

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ ИНСТИТУТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ  
МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

УДК 616.24-002.951.21-07-089

*На правах рукописи*

**САЛИХОВ ОРЗУ ХАЙБУЛЛОЕВИЧ**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА  
ЛЁГКИХ**

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук по специальностям  
14.01.16 – Фтизиатрия и 14.01.17 – Хирургия

Душанбе - 2025

Диссертация выполнена в Государственном учреждении «Таджикский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ и в Государственном учреждении «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии»

**Научный руководитель:** **Бобоходжаев Октам Икромович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Научный консультант:** **Али-Заде Сухроб Гаффарович**, к.м.н., доцент, доцент кафедры хирургических болезней №1 им. акад. Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:** **Закирова Курбонхон Акрамовна** – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»;  
**Тришин Евгений Валерьевич** - кандидат медицинских наук, доцент, торакальный хирург высшей квалификационной категории, доцент кафедры хирургии Института непрерывного профессионального образования ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Ведущая организация:** Государственное учреждение «Национальный центр фтизиатрии» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-032 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино, 29-31, [www. tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992933440393.

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

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

**Учёный секретарь  
диссертационного совета,  
доктор философии (PhD)**

**Маджонова М.Дж.**

## Введение

**Актуальность темы исследования.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Республика Таджикистан относится к числу 18 стран Европейского региона ВОЗ с высокой приоритетностью заболеваемости туберкулёзом [WHO, 2022].

Туберкулёз лёгких в структуре всех форм туберкулёза занимает основное место и составляет свыше 80% всех случаев [Дорошенкова А.Е. и соавт., 2015]. Несмотря на то, что в связи с внедрением в практику новых молекулярно-генетических методов диагностики туберкулёза сегодня возможности верификации диагноза туберкулёза лёгких значительно улучшились, всё ещё встречаются случаи ошибочного диагноза, когда исследование мокроты не даёт положительного результата. Зачастую верификация диагноза сложна при хронизации процесса и развитии деструктивных заболеваний лёгких, как инфильтративные, очаговые и диссеминированные процессы в лёгких в фазе распада, казеозная пневмония, кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулёз, цирротические процессы лёгких, туберкулёмы и некоторые онкологические заболевания. Об этом свидетельствует практический опыт как таджикских, так и российских ученых [Бободжонов М.Н. и соавт., 2020; Бобоходжаев О.И. и соавт., 2019; Киселевич О. и соавт., 2022].

Как правило, деструктивные заболевания в лёгких являясь вторичными заболеваниями, в целом, являются следствием неадекватного лечения первичных заболеваний в лёгких [Боровицкий В.С. 2014; Зюзя Ю.Р. и соавт., 2019].

В Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии регулярно госпитализируются пациенты для дифференциальной диагностики и исключения деструктивных форм туберкулёза лёгких. Значительную часть этих случаев составляют больные с различными патологическими состояниями, включающими хронические бактериальные деструктивные процессы в лёгочной ткани, а также осложнённые формы эхинококкоза и абсцессы лёгких. Следует также отметить, что деструктивные заболевания в лёгких в Республике Таджикистан также относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний, требующих быстрого принятия решения. Литературные данные также свидетельствуют о схожести клинической и рентгенологической картин некоторых клинических форм деструктивных заболеваний в лёгких [Попова Л.А. и соавт., 2018; Каюкова С.И. 2015; Охунов А.О. и соавт., 2018; Разиков Ш.Ш. и соавт., 2013].

Как указывали наши отечественные ученые, несмотря на то, что неосложненные первичные формы заболеваний лёгких имеют более характерную клинико-рентгенологическую картину, осложненные деструктивные процессы с нагноением, прорывом в бронхи или плевральную полость, зачастую проявляются картиной тех или иных деструктивных форм туберкулёза лёгких [Пулатов А.Т., Абдуфатоев Т.А., 1998; Хасанов Р.А. и соавт., 2016]. Значительные данные, полученные в результате лабораторных исследова-

ний, играют решающую роль в различении деструктивных форм туберкулеза легких и других нетуберкулезных заболеваний легких. Эти тесты помогают подтвердить или исключить наличие туберкулеза легких с помощью анализа мокроты на кислотоустойчивые бактерии и GeneXpert, а также подтвердить или исключить другие формы деструктивных процессов (бактериологические и серологические исследования на выявление специфических антител Ig G и Ig A). При этом важно отметить, что результаты упомянутых исследований могут быть не всегда точными, проявляясь в виде ложноположительных или ложноотрицательных выводов. Ложноположительные результаты могут возникать вследствие присутствия в крови неспецифических антител или при наличии соматических и инфекционных патологий, которые сопровождаются значительными деструктивными изменениями в лёгких. Ложноотрицательные результаты, в свою очередь, могут быть вызваны недостаточно активной иммунной реакцией организма пациента [Авербах М.М. и соавт., 2016; Фадеев П.А. и соавт., 2019].

Данное научное исследование обобщает наши многолетние наблюдения в клинике Национального центра туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии, куда часто поступают больные с предварительным диагнозом некоторых деструктивных форм туберкулёза лёгких и в результате дообследования иногда у них верифицируется то или иное не специфическое деструктивное заболевание лёгких. От правильной и своевременной диагностики заболевания зависит эффективность его лечения.

#### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы.**

Несмотря на то, что деструктивные формы туберкулёза лёгких имеют свои алгоритмы диагностики и лечения, в клинической практике проведение дифференциальной диагностики, верификации генеза деструкции и приоритетность хирургического лечения в комбинации с химиотерапией зачастую сопряжены сложностями. Все вышеизложенные проблемы в Республике Таджикистан не изучены и научные исследования проведены впервые.

**Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.** Данное научное исследование проведено в рамках выполнения научной темы кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», выполняемой в период 2017-2021 гг. по теме «Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью: методы диагностики и эффективность лечения в Республике Таджикистан», номер гос. регистрации № 0117 ТД 00805. Имеется также связь данного исследования с выполнением «Национальной программы защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы» (утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года, №49).

#### **Общая характеристика исследования**

**Цель исследования.** Изучение сравнительной эффективности существующих и новых подходов к дифференциальной диагностике деструктивных

заболеваний лёгких с акцентом на особенности верификации фиброзного и фиброзно-кавернозного туберкулёза, а также эффективности их лечения.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести ретроспективный анализ обращаемости пациентов в профильные медицинские учреждения за период 2018-2022 гг. с целью верификации диагноза при различных деструктивных патологиях лёгочной ткани, включая туберкулёзное поражение/
2. Выявить характерные демографические, территориальные и клинкорadiологические характеристики пациентов с деструктивными формами туберкулёза лёгких, определить паттерны лекарственной чувствительности к противотуберкулёзным средствам и проанализировать структуру коморбидной патологии.
3. Оптимизировать алгоритмы дифференциальной диагностики деструктивных форм туберкулёза лёгких.
4. Оценить эффективность консервативного и оперативного методов лечения деструктивных форм туберкулёза лёгких в зависимости от сроков их выявления.

**Объект исследования.** В клинику ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии» в течение 2018-2022 гг. поступило всего 216 больных с предварительным диагнозом различных деструктивных заболеваний лёгких, которые нуждались в уточнении и верификации диагноза. Больные поступали из всех регионов страны (164 больных), но больше всех были переведены из торакального отделения Медицинского центра «Истиклол» (52 больных).

При поступлении больные жаловались на кашель с эпизодическим кровохарканьем, нарастающую одышку и боли в грудной клетке. В клинике больным были проведены клинкорлабораторные, включая молекулярно-генетические и серологические методы, рентгенологические (обзорная и боковая рентгенография органов грудной клетки), компьютерная томография, ультразвуковые и другие функциональные методы исследований.

**Предмет исследования.** Сравнительное изучение эффективности существующих и новых подходов к дифференциальной диагностике деструктивных заболеваний лёгких. Разработка диагностического алгоритма и тактики комбинированного применения хирургического лечения и химиотерапии при некоторых деструктивных формах туберкулёза лёгких.

#### **Научная новизна исследования**

1. Впервые проведено сравнительное изучение эффективности клинкоррентгенологической и лабораторной диагностики некоторых деструктивных заболеваний лёгких.
2. Впервые разработан новый алгоритм дифференциальной диагностики деструктивных заболеваний лёгких.
3. Впервые разработана тактика сочетанного медикаментозного и хирургического лечения больных при деструктивных формах туберкулёза лёгких.

### **Теоретическая и научно-практическая значимость исследования**

Разработаны и внедрены в практику здравоохранения специфические мероприятия по дифференциальной диагностике деструктивных заболеваний лёгких и деструктивного туберкулеза легких.

Впервые опираясь на научно обоснованный подход внедрены в практику новые подходы лечения больных с деструктивными формами туберкулеза лёгких, основанных на применении современных лекарственных форм противотуберкулезных препаратов и с акцентом на хирургические вмешательства.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. С целью исключения задержки выявления заболевания и верификации диагноза при деструктивных формах туберкулеза лёгких необходимо проводить профилактические скрининговые обследования населения ежегодно один раз в год в условиях Районных и Сельских центров здоровья путем проведения внутрикожных проб с туберкулином (проба Манту) и флюорографического исследования органов грудной клетки.
2. Некоторые деструктивные заболевания лёгких имеют схожую клинкорентгенологическую картину, вследствие чего дифференциальная диагностика этих заболеваний сложна, поэтому наряду с радиологическими методами, необходимо использовать внутрикожную пробу Манту, ультразвуковые, бактериологические, серологические, молекулярно-генетические методы верификации заболеваний.
3. При лечении деструктивных форм туберкулеза лёгких наряду с химиотерапией, необходимо активно применять арсенал малоинвазивных методов хирургических вмешательств.

**Степень достоверности результатов** диссертации подтверждается достаточным объемом материалов исследования, многолетними наблюдениями, статистической обработкой результатов исследований, глубоким анализом публикаций по данной проблеме и публикациями результатов собственных исследований. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов внедрения специфических мероприятий по дифференциальной диагностике деструктивных заболеваний лёгких и деструктивного туберкулеза легких.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Диссертация соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по двум специальностям: 14.01.16 – Фтизиатрия: пункт 1. Патогенез туберкулеза, изучение свойств возбудителя микобактерий туберкулеза, взаимодействие возбудителя туберкулеза и организма больного, методы выявления микобактерий туберкулеза, иммунологические, генетические, патоморфологические, биохимические, патофизиологические изменения в организме больных в процессе болезни и лечения; пункт 2. Клинические проявления туберкулеза органов дыхания у детей, подростков и взрослых, нарушения функции органов дыхания и других органов и систем при туберкуле-

зе, туберкулез с сопутствующими заболеваниями, диагностика туберкулеза органов дыхания с использованием клинических, лабораторных, лучевых, бронхолегочных и других методов исследования, дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания и других заболеваний легких; пункт 3. Лечение туберкулеза органов дыхания: химиотерапия, патогенетическая терапия, санаторно-курортное лечение, амбулаторная химиотерапия, организационные формы проведения химиотерапии, реабилитационное лечение туберкулеза и его последствий; пункт 4. Выявление, эпидемиология и статистика туберкулеза, диспансерное наблюдение за контингентами больных туберкулезом, организация борьбы с туберкулезом. Профилактика, противотуберкулезная вакцинация, химиопрофилактика, санитарная профилактика туберкулеза, лучевая диагностика, туберкулино-диагностика, бактериологическая и молекулярно-генетическая диагностика в выявлении туберкулеза, эпидемиология туберкулеза в меняющихся условиях, изучение резервуара туберкулезной инфекции и путей заражения, взаимозаражения туберкулезом человека и животных, новые формы противотуберкулезных мероприятий, диспансерной, стационарной и санаторной работы, статистической отчетности и обработки статистических данных; также по специальности 14.01.17 – Хирургия, пункт 1. Изучение причин, механизмов развития и распространенности хирургических заболеваний; пункт 2. Разработка и усовершенствование методов диагностики и предупреждения хирургических заболеваний; пункт 3. Обобщение интернационального опыта в отдельных странах, разных хирургических школ и отдельных хирургов; пункт 4. Экспериментальная и клиническая разработка методов лечения хирургических болезней и их внедрение в клиническую практику.

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследования.** Автором лично проведено сравнительное изучение эффективности разных подходов дифференциальной диагностики различных деструктивных заболеваний лёгких и внедрения в практику новых подходов лечения больных деструктивными формами туберкулёза лёгких. Статистическая обработка результатов исследования проведена автором. Основной и решающий объем работы выполнен самостоятельно и содержит ряд новшеств, которые свидетельствуют о личном вкладе диссертанта в науку. Написание всех глав диссертации, формулировка цели и задач, положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций выполнены лично диссертантом.

**Апробация и реализация результатов диссертации.**

Диссертационная работа выполнена в ГУ “Таджикский институт профилактической медицины” и ГУ “Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии”. Основные результаты диссертации доложены на: конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, 2023); научно-практических конференциях Республиканского центра по защите населения от ТБ (Душанбе 2023); доложены и обсуждены на 71-й научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ

им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Инновации в медицине: от науки к практике» (01.12.2023 г.); II-й Всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием (Москва, 18.12.2023 г.), где был награжден Дипломом за практическую значимость исследования; XVIII научно-практич.конф.мол.уч. и студентов с междун.уч. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 28 апреля 2023 г.; XIX научно-практич.конф.мол.ученых и студентов с междун.уч. «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» 3 мая 2024; научно-практической конференции, посвященной 85-ти летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (72-я годовщина) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике», с международным участием, 1 ноября 2024 г.; кафедральном совещании кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (октябрь, 2023 г.); на заседании отдела эпидемиологического анализа и профилактики инфекционных болезней ГУ «Таджикский институт профилактической медицины» (06.12.2024 г., №12).

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 3 в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получено удостоверение на рационализаторское предложение по применению нового подхода в лечении: «Способ ликвидации остаточной полости фиброзно-кавернозного туберкулеза» (№3541/R1029 от 07.02.2024).

**Структура и объем диссертации.** Материал диссертации изложен на 147 страницах компьютерного текста, и включает: введение, общую характеристику работы, обзор литературы, материал и методы исследования, 2 главы результатов собственных исследований, главы по обзору результатов исследования, выводы, рекомендации по практическому использованию результатов и список литературы. Диссертация иллюстрирована 10 таблицами и 34 рисунками. Список использованной литературы включает 150 литературных источников.

### **Основная часть исследования**

**Материал и методы исследования.** В клинику ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии» в течение 2018-2022 гг. поступило всего 216 больных с предварительным диагнозом исключить ДТБЛ. При поступлении больные жаловались на кашель с эпизодическим кровохарканьем, нарастающую одышку и боли в грудной клетке. В клинике больным для верификации диагноза были проведены клинико-лабораторные, включая молекулярно-генетические, бактериологические и серологические методы, рентгенологические (обзорная и боковая рентгенография ОГК), КТ ОГК, УЗИ и другие функциональные методы исследований. Также изучены учетно-отчетные формы по выявляемости и исходам лечения ТБ (формы ТБ №07, ТБ №7У, ТБ №08, ТБ №08У) за 5 последние лет.

