-417.
- [3-А]** Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения посковидного синдрома в зависимости от психофизической конституции [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова //Вестник академии медицинских наук. - 2024. - №1. - С. 353-360.
- [4-А]** Махмадалиев Ф.Н. Особенности клинического течения нового острого коронавирусного интерстициального пневмонита в зависимости от типологических особенностей индивидуума [Текст]/Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова //Медицинский Вестник национальной академии наук Таджикистана. - 2024. - №2. - С. 58-70.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

- [5-А]** Махмадалиев Ф.Н. Частота и структура развившихся осложнений при коронавирусном интерстициальном пневмоните [Текст] /Ф.Н Махмадалиев, Н.И.Мустафакулова, Н.С Мирзокаримова // Материалы научно-практической конференции, коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан. – 2020. - Стр. 114-115.
- [6-А]** Махмадалиев Ф.Н. Особенности клинического течения и диагностики острого коронавирусногоинтерстициального пневмонита [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Н.С. Мустафакулова Мирзокаримова, Ш.К. Холова // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-

ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – 2020.- С. 152-153.

[7-А] Мустафакулова Н.И. Особенности клинического течения коронавирусной инфекции в зависимости от темперамента [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – 2020.- С. 167-169.

[8-А] Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения и частые осложнения при остром интерстициальном коронавирусном пневмоните [Текст] / Н.И. Мустафакулова, Ш.К. Холова, М.Н. Зокирова //Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – 2020.- С. 169-170.

[9-А] Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения постковидного синдрома [Текст] /Ф.Н., Махмадалиев Н.И.Мустафакулова, С. Файсал //Материалы научно-практической конференции (69-й годовичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» - 2021. - Том-1. - С. 341-342.

[10-А] Махмадалиев Ф.Н. Типологические особенности пациентов с острой лейкемией, ассоциированные с коронавирусной инфекцией [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев Т.И. Кароматова, Д.Ю. Абдуллаева //// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – 2021. 88с.

[11-А] Махмадалиев Ф.Н. Постковидный синдром, ранний лёгочный фиброз и тромбопатические осложнения [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.С Мирзокаримова // Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студен-

тов ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” с международным участием. – 2022. – 97с..

[12-A] Махмадалиев Ф.Н. Типологические особенности пациентов с острой лейкемией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией / Ф.Н. Махмадалиев, Д.Ю. Абдулаева, Т.И. Кароматова //«Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений», посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием. Душанбе. – 2021. - 431с.

[13-A] Махмадалиев Ф.Н. Психовегетативные расстройства и эректильная дисфункция при постковидном синдроме [Текст] / Ф.Н.Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, С.С. Мустафакулов //Материалы юбилейной (70-й) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. – 2022. с.173-174.

[14-A] Махмадалиев Ф.Н. Состояние органов пищеварения и гемостаза при остром интерстициальном пневмоните коронавирусной этиологии [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, М.Х. Бобоева, Шукрулло Хайдархел // Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” с международным участием. – 2022. – С. 96-97.

[15-A] Махмадалиев Ф.Н. Эффективность антифиброзной терапии при постковидном пневмофиброзе [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.С., Мирзокаримова, Д.Ю. Абдулаева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – 2023. - 78с.

[16-A] Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения постковидного синдрома с учётом типологических особенностей индивидуума [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова //Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием. – 2023. – С. 559-560.

Перечень сокращений, условных обозначений

АЧТВ – активизированное частичное тромбоэластиновое время

ВНД - высшей нервной деятельности

ВРК - время рекальцификации
ВФЛ - вентиляционная функция легких
ГУ - Государственное учреждение
ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИЛ – интерлейкин
ИМТ – индекс массы тела
ИФА – иммуноферментный анализ
ИПТ – индивидуализированная психоаналитическая терапия
КВС - кардиоваскулярная система
КТВР – компьютерная томография высокого разрешения
КУМ – кислотоустойчивая микобактерия
КФК – креатининфосфаткиназа
ЛДГ – лактат дегидрогеназа
ЛПНП - липопротеиды низкой плотности
ЛПВН - липопротеиды высокой плотности
МТ – меланхолический темперамент
НОКИП – новый острый коронавирусный пневмонит
ОДН – острая дыхательная недостаточность
ОРДС – острый респираторный дистресс-синдром
ПКПФ – постковидный пневмофиброз
ПИ – протромбиновый индекс
ПЦР – полимерная цепная реакция
РКЦД - Республиканский кардиологический центральный диспансер
РТ - Республика Таджикистан
СКФ - скорость клубочковой фильтрации
ССС – сердечно-сосудистая система
СРБ - С – реактивный белок
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
ФТ – флегматический темперамент
ХТ – холерический темперамент

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

ВБД: 616. 24-002.1; 6.9816

**МАҲМАДАЛИЗОДА
ФИРДАВС НАСИМ**

**ХУСУСИЯТҲОИ ҚАРАӢН ВА МУОЛИҚАИ ПНЕВМОНИТИ
ИНТЕРСТИТСИАЛИИ ШАДИДИ КОРОНАВИРУСИИ НАВ
ВОБАСТА БА ФАРҚИЯТҲОИ ТИПОЛОГИИ ФАРД**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиббӣ
аз рӯйи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ

Душанбе – 2025

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Мустафақулова Намуна Ибрагимовна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Тошкенбоева Элеонора Негматовна** – доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №2 ва кардиологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд.

Одинаев Ниёз Сафарович – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Муассисаи пешбар: МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”

Ҳимояи диссертатсия «_____» _____ с. 2025, соати «_____» дар чаласаи шӯрои диссертатсионии 6D. КОА-008 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31.
www.tajmedun.tj, +992918724088.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва сомонаи расмӣ www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ с. 2025 тавзеҳ шуд

Котиби илмӣ

шӯрои диссертатсионӣ,

номзади илмҳои тиб, дотсент

Ҷамолова Р.Ҷ.

Муқаддима

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Осеби шуш бар асари сирояти нави коронавирусӣ (COVID-19) бо осебёбии интерстисияи бофтаи шуш, девораҳои алвеолаҳо, шабакаи рағҳо ва рушди минбаъдаи пневмонияи шадиди интерстисиалӣ (пневмонит) тавсиф мешавад [Абдуллозода Д.А., 2020 ; Елтсов А.А. ва дигарон, 2021; Fonseca M. 2021; Shimizu T. ва дигарон, 2022].

Омили асосии фавт ҳангоми сирояти нави коронавирусӣ илтиҳоби интерстисиалии шуш мебошад [Похасникова М.А., 2021].

Роҳҳои асосии интиқоли COVID-19 қатрагӣ-ҳавоӣ, чангӣ-ҳавоӣ ва тамосӣ мебошанд [Говша Ю.А., Юсуфӣ С.Қ., 2020; Yang Z., 2020].

Муқоисаи осебёбии шуш ҳангоми зуком ва ҳангоми сирояти коронавирус нишон дод, ки дар ҳарду ҳолат илтиҳоби шадиди интерстисиалии шуш инкишоф меёбад, аммо мушкилиҳои тромботикӣ ҳангоми COVID-19 бештар маъмуланд [Hariri L., 2020].

Айни замон дар натиҷаҳои биопсияи интравиталӣ собит сохта шудааст, ки дар марҳилаҳои аввали COVID-19 аломатҳои пневмонияи интерстисиалӣ пайдо мешаванд [Zeng Z., Claudio Doglioni., 2020; Ricardo M., 2021].

Олимони ватанӣ ва хориҷӣ тавсия додаанд, ки ҳангоми таҳияи ташҳиси пневмонияи ковидӣ аввал сирояти тасдиқшудаи коронавирусӣ (U07.1-U07.2), баъдан мавҷудияти пневмонияи яктарафа ё дутарафа қайд карда шавад [Синопалников А.И., 2021; Raghu G., 2020].

Ҳангоми пневмонияи интерстисиалии шадиди коронавирусии нав (ПИНШК) дар томографияи компютерии дорои возеҳии баланд (ТКВБ) осебҳои чандсегментии паренхимаи шуш ва зичшавии бофтаи шуш ба навъи "шишаи тира" дида мешавад. Мувофиқи таҳқиқоти А.Г. Чучалина (2020), механизми патофизиологии пневмонити интерстисиалии шадиди коронавирусии нав (ПИНШК) бо осеби мушаххаси мембранаи алвеоларӣ тавсиф карда мешавад. Дар натиҷаи таъсири вирус кислотавӣ гиалуронӣ ба бофтаи паренхимаи шуш тараққӣ мешавад. Ин раванди патологӣ ҳангоми муоинаи радиологӣ ҳамчун падидаи "шишаи тира" ба назар мерасад, ки дар натиҷаи

афзоиши зичии паренхимаи шуш ба вучуд меояд.

Шаклҳои ПИНШК-ро ба сабук, миёна ва вазнин ҷудо мекунанд. Беморони гирифтори ПИНШК аз сулфаи хушк, кӯтоҳии возеҳи нафас, баланд шудани ҳарорати бадан, дарди сар, чархзании сар, бетобӣ, гипотония, аз даст додани ҳисси бӯй ва маза, қайқунӣ, конъюнктивит, исҳоли моеъшакл азият мекашанд [Авдеев В.С., Бобохочаев О.И., 2020; Zhu X. et al., 2020].

Дар ҳама ҳолатҳои чараёни вазнин доштани ПИНШК дар беморон сироятҳои омехтаи вирусӣ-бактериявӣ ва занбӯруғиро мушоҳида мешаванд, ки ин бешубҳа ба бад шудани чараёни бемории асосӣ боис мегардад [Бенгоэча Х.А., 2020; Yongs J., et. al., 2020; Mahmoudi H., 2021].

Манзараи морфологии пневмонияи интерстициалӣ ҳангоми таҳлили танотологии онҳое, ки аз шаклҳои вазнини сирояти нави коронавирус ҷавтидаанд, тасвир шудааст [Eltsov A.A., 2021].

Тӯфони ситокинӣ метавонад ҳангоми ҳама гуна бемориҳои шадиди илтиҳобӣ (пневмонияи беруни беморхонавӣ, бемориҳои аутоиммунӣ) инкишоф ёфта, вазнинии чараёни бемориро инъикос намояд. Ситокини бештар аз ҳама омӯхташуда ҳангоми пневмонияи шадиди берунибеморхонавӣ IL-6 мебошад [Изюров И.В., 2022].

Тӯфони ситокинӣ (ТС), ДСШР, тромбопатия, шоки септикӣ оризаҳои асосии ПИНШК мебошанд [Муркамилов И.Т., Раҳмонов Э.Р., 2020; Assiri A., 2016; Chousterman B.G., 2017; Al-Tawfiq, 2020].

Дар натиҷаи таҳқиқот маҷмуи пешхабарҳои клиникӣ ва озмоишгоҳии пайдошавии тӯфони ситокинӣ дар беморони гирифтори COVID-19 муайян карда шуданд. Нишонгузорҳо (маркерҳо)-и клиникӣ ихтилолҳои меъдаю рӯдаҳо (синдроми диспепсия, дилбехузури, қайқунӣ), гипертермия, синдроми астения ва миалгияҳоро дар бар мегиранд. Меъёрҳои лабораторӣ афзоиши маркерҳои зиддиилтиҳобӣ: интерлейкин-6 (зиёда аз 23 пг/мл), ферритин (зиёда аз 485 нг/мл), Д-димер (зиёда аз 2,1), сафедаи С-реактивӣ (зиёда аз 50 мг/мл), инчунин лимфопения (камтар аз $0,72 \times 10^9/\text{л}$)-ро дар бар мегиранд [Анисенкова А. Ю. и др., 2020; Chousterman B.G., 2017; Chen X., 2020].

Дар бемороне, ки COVID-19-ро аз сар гузарондаанд, сатҳи Д-димер

муддати тӯлонӣ баланд боқӣ мемонад ва микротромбҳо на танҳо дар маҷрои рағҳо, балки дар рағҳои майна, дил, гурдаҳо, ҷигар ва узвҳои таносул низ пайдо шуда метавонанд, ки инро ҳангоми зинда будани бемор исбот кардан нисбатан душвор аст [Есипов А.В. ва дигарон, 2020; Одинаев Ш.Ф. ва дигарон, 2022; Astute I. et al., 2020].

Дар марҳилаҳои аввал ПИНШК бо зухуроти клиникий гуногун дар ҳар як фард вобаста ба хусусиятҳои конституционалӣ ва психовегетативии организм қорӣ мешавад.