Также изучена сравнительная эффективность проводимого лечения и мониторинг течения болезни у всех наблюдаемых больных. Из общего числа 216 больных у 122 пациентов были выставлены не туберкулезные деструктивные заболевания легких (НТДЗЛ). Остальным 94 больным были выставлены ДТБЛ, которые и стали материалом настоящего исследования. Случаев сочетания НТДЗЛ и ДТБЛ в данной когорте больных не было. Прогрессирующая стадия заболевания наблюдалась у всех больных. Следует отметить, что из 94 больных с ДТБЛ, которые поступали из всех регионов страны, 52 больных – были переведены из торакального отделения Медицинского центра «Истиклол» г. Душанбе, которые предварительно были осмотрены и обследованы фтизиатрами из Национального центра туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии (НЦТПиТХ).

Больным, с установленным ДТБЛ с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам (ПТП) был назначен режим лечения длительностью 6 мес., который состоял в первые 4 мес. из 4-х препаратов, комбинированных в одной таблетке: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол; в последующие 2 мес. назначали комбинацию из двух ПТП: пипразинамид и этамбутол. Больным, с установленным ДТБЛ с лекарственной устойчивостью к ПТП был назначен режим стандартного эмпирического лечения в течение 18-20 месяцев на амбулаторном и стационарном уровне. Пациенты с ДТБЛ проходили комплексное лечение с использованием следующих противотуберкулезных препаратов: капреомицин (Cm), левофлоксацин (Lfx), протионамид (Pto), циклосерин (Cs), пипразинамид (Z), и парааминосалициловая кислота (ПАСК, PAS).

Хирургические методы лечения являются методами индивидуального выбора при комплексном лечении больных с ДТБЛ и также могут повысить эффективность их лечения. Нами выполнялись следующие виды хирургических вмешательств (всего 68 больным): трансстернальная окклюзия главного бронха с пневмонэктомией (1 больному), пневмонэктомия (1 больному), лобэктомия (6 больным), билобэктомия (3 больным), лобэктомия вместе с сегментэктомией (11 больным), атипичная резекция (5 больным), торакомиопластика (4 больным), кавернотомия с ликвидацией полости (37 больным). Также нами был внедрен новый подход в лечении: «Способ ликвидации остаточной полости фиброзно-кавернозного туберкулеза» (№3541/R1029 от 07.02.2024), апробированный на 24 из 37 больных, которым была проведена кавернотомия с ликвидацией полости.

**Статистическая обработка материала** выполнялась на персональном компьютере с использованием программы «Statistica 10.0» от StatSoftInc., США, 2011. Для проверки соответствия распределения выборки нормально-

му закону использовались критерии Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Расчет среднего значения (M) и его стандартной ошибки ( $\pm m$ ) проводился для количественных показателей, а для относительных показателей определялись процентные доли (%). Сравнение качественных данных осуществлялось через критерий  $\chi^2$ . При небольшом объеме выборки ( $n < 10$ ) использовалась поправка Йетса и точный критерий Фишера (при  $n < 5$ ). Различия между группами считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Клинический опыт дифференциальной диагностики и лечения больных с деструктивными формами туберкулёза

Проведенный комплекс диагностических методов исследования позволил из 216 больных выделить 2 группы больных, которые поступили на обследование и лечение в НЦТПиТХ из регионов страны: с НТДЗЛ – 122 и ДТБЛ – 42, и ещё 52 больных с ДТБЛ, которые поступили на обследование и лечение в МЦ «Истиклол» и после консультирования и дообследования со стороны фтизиатра из НЦТПиТХ, после подтверждения диагноза ДТБЛ, были переведены в нашу клинику на дальнейшее лечение (Таблица 1).

**Таблица 1. - Структура больных, поступивших в головные клиники для верификации диагноза**

Клиническое учреждение	НТДЗЛ		ДТБЛ		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	
НЦТПиТХ	122	74,4	42	25,6	164
МЦ «Истиклол»	-	-	52	25,2	52
Всего	122	56,5	94	43,5	216

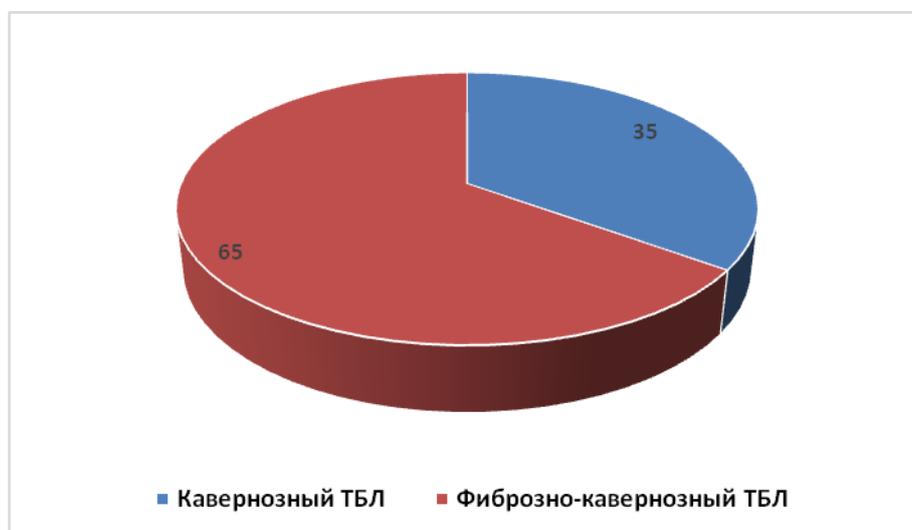
*Примечание: процентное число вычисляли из общего количество исследуемых пациентов в учреждении*

За период 2018-2022 гг. доля пациентов с ДТБЛ в НЦТПиТХ составила 43,5% (94 случая) от общего числа обследованных. Анализ этиологической структуры НТДЗЛ у 122 пациентов выявил следующее распределение: осложнённый эхинококкоз лёгких - 31,1% (38 случаев), кистозные бронхоэктазы - 26,2% (32 случая), поликистоз лёгких - 21,3% (26 случаев), абсцесс легкого - 11,5% (14 случаев) и полостной рак лёгкого - 9,8% (12 случаев) (Рисунок 1).



**Рисунок 1. - Структура нетуберкулезных деструктивных заболеваний легких, %**

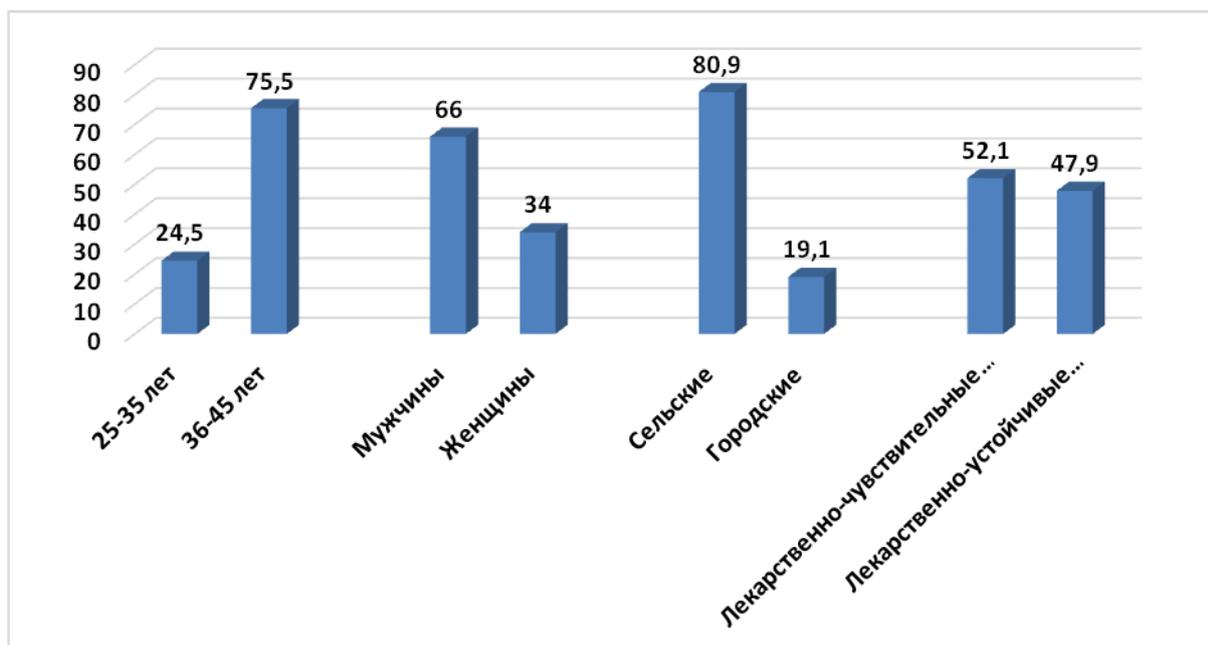
Среди пациентов с деструктивным туберкулёзом лёгких (n=94) преобладали случаи фиброзно-кавернозной формы, составившие 64,9% (61 пациент), тогда как кавернозный туберкулёз был диагностирован у 35,1% больных (33 случая) (Рисунок 2).



**Рисунок 2. - Структура деструктивных туберкулезных болезней легких, %**

Из общего числа 94 больных с ДТБЛ, госпитализированных за последние 5 лет (2018-2022 гг.) в НЦТПиТХ мужчин было 62 (66,0%), женщин – 32 (34,0%). 76 больных были жители сельских регионов (80,9%) и остальные 18 – городские жители (19,1%), больные были преимущественно из возрастной группы 36-45 лет (75,5%), нежели возрастной группы 25-35 лет (24,5%). При исследовании чувствительности к противотуберкулезным препаратам лекар-

ственно устойчивые формы также встречались в более чем 50% случаев (Рисунок 3).



**Рисунок 3. - Половозрастная, географическая характеристика больных и зависимость от лекарственной чувствительности, %**

Наличие сопутствующей патологии у больных ТБ зачастую утяжеляют клиническое течение основного заболевания и препятствует успешному завершению курса химиотерапии ДТБЛ. Другими словами, сопутствующие заболевания играют значительную роль в динамике туберкулеза, увеличивая риск не только заражения, но и развития более тяжелых его форм. Они оказывают влияние на эффективность лечебных мероприятий, снижая их результативность, а также способствуют увеличению летальности среди пациентов с ТБ. В таких ситуациях крайне важно вовлекать в процесс лечения специалистов соответствующего профиля, организовывать коллегиальное обсуждение случаев в Центральной врачебной консультативной комиссии (ЦВКК). В нашем исследовании сопутствующие заболевания были выявлены у 62 больных с ДТБЛ (66,0%) (Рисунок 4).

Коморбидная патология была выявлена у 20 пациентов с ХОБЛ, включая сочетание с ВИЧ-инфекцией (2 случая), сахарным диабетом (5 случаев) и патологией ЖКТ (13 случаев). Верификация диагноза ДТБЛ осуществлялась преимущественно с помощью GeneXpert-диагностики мокроты (57,4%, 54 пациента), в остальных случаях (42,6%) диагноз основывался на анамнестических и клиничко-рентгенологических данных. Характерным клиническим проявлением являлось кровохарканье, наблюдавшееся у 46 пациентов (48,9%). Дифференциальный диагноз, проведенный нами, включал кавернозную и фиброзно-кавернозную форму ТБЛ. Рентгенологическая картина ДТБЛ во многом зависела от исходной формы туберкулезного процесса.



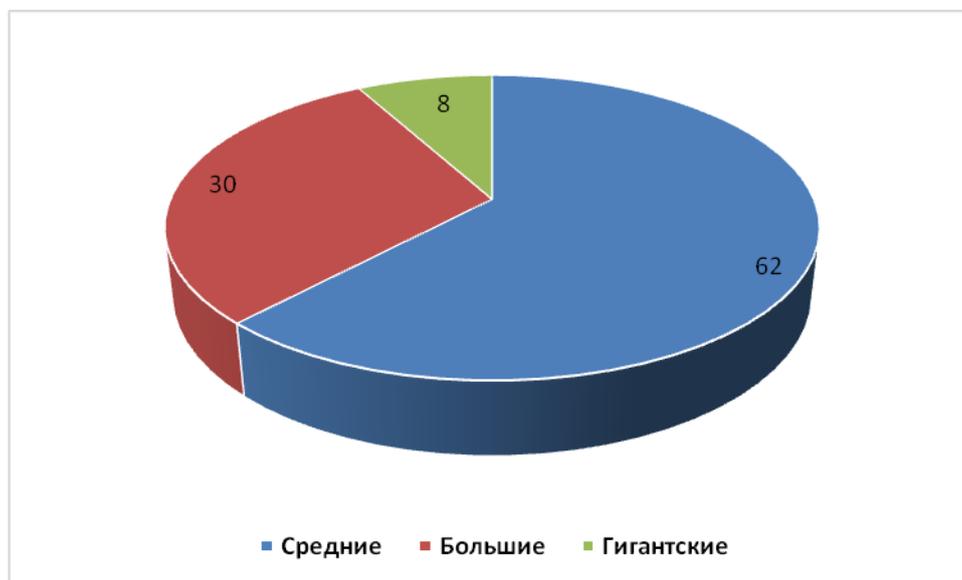
**Рисунок 4. - Сопутствующие заболевания у больных с деструктивными формами туберкулеза легких, %**

При развитии кавернозного туберкулеза из очагового возникала небольшая парафокальная каверна (21 из 33 случаев кавернозного ТБЛ). Ее диагностика в ряде случаев была возможна только при дополнительном томографическом исследовании, при которой на фоне полиморфных очагов определяется небольшая кольцевидная тень с отдельными очагами, прилежащими по ее наружному контуру (симптом «ожерелья»). При диссеминированном туберкулезе каверны тонкостенные, имели вид штампованных отверстий (9 из 33 случаев). При формировании пневмониогенной каверны стенка полости была широкой за счет воспалительной инфильтрации (3 из 33 случаев). В остальных 61 случаях фиброзно-кавернозного ТБЛ каверны были окружены фиброзными тяжами. Один из ярких рентгенологических признаков каверны — это замкнутая кольцевидная тень, которая четко просматривалась на рентгеновских снимках, выполненных в двух взаимно перпендикулярных проекциях. Верхние сегменты лёгких являлись типичной локализацией туберкулёзных каверн, визуализируемых на фоне специфического поражения лёгочной ткани. Характерным рентгенологическим признаком служило «окно каверны» - участок повышенной прозрачности кольцевидной формы, где отсутствовали тени легочной паренхимы при сравнении с прилежащими тканями. В большинстве случаев они имели одностороннее расположение и округлую или овальную форму, внутренние границы были хорошо очерчены, наружные менее четкие. При бронхоскопии у 47 из 94 больных с ДТБЛ (50,0%) обнаруживали признаки эндобронхита. При анализе мокроты, у всех 94 больных обнаруживали МТБ и эластические волокна, свидетельствующие о распаде легочной ткани.

Клиническая симптоматика варьировала в зависимости от характера осложнений. При прорыве в бронхиальное дерево (n=23) доминировал продуктивный кашель с отделением мокроты солёного вкуса (24,5%). У боль-

шинства пациентов отмечались торакалгия (64,9%), фебрильная температура с интоксикационным синдромом (53,2%) и гемоптизис (11,7%). Прорыв в плевральную полость (n=16) характеризовался более тяжёлым течением с развитием острого болевого синдрома, гипотензии и гипертермии, осложняясь формированием эмпиемы плевры (9 случаев) и пиопневмоторакса (6 случаев). В динамике у 62,8% пациентов (59 случаев) наблюдалось частичное опорожнение каверны, а в 11,7% случаев (11 пациентов) - полное опорожнение с формированием сухой остаточной полости.

Анализ локализации патологического процесса показал преобладание одностороннего поражения, которое наблюдалось у 68 пациентов (72,3%), тогда как билатеральное поражение было выявлено у 26 больных (27,7%). При оценке размеров каверн установлено, что наиболее часто встречались полости среднего размера (2-4 см) - у 58 пациентов (61,7%). Крупные каверны (4-6 см) были диагностированы у 28 больных (29,8%), а гигантские полости распада наблюдались у 8 пациентов (8,5%) (Рисунок 5).



**Рисунок 5. - Размеры каверн при деструктивных туберкулезных болезнях легких, %**

Таким образом, клиницисты должны знать о типичных, атипичных клинических и рентгенологических проявлениях ДТБЛ, проводя дифференциальную диагностику с кавернозным и фиброзно-кавернозным ТБЛ и другими деструктивными заболеваниями легких, основанную также на бронхоскопических, бактериологических, молекулярно-генетических и серологических исследованиях.

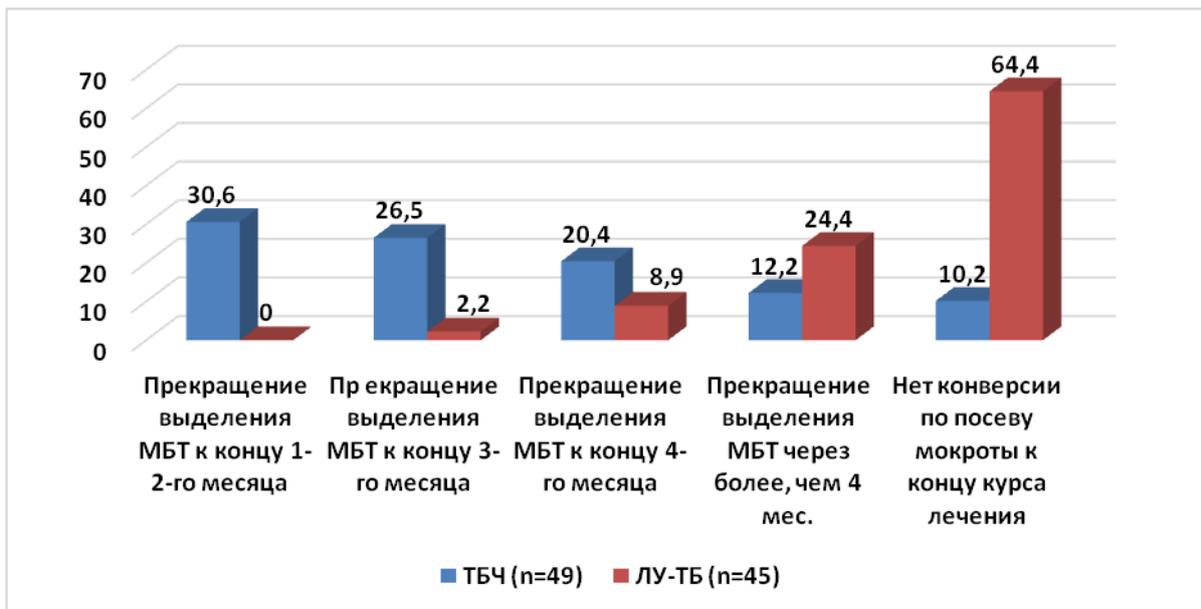
**Совершенствование организации лечения больных с деструктивными формами туберкулёза легких, включая хирургические вмешательства.** Лечение ДТБЛ у наблюдаемых нами больных нами проводилось комплексно и включало сочетание медикаментозных и хирургических методов лечения.

В наших наблюдениях мы назначили лечение ПТП всем 94 больным с ДТБЛ. При этом 49 больным (52,1%) было назначено лечение по схеме для лекарственно-чувствительных форм ТБ и 45 (47,9%) – для лекарственно-устойчивых форм ДТБЛ. 6 больных с сочетанием ТБ/ВИЧ (6,4%) одновременно получали антиретровирусную терапию. 12 больных с сопутствующим сахарным диабетом (12,8%), согласно консультации эндокринолога, одновременно получали сахароснижающие препараты. 29 больных с сопутствующими заболеваниями ЖКТ (30,9%) получали дополнительно препараты согласно назначениям гастроэнтеролога. В исследуемой группе отдельного внимания заслуживала подгруппа пациентов с коморбидной ХОБЛ, составившая 44,7% (42 больных). Данным пациентам, согласно рекомендациям пульмонолога, была назначена комплексная терапия, включающая бронходилататоры (адrenomиметики и м-холиноблокаторы), противовоспалительные средства (глюкокортикоиды) и муколитические препараты. Среди этих пациентов выделялась группа из 20 человек с дополнительными сопутствующими патологиями - ВИЧ-инфекцией, сахарным диабетом или заболеваниями желудочно-кишечного тракта, что требовало включения в схему лечения соответствующих дополнительных лекарственных средств. Подобный комплексный подход к химиотерапии позволил нам минимизировать развитие побочных эффектов на противотуберкулезные препараты и повысить эффективность их лечения. Таким образом, назначение комплексного лечения дало следующие результаты:

Эффективность комплексной химиотерапии у пациентов, как с чувствительными, так и с устойчивыми формами туберкулеза, оценивалась не только по улучшению общего состояния здоровья и увеличению индекса массы тела, но и по ключевым критериям, включая конверсию посева мокроты к концу лечения. В группе пациентов с чувствительным туберкулезом конверсия мокроты была достигнута в 89,8% случаев, в то время как среди пациентов с устойчивыми формами ТБ этот показатель составил только 35,6% ( $p < 0,001$ ). Более того, в подгруппах пациентов, где применялся режим лечения чувствительного ТБ, наряду с большей эффективностью лечения, конверсия мокроты развивалась в гораздо ранние сроки, чем в подгруппе пациентов, которые лечились по схеме лекарственно устойчивого ТБ (Рисунок 6).

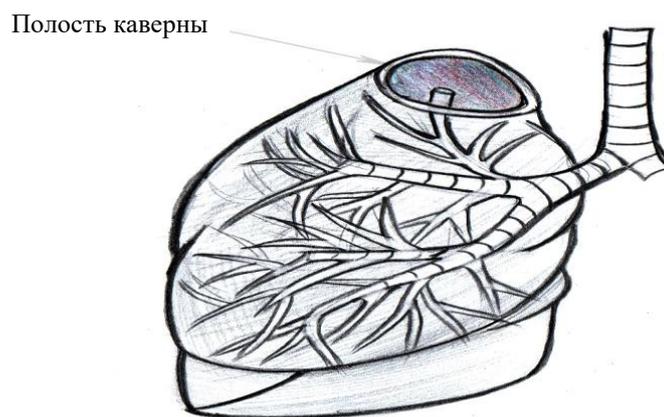
Терапия оказалась неэффективной у трех пациентов с тотальной лекарственной резистентностью к ПТП, при этом в одном случае наблюдался летальный исход.

Пациентам ( $n=31$ ) с наличием крупных и множественных каверн при отсутствии эффективности консервативного лечения (сохранение МБТ в анализах мокроты к концу 3-го месяца) были проведены хирургические вмешательства. Также 37 больным с ДТБЛ (один экзотировал в ходе лечения), у которых эффект от лечения не наблюдался, были также проведены хирургические вмешательства, описанные ниже.



**Рисунок 6. – Оценка эффективности лечения по результатам отсутствия МБТ в исследуемом посеве мокроты, %**

Всего хирургические вмешательства были применены нами у 68 больных с ДТБЛ (из 94 больных составляет 72,3%). Разработанный нами хирургический подход к лечению полостных поражений лёгких базируется на технике радиального рассечения фиброзной капсулы и истончённых участков стенки патологической полости до здоровых тканей. Данная методика позволяет достичь полной визуализации внутриполостного пространства, что обеспечивает возможность тщательной санации и идентификации бронхиальных фистул (Рисунок 7).

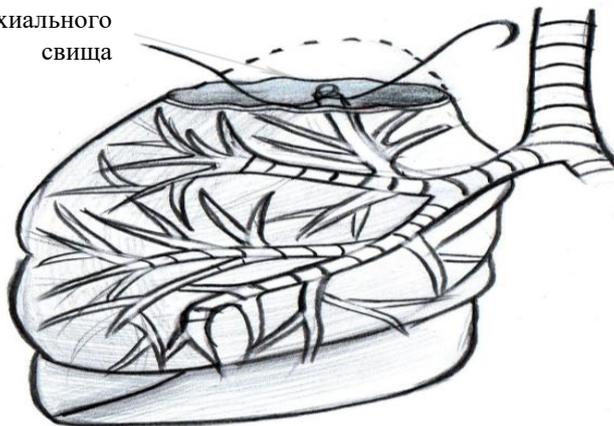


**Рисунок 7. Схематичное изображение кавернозной полости с наличием бронхиального свища**

Также выполнялась полная обработка всех складок фиброзной капсулы, что способствовало улучшению результатов лечения полостных поражений легких. В процессе хирургического лечения полостных поражений легких удалось относительно легко мобилизовать и в последующем ушить устья

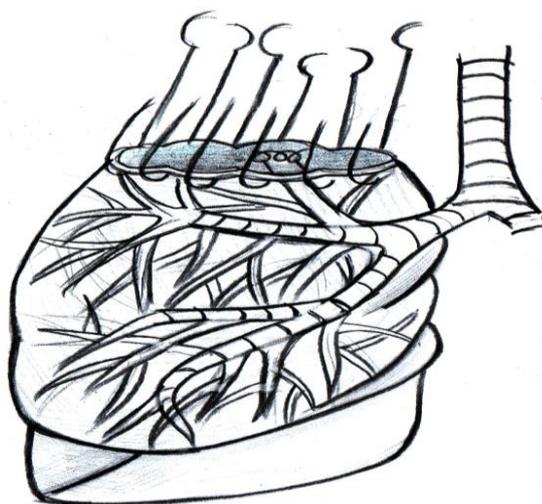
крупных бронхиальных свищей, используя узловые, П- или Z- швы. Использование определенных типов швов минимизирует риск повреждения близлежащих крупных сосудов и бронхов, что критически важно при манипуляциях возле стенки фиброзной капсулы, где возрастает вероятность случайного повреждения этих структур (Рисунок 8.).

Ушивание культи бронхиального свища



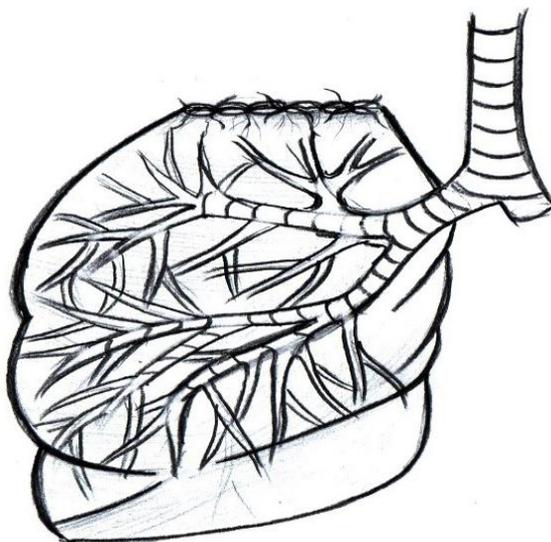
**Рисунок 8. Схематичное изображение: техника П- или Z образного ушивания бронхиальных фистул в кавернозной полости**

Разработанная методика облитерации остаточных полостей каверны основана на применении прерывистого однорядного шва с особой техникой наложения. Принципиальной особенностью метода является проведение иглы через легочную паренхиму с захватом фиброзной капсулы с внутренней стороны, что обеспечивает инвагинацию её краев и способствует эффективной облитерации полости. В отличие от традиционных подходов, данная техника предусматривает включение в шов как фиброзной капсулы, так и прилежащей легочной ткани, что позволяет избежать прорезание швов и образование остаточной полости (Рисунок 9).



**Рисунок 9. Схематичное изображение тактики ликвидации кавернозной полости**

Наша методика применима к лечению каверн, расположенных периферически, на поверхности или между долями легких, и адаптируется под каверны любых размеров.



**Рисунок 10. Схематическая иллюстрация результата ушивания полости каверны**

Интраоперационных осложнений не было ни в одном наблюдении. В раннем послеоперационном периоде у 4 больных развились значимые осложнения – стойкий плевральный выпот, у 1 больного - пневмония со стороны операции. Неосложненным было течение послеоперационного периода у 34 из 38 пациентов.

После проведения хирургического лечения по решению ЦВКК всем больным было решено продолжить начатую схему химиотерапии в течение ещё трёх месяцев. Полный курс химиотерапии привел к конверсии мокроты у 68 оперированных пациентов с ДТБЛ, включая 31 больного с крупными и множественными кавернами без конверсии мокроты к третьему месяцу лечения, а также 37 пациентов с отсутствием эффекта от химиотерапии.

Хирургическое лечение проведено в 68 случаях: 42 операции у пациентов с сохранённой чувствительностью к ПТП и 26 вмешательств у больных с лекарственной устойчивостью. Послеоперационные осложнения развились у 7,1% (3 случая) и 15,4% (4 случая) в соответствующих группах. В группе с сохранённой чувствительностью зафиксировано 2 (4,7%) случая рецидива туберкулёза в послеоперационном периоде.

Наблюдение в послеоперационном периоде выявило рецидив ТБ в 4 (15,4%) случаях.

Анализ эффективности химиотерапии у пациентов с ДТБЛ выявил значительные различия в зависимости от лекарственной чувствительности возбудителя: положительный результат достигнут в 81,7% случаев при сохранённой чувствительности, тогда как при наличии резистентности эффективность составила лишь 35,6%.

Анализ результатов химиотерапии выявил существенные различия в эффективности лечения в зависимости от лекарственной чувствительности возбудителя при диссеминированном ТБЛ. Среди пациентов с сохраненной лекарственной чувствительностью микобактерий туберкулеза терапевтический эффект был достигнут в 81,7% случаев. В противоположность этому, у больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза положительный результат лечения наблюдался значительно реже - только в 35,6% случаев.

Таким образом, эффективность химиотерапии больных с ДТБЛ в среднем составила 58,7%. Активное применение хирургических вмешательств повысило эффективность лечения до 96,8% случаев.