Ба беморони гирифтори ПИНШК ихтилолҳои психоневрологӣ дар шакли муқовимати паст ба стресс, ҳамлаҳои ваҳм ва ҳолатҳои изтиробӣ-депрессивӣ, дошта натавонишани хуруҷи асабоният хос буданд [Голубова Н.В. Шарофова Н.М., 2020; Zhou F., 2020].

Дар амалияи клиникӣ дар беморони дорoi конституцияи муайян оризаҳои тромбозӣ, тӯфони ситокинӣ, фибрози бармаҳалли шуш, миокардити сироятӣ-токсикӣ бештар ба назар мерасиданд, дар ҳоле ки дар баъзе беморони дигар оризаҳо хеле кам буданд ё тамоман қой надоштанд [Мустафакулова Н.И., 2019; Янг З., 2020; Похасникова М.А., 2021].

Хусусиятҳои типологии мизоҷ (темперамент) на танҳо пешхабари рушди беморӣ мебошанд, балки боз дар пешгӯӣ барои ошкорнамоии омилҳои хавфи инкишофи беморӣ ва интиҳоби табобати инфиродӣ аҳамият доранд [Усмонова М.А., 2019; Караваева Т.А., 2020].

Таҳлили адабиёти ватанӣ ва хориҷӣ ва гузоришҳои илмӣ аз пойгоҳҳои электронии Cochrane, Web of Sciences, Scopus, LitCovid/PubMed нишон дод, ки дар марҳилаи кунунӣ муолиҷаи патогенетикии ягонаи тасдиқшуда вучуд надорад [Zhang J., 2020]. Дар баробари ин, дар муолиҷаи ПИНШК 3 марҳилаи муҳимтарин вучуд дорад: этиотропӣ, патогенетикӣ ва симптомӣ, ки табобати зиддивирӯсӣ, зиддибактериявӣ, зиддиқоагулянтӣ, дезинтоксикиро бо назардошти вазнинии қараён ва оризаҳои инкишофёфта дар бар мегирад.

Як хел ва беасос таъйин шудани доруҳо бе дарназардошти хусусиятҳои инфиродии бемор, бешубҳа, метавонад боиси зам шудани таъсири манфии доруҳо ба оризаҳои мавҷуда гардад, ки раванди ПИНШК-ро вазнинтар меку-

над.

Дарачаи коркарди илмӣи проблемаи мавриди омӯзиш. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон душвориҳои бештарин ҳангоми дер мурочиат кардани ҳуди беморон, табобати худсарона ва саривақт таъйин нашудани муолиҷаи мувофиқ ба вучуд меомаданд.

Дар адабиёти дастраси ватанӣ ва хориҷӣ мо ҳеҷ таълифотеро пайдо накардем, ки ба омӯзиши хусусиятҳои ҷараён ва табобати ПИНШК вобаста ба хусусиятҳои типологии беморон бахшида шудаанд. Ҳама хулосаҳои боло далели онанд, ки беморони гирифтори ПИНШК на танҳо ба ислоҳи инфиродии ҳолати равонӣ, балки ҳамчунин ба интиҳоби муолиҷаи муносиби патогенетикӣ ниёз доранд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти илмӣ ба мавзуи ташаббусии кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" марбут аст. Таҳқиқот дар доираи татбиқи Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 декабри соли 2012, № 676 «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023» анҷом дода шуд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани зуҳуроти асосии клиникӣ ва табобати ПИНШК вобаста ба тафовутҳои типологии шахс.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани гурӯҳи хатар, басомади инкишофёбӣ, хусусиятҳои конституционалӣ ва психовегетативии ПИНШК вобаста ба навъи мизоч (темперамент).
2. Омӯхтани хусусиятҳои асосии клиникии ПИНШК ва оризаҳои инкишофёфта вобаста ба хусусиятҳои типологии бемор.
3. Арзёбии аҳамияти ҳолати гемостаз, мақоми масунӣ ва мултикорбидӣ, манзараи микробӣ ва дараҷаи серии хун аз оксиген дар беморони гирифтори ПИНШК барои ташхис ва пешгӯӣ бо дарназардошти

тафовутҳои навъии фард.

4. Муқаррар кардани зухуроти рентгенологӣ дар беморони мубталои ПИНШК вобаста ҳаҷми осеб ва навъи мизоч.
5. Таҳияи алгоритми ташхису табобати барвакти ПИНШК вобаста ба фарқҳои типологии фард.

Объекти таҳқиқот 573 бемор бо ПИНШК буданд, ки дар давраи байни солҳои 2020-2022 дар шуъбаи пулмонологияи МД “Маркази миллии тиббии Шифобахш”-и ш. Душанбе, ки пойгоҳи кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” мебошад, таҳти мушоҳида ва табобат қарор доштанд.

Мавзӯи (предмети) таҳқиқот беморон бо вазнинии гуногуни чараёни ПИНШК, омӯзиши хусусиятҳои психовегетативӣ ва конституционалии вобастагӣ аз фарқҳои типологӣ ва таҳияи алгоритми ташхиси барвакти онҳо мебошад.

Навгони илмӣ таҳқиқот.

Бори аввал муайян карда шуд, ки дар флегматикҳо (58,2%) ҳавфи баланди инкишофи ПИНШК мушоҳида мегардад, дар ҳоле дар меланхоликҳо ва холирикҳо ин нишондиҳанда танҳо 24,2% ва 17,2%-ро ташкил меод. Дар байни беморон сангвиникҳо мушоҳида нашуданд. Ба беморони флегматик ҳисми фарбеҳи эндоморфӣ ва конституция (сохти бадан)-и гиперстенӣ, ба меланхоликҳо ҳисми лоғари эктоморфӣ ва конституцияи астеникӣ; ба холирикҳо ҳисми мезоморфӣ ва конституцияи нормостенӣ хос буд.

Бори аввал дарёфта шуд, ки аксуламалҳои ҳиссиётӣ ва рафтории беморони гирифтори ПИНШК вобаста ба навъи мизоч (темперамент) фарқ мекунад: флегматикҳо бо интроверсия, сусткорӣ ва таҳаммул кардани чараёни вазнини беморӣ фарқ мекарданд; меланхоликҳо ихтилолҳои изтиробӣ-депрессивӣ ва тарс аз оқибати марговари беморӣ доштанд; ба холирикҳо экстраверсия, ҳашмгинӣ ва ҳамлаҳои ваҳм хос буд. Дар флегматикҳо дар 75,2% ҳолатҳо аввалин бор бартарии чараёни шадиди ПИНШК, норасоии нафас ва синдроми гипертония; дар холирикҳо синдроми интоксикация; дар меланхоликҳо синдроми камхунӣ ва гипотония муқаррар

карда шуд.

Бори аввал муайян гардид, ки чараёни беморию дар гирифторони ПИНШК бо МФ патологияҳои коморбидӣ ва мултикоморбидӣ вазнин мекарданд, нишондиҳандаҳои морфофункционалии дил ва маркерҳои хоси дил дар онҳо нисбат ба беморони холерик ва меланхолик ба андозаи муътамад баландтар буданд, дар ҳоле ки сатҳи ҳама нишондиҳандаҳои мазкур дар беморон бо ММ бештар коҳиш ёфта буд.

Бори аввал исбот гардид, ки дар беморон бо МФ бештар пневмонити шадиди интерститсиалӣ, баъдан дистресс-синдроми шадиди респираторӣ (ДСШР), тӯфони ситокинӣ, тромбопатияҳо, миокардити шадиди сироятӣ-аллергиявӣ ва фибрози шушҳо инкишоф меёбанд.

Бори нахуст дар беморон бо МФ дар муқоиса бо меланхоликҳо ва холерикҳо бартарӣ доштани омилҳои хавфи рушди тӯфони ситокинӣ (74,6%; 35,2%; 20,2%): зиёдшавии консентратсияи интерлейкин-6 пг/мл, ферритин, Д-димер ва сафедаи С-реактивӣ (ССР) муқаррар карда шуд.

Бори аввал ошкор намуда шуд, ки дар ҳама ҳолатҳои чараёни вазнин доштани ПИНШК дар беморон сироятҳои омехтаи вирусӣ-бактериявӣ ва занбӯруғӣ мушоҳида мешаванд, ки ин бешак боиси бад шудани чараёни бемории асосӣ мегардад. Дар беморони гирифтори ПИНШК, ки МФ доштанд, ҳам коҳиши сатуратсия ва нишондиҳандаҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ ва ҳам ғаъолшавии системаи гемостаз, коҳиши ҳавогирии интерститсиуми шушҳо ба навъи “шишаи тира” ва тағйироти фиброзӣ ба андозаи бештар назар ба беморони меланхолик ва холерик мушоҳида гардид.

Бори аввал алгоритми ташҳиси барвақт ва табобати комплекси ПИНШК дар асоси нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ, психовегетативӣ, иммунологӣ, гемокоагулятсионӣ, рентгенӣ, манзараи микробии балғам ва сатуратсияи хун бо дарназардошти оризаҳои инкишофёбанда ва равиши инфиродии муносибат ба чораҳои ислоҳи равонӣ ва муолиҷаи патогенетикӣ таҳия карда шуд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Хусусиятҳои конституция ва психовегетативии организми беморони

гирифтори ПИНШК вобаста ба намудҳои мизоч фарқ мекарданд. Дар байни беморони гирифтори ПИНШК мардон бо мизочи флегматикӣ (балғаммизоч) бартарӣ доштанд (58,2%), дар ҳоле ки меланхоликҳо (молихулиёӣҳо, савдоимозочон) (24,2%) ва холерикҳо (сафроимизочон) (17,2%) шумораи камтари беморонро ташкил медоданд. Дар байни беморон сангвиникҳо (дамавимизочон) набуданд. Ба флегматикҳо сохти эндоморфӣ ва фарбеҳи бадан, конститутсияи гиперстеникӣ, интроверсия, суҳтҳаракатӣ, инертнокӣ, сардии эҳсос, таҳаммули беморӣ хос буд; меланхоликҳо ҷисми лоғари экоморфӣ ва норасоии вазни бадан, сохти астеникии бадан, ҳолати изтиробӣ-депрессивӣ ва тарс аз марг доштанд; ба холерикҳо ҷисми мезоморфӣ, сохти нормостеникии бадан, экстраверсия, асабоният ва ҳамлаҳои ваҳм хос буд.

2. Дар байни беморон бо МФ (75,2%) чараёни шадиди ПИНШК бартарӣ дошт, дар аксари мавридҳо дар ин гурӯҳ ба беморӣ диабети қанд ва фарбеҳии дараҷаҳои III ва IV ҳамроҳӣ мекарданд. Зухуроти клиникӣ бо норасоии шадиди нафас ва гипертензияи шарёӣ ифода меёфт; синдроми захролудшавӣ дар холерикҳо бештар зоҳир мешуд, дар ҳоле дар бемороне, ки ММ доштанд, синдроми камхунӣ ва гипотония дар ҷойи аввал буданд.
3. Беморони флегматик ва меланхолики мубталои ПИНШК дар муқоиса бо холерикҳо дар анамнез бештар бемориҳои коморбидӣ ва мултикоморбидӣ доштанд. Оризаҳои маъмултарини ПИНШК инҳоянд: тӯфони ситокинӣ, ДСШР, тромбопатия, миокардити шадиди сироятӣ-аллергиявӣ ва фибрози шуш, ҳолати морфофункционалии системаи дилу рағҳо ҳангоми ПИНШК асосан аз вазнинии чараёни беморӣ, ҷанбаи синнусолӣ, дараҷаи ифодаёбии синдромҳои захролудшавӣ, камхунӣ ва фишорбаландии шарёӣ, инчунин навъи мизоч вобаста аст.
4. Ҳангоми пневмонияҳои вирусӣ аз сабаби фаъол шудани флораи бактериявӣ ва занбӯруғӣ шаклҳои вазнини пневмонияҳои вирусӣ-бактериявӣ ва занбӯруғӣ инкишоф меёбанд. Дар ҳолати ҳамроҳии сарбории занбӯруғӣ-бактериявӣ ва вирусӣ коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои масунияти

ҳам ҳуҷайравӣ ва ҳам гуморалӣ, сатуратсияи хун; афзоиши бештари оризаҳои тромбозӣ ва фиброзӣ, зичиҳо дар паренхимаи шуш ба навъи "шишаи тира" дар беморони гирифтори ПИНШК бо МФ дар муқоиса бо беморони меланхолик ва холерик ба мушоҳида мерасад.