## **ВЫВОДЫ**

1. Ретроспективный анализ пациентов, госпитализированных в НЦТПиТХ за период 2018-2022 гг. с подозрением на ДТБЛ на основании схожести клинико-рентгенологической картины, показал, что окончательный диагноз деструктивного туберкулёза подтвердился лишь в 25,4% случаев, тогда как у большинства пациентов (74,6%) были диагностированы нетуберкулёзные деструктивные заболевания лёгких [2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 8-А, 10-А, 11-А, 12-А, 13-А, 15-А].
2. В когорте больных с ДТБЛ средний возраст составил 48 лет с преобладанием мужчин (66,0%) из возрастной группы 36-45 лет (75,5%), преимущественно жителей сельских регионов (80,9%) [2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 8-А, 10-А, 11-А, 12-А, 15-А].
3. В когорте больных с ДТБЛ в 64,9% случаев был выявлен фиброзно-кавернозный и в 35,1% случаев - кавернозный ТБЛ; в 72,3% случаев процесс был односторонний и в 27,7% случаев – двухсторонний; размеры каверн были средние в 61,7% случаев, большие - в 29,8% и гигантские – в 8,51% случаев [2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 8-А, 10-А, 11-А, 12-А, 15-А].
4. В когорте больных с ДТБЛ в более чем 50% случаев выявлены лекарственно устойчивые формы болезни; у 62 больных (66,0%) были выявлены сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция (6,38%), сахарный диабет (12,8%), заболевания ЖКТ (31,5%) и ХОБЛ (44,7%) [2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 8-А, 10-А, 11-А, 12-А].
5. Эффективность химиотерапии больных с ДТБЛ составляет 58,7%. Активное применение хирургических вмешательств с целью ликвидации первопричины ДТБЛ повышает эффективность лечения до 96,8% случаев [1-А, 4-А, 5-А, 6-А, 7-А, 9-А, 11-А, 14-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. С целью исключения задержки выявления заболевания и верификации диагноза при ДТБЛ, рекомендовано проводить профилактические скрининговые обследования населения ежегодно один раз в год в условиях Районных и Сельских центров здоровья путем проведения внутрикожных проб с туберкулином (проба Манту) и флюорографического исследования органов грудной клетки.
2. При выявлении на флюорографии подозрительных очагов, необходимо провести цифровую рентгенографию легких, желательно с применением искусственного интеллекта, которые имеются во многих регионах страны.
3. При возникновении сложностей в диагностике рекомендуется расширение обследования за счет включения компьютерной томографии и ультразвукового сканирования, что позволяет значительно повысить вероятность точного определения диагноза.
4. Повышение диагностической точности ДТБЛ достигается применением комплекса лабораторных методов исследования, доступных в региональных Центрах по защите населения от ТБ. Диагностический алгоритм включает бактериоскопию мокроты для выявления МБТ, серологические тесты (РНГА, ИФА, РФА), а также современные молекулярно-генетические методы (GeneXpert, Genotip®MTBDR plus/sl). Определение лекарственной чувствительности осуществляется путём культивирования на плотных средах Левенштейна-Йенсена и в автоматизированной системе ВАСТЕС MGIT-960 с использованием жидких сред.
5. Для совершенствования оказания качественной лечебной помощи при ДТБЛ рекомендовано выполнить в качестве метода выбора следующие виды хирургических вмешательств: трансстернальная окклюзия главного бронха, пневмонэктомия, лобэктомия, билобэктомия, лобэктомия вместе с сегментэктомией, атипичная резекция, торакомиопластика.
6. Нами внедрено рационализаторское предложение по применению нового подхода в лечении: «Способ ликвидации остаточной полости фиброзно-кавернозного туберкулеза» (№3541/R1029 от 07.02.2024), сущность которого подробно описана в диссертационной работе.

### **Публикации по теме диссертации**

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

[1-А] Салихов, О. Х. Клинический случай проведения дифференциальной диагностики осложненного эхинококкоза легких с онко-фтизио-пульмоноло-

гическими заболеваниями [Текст] / О.Х. Салихов, С.Г. Ализаде // Симург. – 2023. – №19(3). -С. 20-24.

[2-А] Салихов, О.Х. Дифференциальная диагностика осложненного эхинококкоза и туберкулёза легких [Текст] / О.Х. Салихов, С.Г. Ализаде // Симург. – 2023. – №19(3). - С. 167-172.

[3-А] Салихов, О. Х. Пути совершенствования лечения больных с деструктивными формами туберкулёза и осложнённым эхинококкозом легких [Текст] / О.Х. Салихов // Здравоохранение Таджикистана. – 2023. - №4. – С. 94-100.

### **Статьи в журналах и тезисы материалов конференций**

[4-А] Салихов, О.Х. Эффективность хирургического лечения туберкулёза легких с множественной лекарственной устойчивостью [Текст] / О.Х. Салихов, Н.С. Нурулхаков, Ш.И. Розиков // Вестник ЦНИИТ: Мат.конф. - 2019. - №1. – С. 128-129.

[5-А] Салихов, О.Х. Диагностика больных с плевритом неясной этиологии [Текст] / О.Х. Салихов, З.С. Шомукимова, Ш.И. Розиков // Тезисы доклада, презентованного на X-ой годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им Абуали ибни Сино (24 апреля, 2014г). – 2014. – С. 167.

[6-А] Салихов, О. Х. Хирургическое лечение больных с рецидивирующим пневмотораксом [Текст] / О.Х. Салихов, А.Дж. Хасанов, З.С. Шомукимова // Сборник трудов российской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом. (Москва, 8 марта, 2015г). – 2015. - С. 198-199.

[7-А] Салихов, О.Х. Диагностическая тактика у больных с плевритом неясной этиологии [Текст] / З.С. Шомукимова, О.Х. Салихов, Ш.И. Розиков, А.Б. Сангинов // Сборник трудов российской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом. (Москва, 8 марта, 2015г). – 2015. -С. 227-228.

[8-А] Салихов, О. Х. Применение раствора гипохлорита натрия в сочетании с лазерным облучением крови при санации абсцессов легких малых размеров [Текст] / О.Х. Салихов, А.Дж. Хасанов, Ш.И. Розиков // Тезисы доклада, презентованного на III Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Наука и медицина: современный взгляд молодежи», посвященной 25-летию независимости Республики Казахстан. - КНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 21-22 апреля, 2016 года. – 2016. – С. 187-188.

[9-А] Салихов, О. Х. Алгоритми дарёфт, ташхис, табобат ва бистарикунони беморони сирояти нави коронавирус COVID-19/СИЛ [Матн] / А.А. Абдура-

химов, Б.К. Икромов, О.Х. Салихов // Маводи конференсияи илмию амалӣ дар мавзуи: “Сирояти коронавирус дар Тоҷикистон: эпидемиология, таъхис ва имконоти муосири табобат”. – Душанбе. - 19 декабри соли 2020. – 2020. – с. 12.

[10-А] Салихов, О. Х. Эффективность диагностики и лечения осложненной эхинококковой болезни [Текст] / О.Х. Салихов, О.И. Бобоходжаев, Б.И. Сафаров // В мат. 71-ой научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Инновации в медицине: от науки к практике. -1 декабря 2023 г. – 2023. – Т. 1. - С. 653-654.

[11-А] Салихов, О. Х. Алгоритм диагностики плеврита неясной этиологии в Республике Таджикистан [Текст] / Н.С. Нурулхаков, О.Х. Салихов // В мат. XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 28 апреля 2023 г. – 2023. – Т.1. – С.100.

[12-А] Салихов, О.Х. Эффективность диагностики и тактики лечения внелегочных форм туберкулеза [Текст] / Н.С. Нурулхаков, О.Х. Салихов // В мат. XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 28 апреля 2023 г. – 2023. – Т.1. – С.101.

[13-А] Салихов, О. Х. Диагностика больных с плевритом неясной этиологии [Текст] / Н.С. Нурулхаков, О.Х. Салихов // В мат. XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 28 апреля 2023 г. – 2023. – Т.1. – С.101.

[14-А] Салихов, О.Х. Эффективность лечения деструктивных форм туберкулеза лёгких в Республике Таджикистан [Текст] / Ш.Дж. Рустамзода, О.Х. Салихов, Г.Б. Шарвонова / Мат. XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» 3 мая 2024. - 2024. – Т.1. – С. 351.

[15-А] Салихов, О.Х. Заболеваемость некоторыми деструктивными заболеваниями легких и деструктивными формами туберкулеза легких в Республике Таджикистан [Текст] / О.Х. Салихов, Л.Ш. Укуматшоева, П.Ш. Рахматшоева // Материалах научно-практической конференции, посвященная 85-ти летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (72-я годовщина) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике», с международным участием. 1 ноября 2024 г. - 2024. -Т.1. - С. 337.

## Перечень сокращений и условных обозначений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения

ДТБЛ – деструктивный туберкулез легких

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЛУ-ТБ – лекарственно устойчивый туберкулез

МБТ - микобактерия туберкулёза

МЛУ - множественная лекарственная устойчивость

НТДЗЛ - не туберкулезные деструктивные заболевания легких

НЦТПиТХ – Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии

ППП - противотуберкулёзные препараты

ТБ - туберкулёз

ТБЛ – туберкулез легких

ТБЧ – лекарственно чувствительный туберкулез

ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «ПАЖУҲИШГОҲИ ТИББИ  
ПРОФИЛАКТИКИИ ТОЧИКИСТОН»-И  
ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ  
ҶУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН**

ВДБ 616.24-002.951.21-07-089

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**СОЛИҲОВ ОРЗУ ҲАЙБУЛЛОЕВИЧ**

**САМАРАНОКИИ ТАШҲИСИ ТАФРИҚӢ ВА ТАБОБАТИ  
ШАКЛҲОИ ДЕСТРУКТИВИИ СИЛИ ШУШҲО**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
номзади илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисосҳои  
14.01.16 - Силшиносӣ ва 14.01.17 – Ҷарроҳӣ

Душанбе - 2025

Таҳқиқоти диссертатсия дар Муассисаи давлатии «Пажу-ҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон» ва МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» иҷро карда шудааст

**Роҳбари илмӣ:** **Бобохоҷаев Оқтам Икромович**, д.и.т, профессор, мудири кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

**Мушовири илмӣ:** **Али-Зода Суҳроб Ғаффорович**, н.и.т., дотсент, дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи акад. Курбонов К.М.-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

**Муқарризони расмӣ:** **Закирова Курбонхон Акрамовна** – доктори илмҳои тиббӣ, дотсент, мудири кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»; **Тришин Евгений Валерьевич** – номзади илмҳои тиббӣ, дотсент, табиби ҷарроҳии қафаси синаи дараҷаи олии квалификатсионӣ, дотсенти кафедраи ҷарроҳии Донишкадаи таҳсилоти муттасили касбии Муассисаи федералии давлатии бюҷетии таълимии Таҳсилоти олии «Донишгоҳи давлатии тиббии Ярославл»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

**Муассисаи пешбар:** Муассисаи давлатии «Маркази миллии фтизиатрия»-и Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон, ш. Бишкек

Ҳимояи диссертатсия рӯзи “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ соли 2025 соати \_\_\_ дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D КОА-032–и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) тел. +992933440393

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2025 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ**  
шурои диссертатсионӣ,  
доктори фалсафа (PhD)

**Маҷонова М.Ҷ.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамии мавзуи диссертатсия.** Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ГУТ) Тоҷикистон ба қатори 18 давлати минтақаи Аврупии ГУТ бо афзалияти пайдошавии бемории сил дохил мешавад [WHO, 2022].

Сили шуш дар сохтори ҳама шаклҳои бемории сил мавқеи асосиро касб мекунад ва зиёда аз 80% -и ҳамаи ҳолатҳоро ташкил медиҳад [Дорошенкова А.Е. ва ҳаммуаллифон, 2015]. Ба он нигоҳ накарда, ки вобаста аз татбиқ намудани усулҳои нави молекулярӣ-генетикии ташҳиси шуш имрӯз имконияти верификатсияи (тасдиқи) ташҳиси бемории сил хеле беҳтар шудааст, ҳоло ҳам ҳолатҳои ташҳиси хато ба мушоҳида мерасад, вақте ки таҳлили балғам натиҷаи мусбат намедиҳад. Аксар вақт санҷиши ташҳис ҳангоми музмин шудани протсесс, ба монанди протсессҳои инфилтративӣ, лонавӣ ва паҳншудаи шушҳо дар фазаи таназзул, пневмонияи казеозӣ, сили кавернозӣ ва фиброзӣ-кавернозӣ, равандҳои сиррозии шуш, думмали силӣ ва баъзе бемориҳои онкологӣ хеле мураккаб аст. Аз ин хусус таҷрибаи амалии ҳам донишмандони тоҷик ва ҳам россиягӣ гувоҳӣ медиҳанд [Бободжонов М.Н. ва ҳаммуаллифон, 2020; Бобоходжаев О.И. ва ҳаммуаллифон, 2019; Киселевич О. ва ҳаммуаллифон, 2022].

Чун қоида, бемориҳои деструктивӣ дар шушҳо бемориҳои дубора буда, дар маҷмӯъ, натиҷаи табobati номуносиби бемориҳои аввалия дар шушҳо мебошанд [Боровицкий В.С. 2014; Зюзя Ю.Р. ва ҳаммуаллифон, 2019].

Дар клиникаи «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва чарроҳии қафаси сина» беморони дорои шаклҳои музмини деструксияи бактериалии шушҳо, бо оризаҳои эхинококкози шушҳо ва ё абтсессии шушҳо бо ташҳиси пешакии истисно кардани шаклҳои деструктивии сили шушҳо дохил мешаванд. Ҳамчунин қайд кардан лозим аст, ки бемориҳои деструктивии шушҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ ба қатори бемории зиёд дучоршаванда дохил мешаванд, ки таъҷилан қарор қабул карданро талаб мекунад. Маълумотҳои адабиётӣ низ аз монанд будани манзараҳои клиникӣ ва рентгенологии баъзе шаклҳои клиникии бемориҳои деструктивӣ дар шушҳо гувоҳӣ медиҳанд [Попова Л.А. ва ҳаммуаллифон, 2018; Каюкова С.И. 2015; Охунов А.О. ва ҳаммуаллифон, 2018; Разиков Ш.Ш. ва ҳаммуаллифон, 2013].