5. Дар марҳилаи чорӣ табобати ягона ва тасдиқшудаи патогенетикии ПИНШК вуҷуд надорад. Ҳамзамон дар муолиҷаи ПИНШК 3 марҳилаи муҳимтарин мавҷуд аст: этиотропӣ, патогенетикӣ ва симптомӣ, ки аз ҷумла табобати зиддивирӯсӣ, зиддибактериявӣ, зиддиқоагулянтӣ, детоксикатсиониро бо назардошти вазнинии чараён ва оризаҳои инкишофёбанда дар бар мегирад. Ҳангоми ПИНШК хатари инкишофи пневмонияи бактериявӣ зиёд шуда, таъйини фаврии муолиҷаи зиддибактериявиро бо назардошти флораи муайяншуда ва ҳассосият нисбати антибиотикҳо, патологияи ҳамзамон ва ҷанбаи синнусолӣ талаб мекунад.
6. Алгоритми таҳияшудаи ташҳиси бармаҳал ва табобати маҷмуии ПИНШК ба нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ, психовегетативӣ, иммунологӣ, гемокоагулятсионӣ, рентгенологӣ, манзараи микробии балғам ва сатуратсияи хун бо назардошти оризаҳои инкишофёфта ва муносибати инфиродӣ ба тадбирҳои ислоҳи равон асос ёфтааст.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.

Муносибати инфиродӣ ба хусусиятҳои типологии ҳар як бемор дар алоҳидагӣ бо дарназардошти хусусиятҳои психовегетативӣ, морфофенотипӣ, оризаҳои инкишофёфта ва таҳқиқҳои озмоишгоҳӣ-инструменталӣ дар беморони гирифтори ПИНШК имкон медиҳад, ки гурӯҳи хавф, нишонаҳои аввали беморӣ дар марҳилаҳои аввали беморӣ муайян ва пешгӯӣ инфиродӣ карда шавад.

Тадбирҳои ислоҳи равонӣ вобаста ба ҳосагҳои типологии шахс ҳангоми ПИНШК қисми ҷудонашавандаи муолиҷаи патогенетикӣ мебошанд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия бо эътимоднокии маълумот, ҳаҷми кофии маводи тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои тадқиқот ва интишорҳо тасдиқ карда мешавад. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои тадқиқот асос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Мақсад, вазифаҳо ва мавзӯҳои тадқиқот, инчунин усулҳои клиникӣ-инструменталӣ ва ҷамъиятшиносии ташҳис ва табобати дар рафти кор истифодашуда ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.04 -- Бемориҳои дарунӣ мувофиқат мекунанд..

Саҳми шахсии докталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот.

Муаллиф сарчашмаҳои адабиёти ватанӣ ва хориҷӣ, аз ҷумла заминаҳои таърихӣ сирояти कोरोनाвируси, хусусиятҳои этиопатогенетикӣ, вижагиҳои инфиродии типологии шахс ва нақши онҳо дар ҷараёни беморӣ, таъсири заминаи компрбидӣ ва мултикоморбидиро ба ҷараёни ПИНШК ба таври муфассал таҳлил кардааст, хатоҳои асосӣ, ки ҳангоми ташҳис ва табобати сирояти कोरोनाвируси содир мешаванд, номбар шудаанд.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Маводи диссертатсия дар конференсияҳои солонаи илмию амалии 68, 69 ва 70-уми МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" бо иштироки байналмилалӣ «Асосҳои бунёдии рушди инноватсионии илм ва маориф» (Душанбе, 2020); «Комёбиҳо ва мушкилоти илми фундаменталӣ ва тибби клиникӣ» (Душанбе, 2021) маъруза карда шуд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. 16 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 4 адад дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшаванда, ки КОА назди Президенти ҶТ тавсия додааст, нашр карда шуд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 172 саҳифаи матни компютерӣ иншо гардидааст. Он аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 4 боби таҳқиқот, баррасии натиҷаҳо, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ иборат аст. Рӯйхати адабиёт 235 манбаъро дар бар мегирад, ки 110-тоаш ба забони русӣ ва 125-тоаш ба забони англисӣ мебошанд. Диссертатсия 29 ҷадвал, 15 расмро дар бар мегирад.

МУНДАРИҶАИ КОР

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар кафедраи бемориҳои дарунӣ №3 МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино"

ичро гардид. Омӯзиши ретроспективӣ ва проспективии маводи клиникӣ гузаронида шуд. Маводи таҳқиқотӣ дар Маркази миллии тиббии «Шифобахш»-и Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2020-2021 гирд оварда шудааст.

Натиҷаҳои омӯзиши 573 бемори аз 27 то 73-сола бо ташҳиси тасдиқшудаи ПИНШК (санҷиши мусбат, маълумоти ТК) оварда шудаанд. Аз шумораи умумии беморон 347 (60,5%) мард, 225 (39,2%) зан буданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 30 нафар шахси дар маҷмӯъ солим, ки ҷинс ва синну соли ҳамқӣс доштанд, иборат буд. Аз шумораи умумии беморони гирифтори ПИНШК ($n=573$), 367 нафар (64,0%) сокинони деҳот, 206 нафар (36,0%) сокинони шаҳрҳо буданд.

Меъёри дохилнамоӣ: пневмонити интерститсиалии шадиди коронавирусии нав.

Меъёри истиснокунӣ: сили шуш, осеби метастатикӣ шушҳо ва осебҳои дигари интерститсиалии шушҳо, розӣ набудани беморон.

Тасдиқ (верификатсия)-и ташҳис дар асоси таснифоти SARS-19, ки дар ТББ-10 (бо рамзи J84.1) қабул шудааст, гузаронида шуд.

Таҳлили муқоисавии ИВБ-и беморони гирифтори ПИНШК бо назардошти хусусиятҳои типологии мизочон нишон дод, ки дар байни беморони дорои мизочи флегматикӣ фарбеҳии дараҷаи I дар 33 нафар (9,8%), фарбеҳии дараҷаи II дар 175 нафар (52,0%), фарбеҳии дараҷаи III дар 100 нафар (30,0%) ва фарбеҳии дараҷаи IV дар 27 нафар (8,0%) мушоҳида шуд.

Усулҳои таҳқиқоти умумиклиникӣ, биохимиявӣ, инструменталӣ истифода шуданд. Усулҳои таҳқиқоти биохимиявӣ барои муайян кардани карбамид ва креатинин, сафедаи умумӣ, билирубин, ферментҳои ҷигар, глюкозаи хун, маркерҳои ҳоси дил (ЛДГ, КФК ва тропонин) истифода шуданд. Ҳолати гемостаз тавассути муайян кардани Д-димер, фибриноген, ФҚВТ, ИП ва ВРК омӯхта шуд. Санҷишҳои функционалии гурдаҳо иҷро карда шуданд. ТУС-и шуш, гурдаҳо, ҷигар ва ғадуди зери меъда бо истифода аз дастгоҳи "Sonostar SS-7" (Чин, 2013, дар дастгоҳи Cardiofax (ЭКГ - 9320 ОК) гузаронида шуд.

Андозаҳои морфофункционалии дил тавассути эхокардиография бо ис-

тифода аз дастгоҳи «Toshiba» (2008) омӯхта шуданд. Суръати гардиши хун дар рағҳои миёна ва калони дил дар МД "МЧҚД" ҚТ тавассути доплерография омӯхта шуд. Индекси маҷмуии коморбидӣ бо истифода аз системаи баллӣ муайян карда шуд [Charlson, 1987]. Барои муайян кардани таъхисаҳои беморони гирифтори ПИНШК аз таҳқиқи РЗП-и молишакҳои димоғу гулӯ, даҳону гулӯ ва оби даҳон бо усули иммунохимиявӣ гузаронида шуданд. Барои ошкор намудани омили инкишофи «тӯфони ситокин» сатҳҳои ИЛ-6, ферритин ва ССР муайян карда шуданд. Масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар беморон (дар лабораторияи Диамед): бо усули ТИФ CD3, CD4, CD8, CD20 дар ҳуноба муайян карда шуд; иммуноглобулинҳои синфҳои А, М, G нисбати COVID-19 муайян карда шуданд. Таъхиси ултрасадои шуш бо истифода аз дастгоҳи «Sonostar SS-7» (с. 2013) гузаронида шуд, гирехҳои лимфавии канорӣ дар дастгоҳи Siemens-Acuson S2000 муайян карда шуданд. Сатуратсияи хун чен карда шуд. Таъхиси рентгенологии шушҳо дар проексияи рост ва паҳлӯӣ гузаронда шуд (Philips, Германия) (Виннер М. Г., Голделман А. Г., Краева С. Л., 1992). Дар дастгоҳи «Toshiba» ТКВБ иҷро гардид. Дарчаи осебёбии интерститсӣ шушро дар асоси андоза ва паҳншавии инфилтрат муайян намуда шуд. ФВШ бо усули спирография (бо спирометри «МАС-1») муқаррар карда шуд. Манзараи микробии балғам арзёбӣ гардид. Беморон аз муоинаи пулмонолог, сироятшинос, кардиолог, невропатолог, психотерапевт гузаронда шуданд.

Хусусиятҳои типологии ФОА пас аз таскинёбии зухуроти шадиди ПИНШК муайян карда шуданд. Барои таҳқиқи мизоҷ усули таъхиси визуалӣ ба кор бурда шуд [Борисов Д. Д. , 2016]. Аз рӯйи усули Илин Е.П. (1972) хусусиятҳои типологии ФОА муайян карда шуданд.

Манзараи вегетативӣ бо истифода аз ҷадвали стандартии А. М. Бейн (2003) омӯхта шуд. Сатҳи экстраверсия ва интроверсия, нейротизм ва психотизм, устувории эҳсосӣ бо корбурди пурсишномаи сохтори мизоҷ ва пурсишномаи Айзенг (1999) муайян карда шуд. Навъи конститутсияро аз рӯйи индекси рушди ҷисмонӣ мувофиқи индекси Пинье (ИП) = $L - (P+T)$. L – дарозии бадан (см), P – вазни бадан (кг), T – даври қафаси сина, см муайян

менабуданд.

Дезадаптатсияи эҳсосии беморони гирифтори ПИНШК бо истифода аз усули ташхиси равонӣ: ҷадвали изтиробии Спилбергер-Ханин [Калягин В.А., 2006] таҳқиқ карда шуд. ИВБ ($\text{кг}/\text{м}^2$) аз рӯи формулаи зерин ҳисоббарорӣ шуд:

$$I = \frac{m}{h^2},$$

ки инҷо m вазни бадан (кг), h қад (м) аст.

Таҳқиқи физиогностикӣ бо роҳи арзёбии ранги пӯст, шакли сар, ҳолати варидҳои зерипӯстӣ, андомҳои болоӣ ва поёни анҷом дода шуд.

Барои пайдо кардани микобактерияҳои ба таъсири кислота тобовар (МКТ) аз усули Сил-Нелсен ва РЗП дар дастгоҳи «GeneXpert» (дар МЧБС) истифода карда шуд.

Барои коркарди омории мавод барномаи компютери таҳлили омор Statistica (нусхаи 10.0 барои Windows) мавриди корбурд қарор гирифт. Муқоисаҳои ҷуфтии гурӯҳҳои миқдории мустақил мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни, муқоисаҳои ҷаднафарӣ мувофиқи H-меъёри Краскел-Уоллис анҷом дода мешуданд. Муқоисаҳои ҷуфтии гурӯҳҳои миқдории номустақил мувофиқи T-меъёри Вилкоксон, сифатӣ мувофиқи меъёри Мак Немар иҷро гардиданд. Барои муқоисаи нишондиҳандаҳои сифатӣ дар байни ду гурӯҳ меъёри χ^2 ба кор бурда шуд, аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ва меъёри дақиқи Фишер, муқоисаҳои ҷаднафарӣ бо истифода аз меъёри χ^2 барои ҷадвалҳои озод мураттабшуда истифода шуд. Фарқ дар сурати $p < 0,05$ будан дорои аҳамияти оморӣ маҳсуб меёфт.