Тавре ки олимони ватанӣ нишон медиҳанд, ба он нигоҳ накарда, ки шаклҳои беоризаву аввалияи шушҳо дорои манзараи махсуси клиникӣ-рентгенологӣ, протсессҳои оризаноки деструктивӣ бо фасодгирӣ, раҳна карда даромадан ба бронхҳо ё чавфи плевра, аксар вақт бо манзараи ин ё он шаклҳои деструктивии сили шушҳо зоҳир мешаванд [Пулатов А.Т., Абдуфатоев Т.А., 1998; Хасанов Р.А. ва ҳаммуаллифон, 2016]. Маълумотҳои зиёде, ки дар натиҷаи таҳқиқотҳои лабораторӣ ба даст оварда шудаанд, дар фарқ карда тавонистани шаклҳои деструктивии

сили шушҳо ва дигар бемориҳои ғайрисилии шушҳо нақши муҳим мебозанд. Ин тестҳо ёрӣ мерасонанд, ки мавҷуд будани бемории сили шушҳо бо ёрии балғам дар бактерияҳои ба кислота тобовар ва GeneXpert, ҳамчунин дигар шаклҳои протесси деструктивӣ (таҳқиқоти бактериологӣ ва серологӣ ба таъсири антителаҳои махсус Ig G и Ig A) тасдиқ ё инкор карда шаванд. Дар ин маврид қайд кардан муҳим аст, ки натиҷаҳои таҳқиқотҳои ёдоваришуда метавонанд на ҳамеша дақиқ бошанд, дар шакли хулосаҳои мусбати дурӯғ ё манфии дурӯғ зоҳир гарданд. Натиҷаҳои мусбати дурӯғ метавонанд дар натиҷаи дар хун вучуд доштани антителаҳои номахсус ва ё мавҷуд будани бемориҳои соматикӣ ва сироятӣ пайдо шаванд, ки онҳоро тағйиротҳои назарраси деструктивии шушҳо ҳамроҳӣ мекунанд. Натиҷаҳои манфии дурӯғ, дар навбати худ, метавонанд, ки дар асари ба қадри кофӣ фаъол набудани аксуламали иммунии организми бемор пайдо шаванд [Авербах М.М. ва ҳаммуаллифон, 2016; Фадеев П.А. ва ҳаммуаллифон, 2019].

Таҳқиқоти илмии мазкурро мушоҳидаҳои бисёрсолаи моро дар клиникаи Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси سینа, ки ба он ҷо бештар беморони дорои ташҳиси пешакии баъзе шаклҳои деструктивии сили шушҳо дохил мешаванд ва дар натиҷаи аз нав таҳқиқоти иловагӣ гузаронидан баъзан дар онҳо ин ё он бемории махсуси деструктивии шушҳо муайян карда мешавад, ҷамъбаст мекунад. Аз ташҳиси дуруст ва саривактии беморӣ самаранокии табобати он вобаста аст.

**Дарачаи коркарди илмии масъалаи проблемаи мавриди омӯзиш.** Ба он нигоҳ накарда, ки шаклҳои деструктивии сили шуш алгоритмҳои ташҳис ва табобати худро дорад, дар амалияи клиникӣ гузаронидани ташҳиси тафриқӣ, верификатсияи генези деструксия ва бартарии табобати ҷарроҳӣ дар яқҷоягӣ бо химиотерапия аксар вақт вобаста аз мушкilot мебошад. Ҳама мушкilotи зикршуда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхта нашудаанд ва таҳқиқоти илмӣ бори нахуст сурат мегирад.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуи илмӣ.** Таҳқиқоти илмии мазкур дар доираи иҷро кардани мавзуи илмии кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ«ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», барои давраи солҳои 2017-2021 оид ба мавзуи «Сили бо тобоварии доруҳои сершумор: усулҳои ташҳис ва табобати самаранок дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», рақами қайди давлатӣ № 0117 ТҶ 00805 гузаронида шудааст. Ҳамчунин робитаи таҳқиқоти мазкур бо иҷрои «Барномаи миллии Ҷимояи аҳоли аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои соли 2021-2025» (бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 феввали соли 2021, №49 тасдиқ шудааст).

### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши самаранокии муқоисавии мавҷудбуда ва равишҳои нав нисбат ба ташҳиси тафриқии бемориҳои деструктивии

шуш бо таваҷҷуҳ ба хусусиятҳои верификатсияи сили фиброзӣ ва фиброзӣ-кавернозӣ, ҳамчунин самаранокии табобати онҳо.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯзиши басомади мурочиатҳои беморон ба клиникаҳои махсусгардонидашуда барои аниқ кардани ташҳиси бемориҳои гуногуни деструктивии шушҳо, аз ҷумла бемориҳои деструктивии сили шушҳо дар давраи солҳои 2018-2022.
2. Омӯзиши хусусиятҳои ҷинсӣ-синнусолӣ, минтақавӣ, клиникӣ-рентгенологӣ, ҳамчунин спектри хассосият нисбат ба препаратҳои зиддисилӣ ва бемориҳои зиёд дучоршавандаи ҳамроҳшуда ҳангоми шаклҳои деструктивии шушҳо.
3. Такмил додани равишҳои баланд бардоштани самаранокии ташҳиси тафриқии шаклҳои деструктивии сили шушҳо.
4. Омӯзиши самаранокии табобати доругӣ ва ҷарроҳии шаклҳои деструктивии сили шушҳо, ба монанди сили фиброзӣ ва фиброзӣ-кавернозӣ шушҳо вобаста аз муҳлати муайянкунии онҳо.

**Объекти таҳқиқот.** Дар клиникаи МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» дар давоми солҳои 2018-2022 ҳамагӣ 216 бемор бо ташҳиси пешакии бемориҳои гуногуни деструктивии шушҳо дохил шуданд, ба дақиқ кардан ва верификатсияи ташҳис ниёз доштанд. Беморон аз ҳама минтақаҳои ватанамон (164 бемор) дохил шуда буданд, аммо бештар аз ҳама аз шуъбаи “қафаси сина”-и Маркази тиббии “Истиқлол” (52 бемор) буданд.

Ҳангоми дохил шудан беморон аз сулфа бо хунтуфкунии лаҳзавӣ, нафастангии афзоянда ва дард дар қафаси сина шикоят мекарданд. Дар клиника беморон аз таҳқиқотҳои клиникӣ –лабораторӣ, аз ҷумла усулҳои молекулярӣ-генетикӣ ва серологӣ, рентгенологӣ (рентгенографияи умумӣ ва паҳлӯии узвҳои қафаси сина), томографияи компютерӣ, ултрасадоӣ ва дигар усулҳои функционалӣ гузаронида шуданд.

**Мавзуи таҳқиқот.** Омӯзиши муқоисавии самаранокии равишҳои мавҷудбуда ва нави ташҳиси тафриқии бемориҳои деструктивии шушҳо. Коркарди алгоритми ташҳисӣ ва тактикаи истифодаи омехтаи табобати ҷарроҳӣ ва химиотерапия ҳангоми баъзе шаклҳои деструктивии сили шушҳо.

#### **Навгони илмӣ таҳқиқот**

1. Бори нахуст омӯзиши муқоисавии самаранокии ташҳиси тафриқии клиникӣ-рентгенологӣ ва лаборатории баъзе шаклҳои деструктивии сили шушҳо гузаронида шуд.
2. Бори нахуст алгоритми нави ташҳиси тафриқии бемориҳои деструктивии шушҳо таҳия карда шуд.
3. Бори нахуст тактикаи табобати якҷояи доругӣ ва ҷарроҳии беморон ҳангоми шаклҳои деструктивии сили шушҳо таҳия карда шуд.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот.** Дар амалияи нигоҳдории тандурустӣ ҷорабиниҳои махсуси ташҳиси тафриқии бемори-

ҳои деструктивии шушҳо ва сили деструктивии шушҳо таҳия ва татбиқ карда шуд.

Бори нахуст бо тақия задан ба равишҳои илман асоснок беморони дорои шаклҳои деструктивии сили шушҳо, ки дар заминаи истифодаи шаклҳои муосири доругии зиддисилӣ сохта шудаанд ва бо таваҷҷуҳ ба амалиёти ҷарроҳӣ дар амалия татбиқ шудаанд.

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Бо мақсади истисноӣ таъхир кардани ошкорсозии беморӣ ва верификатсияи ташҳис ҳангоми шаклҳои деструктивии сили шушҳо гузаронидани таҳқиқоти профилактикии скринингии аҳолии ҳамасола ва як маротиба дар як сол дар шароити Марказҳои саломатии ноҳиявӣ ва деҳотӣ бо роҳи гузаронидани озмоишҳои дохилипӯстӣ (озмоиши Манту) ва таҳқиқоти флюорографии узвҳои қафаси сина зарур аст.
2. Баъзе бемориҳои деструктивии шушҳо манзараи бо ҳам монанди клиникӣ – рентгенологӣ доранд, ки дар натиҷаи ин ташҳиси тафриқии ин бемориҳо мураккаб аст, барои ҳамин ҳам дар баробари усулҳои радиологӣ, истифода кардани озмоиши дохилипӯстии Манту, усулҳои ултрасадоӣ, бактериологӣ, серологӣ, молекулярӣ-генетикии верификатсияи бемориҳо зарур аст.
3. Ҳангоми табобати шаклҳои деструктивии сили шушҳо дар баробари химиотерапия, фаъолон ба кор бурдани арсенали усулҳои каминвазӣ амалиёти ҷарроҳӣ зарур мебошад.

**Дарҷаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро** ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, мушоҳидаҳои бисёрсола, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот, таҳлили амиқи интишорот оид ба проблемаи дахлдори мавзӯи диссертатсия ва нашри натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ тасдиқ карда мешавад. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмии натиҷаҳои татбиқи ҷорабиниҳои махсус оид ба ташҳиси тафриқии бемориҳои деструктивии сили шушҳо асоснок карда шудаанд.

**Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Диссертатсия ба шиносномаи ҚОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ду ихтисос мувофиқат мекунад: 14.01.16 - Силшиносӣ: банди 1. Патогенези сил, омӯзиши хосиятҳои барангезандаи микобактерияҳои сил ва организми бемор, усулҳои муайян кардани микобактерияҳои сил, тағйироти иммунологӣ, генетикӣ, патоморфологӣ, биохимиявӣ, патофизиологӣ дар организми беморон дар протесси бемориҳо ва табобат; банди 2. Зухуроти клиникии сили узвҳои нафаскашӣ дар кӯдакон, наврасон ва калонсолон, ихтилоли узвҳои нафаскашӣ ва дигар узвҳоро системаҳо ҳангоми сил, сил бо бемориҳои ҳамроҳшуда, ташҳиси сили узвҳои нафаскашӣ бо истифода аз усулҳои лабораторӣ, шуой, бронху шушҳо ва дигар усулҳои таҳқиқоти бемориҳои шушҳо; банди 3. Табобати сили узвҳои нафаскашӣ: химиотерапия, табобати патогенетикӣ, табобати санаторӣ-курортӣ, химиотерапияи амбулаторӣ, шаклҳои ташкилии гузаронидани химиотерапия, табобати реабилитатсионии сил

ва оқибатҳои он; банди 4. Муайян кардан, эпидемиология ва омори сил, мушоҳидаи диспансерии контингенти беморони мубтало ба сил, ташкили мубориза бар зидди сил. Профилактика, ваксинатсияи зиддисилӣ, химиопрофилактика, профилактика санитарии сил, ташхиси шуоӣ, ташхиси туберкулинӣ, ташхиси бактериологӣ ва молекулярӣ-генетикӣ дар муайян кардани сил, эпидемиологияи сил дар шароити тағйирёбанда, омӯзиши маҳзани сирояти силӣ ва роҳҳои сироятёбӣ, сирояти мутақобилаи бемории сили одам ва ҳайвонот, шаклҳои нави чорабиниҳои зиддисилӣ, корҳои диспансерӣ, статсионарӣ ва санаторӣ, ҳисоботи оморӣ ва коркарди маълумотҳои оморӣ; ҳамчунин аз рӯи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ, банди 1. Омӯзиши сабабҳо, механизмҳои инкишоф ва паҳншавии бемориҳои ҷарроҳишаванда; банди 2. Коркард ва тақмили усулҳои ташхис ва пешгирии бемориҳои ҷарроҳишаванда; банди 3. Ҷамъбасти кардани таҷрибаи байналмилалӣ дар кишварҳои ҷудогона, мактабҳои мухталифи ҷарроҳӣ ва ҷарроҳони ҷудогона; банди 4. Коркарди эксперименталӣ ва клиникии усулҳои табобати бемориҳои ҷарроҳишаванда ва татбиқи онҳо дар амалияи клиникӣ.

**Саҳми шахсии доктараби унвони илмӣ дар таҳқиқот.** Муаллиф шахсан омӯзиши муқоисавии самаранокии равишҳои гуногуни ташхиси тафриқии бемориҳои гуногуни деструктивии шушҳо ва татбиқи намудани равишҳои нав дар амалияи табобати беморони мубтало ба шаклҳои деструктивии силро гузаронидааст. Коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот аз тарафи муаллиф анҷом дода шудааст. Ҳаҷми асосӣ ва ҳалқунандаи таҳқиқотро муаллиф мустақилона иҷро кардааст ва дорои як қатор навиғониҳо мебошад, ки аз саҳми шахсии диссертатнт дар соҳаи илм гувоҳӣ медиҳанд. Таълифи ҳама бобҳои диссертатсия, нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ шахсан аз тарафи муаллиф иҷро карда шудаанд.

**Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Кори диссертатсионӣ дар Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии тиббии профилактикии Тоҷикистон» ва МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» иҷро карда шудааст. Натиҷаҳои асосии диссертатсия гузориш шудаанд дар: конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” (Душанбе, 2023), конференсияҳои илмӣ-амалии Маркази ҷумҳуриявии ҳимояи аҳоли аз бемории сил (Душанбе, 2023); дар конференсияи 71-уми илмӣ-амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” (01.12. с.2023), конференсияи II-и Умумироссиягии донишҷӯён ва олимони ҷавон бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Москва, 18.12. с.2023), ки дар ин ҷо бо Диплом барои аҳамияти амалии таҳқиқот мукофотонида шуд; конференсияи илмӣ-амалии XVIII-уми олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ, Душанбе, 28 апрели

соли 2023; конференсияи илмӣ-амалии XIX-уми олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ “Ҷавонон ва инноватсияи тиб: бунёди оянда имрӯз”, бахшида ба 85-солагии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” (солони 72-юм) “Уфукҳои нав дар илми тиб, таҳсилот ва амалия” (октябр, с. 2023), бо иштироки намояндагони байналмилалӣ; ҷаласаи кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” (октябр, с.2023); дар ҷаласаи шӯбаи таҳлили эпидемиологӣ ва профилактикаи бемориҳои сироятии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ- таҳқиқотии тибби профилактикӣ» (06.12. с.2024, №12) баррасӣ шудааст.

**Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯйи маводи диссертатсия 15 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки 3 адади он дар маҷаллаҳои тақризишавандаи тавсиянамудаи ҚОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таърифи расидаанд. Барои пешниҳоди рационализаторӣ оид ба истифодаи намудани равиши нав дар табобати шаходатномаи гирифта шудааст: «Усули аз байн бурдани ҷавфҳои боқимондаи сили фиброзӣ-кавернозӣ» (№3541/R1029 аз 07.02.2024).