Усулҳои табобат. Табобати ПИНШК дар асоси таҳлили адабиёти ватанӣ ва хориҷӣ ва маҳзани ахбори иттилооти илмӣ дар маҳзанҳои электронии Cochrane, Web of Sciences, Scopus, LitCovid/PubMed гузаронида шуд. То айнаи замон ҳеҷ табобати патогенетикии тасдиқшудаи ягонаи COVID-19 вучуд надорад, аммо табобати муосири COVID-19 пеш аз ҳама муолиҷаи зиддивирӯсӣ, зиддибактериявӣ, зиддиқоагулянтӣ, дезинтоксикатсиониро бо назардошти вазнинии ҷараён, оризаҳои

инкишофёфта, патологияи ҳамроҳ ва ҷанбаи синнусолӣ дар бар мегирад. Дар ҳолати пневмонияи дуҷумдараҷаи вирусӣ-бактериявӣ, афзалият ба фторхинолҳо - левофлоксатсин ва аз макролидҳо ба сефалоспоринҳои насли IV (сефепим) + макролид (азитромитсин), дар мавриди сироятҳои сеҷумдараҷа ба яққоягии сефалоспоринҳои насли IV ± макролидҳо, карбапенемҳо (Меропенем) дода мешавад [Gu S., Hughes S. 2020]. Ҳангоми зиёд шудани хатари ташаккули тромбҳо хун гепаринҳои пастмолекулярӣ тавсия дода мешаванд. Ҳангоми варам кардани интерститсий оксигендармонӣ гузаронида шуда, доруҳои диуретикӣ дода мешаванд. Самаранокии муолиҷаи иҷрошуда дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти клиникӣ, озмоишгоҳӣ-рентгенӣ: аз рӯйи коҳишёбии шиддати симптомҳои клиникӣ; аз рӯйи сатҳи лимфотситҳо, лейкоцитҳо ва нейтрофилҳо, Д-димер, тропонина, ЛДГ (лактатдегидрогеназа), КФК (креатинфосфокиназа), мувофиқи суръати пайдоиши аксуламалҳои иммунологӣ: аз рӯйи ғилзати подтанҳои IgM ва IgG ба COVID-19 дар ҳуноба ва дараҷаи осеб دیدани паренхимаи шуш арзёбӣ карда шуд. Барои арзёбии муқоисавии доруҳои зиддивирӯсӣ дар табобати маҷмуии ПИНШК мо аз шумораи умумии беморон бо МФ (n=335; 73 ва 73 нафар), беморони меланхолик (n=139; 69 ва 70 нафар) ва холерикро (n=99; 48 ва 51 нафар), онҳоро, ки фавипиравирро дар заминаи табобати асосӣ ва ТИП ва ҳамин шумораи беморонро, ки дар заминаи табобати асосӣ ва ТИП арбидол гирифтаанд, интихоб кардем. ТИП дар беморони флегматики гирифтори ПИНШК ба баланд бардоштани фаъолии реаксияҳои нейродинамикӣ, рафъи ғайрифаволӣ ва инертнокӣ; дар меланхоликҳо барои рафъи зухуроти меланхолия ва афсурдарухӣ, дар холерикҳо барои паҳш кардани ҳаяҷон ва ҳашмгинии аз ҳад зиёд нигаронида шуда буд. Ташҳиси ПИНШК мувофиқи таснифоти тасдиқшудаи бемориҳо (бознигари X) гузошта мешуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Дар гурӯҳи тадқиқотии иборат аз 573 бемор бо ташҳиси тасдиқшудаи пневмонити интерститсиалии шадиди коронавирусии нав тақсимои зерин аз рӯйи психотипҳо мушоҳида гардид: гурӯҳи бартаридошта аз шахсони дорон

мизочи флегматикӣ (58,4%, n=335), гурӯҳи дуюм аз беморон бо мизочи меланхоликӣ (24,2%, n =139) ва гурӯҳи сеюм аз беморони холерик (17,2%, n=99) иборат буданд. Қобили қайд аст, ки дар байни гурӯҳи аҳолии мавриди таҳқиқ намояндагони мизочи сангвиникӣ набуданд.

Ҳамаи беморон бо ФТ бо «сардии» эҳсосотӣ, тобоварӣ нисбат ба беморӣ, инертӣ ва сустӣ хос буданд, дар ҳоле ки беморон бо МХ — бо эҳсосотнокӣ (100%), хашмгинӣ, ва беморон бо ММ — бо аломатҳои меланхолия ва тарси марғ фарқ мекарданд.

Дар шахсони флегматик ихтилоли вегетативӣ бо ҳалалҳои ҳаракатӣ, секреторӣ ва ҳиссӣ зоҳир мешуданд.

Тасвири клиникӣ робитаи равшанро бо психотипи беморон нишон дод. Дар ашхоси дорои мизочи флегматикӣ маҷмуи ихтилолҳои вегетативӣ, аз ҷумла дермографизми сафед, фишорбаландии шарёӣ ва брадикардия (76,0%) қайд гардид, гиперсаливатсия (93%), ҳоболудии аз ҳад зиёд (98%) мушоҳида шудааст. Дар беморони холерик мавҷудияти нооромии ҳоб, пӯсти гарм ва хушк ҳангоми ламс, дермографизми сурх, гипосаливатсия (63,0%), гипертонияи шарёӣ (15%), тахикардия (95,0%) хос буданд. Дамкутоҳи бо оғози ногаҳонӣ фарқ мекард.

Дар гурӯҳи меланхоликҳо (57%) дермографизми сафед, пӯсти бадан ҳангоми ламс кардан хунук ва хушк буд, ҳоби канда, гипосаливатсия, гипотензияи шарёӣ, тахикардия бо набзи заиф, қабзият ё дарунравии бонавбат ба қайд расиданд.

Беморон бо мизочи флегматикӣ бо ҷисми эндоморфӣ ва конституцияи гиперстеникӣ: қад нисбатан паст бо ҷисми пурра ($\chi^2=17,3$; $p_{1-2}<0,05$) ($\chi^2=17,5$; $p_{1-3}<0,05$) фарқ мекарданд. Андомҳои болоӣ ва поёӣ фарбеҳнамо буданд. Рағҳои зерипӯстӣ намоён набуданд, шакли сар ва рӯйи мудаваар доштанд ($\chi^2=15,5$; $p_{1-2}<0,05$) ($\chi^2=18,3$; $p_{1-3}<0,05$). Беморони холерик ҷисми мезоморфӣ, конституцияи нормостеникӣ доштанд, рағҳои зерипӯстии онҳо ҳуб аён буданд, мӯйҳои чандир, торикфом, сарҳои андак дарозшуда, дасту пойҳои инкишофёфта доштанд ($\chi^2=16,7$; $p_{1-2}<0,05$) ($\chi^2=13,5$; $p_{1-3}<0,05$). Ба беморони меланхолик ҷисми эктоморфӣ, конституцияи астеникӣ хос буд,

ранги пӯсташон торикфом, хучайрабофти рағғани пӯсташон суст инкишоф ёфта буд, рағғои зерипӯстӣ нарм, борик ва мутаҳаррик буданд, пӯсташон ҳангоми ламс хушк ва хунук буд ($\chi^2=25,3$; $-2<0,05$), ($\chi^2=15,3$; $p_{1-3}<0,05$) .

Дар байни беморони флегматик беш аз нисфи ҳолатҳо чараёни вазнин дошт (75,2%), чараёни миёнаи вазнин 22,0%, чараёни сабук танҳо 3,0% ҳолатҳоро ташкил дод. Дар беморони меланхолик чараёни миёнаи вазнини беморӣ бартарӣ дошт (51,0%), чараёни вазнин дар 36,6%, сабук дар 12,2% ба мушоҳида расид. Дар беморони гирифтори холерик чараёни сабуки беморӣ (60,6%) бартарӣ дошт, дар ҳоле ки чараёни миёнаи вазнин ва вазнини беморӣ ҳамагӣ 19,1% ва 20,2%-и ҳолатҳоро ташкил доданд.

Муқоисаи зухуроти клиникӣ дар беморони гирифтори ПИНШК вобаста ба хусусиятҳои типологии шахс дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. Муқоисаи зухуроти клиникӣ дар беморон бо ПИНШК вобаста ба хусусиятҳои типологии фард

Симптоми клиникӣ	Флегматик ҳо (n=335)		Меланхо- ликҳо (n=139)		Холерикҳо (n=99)		P
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Нафастангӣ дар ҳолати оромӣ:	252	75,2	67	48,2	30	30,3	<0,001
Ҳангоми сарбории ҷисмонӣ:	51	15,2	72	51,8	69	69,7	<0,001
Сулфаи хушк	279	83,2	73	52,5	47	47,5	<0,001
бо балғам	59	17,6	66	47,5	52	52,5	<0,001
Хунтуфкунӣ	93	27,7	39	28,1	19	19,2	>0,05
Гум кардани ҳисси бӯй ва маза	71	21,1	39	28,1	23	23,2	>0,05
Исҳол	67	20,0	33	23,7	29	29,3	>0,05
Конъюнктивит	59	17,6	30	21,6	29	29,3	>0,05
Дарди мушакҳо	48	14,3	38	27,3	31	31,3	<0,001
Дардҳо дар системаи устухону буғумҳо	178	53,1	49	35,3	29	29,3	<0,001
Дилбеҳузурӣ	97	29,0	68	48,9	59	59,6	<0,001

Қайкунӣ	73	21,8	63	45,3	0	0,0	<0,001
T°>39°C	0	0,0	0	0,0	29	29,3	
T° <38°C	136	40,6	123	88,5	30	30,3	<0,001
Ларза	78	23,3	63	45,3	39	39,4	<0,001
Аракшорӣ	77	23,0	0	0,0	0	0,0	
Хирросҳои хурдхубобчавӣ	83	24,8	16	11,5	37	37,4	<0,001
Хирросҳои крепитатсионӣ	203	60,5	123	88,5	39	39,4	<0,001

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқи байни нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи Н- меъёри Краскел-Уоллис).

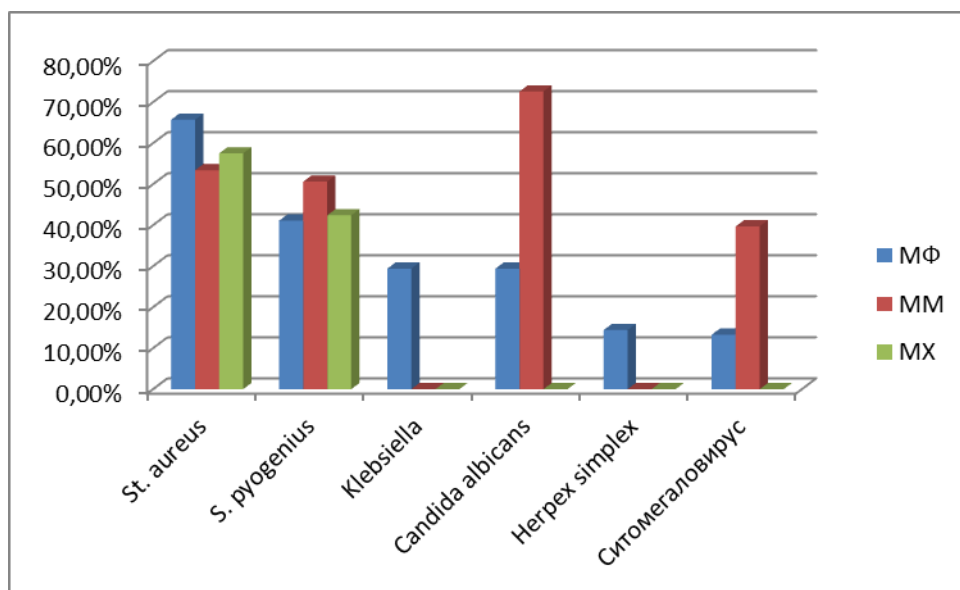
Ҳамин тавр, вобаста ба намудҳои темперамент, зуҳуроти клиникии НОКИП гуногун буданд.

Мувофиқи маълумоти адабиёт, баландшавии ҳарорати бадан аксар вақт ҳангоми сирояти вирусӣ на бештар аз 3-5 рӯз давом мекунад ва идомаи гипертермия зиёда аз 5 рӯз аз ҳамроҳшавии сирояти дуомдараҷа шаҳодат медиҳад [Дастурҳои муваққатӣ, 2020. URL].

Ҳангоми ПИНШК дар ТКВБ дар шароити пастшавии шаффофияти паренхимаи шуш симптоми «шишаи тира» дида мешавад, пайдоиши инфилтратҳо аз илова шудани сирояти дуомдараҷаи бактериявӣ шаҳодат медиҳанд.

Аз 335 бемори флегматики мубталои ПИНШК дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (187 нафар; 56,0%) ҳамроҳшавии пневмонияи бактериявӣ ба қайд расидааст. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон доданд, ки дар беморони флегматик бо пневмонияи бактериявии ҳамроҳ дар балғам маҷмуи микробҳои зерин пайдо шудаанд: *S.aureus* (123 нафар; 65,7%), *S. pyogenius* (77 нафар; 41,1%), *Klebsiella* (55 нафар; 29,4%, занбурӯғҳо аз ҷинси *Candida albicans* (53 нафар; 29,4%), *herpes simplex* (27 нафар; 14,4%) ва СМВ (25 нафар; 13,3%). Аз 139 бемори меланхолик дар 73 (52,5%) пневмонияи бактериявӣ ошкор карда шуд. Дар балғами ин гурӯҳҳо ҳамроҳшавии микробҳои зерини флораи грам-мусбат ба қайд расид: *S. aureus* (39 нафар; 53,4%), *S. pyogenius* (37 нафар; 50,6%), занбурӯғҳои ҷинси *Candida albicans* (53 нафар; 72,6%) ва СМВ (29 нафар; 39,7%). Аз 99 бемор бо ПИНШК дар 33

нафар (33,3%) ҳамроҳии микробҳои флораи грам-мусбат: *S.aureus* (19 нафар; 57,5%), *S. pyogenius* (14 нафар; 42,4%) (Расми 1) дида шуд.