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 147 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, иборат аст, аз: муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, бобҳои мавод ва усулҳои таҳқиқот, мавод ва тасвири усулҳои таҳқиқот, 2 боби натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ диссертант, бобҳои шарҳи натиҷаҳои ба даст овардашуда, хулоса, тавсияҳои амалӣ барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот ва феҳристи адабиёти истифодашуда. иборат мебошад. Дар рисола 10 ҷадвал ва 34 расм оварда шудааст. Феҳристи адабиёт 150 сарчашма дар бар гирифтааст.

### **Қисми асосии таҳқиқот**

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар клиникаи МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» дар давоми солҳои 2018-2022 ҳамагӣ 216 бемор бо таъхиси пешакии истиснокардани сили деструктивии шушҳо (СДТШ) дохил шудаанд. Ҳангоми дохил шудан беморон аз сулфа бо лаҳзаҳои хунтуфкунӣ, нафастангии пешраванда ва дард дар қафаси сина шикоят мекарданд. Дар клиника беморон барои барои верификатсияи таъхис усулҳои клиникӣ-лабораторӣ, аз ҷумла молекулярӣ-генетикӣ, бактериологӣ ва серологӣ, рентгенологӣ (рентгенографияи умумӣ ва паҳлӯи узвҳои қафаси сина (УҚС), томографияи компютерӣ УҚС, таъхиси ултрасодӣ ва дигар усулҳои функционалӣ таҳқиқот гузаронида шуданд. Ҳамчунин шаклҳои ҳисобдорӣ ва ҳисоботдиҳӣ оид ба ошкорсозӣ ва натиҷаи табобати БС (формаҳои БС №07, БС №7У, БС №08, БС №08У) дар 5 соли охир.

Ҳамчунин самаранокии муқоисавии табобати гузаронидашуда ва мониторинги табобати бемориҳо дар ҳамаи муоинаҳои беморон омӯхта шуд. Аз миқдори умумии 216 беморон дар 122 бемор бемориҳои ғайрисилии деструктивии шушҳо (БФСДТШ) таъхис карда шуд. Дар 94 бемори боқимонда СДТШ муайян гардид, ки маводи таҳқиқоти мо қарор дода шуданд. Ҳолатҳои якҷоя шудани БФСДТШ ва СДТШ дар ин қатори беморон ба назар нарасид. Марҳалаи пешравандаи беморӣ дар ҳамаи беморон ба мушоҳида расид. Бояд қайд кард, ки аз 94 бемори дорои СДТШ, ки аз ҳама минтақаҳои кишвар дохил шуда буданд, 52 бемор аз шуъбаи қафаси синаи Маркази тиббии «Истиқлол» -и ш. Душанбе буданд, ки онҳо пешакӣ аз тарафи фтизиатрҳои МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» (ММСШ ва ЧҚС) муоина ва таҳқиқ шуда буданд.

Бемороне, ки дар онҳо СДТШ муқаррар карда шудааст ва хасосияташон нисбат ба доруҳои зиддислӣ (ДЗС) ҳифз шудааст, речаи табобати давомнокияш 6 моҳ таъйин шуд, ки дар 4 моҳи аввал аз 4 препаратҳои омехта дар як ҳафт иборат буд: изониазид, рифампитсин, пиразинамид, этамбутол; дар 2 моҳи баъдӣ омехтаи ду ДЗС таъйин карда шуд: пиразинамид ва этамбутол. Дар бемороне, ки дар онҳо СДТШ бо тобоварии зидди дорӯӣ ба ДЗС таъхис шуда буд, речаи табобати стандартии эмпирикӣ дар давоми 18-20 моҳ дар сатҳи амбулаторӣ ва статсионарӣ таъйин карда шуд. Беморони дорои СДТШ аз табобати комплексӣ бо истифода аз ин препаратҳои зиддислӣ гузаронида шуданд: капреомитсин (См), левофлоксатсин (Lfx), протионамид (Рто), сиклосерин (Сс), пиразинамид (Z), ва кислотаи пара-аминосалитсилиний (ПАСК, PAS).

Усулҳои табобати ҷарроҳӣ ҳангоми табобати комплекси СДТШ усулҳои интиҳоби инфиродӣ мебошанд ва ҳамчунин самаранокии табобати онҳоро баланд мебардоранд. Мо чунин намудҳои амалиёти ҷарроҳиро анҷом додем (ҳамагӣ дар 68 беморон): окклюзияи трансстерналии бронхи асосӣ бо пневмонэктомия (ба 1 бемор), пневмонэктомия (ба 1 бемор), лобэктомия (ба 6 беморон), биллобэктомия (ба 3 беморон), лобэктомия якҷоя бо сегментэктомия (ба 11 беморон), резексияи атипӣ (ба 5 беморон), торакомиопластика (ба 4 беморон), кавернотомия ба нест кардани ковокӣ (ба 37 беморон). Ҳамчунин аз ҷониби мо дар табобат равиши нав татбиқ карда шуд: «Усули аз байн бурдани сӯроҳҳои сили фиброзӣ-кавернозӣ» (№3541/R1029 аз 07.02.2024), ки ба 24 аз 37 бемороне, ки амалиёти кавернотомия бо нест кардани ковокӣ гузаронида шуда буд, апробатсия карда шуд.

**Коркарди омории мавод** дар компютери инфиродӣ бо истифода аз барномаи «Statistica 10.0» от StatSoftInc., ИМА, 2011 икарда шуд. Барои санҷидани мувофиқат кардани тақсимкунии намунаҳо ба қонуни муъ-

тадил аз критерияи Колмогоров-Смирнов ва Шапиро-Уилк истифода карда шуд. Қимати миёна (М) ва хатои стандартии он ( $\pm m$ ) барои нишондихандаҳои миқдорӣ ҳисоб карда шуд, барои нишондихандаҳои нисбӣ бошад, ҳиссаҳои фоизӣ (%) муайян карда шуд. Муқоиса кардани маълумотҳои сифатӣ аз тариқи критерияҳои  $\chi^2$  анҷом дода шуд. Дар вақти ҳаҷми хурд доштани намуна ( $n < 10$ ) ислоҳи Йетс ва критерияи дақиқи Фишер (ҳангоми  $n < 5$ ) муқаррар гардид. Фарқияти байни гурӯҳҳо ҳангоми  $p < 0,05$  аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ҳисобида шуд.

## НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

### Таҷрибаи клиникаи ташҳиси тафриқӣ ва табобати беморони дорои шаклҳои деструктивии сил

Гузaronидани комплекси усулҳои ташҳисии таҳқиқот имконият дод, ки аз 216 беморон 2 гурӯҳи беморон ҷудо карда шаванд, ки барои табобат ва муолиҷа ба ММСШ ва ҶҚС аз минтақаҳои кишварамон дохил шудаанд: бо БДСФСШ – 122 ва бо СДТШ – 42 нафар, бо 52 бемор бо СДТШ, ки барои таҳқиқ ва муолиҷа ба МТ «Истиқ лол» дохил шудаанд ва пас аз машварат ва муоинаҳои иловагӣ аз ҷониби фтизиатри ММСШ ва ҶҚС, баъди тасдиқ кардани ташҳиси СДТШ, барои табобати минбаъда ба клиникаи мо интиқол дода шуданд (Ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. – Сохтори бемороне, ки ба сарклиникаҳо барои верификатсияи ташҳис дохил шудаанд**

Муассисаи клиникӣ	БДСФСШ		СДТШ		Ҷамагӣ
	Абс.	%	Абс.	%	
ММСШҶваҚС	122	74,4	42	25,6	164
МТ «Истиқ лол»	-	-	52	25,2	52
Ҷамагӣ	276	56,5	94	43,5	216

*Эзоҳ: фоиз (%) аз миқдори умумии беморони муоинашаванда дар ҳар як муассиса ҳисоб карда шудааст*

Ҳамин тартиб, дар клиникаи ММСШ ва ҶҚС дар солҳои 2018-2022 ҷамагӣ 94 бемори дорои СДТШ дохил шуд, ки аз миқдори умумии беморон 43,5%-ро ташкил дод.

Дар сохтори 122 беморони дорои БДСФСШ беморони дорои оризаҳои эхинококкози шушҳо (38 беморон ё 31,1%); бронхоэктазҳои кистозӣ (32 беморон ё 26,2%); поликистозии шушҳо (26 беморон ё 21,3%); абстессии шушҳо (14 беморон ё 11,5%); саратони шуши сӯроҳдор (12 беморон ё 9,8%) верификатсия карда шуданд (Расми 1).



**Расми 1. – Сохтори бемориҳои ғайрисилии деструктивии шушҳо, %**

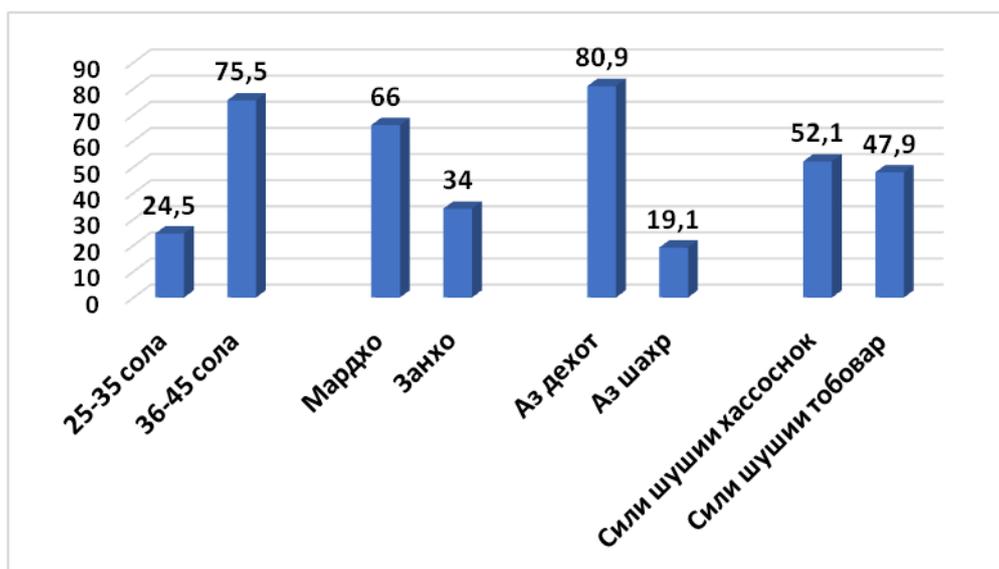
Дар сохтори беморони дорои СДТШ беморони дорои сили кавернозӣ ва фиброзӣ-кавернозӣ шушҳо дида шуд. Аз миқдори умумии беморон ( $n=94$ ) дар 61 бемор (64,9%) сили фиброзӣ-кавернозӣ шушҳо ва дар 33 бемор (35,1%) беморони дорои сили кавернозӣ муайян карда шуданд (Расми 2).



**Расми 2. – Сохтори бемориҳои деструктивии сили шушҳо, %**

Аз миқдори умумии 94 бемори дорои СДТШ, дар 5 сол (солҳои 2018-2022) дар ММСШ ва ЧҚС бистаришудагон мардҳо 62 (66,0%), занҳо - 32 (34,0%) нафар буданд. 76 бемор сокини деҳот (80,9%) ва боқимонда 18 нафар - сокинони шаҳр (19,1%) буданд. Беморон асосан аз гурӯҳи синнусолии 36-45 -сола (75,5%) буданд, назар ба синну соли 25-35 -сола (24,5%). Ҳангоми таҳқиқ кардани ҳассосият нисбат ба препаратҳои

зиддисилӣ шаклҳо ба доруҳо тобовари шушҳо низ дар зиёда аз 50% -и ҳолатҳо дида шуд (Расми 3).



Расми 3. – Таъсири ҷинсуи синнусолӣ ва ҷуғрофии беморон вобаста аз хассосияти доруҳо, %

Мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои БС аксар вақт чараёни клиникаи бемории асосиро вазнин мекунад ва сатҳи роҳи бомуваффақият анҷом додани курси химиотерапияи СДТШ мебарданд. Ба тарзи дигар гӯем, бемориҳои ҳамроҳшуда дар динамикаи бемории сил нақши муҳим доранд ва хатари на танҳо сироятнокшавӣ доранд, балки хатари пайдо шудани шаклҳои нисбатан вазнинтари онро низ зиёд мекунад. Онҳо ба самаранокии ҷорабиниҳои таъбиррасонида, натиҷабахшии онҳоро коҳиш медиҳанд, ҳамчунин барои зиёд гаштани фавтият дар байни беморони дорои БС мусоидат мекунад. Дар ҷунин ҳолатҳо ба протсесс ҷалб кардани мутахассисони соҳаҳои дахлдор ва ташкил намудани муҳокимаи коллегиялии ҳолатҳо дар Комиссияи марказии тиббии машваратӣ (КМТМ) муҳим аст. Дар таҳқиқоти мо бемориҳои ҳамроҳшуда дар 62 бемори дорои СДТШ муайян карда шуд (66,0%) (Расми 4).

Дар ин маврид, дар 20 бемор якҷанд бемории ҳамроҳшуда муайян карда шуд: дар 20 бемор бемориҳои музмини обструктивии шушҳо (БМОШ) бо сирояти ВНМО (2 бемор), бо диабет қанд (5 бемор), бо бемориҳои роҳи ҳозима (13 бемор) ҳамроҳ мешавад. Аз 94 бемори дорои СДТШ дар 54 бемор (57,4%) таъхир бо ёрии таҳқиқоти балғам дар дастгоҳи Gene Xpert гузошта шуд. Дар (42,6%) бемори боқи монда – дар асоси маълумотҳои анамнезӣ ва клиникӣ-рентгенологӣ. Дар ин маврид, дар 46 бемор ё дар 48,9% ҳолат гоҳ-гоҳ хунтуфкунӣ ба назар мерасид. Таъхиси тафриқии аз ҷониби мо гузаронидашуда, шаклҳои кавернозӣ ва фиброзӣ-кавернозии СШ-ро дар бар гирифт.