Расми 1. –Манзараи микробии балғам дар беморон бо ПИНШК бо назардошти навъҳои мизоч

Дар беморони дорои флегматик (МФ) манбаи пневмония дар ду тараф ҷойгир шуда, бештар дар қисми поёнии шуши чап (48,8%) мушоҳида мегардид, дар ҳоле ки дар беморони дорои мизочи меланхолик (26,6%) ва холерик (МХ) (43,4%) ҷойгиршавии яктарафа бештар қайд мегардид. Ихтилоли сохтории бофтаҳои шуш, аз ҷумла ғафсшавии септаҳои байниалвеолярӣ ва ташаккули «шуши занбӯрхонашакл» аз инкишофи фибрози шуш бо басомади 57,6%, 19,4% ва 9,1% дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда шаҳодат меод.

Дар беморони флегматик асосан ТКЗ - 50-75% (65,6%) ва ТК4 - зиёда аз 75% (30,7%) осеби бофтаҳои шуш паҳн шудааст, дар ҳоле ки дар беморони холерик ТК1 - на бештар аз 25% осеби интерститсӣ дар 73,7% ҳолатҳо ва дар меланхоликҳо ТК2 - 25-50% осеби паренхимаи шуш дар 75,5% (ҷадвали 2) ба мушоҳида расид.

Биомаркерҳои кардиоспецификӣ – КФК ($287 \pm 11,5$ бар зидди $170,0 \pm 20,0$) ва тропонин ($2,9 \pm 0,3$ бар зидди $0,5$ нг/мл дар шахсони солим) дар беморони дорои мизочи флегматик (ФТ) баландшуда буданд, дар ҳоле ки дар беморони дорои мизочи меланхолик ва холерик (ХТ) дар ҳудуди арзишҳои муътадил

қарор доштанд.

Ҷадвали 2. - Ҳаҷми осебёбии бофтаҳои шуш дар беморон бо ПИНШК вобаста ба хусусиятҳои типологии фард

Ҳаҷми осебёбии паренхимаи шуш (%)	Флегматикҳо (n=335)		Меланхоликҳо (n=139)		Холерикҳо (n=99)		Р
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	
ГК1 на зиёда аз 25	0	0,0	7	5,0	73	73,7	<0,001
ТК 2 - 25-50	12	3,5	105	75,5	10	10,1	<0,001
ТК 3 - 50-75	220	65,6	8	5,8	13	13,1	<0,001
ТК 4 – зиёда аз 75	103	30,7	19	13,7	3	3,0	<0,001

Эзоҳ: р - аҳамияти омории фарқи байни нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи Q-меъёри Кохрен)

Ҳолати морфофункционалии системаи дилу рағҳо ҳангоми ПИНШК на танҳо аз вазнинии ҷараён, дараҷаи сатуратсия, патологияҳои ҳамроҳ ва дараҷаи осебёбии паренхимаи шуш, балки инчунин аз хусусиятҳои конституционалии ҳар як фард вобаста аст.

Беморони флегматик (навъи ваготоникӣ) дар муқоиса бо холерикҳо (навъи симпатотоникӣ, конститутсияи нормостеникӣ) ва ҷисми мезоморфӣ бо мавҷудияти кардиомегалия (95,6%) фарқ мекарданд. Эҳтимол, ин ба сохти эндоморфии ҷисми ва конститутсияи гиперстеникӣ ва заминаи вазниншуда аз ҳисоби ҳолати мултиморбидӣ: бемории гипертония, гипотиреоз, диабети қанд, фарбеҳӣ вобаста аст, дар ҳоле ки дар меланхоликҳо бо ҷисми экоморфӣ, конститутсияи астеникӣ ягон ҳолати кардиомегалия пайдо нашудааст, баръакс, дар ин гурӯҳ «дили овезон» мушоҳида шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки беморони бо ФТ ба гурӯҳи хатарноки таърифи морфофункционалӣ дилу-рағҳо дар беморони бо ПИНШК дохил мешаванд. Дар таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои электрокардиографӣ дар беморони бо ПИНШК ва МФ (ваготоникҳо) мушоҳида гардид, ки амплитудайи комплекс ва давомнокии комплекси QRS зиёд шуда, интервали QT ва амплитудайи дандончаи Т афзуданд, дар ҳоле ки дар беморони бо ТМ пастшавии амплитуда ва кӯтоҳшавии давомнокии

комплекси QRS ва кам шудани интервали QT ва амплитудай дандончаи T ёфт шуданд, дар беморони бо MX афзоиш ёфтани амплитуда ва давомнокии комплекси QRS, афзоиш дар интервали QT ва амплитудай дандончаи T мушоҳида шуд. Нишондиҳандаҳои электрокардиографӣ дар беморони бо ПИНШК вобаста ба намудҳои темперамент дар чадвал пешниҳод шудаанд (чадвали 3).

Чадвал 3. – Нишондиҳандаҳои электрокардиографии дар беморони бо НОКИП вобаста ба намудҳои темперамент

Нишондиҳандаҳои СБД	ТФ n=335		ТМ n=139		ТХ, n=99		P
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%	
Пастшавии равандҳои реополяризация	273	81,4	95	68,3	15	15,1	<0,01
	p ₁₋₂ <0,05, p ₁₋₃ >0,05, p ₂₋₃ <0,001*						
Гипертрофияи меъдачаи рост	233	69,5	15	10,7	33	33,3	<0,01
	p ₁₋₂ <0,01, p ₁₋₃ <0,05*, p ₂₋₃ <0,001*						
Экстрасистолияи меъдачавӣ	46	13,7	9	6,4	17	17,1	<0,05
	p ₁₋₂ <0,05, p ₁₋₃ <0,05*, p ₂₋₃ <0,001*						
Блокадаи нопурраи пойи рости Гис	39	11,6	8	5,7	14	14,1	<0,001
	p ₁₋₂ <0,01, p ₁₋₃ <0,05*, p ₂₋₃ <0,001*						
Аритмияи мерсалӣ	45	13,4	6	4,3	7	7,0	<0,05
Таъмирооти ишемикӣ дар миокард	335	100,0	95	68,3	15	15,1	<0,001
	p ₁₋₂ <0,001, p ₁₋₃ <0,001, p ₂₋₃ <0,001						
Норасогии дил	173	51,6	7	5,0	9	9,0	<0,001
	p ₁₋₂ <0,001; p ₁₋₃ <0,001; p ₂₋₃ >0,05						

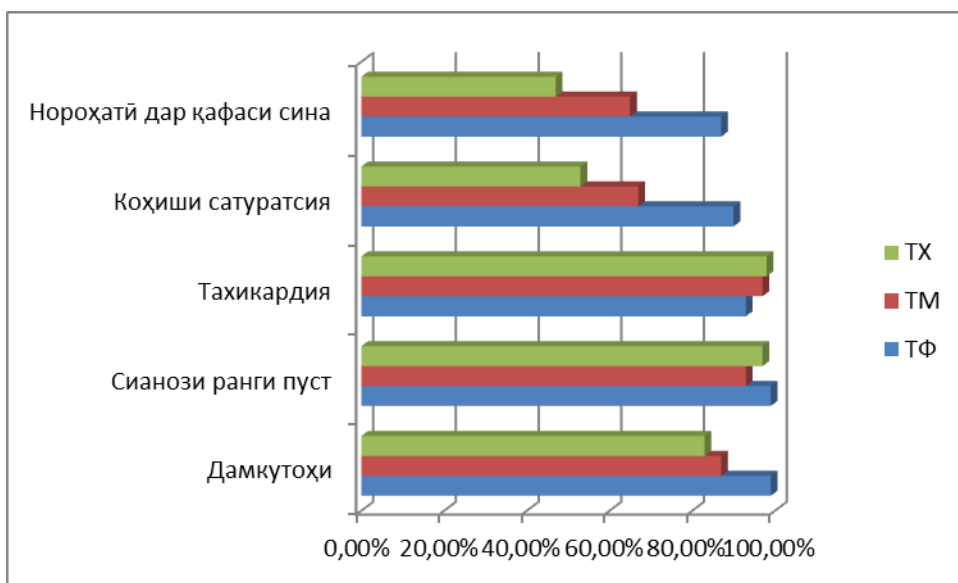
Таъкид: p - маънийияти оморӣ (статистикӣ) фарқияти нишондиҳандаҳоро байни гурӯҳҳо (бо истифодаи қоидаи Кохрен); p1-2 - маънийияти оморӣ фарқияти нишондиҳандаҳоро байни гурӯҳҳои беморони бо ТФ ва ТМ; p1-3 - байни гурӯҳҳои беморони бо ТФ ва ТХ; p2-3 - байни гурӯҳҳои беморони бо ТМ ва ТХ (бо истифодаи қоидаи χ^2 , бо тағйироти Йетс)

Чуноне ки аз чадвали 3 ба назар мерасад, дар беморони бо МФ (81,4%) дар ЭКГ пастравии равандҳои реополяризация 4,5 маротиба бештар аз одамоне бо меланхолия (68,3%) ва MX (15,1%) сабт шудааст; гипертрофияи кӯзаи рост 7 маротиба (69,5% ва 10,7%) нисбат ба ТМ ва 3 маротиба (33,3%) нисбат ба MX бештар ба назар расидааст.

Дар флегматикҳо (81,4%) дар ЭКГ бештар экстрасистолияи меъдачаҳо (17,1%; 6,4%; 13,7%) ва блокадаи нопурраи пойчаи рости қабзаҷаи Гис (13,7%; 4,3%; 7,0%) бештар ба қайд гирифта шудааст. Аритмияи фибрилятсионӣ дар беморони флегматик (13,4%) нисбат ба меланхолик (4,3%) 3 маротиба ва нисбат ба беморони холерик (7,0%) 2 маротиба бештар паҳн шудааст.

Тӯфони ситокинӣ дар беморон бо МФ (250 нафар; 74,6%) нисбат ба беморон бо ММ (49 нафар; 35,2%) ва МХ (20 нафар; 20,2%) оризаи маъмултарин дар шаклҳои зерин буд: баландшавии ҳарорати бадан (95,8%; 20,8%; 29,2%) дарди сар (95,8%; 66,0%; 49,0%), миалгия (98,4%; 63,0%; 45,0%), чарх задани сар (93,3%; 89,0%; 33,0%), дилбеҳузурӣ (82,3; 53,0%; 29,0%), кайкунӣ (83,5%; 66,0%; 39,0%); дилзанӣ (83,0%; 50,0%; 78,0%); дарди шикам (74,1% ва 67,0%; 43,0%), дарунравӣ (49,1%; 17,0%, 7,0%), ҳиккак (23,2%; 7,0%; 11,0%).

Синдроми шадиди дистресс (СШД) дар 75,2% ҳолатҳо дар беморони дорои мизочи флегматик (МФ) инкишоф ёфт, инчунин дар беморони дорои мизочи меланхолик (36,7%) ва холерик (20,2%) бо чараёни вазнини беморӣ мушоҳида гардид: дамкутоҳи (99,0%; 87,0%; 83,0%), ранги сианози пӯст (99,0%; 93,0%; 97,0%), тахикардия (93,0%; 97,0%; 98,0%), нороҳати дар қафаси сина (87,0%; 65,-%; 47,0%), ва коҳиши шадиди сатурация – SpO₂ дар ҳудуди 75–83% (90,0%; 67,0%; 53,0%) ҳамроҳӣ мекард.



Расми 2. - Муқоисаи нишонаҳои клиникӣ СШД дар беморони бо

ПИНШК вобаста ба навъи темперамент.

Дар тасвири 2 нишон дода шудааст, ки дар беморони бо МФ ва ММ, ки аз ПИНШК ва СШД - и мураккаб азият мекашанд, сатуратсияи хун то рақамҳои критикӣ паст шуд, ДН-и шадид рушд ёфт, кашал ва нороҳатӣ дар сина мушоҳида гардид. Дар натиҷа, СДШ бештар дар беморони бо шиддати вазнини ПИНШК рушд мекунад ва бо паст шудани шиддати сатуратсия ва нишонаҳои клиникӣ ҳолати гипоксикӣ ҳамроҳӣ мекунад.