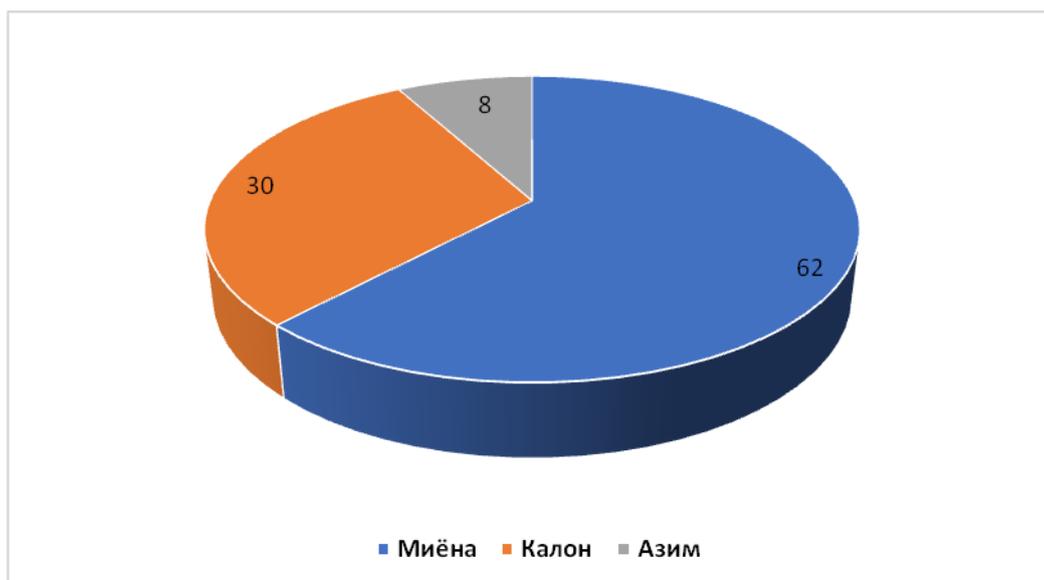


Расми 4. – Беморихоӣ ҳамоҳӯшӯда дар беморони дорои шаклҳои де-структивии сили шушҳо, %

Таҳқиқотҳои дигар нишон медиҳанд, ки баъзе усулҳои таҳлис, ба монанди серология ва таҳлили хун ҳассос нестанд. Манзараи рентгенологии СДТШ аз бисёр ҷиҳатҳо аз шакли ибтидоии раванди бемории сил вобаста аст. Ҳангоми пайдо шудани сили кавернозӣ аз лона сӯроҳии (каверна) на чандон калони парафокалӣ пайдо шудааст (21 аз 33 ҳолати БСШ кавернозӣ). Таҳлиси вай дар баъзе ҳолатҳо танҳо дар сурати таҳқиқоти иловагии томографӣ имконпазир буд, ки дар ин маврид дар заминаи лонаҳои полиморфӣ сояи на чандон калони ҳалқашакл бо лонаҳои ҷудоғона, ки дар контури берунии он хобидаанд (симптоми «гарданбанд») муайян карда мешуд. Дар сили паҳншуда сӯроҳҳои девораи нозук ва намуди сӯроҳҳои муҳршуда доштанд (9 аз 33 ҳолат). Ҳангоми таҳқиқоти ёфтани сӯроҳҳои пневмониогенӣ девораи ковокӣ аз ҳисоби инфилтратсияи илтиҳобӣ васеъ буд (3 аз 33 ҳолат). Дар 61 ҳолати боқимондаи БСШ фиброзию-кавернозӣ ковоқиҳо бо ҷанҷоҳои фиброзӣ гирд шуда буданд. Яке аз аломатҳои назарраси рентгенологии каверна – ин сояи ҳалқашакли сарбаста аст, ки дар акси рентгенӣ, ки дар ду проексияҳои ба ҳам перпендикуляр ба таври возеҳ дида мешавад. Фазаи дохили ин сояи ҳалқашакл, ки «тирезаи каверна» ном дорад, дорои хосиятҳои шаффофии рентгенологӣ буд, дар муқоиса аз бофтаҳои атрофии шушҳо ва набудани сояе, ки ба унсурҳои сохтори паренхимаи шушҳо мувофиқат мекард. Кавернаҳои сили ба таври типӣ дар заминаи осебҳои сил қарор доранд ва дар сегментҳои болоии шушҳо ҷойгир шуда буданд. Дар бештари мавридҳо онҳо ҷойгиршавии якҷарафа ва шакли мудаввар ё байзавӣ доштанд, сарҳади даруниашон тарҳи хуб дошта, сарҳади берунӣ возеҳии камтар буд. Ҳангоми бронхоскопия дар 447 аз 94 бемори БСШД аломатҳои эндобронхит муайян карда шуд. Ҳангоми таҳлили балғам, дар ҳамаи 94 бемор МБС (микобактерияи сил) ва лифҳои эластикӣ муайян карда шуд, ки аз таҷзияи бофтаҳои шушҳо гувоҳӣ медиҳад.

Беморони дорои сӯрохшавии ковокии бронхҳо (n=23) аз сулфа бо хориҷ кардани балғами туршмаза (24,5%) шикоят доштанд. Дарди қафаси сина дар 64,9% бемор, баланд шудани ҳарорати бадан ва аломатҳои интоксикатсия дар 53,2%-и беморон, хунтуфкунӣ дар 11,7%-и беморон ба чашм расид. Аломатҳои нисбатан возеҳтари клиникӣ ҳангоми сӯрохшавии ковокиҳо дар чавфи плевра (n=16) – дарди шадид, гипотония, ҳарорати баланди бадан буданд. Эмпиемаи плевра дар 9 ва пиопневмоторакс дар 6 муоина дида шуд. Қисман ҳолӣ шудани каверна (сӯрохҳо) дар 59 (62,8%)-и беморон ба амал омад, дар 11 (11,7%) мушоҳида пурра ҳолӣ шудани каверна бо ташкил ёфтани чавфи хушки боқимонда ба назар расид.

Таҳлили ҷойгиршавии протсесси патологӣ бартарӣ доштани осебҳои яктарафaro нишон дод, ки дар 68 бемор (72,3%) ба қайд гирифта шуд, ҳол он ки осебҳои билатералӣ дар 26 бемор (27,7%) дида шуданд. Ҳангоми баҳо додан ба андозаи кавернаҳо муайян карда шуд, ки бештар ковокиҳои андозаашон миёна (2-4 см) - дар 58 бемор (61,7%) дида мешаванд. Кавернаҳои калон (4-6 см) дар 28 бемор (29,8%), ковокиҳои азими таҷзия дар 8 бемор (8,5%) ташхис карда шуда буд (Расми 5).



Расми 5. – Андозаи кавернаҳо ҳангоми бемориҳои деструктивии сили шушҳо, %

Ҳамин тавр, клинисиҳо ташхиси тафриқиро бо БСШ кавернозӣ ва фиброзӣ-кавернозӣ ва дигар бемориҳои деструктивии шушҳо дар асоси таҳқиқотҳои бронхоскопӣ, бактериологӣ, молекулярӣ-генетикӣ ва серологӣ гузаронида, дар бораи зухуроти клиникӣ ва рентгенологии типӣ ва атипӣ СДТШ бояд маълумот дошта бошанд.

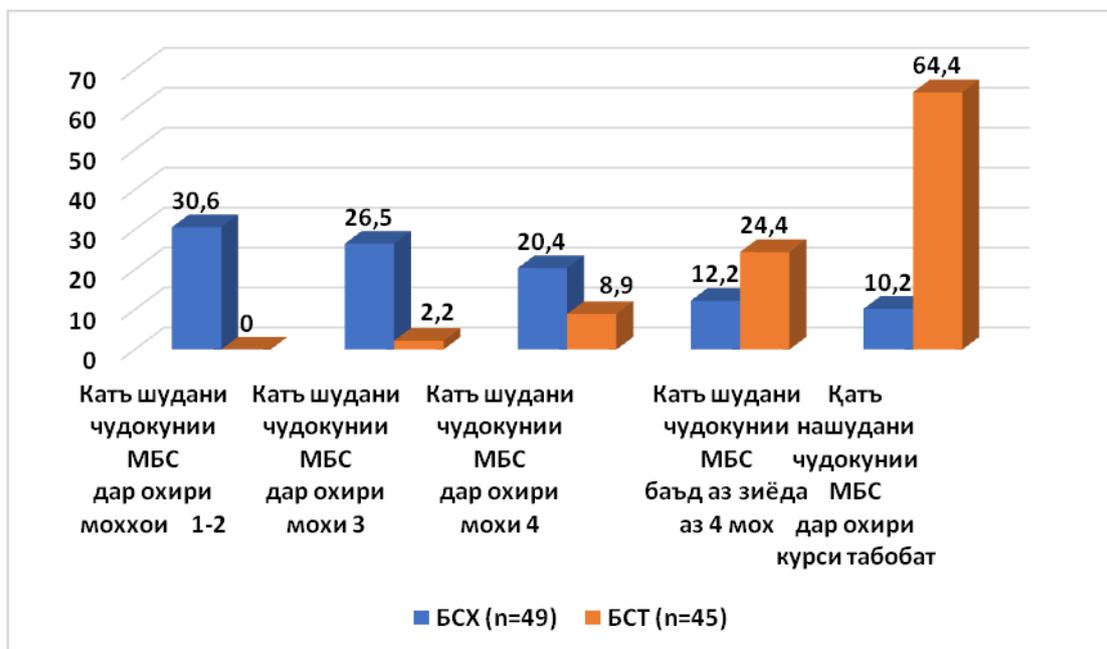
Мукамалсозии ташкили табобати шаклҳои клиникӣ сили деструктивии шушҳо, бо илова кардани амалиётҳои ҷарроҳӣ. Табобати СДТШ дар бемороне, ки аз тарафи мо муоина карда мешаванд, ба таври

комплексӣ ва бо дохил кардани якҷоясозии усулҳои медикаментозӣ ва ҷарроҳии таъобат гузаронида шуд.

Дар муоинаҳои мо ДЗС барои ҳамаи 94 бемори дорои СДТШ таъйин карда шуд. Дар ин маврид дар 49 бемор (52,1%) таъобат аз рӯйи схемаи барои шаклҳои ба дору тобовари БС ва 45 (47,9%) барои шаклҳои ба дору тобовари СДТШ сурат гирифт. 6 бемор бо якҷояшавии БС/ВНМО (6,4%) ҳамзамон таъобати антиретровирусӣ гирифтанд. 12 бемор бо бемориҳои ҳамроҳшудаи диабети қанд (12,8%), мувофиқи машварати эндокринолог, ҳамзамон доруҳои қандпаस्तкунанда истеъмол карданд. 29 бемор бо бемориҳои ҳамроҳшудаи роҳи ҳозима (30,9%) иловадан доруҳоро мувофиқи таъйиноти гастроэнтеролог истеъмол карданд. Дар гурӯҳи таҳқиқшуда таваҷҷуҳи махсусро зергурӯҳи беморони дорои БМОШ коморбидӣ ҷалб кард, ки 44,7% (42 бемор) -ро ташкил дод. Дар ин беморон мувофиқи тавсияи пулмонолог, таъобати комплексӣ таъйин карда шуд, аз ҷумлаи бронходилататорҳо (адреномиметикҳо ва м-холиноблокаторҳо), воситаҳои здиилтиҳобӣ (глюкокортикоидҳо) ва доруҳои муколитикӣ таъйин карданд.

Дар байни ин беморон гурӯҳи иборат аз 20 нафар бо бемориҳои иловагии ҳамроҳшуда – сирояти ВНМО, диабети қанд ё бемориҳои роҳи ҳозима ҷудо карда шуд, ки ба схема ворид кардани воситаҳои муносиби иловагии доруҳоро талаб мекунад. Чунин равиши комплекси химиотерапия ба мо имконият дод, ки пайдо шудани таъсирҳои иловагии манфиро ба дорҳои здиилтиҳобӣ ба ҳадди минимум расонем ва самаранокии таъобати онҳоро баланд бардорем. Ҳамин тавр, таъйин кардани таъобати комплексӣ чунин натиҷаҳоро дод:

Самаранокии химиотерапияи комплексӣ дар беморони дорои ҳам шаклҳои ҳакссос ва ҳам шаклҳои ба доруҳо тобовари бемории сил баҳогузорӣ карда шуд, на танҳо аз ҷиҳати беҳбудии ҳолати умумии саломатӣ ва зиёд шудани шохиси массаи бадан, балки аз критерияҳои калидӣ, ба монанди конверсияи кишти балғам дар охири таъобат низ арзёбӣ куарда шуд. Дар гурӯҳи беморони дорои ҳассосият ба бемории сил конверсияи балғам дар 89,8%-и ҳолатҳо ба даст оварда шуд, дар ҳоле ки дар байни беморони дорои шаклҳои тобовари БС ин нишондиҳанда танҳо 35,6% -ро ташкил дод ( $p < 0,001$ ). Илова бар ин, дар зергурӯҳи бемороне, ки дар онҳо речаи таъобати ҳассосият ба БС ба кор бурда шудааст, дар баробари самаранокии зиёди таъобат, конверсияи балғам дар муҳлатҳои хеле барвақт пайдо шуд, назар ба зергурӯҳи бемороне, ки тибқи схемаи БС тобовар ба доруҳо таъобат шудаанд (Расми 6).



Расми 6. – Баҳоидиҳои натиҷаҳои табобат бо назардошти муҳлати қатъ шудани чудокунии микобактерияҳои бемории сил (МБС) в посевае мокроты, %

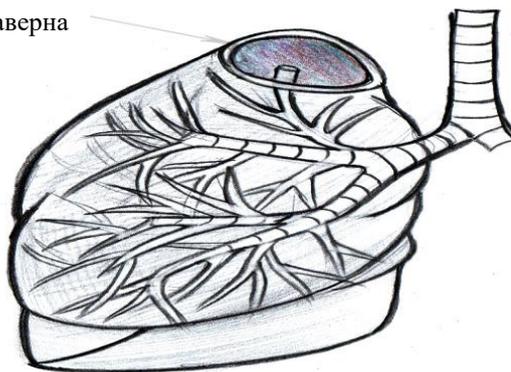
Дар се бемори дорои тобоварии умумии доруӣ нисбат ба препаратҳои зиддисилӣ мо натавонистем аз табобат натиҷа ба даст оварем, яке аз онҳо дар рафти табобат вафот кард.

Беморони дорои кавернаҳои калон ва сершумор, ки дар онҳо дар охири моҳи сеюми табобат конверсияи балғам рух надод ( $n=31$ ), амалиёти чарроҳӣ гузаронида шуд. Ҳамчунин 37 бемори дорои СДТШ (як бемор дар рафти табобат вафот кард (экзотировал), ки дар онҳо аз табобат самарае ба даст оварда нашуд, ҳамчунин амалиёти чарроҳӣ гузаронида шуд, ки дар поён тавсиф мешаванд.

Ҳамагӣ амалиётҳои чарроҳӣ дар 68 бемори дорои СДТШ иҷро карда шуд (аз 94 бемор 72,3%-ро ташкил медиҳад). Дар таҷрибаи мо усули худи табобати осебҳои сӯроҳдори шушҳо, бо фарогирии бурида гирифтани маҳалҳои тунуки бофтаҳои шушҳо то сарҳади бофтасолим ба кор бурда шуд. Ин равиш пурра кушода шудани капсули фиброзиро таъмин карда, барои муоинаи муфассали даруни ковокӣ, коркарди ҳамаҷонибаи вай ва муайян кардани носурҳои бронхиалӣ шароит фароҳам оварданд (Расми 7).

Ҳамчунин коркарди пурраи ҳама чинҳои капсулаи фиброзӣ иҷро карда шуд, ки ин барои беҳтар шудани натиҷаҳои табобати осебҳои сӯроҳдори шушҳо мусоидат кард. Дар рафти табобати чарроҳии осебҳои сӯроҳдори шушҳо муяссар шуд, ки даҳонаи (анастомоз) носурҳои калони бронхиалӣ ба осонӣ наздик карда ва баъдан бо кӯкҳои П- ё Z- шакл дӯхта шаванд.