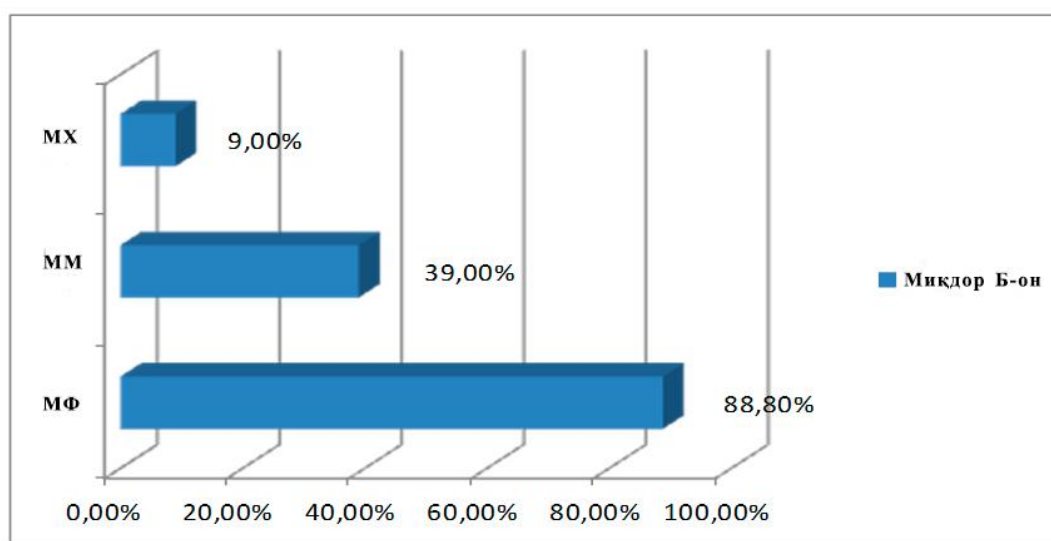
Бештар ҳолатҳои **миокардити шадиди сироятӣ-аллергӣ (МШСА)** дар ҳамаи гурӯҳҳои шахсоне, ки чараёни вазнини НОКИП доштанд, мушоҳида гардид. Дар шахсони дорои мизочи флегматик МШСА дар 57,0% ҳолатҳо ба кайд гирифта шуд, дар ҳоле ки дар холерикҳо ин нишондиҳанда ҳамагӣ 5% буд ва дар беморони дорои мизочи меланхолик (ММ) дар ягон ҳолат инкишоф наёфт. Беморони дорои мизочи флегматик ва холерик бо душвории нафаскашӣ (98,0% ва 45%), тахикардия (100,0% ва 40,0%), дард дар минтақаи дил (97,0% ва 29,0%) фарқ мекарданд. Дар ЭКГ вайроншавии реполяризатсия, ритм ва гузаронандагии дил, инчунин ҷойивазкунии сегменти ST мушоҳида мешуд. Дар ЭхоКГ кардиомегалия ошкор карда шуд. Дар зардобии хун баландшавии сатҳи тропонин, КФК ва ЛДГ муайян гардид.

Ҳангоми оризаҳои тромбозӣ ПИНШК дар беморон бо МФ ва МХ (58,0% ва 7,0%) хуруҷҳои нафасгиршавӣ (98,0% ва 19,0%), варамкунии рағҳои гардан (88,0% ва 20,0%), сианози чилдҳои пӯстӣ (83,0% ва 20,0%), сулфаи хушки асабонисоз (83,0% ва 19,0%), нафастангӣ (80,0% ва 20,0%), гипотония (79,0% ва 53,0%), гипертермия то рақамҳои гектикӣ бо давомнокии чандсоата (78,0% ва 5,0%), дардҳои ногаҳонӣ дар қафаси сина (75,0% ва 20,0), тахикардия (49,0% ва 47,0%) ва хунтуфкунӣ (43,0% ва 9,0%) мушоҳида шуданд. Дар ЭхоКГ васеъшавӣ ва гипокинези меъдачаи рост, варам карда баромадани девораи байни меъдачаҳо ба тарафи меъдачаи чап, нишонаҳои гипертензияи шуш, регургитатсияи трикуспидалӣ ба назар расид. Зимнан фишор дар шарёни шуш дар беморони флегматик дар қиёс бо шахсони солим 3,5 баландтар буд.

Шоки септикӣ дар беморони флегматик (23,0%) дар оқибати

вирусемия ва пайвастанавии сирояти дуҷумдараҷа рушд карда, бо синдроми возеҳи интоксикатсионӣ, гипертермия (100%), нафастангии ифодаёфта (93,0%), гипотония (95,0), олигурия (49,0%) ва ихтилоли шуур (47,0%) ҳамроҳ буд.

Синдроми пасазковидӣ дар аксарияти ҳолатҳо дар байни беморон бо МФ (88%) ва дар 39%-и меланхоликҳою 9%-и холерикҳо ба вуҷуд омад (расми 3).



Расми 3. - Басомади ба вуҷуд омадани ПФПК дар беморон бо ПИНШК вобаста ба навъи мизоч

Аломатҳои клиникӣ аз ҳама зиёд вохӯрандаи ПФПК ин гуна буданд: дамкӯтоҳӣ (85%, 37%, 5%); ҳалалёбии ҳисси бӯй ва маза (76%, 45%, 3%), дарди мавзеи қафаси сина (81%, 19%, 2%), ҳисси зарбхӯрдагии тамоми бадан (81%, 30%, 5%), беҳолшавии зуд (77%, 23%, 3%), дардҳои сар (67%, 33%, 3%), баланд шудани ҳарорати бадан то нишондиҳандаҳои субфебрилӣ (37%, 25%, 3%), чархзании сар (51%, 23%, 3%), коҳишёбии хотира (65%, 33%, 5%).

Ҳамин тариқ, шахсоне, ки мизочи флегматикӣ доранд, ба гурӯҳи хавф оид ба ташаккули пневмофибрози баъдиковидӣ тааллуқ доранд. Барои пешгирӣ аз инкишофи ПФПК ташҳиси бармаҳал ва муолиҷаи ПИНШК бо назардошти синну сол, заминаи коморбидӣ ва мултиморбидӣ бо ҷалби мутахассисони ихтисосҳои ба ҳам наздик зарур мебошанд.

Дар беморон бо ҷарёни вазнини ПИНШК ба тариқи аускултативӣ

хирхирҳои дорои крепитация (23,5%), нами хурдхубобчавӣ (51,6%) ҳангоми вазнинии миёна доштани чараёни беморӣ ва садоҳои ҳуштакмонанди хушк ҳангоми чараёни сабук доштани беморӣ (3,5%) шунда мешуданд.

То айнӣ ҳол ягон усули ягонаи тасдиқшудаи патогенетикии табобати КОВИД-19 вучуд надорад, аммо табобати муосир қабл аз ҳама табобати зиддивирӯсӣ, зиддибактериявӣ, зиддиқоагулянтӣ, дезинтоксикиро бо назардошти вазнинии чараён ва оризаҳои инкишофёфта, патологияи ҳамроҳ ва ҷанбаи синнусолӣ дар бар мегирад. Барои арзёбии муқоисавии дорувории зиддивирӯсӣ дар табобати маҷмуии ПИНШК мо аз шумораи умумӣ беморони дорои мизочи флегматикӣ ($n=335$; 73 ва 73 нафар), меланхоликӣ ($n=139$; 69 ва 70) ва холерикиро ($n=99$; 48 и 51 чел.), ки дар заминаи табобати асосӣ ва ТИП фавипиравир мегирифтанд, ҳамчунин теъдоди баробари беморонро интихоб намудем, ки дар заминаи табобати асосӣ ва ТИП арбидол мегирифтанд. Ҳангоми табобати маҷмӯӣ дар шароити истеъмоли фавипиравир дар бештар аз нисфи ҳолатҳо нафастангӣ дар ҳолати оромӣ, сулфаи хушк, дарунравӣ, конъюнктивит, папулаҳо ва бусуроти уртикария, гум кардани ҳисси маза ва бӯй, миалгияҳо, ҳисси дард дар системаи устухону пайвандҳо 2 маротиба коҳиш ёфта, зухуроти клиникӣ назар ба онҳое, ки арбидол истеъмол мекарданд, зудтар аз байн мерафтанд.

Дар беморон бо МФ то гирифтани табобати зарурӣ ихтилолҳои зерин пайдо карда шуданд: эритроцитоз симтоматикӣ ($6,9 \pm 1,5$), баландшавии сатҳи гемоглобин ($167,1 \pm 13,7$), тромбоцитоз ($590,0 \pm 27,5$), лейкоцитоз ($19,7 \pm 2,5$), кўчиши чўбчаҳаста (чўбчаядро) ба чап ($2,0 \pm 0,3$), лимфаситоз ($39,4 \pm 3,3$), зудшавии СТЭ (СОЭ) ($45,1 \pm 3,5$) ва баъди гирифтани табобати маҷмӯӣ дар заминаи фавипиравир ба бузургиҳои меъёрӣ наздик мешуданд, дар ҳоле дар бемороне, ки арбидол истеъмол мекарданд, нишондодҳои болозикр дар сатҳи қаблӣ боқӣ мемонданд: дар хуни периферии меланхоликҳо камхунии дараҷаи сабук ($3,0 \pm 0,5$), лейкоцитози муътадил ($10,7 \pm 1,5$) ва лимфоситоз ($35,0 \pm 2,5$), зудшавии СТЭ ($47,1 \pm 3,4$) мушоҳида мегардид. Сатҳи тромбоцитҳо дар ҳудуди меъёр буд ($240,3 \pm 16,5$). Дар беморони холерик, ки дар аксари мавридҳо (60,6%) чараёни сабуки беморӣ

доштанд, нишондиҳандаҳои гематологӣ дар ҳудуди меъёр буданд, танҳо дар 20 (20,0%) бемор каме лейкоцитоз ($15,7 \pm 2,1$) ва афзоиши муътадили СТЭ ($23,5 \pm 2,4$) ошкор гардид. Дар беморони флегматик, сатҳи D-димер, фибриноген, протромбин ба таври назаррас боло рафт ва пас аз гирифтани фавипиравир дар заминаи терапияи асосӣ дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо баланд боқӣ монд, дар ҳоле ки дар беморони истеъмолкунандаи арбидол ин нишондиҳанда баландтар боқӣ монд, ки шаҳодати мавҷудияти тромбҳои замони ҳаёт мебошад. Дар беморони меланхолик ва холерик ягон ихтилоли гемокоагулятсионӣ мушоҳида нашуд.

Таҳлили параметрҳои мубодилаи моддаҳо дар беморони флегматик дар динамикаи раванди табобат муқовимати нишондиҳандаҳои асосии мубодилаи карбогидратҳо ва липидҳо ба табобат нишон дод. Аз ҷумла, арзишҳои баланди патологӣ индекси массаи бадан, даври миён, холестерини умумӣ, липопротеинҳои дорои зичии паст ва глюкозаи хун, дар баробари коҳиши доимии сатҳи ЛПЗБ дар беморони меланхолик ҳифз шуд. Тадқиқоти иммунологӣ нишон дод, ки дар муқоиса бо гурӯҳи холерикҳо дар беморони флегматик ва меланхолик паст шудани масунияти ҳучайравӣ ва гуморалӣ равшантар аст. Дар беморони флегматик зиёдшавии консентратсияи иммуноглобулини М бо шиддатнокии раванди илтиҳобӣ ва марҳилаи шадиди беморӣ алоқаманд аст, дар ҳоле ки сатҳи баланди иммуноглобулини G аз майл ба музминии раванди патологӣ шаҳодат медиҳад. Дарачаи якуми сатуратсияи хун дар беморони гирифтори ПИНШК бо МЗ (60,6%), нисбат ба беморон бо ММ (12,2%) ва МФ (3,0%) бартарӣ дошт, дарачаи II дар беморон бо ММ (51,0%) назар ба флегматикҳо (21,7%) ва холерикҳо (19,1%) бештар маъмул буд, дар ҳоле ки дарачаи III дар байни флегматикҳо (75,2%) нисбат ба меланхоликҳо (36,6%) ва холерикҳо (20,2%) бартарӣ дошт. Ҳангоми дарачаҳои III ва II дар беморони гирифтори ПИНШК бо МФ то гузарондани табобат сатҳи сершавии хун аз оксиген (сатуратсия) паст буд ($79,1\%$ ва $77,8\%$; $12,0\%$ ва $13,7\%$), ($63,7 \pm 11,5$ ва $72,7 \pm 0,7$); ($75,3 \pm 19,0$ ва $76,3 \pm 1,3$). Ҳангоми дарачаҳои I ин нишондиҳанда ба $93,3 \pm 5,0$ ва $92,0 \pm 2,7$ дар $8,9\%$ ва $8,3\%$ ҳолатҳоро ташкил дод, аммо сарфи назар аз табobati доиршуда сатуратсияи хун дар сатҳи паст

боқӣ монд. Дар беморон бо МФ, бо вучуди табобати гузарондашуда, сатуратсияи хун дар ягон ҳолат ба бузургҳои муътадил нарасид.

Хулосаҳо

1. Муайян карда шуд, ки беморони дорои мизочи флегматикӣ (МФ) (58,2%) ба гурӯҳи хавфи инкишофи пневмонити интерститсиалии нави шадиди коронавирусӣ (ПИНШК) бо чараёни шадид (75,2%) мансубанд, дар ҳоле беморони меланхолик (24,2%) ва холерик (17,2%) шумораи хеле камтари беморонро ташкил доданд. Беморон бо МФ бо ҳисми эндоморфӣ ва интровертноқӣ фарқ мекарданд; беморон бо мизочи меланхоликӣ (ММ) ҳисми эктоморфӣ, ҳолати изтиробӣ-депрессивӣ доштанд; ба холерикҳо (МХ) ҳисми мезоморфӣ, экстравертноқӣ, ҳамлаҳои ваҳм хос буд [1–М, 3–М, 4–М, 7–М,].
2. Оризаҳои маъмули ПИНШК дар беморон бо МФ: тӯфони ситокинӣ, ДСРШ, тромбопатияҳо, миокардити шадиди сироятӣ-аллергиявӣ ва фибрози шуш; афзоиши андозаҳои дил ва маркерҳои ҳоси дил: тропонин ($2,9 \pm 0,3$) ва КФК ($287 \pm 11,5$); мавҷудияти нишонаҳои гипертонияи шуш (Рсист. ЛА, $15,0 \pm 2,3$ нисбат ба $50,0 \pm 3,7$); бартариҳои омилҳои хавфи рушди тӯфони ситокин дар беморон бо МФ дар муқоиса бо меланхолику холерикҳо (74,6%; 35,2%; 20,2%): зиёдшавии консентратсияи интерлейкин-6 пг/мл ($27,5 \pm 1,7$; $7,5 \pm 1,8$; $10,5 \pm 1,3$), ферритин ($1300 \pm 20,2$; $260,1 \pm 9,5$; $270,2 \pm 14,5$), D-димер ($1800 \pm 22,7$), ССР ($53,5 \pm 1,5$; $8,5 \pm 1,0$; $9,5 \pm 1,0$) муайян карда шуданд [5–М, 6–М, 8–М, 10–М].
3. Ҳама беморони гирифтори ПИНШК бо МФ дар муқоиса бо беморон бо ММ бо патологияи мултикоморбидӣ ва пайвастагии микроорганизмҳо дар балғам фарқ мекарданд: *S. aureus* (65,7% ва 53,4%), *S. pyogenius* (41,1% ва 50,6%), *Klebsiella* (29,4% ва 0,0%), занбӯруғҳои чинсҳои *Candida albicans* (29,4,0% ва 72,6%), *herpes simplex* (14,4% ва 0,0%) ва СМВ (13,3% ва 39,7%), аммо дар беморон бо МХ танҳо пайвастагии микробии 2 сирояти бактериявӣ ба қайд гирифта шудааст: бо *S. aureus* (57,5%) ва *S. pyogenius* (42,4%) [1–М, 2–М, 7–М, 8–М].

4. Дар беморон бо МФ дар муқоиса бо беморон бо ММ ва МХ коҳиши назарраси сатуратсия камтар аз 75% (75,2%; 36,6%; 20,2%) ва ҳаводории бофтаҳои шуш ба навъи "шишаи тира" муайян карда шуд: ТК3 (65,6). %) ва ТК4 (30,7%) дар муқобили ТК1 (5,0%), ТК2 (75,5%), ТК3 (5,8%); ТК1 (73,7%), ТК2 (10,1%) ва фибрози шуш (57,6%; 19,4% 9,1%); паҳш шудани нишондиҳандаҳои ҳуҷайравии СД3 ($43,9 \pm 3,3$), СД4 ($27,9 \pm 1,5$), СД20 ($6,3 \pm 0,5$) ва фаъолсозии иммунитети гуморалӣ: IgM ($10,1 \pm 0,3$), IgG ($20,0 \pm 1,3$) ва системаи гемостаз баланд шудани сатҳи D-димер ($1800 \pm 22,7$), фибриноген ($670 \pm 18,4$) ва протромбин ($290 \pm 18,2$). Терапияи мукаммале, ки бо истифодаи фавипиравир гузаронида шуд, нисбат ба бемороне, ки арбидол гирифтаанд, самаранокии бештар нишон дод [7-М, 9 – М, 11 – М, 12 – М, 15 - М, 16- М].
5. Дар асоси нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ, рентгенологӣ, ташҳиси воқуниши РЗП алгоритми ташҳиси барвақт ва муолиҷаи комплекси ПИШКН бо назардошти равиши инфиродӣ ба тадбирҳои психокоррексионӣ таҳия карда шудааст [7–М, 13 –А, 16–М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Хусусиятҳои типологии мизоч (темперамент) маҷмуи нишондиҳандаҳои конституционалӣ, антропометрӣ, психовегетативӣ, биохимиявӣ ва аксуламалҳои иммунологии организмро ифода мекунанд.
2. Зухуроти конституционалӣ ва психовегетативӣ бо назардошти хусусиятҳои типологии шахс на танҳо дар чараёни бемориҳо аҳамият барои пешгӯӣ доранд, балки пешхабари инкишофи беморӣ низ мебошанд.
3. Тадбирҳои психокоррексионии ПИШКН бояд чузъи чудонашавандаи табobati асосӣ бошанд, то зухуроти клиникӣ синдроми изтиробӣ-депрессивӣ ва ҳамлаҳои ваҳмро бартараф карда шаванд.

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти ҶТ

[1-М] Махмадалиев Ф.Н. Прогностическая значимость клинико-гематологических и рентгенологических проявлений в диагностике прижизненных тромботических осложнений острого коронавирусного интерстициального пневмонита [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, М.К. Рахматов, Холова Ш.К. //Вестник академии медицинских наук. - 2020. - №4. - С. 373-380.

[2-М] Махмадалиев Ф.Н. Острый лимфобластный лейкоз, ассоциированный с коронавирусным интерстициальным пневмонитом [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев Ш.К. Н.И. Мустафакулова, Ш.К., Холова, М.К. Рахматов //Вестник академии медицинских наук. - 2020. - №4. - С. 412-417.

[3-М] Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения постковидного синдрома в зависимости от психофизической конституции [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова //Вестник академии медицинских наук. - 2024. - №1. - С. 353-360.

[4-М] Махмадалиев Ф.Н. Особенности клинического течения нового острого коронавирусного интерстициального пневмонита в зависимости от типологических особенностей индивидуума [Текст]/Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова //Медицинский Вестник национальной академии наук Таджикистана. - 2024. - №2. - С. 58-70.

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмуаҳои конференсияҳо

[5-М] Махмадалиев Ф.Н. Частота и структура развившихся осложнений при коронавирусном интерстициальном пневмоните [Текст] /Ф.Н Махмадалиев, Н.И.Мустафакулова, Н.С Мирзокаримова // Материалы научно-практической конференции, коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан. – 2020. - Стр. 114-115.

[6-М] Махмадалиев Ф.Н. Особенности клинического течения и диагностики острого коронавирусного интерстициального пневмонита [Текст] /Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Н.С. Мустафакулова Мирзокаримова, Ш.К. Холова // Мате-

риалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – 2020.- С. 152-153.

[7-М] Мустафакулова Н.И. Особенности клинического течения коронавирусной инфекции в зависимости от темперамента [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – 2020.- С. 167-169.

[8-М] Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения и частые осложнения при остром интерстициальном коронавирусном пневмоните [Текст] / Н.И. Мустафакулова, Ш.К. Холова, М.Н. Зокирова //Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – 2020.- С. 169-170.

[9-М] Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения постковидного синдрома [Текст] /Ф.Н., Махмадалиев Н.И.Мустафакулова, С. Файсал //Материалы научно-практической конференции (69-й годовичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» - 2021. - Том-1. - с. 341-342.

[10-М] Махмадалиев Ф.Н. Типологические особенности пациентов с острой лейкоемией, ассоциированные с коронавирусной инфекцией [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев Т.И. Кароматова, Д.Ю. Абдуллаева //// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – 2021. 88с.

[11-М] Махмадалиев Ф.Н. Постковидный синдром, ранний лёгочный фиброз

и тромботические осложнения [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.С. Мирзокаримова // Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” с международным участием. – 2022. – 97с..

[12-М] Махмадалиев Ф.Н. Типологические особенности пациентов с острой лейкопенией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией / Ф.Н. Махмадалиев, Д.Ю. Абдулаева, Т.И. Кароматова // «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений», посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием. Душанбе. – 2021. - 431с.

[13-М] Махмадалиев Ф.Н. Психовегетативные расстройства и эректильная дисфункция при постковидном синдроме [Текст] / Ф.Н.Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, С.С. Мустафакулов //Материалы юбилейной (70-й) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. – 2022. с.173-174.

[14-М] Махмадалиев Ф.Н. Состояние органов пищеварения и гемостаза при остром интерстициальном пневмоните коронавирусной этиологии [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, М.Х. Бобоева, Шукрулло Хайдархел // Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” с международным участием. – 2022. – С. 96-97.

[15-М] Махмадалиев Ф.Н. Эффективность антифиброзной терапии при постковидном пневмофиброзе [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.С., Мирзокаримова, Д.Ю. Абдулаева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. – 2023. - 78с.

[16-М] Махмадалиев Ф.Н. Особенности течения постковидного синдрома с учётом типологических особенностей индивидуума [Текст] / Ф.Н. Махмадалиев, Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова //Материалы научно-практической

конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием. – 2023. – С. 559-560.

Номгӯйи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

АШ – аритерияи шуш

БИБ – бемории ишемиявии дил

ВРК - вақти рекалсификатсия

ДМЧБД - Диспансери марказии ҷумхуриявии бемориҳои дил

ДСШР – дистресс-синдроми шади ди респираторӣ

ДР – даҳлези рост

ҚТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

ИЛ – интерлейкин

ИББ – индекси вазни бадан

ИП – индекси протромбинӣ

КФК – креатининфосфаткиназа

ЛПД – лахтбандии паҳншудаи дохилирагӣ

ЛДГ – лактати дегидрогеназа

ЛПЗП – липопротеидҳои зичии паст

ЛПЗБ - липопротеидҳои зичии баланд

МД – Муассисаи давлатӣ

МКТ –микобактерияи ба кислота тобовар

ММ – мизочи меланхоликӣ

МФ – мизочи флегматикӣ

МХ –мизочи холерикаи

МЧ - меъдачаи чап

НШН – норасоии шади ди нафас

ПИНШК – пневмонити интерстисиалии нави шади ди коронавирусӣ

ПФПК – пневмофибрози пасазковидӣ

РЗП – реаксияи занҷири полимерӣ

СКВ - системаи кардиоваскулярӣ

СТЭ – сурати такшинии эритроцитҳо

ТИФ – таҳлили иммуноферментӣ

ТИП – табобати инфиродишудаи психианалитикӣ (равонтаҳлилӣ)

ТКВБ – томографияи компютерии дорои возеҳии баланд

ФҚВТ – фаъолнокии қисмати вақти тромбопластинӣ.

ФОА – фаъолияти олии асаб

ФВШ - функцияи вентилатсионии шушҳо

ФП – фраксияи партоиш

СДР – системаи дилу рағҳо

ССС – сафедаи С–реактивӣ

ТЭШШ – тромбоземболияи шарёни шуш

АННОТАЦИЯ

Махмадализода Фирдавса Насим

Особенности течения и терапии нового острого коронавирусного интерстициального пневмонита в зависимости от типологических различий индивидуума

Ключевые слова: коронавирус, флегматик, сангвиник, холерик, меланхолик, пневмонит, цитокиновый шторм, Д-димер, ферритин, матовое стекло, коагулограмма.

Цель: изучить особенности течения и терапии нового острого коронавирусного интерстициального пневмонита в зависимости от типологических различий индивидуума.

Методы исследования и использованная аппаратура: проведены общеклинические, биохимические, инструментальные методы исследования. Определяли: мочевины и креатинин, общий белок, билирубин, печёночные ферменты, глюкозу крови, кардиоспецифические маркеры, уровень интерлейкина – 6 ферритина, СРБ, коагулограмму, методом ИФА CD3, CD4, CD8, CD20 лимфоцитов в сыворотке крови; иммуноглобулины классов А, М, G к COVID-19, микробный пейзаж мокроты, сатурацию крови, типологические особенности ВНД и вегетативный фон. Проведены цифровая рентгенодиагностика и КТ лёгких, функциональные пробы почек, УЗИ органов брюшной полости,

Лечение НОКИП проведено на основании анализа отечественной и зарубежной литературы и базы данных научной информации в электронных базах Cochrane, Web of Sciences, Scopus, LitCovid/PubMed.

Полученные результаты и их новизна: впервые доказано, что пациенты с флегматическим темпераментом (ФТ) (58,2%) относятся к группе риска по развитию НОКИП, тогда как пациенты с меланхолическим (24,2%) и с холерическим темпераментом (ХТ) составили лишь - 17,2%. Среди всех пациентов сангвиники не встречались. Флегматики отличались эндоморфным тучным телосложением; меланхолики эктоморфным худощавым телосложением; холерики мезоморфным телосложением. Впервые обнаружено, что эмоциональные и поведенческие реакции у пациентов с НОКИП были различными в зависимости от типа темперамента: флегматики отличались интровертностью, меланхолики тревожно-депрессивными расстройствами; холерики экстравертностью/ У флегматиков в 75,2% случаев впервые установлено доминирование тяжелого течения НОКИП, дыхательной недостаточности и гипертонического синдрома; интоксикационного синдрома у холериков, тогда как у меланхоликов анемического и гипотонического синдрома. У пациентов с ФТ чаще развивался острый интерстициальный пневмонит, далее ОРДС, цитокиновый шторм, тромбопатии, и фиброз лёгких. У пациентов ФТ наблюдается *вирусно-бактериальные* и грибковые микс-инфекции, у более значительное подавление сатурации и показателей как клеточного и гуморального иммунитета, так и активация системы гемостаза, снижение воздушности легочного интерстиция по типу «матового стекла и фибротические изменения по сравнению с пациентами с меланхолическим и ХТ. Впервые разработан алгоритм ранней диагностики и комплексной терапии НОКИП на основании клинико-гематологических, психовегетативных, иммунологических, гемокоагуляционных, рентгенологических показателей, микробного пейзажа мокроты и сатурации крови с учётом развивающихся осложнений и персонализированного подхода к психо-коррекционным мероприятиям и патогенетической терапии.

Рекомендации по исследованию:

Типологические особенности темперамента представляют комплекс конституциональных, антропометрических, психовегетативных, биохимических показателей, и иммунологической реактивности организма.

Конституциональные и психовегетативные проявления с учётом типологических особенностей индивидуума имеют не только прогностическую значимость в течении заболеваний, но и являются предиктором развития заболевания. Психокоррекционные мероприятий при НОКИП должны быть неотъемлемой частью базисной терапии с целью устранения клинических проявлений тревожно-депрессивного синдрома и панических атак.

Область применения: пульмонология, инфекционные болезни, психология, рентгенология

АННОТАТСИЯ

Махмадализода Фирдавс Насим

Хусусиятҳои ҷараён ва муолиҷаи пневмонити интерститсиалии нави шадиди коронавирусӣ (ПИНШК) вобаста ба фарқиятҳои типологии фард

Вожаҳои калидӣ: коронавирус, флегматик, сангвиник, холерик, меланхолик, пневмонит, тӯфони ситокин, Д-димер, ферритин, “шишаи тира”, коагулограмма.

Мақсад: омӯзиши хусусиятҳои ҷараён ва табобати ПИНШК вобаста ба фарқиятҳои типологии шахс.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: усулҳои таҳқиқоти умумии клиникӣ, биохимиявӣ, инструменталӣ истифода шуданд. Карбамид (мочевина) ва креатинин, сафедаи умумӣ, билирубин, ферментҳои чигар, глюкозаи хун, маркерҳои хоси дил, сатҳи интерлейкин-6, ферритин, сафедаи С-реактивӣ, коагулограмма, бо усули таҳлили имуноферментӣ CD3, CD4, CD8, CD20-и лимфотситҳо дар хуноба, имуноглобулинҳои синфҳои А, М, G ба COVID-19, манзараи микробии балғам, миқдори оксиген дар хун, хусусиятҳои типологии фаъолияти олии асаб ва заминаи вегетативӣ муайян карда шуданд.

Ташҳиси рентгении рақамӣ ва томографияи компютери шушҳо, санҷишҳои функционалии гурдаҳо, ташҳиси ултрасадои узвҳои ковокии шикам гузаронида шуданд.

Табобати ПИНШК дар асоси таҳлили адабиёти ватанӣ ва хориҷӣ ва пойгоҳи иттилооти илмӣ дар маҳзанҳои электронии Cochrane, Web of Sciences, Scopus, LitCovid/PubMed анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навоғонии онҳо: бори аввал собит карда шуд, ки беморони дорои мизочи флегматикӣ (МФ) (58,2%) ба гурӯҳи хавфи рушди пневмонити шадиди коронавирӯсӣ мансубанд, дар ҳоле ки беморони дорои мизочи меланхоликӣ 24,2% ва холерикӣ (МХ) ҳамагӣ 17,2%-ро ташкил доданд. Дар байни беморон сангвиникҳо набуданд. Ба беморони флегматик ҳисми фарбеҳи эндоморфӣ, ба меланхоликҳо - ҳисми лоғари эктоморфӣ; ба холерикҳо - ҳисми мезоморфӣ хос буд. Бори аввал муайян карда шуд, ки аксуламалҳои ҳиссиётӣ ва рафтории беморони гирифтори ПИНШК вобаста ба нави мизоч фарқ мекунад: флегматикҳо бо интроверсия, меланхоликҳо ихтилолҳои изтиробӣ-депрессивӣ ба холерикҳо экстраверсия хос буд. Дар флегматикҳо дар 75,2% ҳолатҳо аввалин бор бартарии ҷараёни шадиди ПИНШК, норасоии нафас ва синдроми гипертоникӣ; дар холерикҳо синдроми интоксикация; дар меланхоликҳо синдроми камхунӣ ва гипотоникӣ муқаррар карда шуд. Бори аввал исбот карда шуд, ки дар беморон бо МФ бештар пневмонити шадиди интерститсиалӣ, баъдан дистресс-синдроми шадиди респираторӣ (ДСШР), тӯфони ситокинӣ, тромбопатияҳо, фибрози шушҳо инкишоф меёбанд. Бори нахуст дар муқоиса бо меланхоликҳо ва холерикҳо (35,2%; 20,2%) дар беморон бо МФ бартарӣ доштани (74,6%) муқаррар карда шуд. Бори аввал ошкор намуда шуд, ки дар ҳама ҳолатҳои ҷараёни вазнин доштани ПИНШК дар беморон сироятҳои омехтаи вирусӣ-бактериявӣ ва занбӯруғӣ мушоҳида мешаванд. Дар беморони гирифтори ПИНШК, ки МФ доштанд, ҳам коҳиши сатуратсия ва нишондиҳандаҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ ва ҳам фаъолшавии системаи гемостаз, коҳиши ҳавогирии интерститсиуми шушҳо ба нави “шишаи тира” ва тағйироти фиброзӣ ба андозаи бештар назар ба беморони меланхолик ва холерик мушоҳида гардид. Бори аввал алгоритми ташҳиси барвақт ва табобати комплекси ПИНШК дар асоси нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ, психовегетативӣ, иммунологӣ, гемокоагулятсионӣ, рентгенӣ, манзараи микробии балғам ва сатуратсияи хун бо дарназардошти оризаҳои инкишофёбанда ва равиши инфиродии муносибат ба ҷораҳои ислоҳи равонӣ ва муолиҷаи патогенетикӣ таҳия карда шуд.

Тавсияҳои оид ба таҳқиқот:

Хусусиятҳои типологии мизоч (темперамент) аз маҷмуи нишондиҳандаҳои конституционалӣ, антропометрӣ, психовегетативӣ, биохимиявӣ ва реаксияҳои иммунологии организм иборат мебошанд. Зухуроти конституционалӣ ва психовегетативӣ бо назардошти хусусиятҳои типологии шахс на танҳо аҳамият барои пешгӯии ҷараёни бемориҳо доранд, балки ҳамчунин пешхабари инкишофи беморӣ низ мебошанд. Тадбирҳои психокоррекция ҳангоми пневмонити шадиди коронавирӯсӣ бояд ҷузъи ҷудонашавандаи табобати асосӣ бошанд, то ки зухуроти клиникӣ синдроми изтиробӣ-депрессивӣ ва ҳамлаҳои ваҳмро бартараф кунанд.

Соҳаи таъбиқ: пульмонология, бемориҳои сироятӣ, психология, рентгенология.

ANNOTATION

Makhmadalizoda Firdavs Nasim

Characteristics of the course and therapy of a new acute coronavirus interstitial pneumonitis depending on the typological differences of an individual

Key words: coronavirus, phlegmatic, sanguine, choleric, melancholic, pneumonitis, cytokine storm, D-dimer, ferritin, ground glass, coagulogram.

Objective: to study the characteristics of the course and therapy of a new acute coronavirus interstitial pneumonitis (NACIP) depending on the typological differences of an individual.

Research methods and used equipment: general clinical, biochemical, instrumental research methods were carried out. The following were determined: urea and creatinine, total protein, bilirubin, liver enzymes, blood glucose, cardiac-specific markers, LDH, CPK and troponin, the level of interleukin - 6 ferritin, CRP, coagulogram, ELISA CD3, CD4, CD8, CD20 lymphocytes in the blood serum; immunoglobulins of classes A, M, G to COVID-19, microbial landscape of sputum, studied blood saturation, typological features of HNA and vegetative background. Digital X-ray diagnostics and CT of the lungs, functional tests of the kidneys, ultrasound of the kidneys, ultrasound of the abdominal organs were performed.

Treatment of NACIP was carried out based on the analysis of domestic and foreign literature and the database of scientific information in the electronic databases Cochrane, Web of Sciences, Scopus, LitCovid/PubMed.

The obtained results and their novelty: for the first time it has been proven that patients with phlegmatic temperament (PT) (58,2%) belong to the risk group for developing NACIP, while patients with melancholic (24,2%) and choleric temperament (CT) made up only 17,2%. There were no sanguine patients among all the patients. Phlegmatic people were distinguished by endomorphic obese build; melancholic people by ectomorphic thin build; choleric people by mesomorphic build. For the first time it was found that emotional and behavioral reactions in patients with NACIP were different depending on the type of temperament: phlegmatic people were distinguished by introversion; melancholic people by anxiety-depressive disorders; choleric people are characterized by extroversion, in 75,2% of cases, the prevalence of severe acute interstitial pneumonitis, respiratory failure and hypertensive syndrome was established for the first time; intoxication syndrome in choleric patients, while in melancholic patients, anemic and hypotonic syndrome. For the first time it was proven that patients with FT more often developed acute interstitial pneumonitis, then ARDS, cytokine storm, thrombopathies and pulmonary fibrosis. For the first time, it was proven that patients with PhT more often developed acute interstitial pneumonitis, then ARDS, cytokine storm, thrombopathies and pulmonary fibrosis. For the first time, it was found that in all cases of severe NACIP, patients have viral-bacterial and fungal mixed infections, which undoubtedly leads to a worsening of the underlying disease. In patients with NACIP with PhT, a more significant suppression of saturation and indicators of both cellular and humoral immunity, as well as activation of the hemostasis system, a decrease in the airiness of the pulmonary interstitium according to the "ground glass" type and fibrotic changes were found compared to patients with melancholic and CT. For the first time, an algorithm for early diagnosis and complex therapy of NACIP was developed based on clinical, hematological, psychovegetative, immunological, hemocoagulation, radiological indicators, the microbial landscape of sputum and blood saturation, taking into account developing complications and a personalized approach to psycho-correctional measures and pathogenetic therapy.

Research recommendations:

Typological features of temperament represent a complex of constitutional, anthropometric, psychovegetative, biochemical indicators, and the immunological reactivity of the body. Constitutional and psychovegetative manifestations, taking into account the typological features of the individual, have not only prognostic significance in the course of diseases, but are also a predictor of the development of the disease.

Psychocorrectional measures for NACIP should not be an integral part of basic therapy in order to eliminate the clinical manifestations of anxiety-depressive syndrome and panic attacks.

Scope: pulmonology, infectious diseases, psychology, radiology.