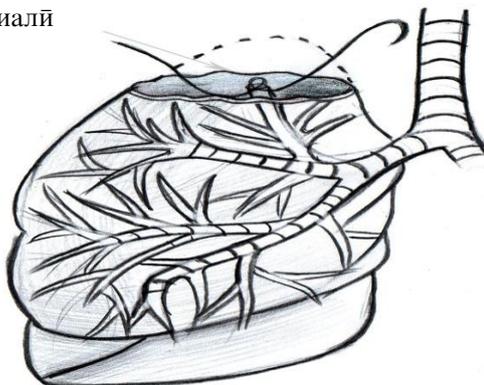
Ковокии каверна



**Расми 7. – Расми схематикии ковокии каверна дар шушҳо бо аз он баромадани носури бронхиалӣ**

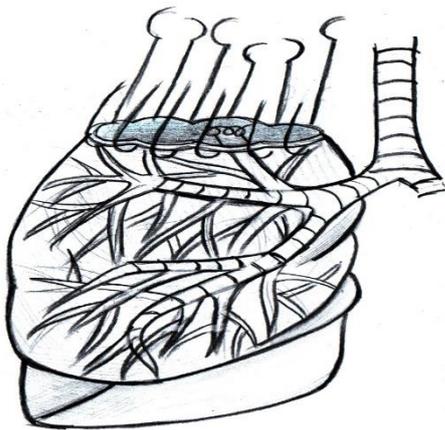
Истифода кардани типҳои муайяни кӯкҳо хатари осебҳои рағҳои калони наздик ва бронхҳо кам мекунад, ки ин барои манипулятсияҳои наздики девораи капсулаи фиброзӣ ниҳоят муҳиманд, ки дар ин ҷо эҳтимоли осеби тасодуфӣ ин сохторҳо имконпазир аст (Расми 8.).

Духтани кундаи носури бронхиалӣ



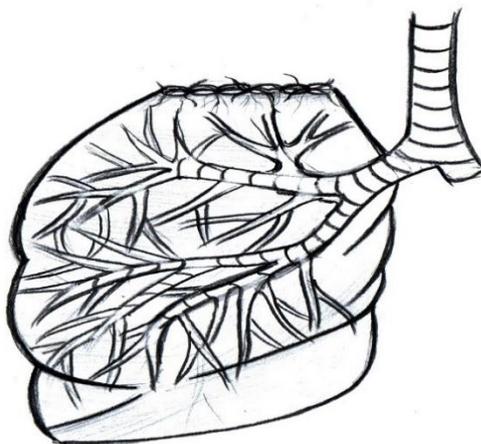
**Расми 8. - Расми схематикии принципи кӯкҳои П- ё Z шакл дар носури бронхиалии ковокии каверна**

Барои аз байн бурдани ковокиҳои боқимондаи каверна мо дарзи фосиладори якқатораро ба қор бурдем, ки лаҳзаи асосии он аз ин иборат буд, ки сӯроҳӣ ва баровардани сӯзан аз тариқи сатҳи бофтаи шушҳо гузаронида шуда, фаро гирифтани капсулаи фиброзиро аз тарафи дарунӣ таъмин мекунад ва канорҳои онро каме ба дарун мекашад, ки ин барои бартараф кардани ковокӣ мусоидат мекунад. Ин равиш бартарафсозии самараноки ковокиро ба даруни капсулаҳои фиброзӣ таъмин мекунад ва аз усулҳои анъанавӣ фарқ мекунад. Хусусиятҳои усул аз он иборат аст, ки дарз на танҳо девораи капсулаи фиброзиро, балки бофтаҳои шушҳои ба он наздикро низ фаро мегирад (Расми 9).



**Расми 9. Расми схематикии принципи дӯхтани ковокии каверна**

Ин усул барои баргараф намудани хатари бурида шудани кӯкҳо ва пайдо шудани ковокии боқимонда мусоидат мекунад. Усули мо барои табобати кавернаҳое, ки дар канор, вале дар болои сатҳ ё дар байни ҳиссаҳои шушҳо қарор доранд, ва дар зери кавернаҳои андозаашон гуногун ҷойгир шудаанд, истифода шудааст.



**Расми 10. - Расми схематикии натиҷаҳои дӯхтани ковокии каверна**

Оризаҳои дохилиҷарроҳӣ дар ягон мушоҳида дида нашуд. Дар давраи наздиктарини пас аз ҷарроҳӣ дар 4 бемор оризаҳои назаррас – тарашшуҳи устувори плевралӣ, дар як бемор пневмония дар тарафи ҷарроҳишуда пайдо шуд. Ҷараёни беориза дар ҷараёни давраи баъдиҷарроҳӣ дар 34 бемор аз 38 бемор ба қайд гирифта шуд.

Пас аз гузаронидани табобати ҷарроҳӣ бо қарори КМТМ қарор қабул карда шуд, ки дар ҳамаи беморон схемаи сар кардашудаи химиотерапия боз дар давоми се моҳи даигар давом дода шавад. Ҳамин тавр, дар охири курси пурраи химиотерапия мо тавонистем, ки конверсияи балғамро дар 68 бемори ҷарроҳишуда ба даст оварем: 31 бемори дорои СДТШ бо кавернаҳои калон ва сершумор, ки дар онҳо дар охири моҳи

сеюми табобат конверсияи балғам ба амал наомад ва 37 бемори дорои СДТШ, ки дар онҳо таъсири химиотерапия дида нашуд.

Дар бемороне, ки ҳассосияти доруиро нисбат ба препаратҳои зиддисилӣ ҳифз карда буданд, амалиёти чарроҳӣ дар 42 ҳолат гузаронида шуд, ки аз онҳо дар 3 (7,1%) бемор оризаҳои пас аз чарроҳӣ ба амал омад. Муоина дар давраи пас аз чарроҳӣ ретсидиви БС-ро дар 2 (4,7%) ҳолат муайян кард. Амалиёти чарроҳӣ ҳамчунин дар беморони дорои тобоварии доруҳо низ дар 26 ҳолат гузаронида шуд, ки аз онҳо дар 4 (15,4%) бемор оризаҳои пасазчарроҳӣ ба мушоҳида расид.

Муоина дар давраи пасазчарроҳӣ ретсидиви БС-ро дар 4 (15,4%) ҳолат муайян кард.

Маълумотҳои ба даст овардаи мо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки самаранокии химиотерапияи беморони дорои СДТШ бо шаклҳои БС ба доруҳо ҳассос 81,7%-ро ташкил медиҳад, дар ҳолате ки дар гурӯҳи беморони идорой БС ба доруҳо тобовар фақат дар 35,6% ҳолатҳо дида шуд.

Таҳлили натиҷаҳои химиотерапия фарқиятҳои назаррасро дар самаранокии табобат вобаста аз ҳассосияти доругии барангезанда ҳангоми БСШ-и паҳншуда нишон дод. Дар байни бемороне, ки ҳассосияти доругии микобактерияҳои бемории силро нигоҳ доштаанд, таъсири табобатӣ дар 81,7%-и ҳолатҳо ба даст оварда шуд. Дар муқобили ин, дар беморони дорои шаклҳои сили ба доруҳо тобовар натиҷаи мусбат хеле кам – дар 35,6% -и ҳолатҳо мушоҳида шуд.

Ҳамин тавр, самаранокии химиотерапия дар беморони дорои СДТШ ба ҳисоби миёна 58,7%-ро ташкил дод. Истифодаи фаъоли амалиёти чарроҳӣ самаранокии табобатро то 96,8% ҳолат баланд бардошт.

## ХУЛОСАҲО

1. Дар байни бемороне, ки ба клиникаи махсуси ММСШҚ ва ҚС барои аз нав таҳқиқи статсионарӣ ва муолиҷа шудан бо ташҳиси пешакии шаклҳои клиникаи СДТШ дохил шуда буданд, вобаста аз монанд будани аломатҳои клиникӣ-рентгенологии аломатҳои бемориҳои деструктивии шушҳо дар давраи солҳои 2018-2022, ташҳиси ниҳии шаклҳои клиникаи СДТШ дар 25,4% -и ҳолатҳо верификатсия шуда буд, дар 74,6% ҳолати боқимонда БФСДТШ муқаррар карда шуд [2-М, 3-М, 4-М, 5-М, 8-М, 10-М, 11-М, 12-М, 13-М].
2. Дар когорти беморони дорои СДТШ синну соли миёна 48 солро ташкил дод, мардҳо (66,0%) бартарӣ дошатнд, аз гурӯҳи синнусолии 36-45-сола (75,5%), асосан (80,9%) сокинони деҳот буданд [2-М, 3-М, 4-М, 5-М, 8-М, 10-М, 11-М, 12-М, 15-М].
3. Дар когорти беморони дорои СДТШ дар 64,9% ҳолат БС фиброзӣ-кавернозӣ ва дар 35,1% ҳолат – ТБС кавернозӣ муайян карда шуд; дар 72,3% ҳолат протсесс яктарафа ва дар 27,7% ҳолат – дутарафа; андозаи кавернҳо дар 61,7% ҳолат миёна, дар 29,8% ҳолат – калон ва дар 8,51% ҳолат азим буданд [2-М, 3-М, 4-М, 5-М, 8-М, 10-М, 11-М, 12-М, 15-М].

4. Дар когорти беморони дорои СДТШ дар дар зиёда аз 50% -и ҳолатҳо шаклҳои ба доруҳо тобовари беморӣ муайян карда шуд; дар 62 бемор (66,0%) бемориҳои ҳамроҳшуда муайян карда шуданд: ВНМО-сироят (6,38%), диабет қанд (12,8%), бемориҳои роҳи ҳозима (31,5%) ва БМОШ (44,7%) [2-М, 3-М, 4-М, 5-М, 8-М, 10-М, 11-М, 12-М].
5. Самаранокии табобати беморони дорои СДТШ 58,7%-ро ташкил медиҳад. Истифодаи фаъоли амалиёти ҷарроҳӣ бо мақсади бартароф намудани сабаби аввалияи СДТШ самаранокии табобатро то 96,8% ҳолат баланд мебардорад [1-М, 4-М, 5-М, 6-М, 7-М, 9-М, 11-М, 14-М].

## **ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

1. Бо мақсади истисно кардани таъхири муайян кардани беморӣ ва верификатсияи ташҳис ҳангоми СДТШ, тавсия карда мешавад, ки таҳқиқоти профилактики скринингии аҳоли ҳамасола як бор дар як сол дар шароити Марказҳои ноҳиявӣ ва маҳаллии саломатӣ тавассути анҷом додани озмоишҳои дохилипӯстӣ бо туберкулин (озмоиши Манту) ва таҳқиқоти флюорографии узвҳои қафаси сина гузаронида шавад.
2. Ҳангоми дар флюорография муайян кардани лонаи шубҳаовар, гузаронидани рентгенограф ияи рақамии шушҳо ҳатмист, бехтараш бо истифода аз зехни сунъӣ, ки дар бисёр кишварҳои дунё мавҷуд аст.
3. Дар сурати пайдо шудани мушкилот ҳангоми ташҳис васеъ кардани таҳқиқот аз ҳисоби ҷалб кардани томографияи компютерӣ ва сканиркунии ултрасадоӣ тавсия карда мешавад, ин имконият медиҳад, ки эҳтимоли дақиқ муайян кардани ташҳис хеле баланд бардошта шавад.
4. Марҳалаи баъдии баланд бардоштани эътимоднокии ташҳиси СДТШ лабораторӣ мебошанд: бактериоскопӣ (микроскопияи балғам барои муайян кардани МБС, серологӣ (таҳқиқоти иммунологии РНГА, ИФА, РФА) ва усулҳои молекулярӣ-генетикии таҳқиқот (GeneXpert, Genotip® MTBDR plus, Genotip® MTBDR sl, таҳқиқоти фенотипӣ дар муҳитҳои ғизоии саҳти Левенштейн-Йенсен ва дар муҳити ғизоии моеъ дар системаи худкори ВАСТЕС MGIT-960 бо тестгузаронӣ ҳассосияти доругӣ), ки айни замон дар сатҳи вилоятӣ дар Марказҳои Ҷимояи аҳоли аз БС дастрасанд.
5. Бо мақсади тақмил додани расонидани ёри босифати тиббӣ ҳангоми СДТШ тавсия карда мешавад, ки ба сифати усули интихобшуда чунин намудҳои амалиёти ҷарроҳӣ иҷро карда шаванд: окклюзияи транс-стерналии бронхи асосӣ, пневмонэктомия, лобэктомия, биллобэктомия, лобэктомия якҷоя бо сегментэктомия, резексияи атипӣ, торакомиопластика.
6. Мо пешниҳоди ратсионализаторӣ оид ба истифодаи равиши нав дар табобатро татбиқ намудем: «Усулҳои нест кардани ковокиҳои боқи-

мондаи бемории сили фиброзӣ-кавернозӣ» (№3541/R1029 аз 07.02.2024), ки моҳияти он дар диссертатсия дақиқ тавсиф шудааст.

### **Феҳристи интишороти оид ба мавзуи диссертатсия**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М] Салихов, О. Х. Клинический случай проведения дифференциальной диагностики осложненного эхинококкоза легких с онко-фтизиопульмонологическими заболеваниями [Текст] / О.Х. Салихов, С.Г. Ализаде // Симург. – 2023. – №19(3). -С. 20-24.

[2-М] Салихов, О. Х. Дифференциальная диагностика осложненного эхинококкоза и туберкулёза легких [Текст] / О.Х. Салихов, С.Г. Ализаде // Симург. – 2023. – №19(3). - С. 167-172.

[3-М] Салихов, О. Х. Пути совершенствования лечения больных с деструктивными формами туберкулёза и осложнённым эхинококкозом легких [Текст] / О.Х. Салихов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2023. - №4. – С. 94-100.

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

[4-М] Салихов, О. Х. Эффективность хирургического лечения туберкулёза легких с множественной лекарственной устойчивостью [Текст] / О.Х. Салихов, Н.С. Нурулхаков, Ш.И. Розиков // Вестник ЦНИИТ: Мат. конф. - 2019. - №1. – С. 128-129.

[5-М] Салихов, О. Х. Диагностика больных с плевритом неясной этиологии [Текст] / О.Х. Салихов, З.С. Шомукимова, Ш.И. Розиков // Тезисы доклада, презентованного на X-ой годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им Абуали ибни Сино (24 апреля, 2014г). – 2014. – С. 167.

[6-М] Салихов, О.Х. Хирургическое лечение больных с рецидивирующим пневмотораксом [Текст] / О.Х. Салихов, А.Дж. Хасанов, З.С. Шомукимова // Сборник трудов российской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом. (Москва, 8 марта, 2015г). – 2015. - С. 198-199.

[7-М] Салихов, О. Х. Диагностическая тактика у больных с плевритом неясной этиологии [Текст] / З.С. Шомукимова, О.Х. Салихов, Ш.И. Розиков, А.Б. Сангинов // Сборник трудов российской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом. (Москва, 8 марта, 2015г). – 2015. -С. 227-228.

[8-М] Салихов, О. Х. Применение раствора гипохлорита натрия в сочетании с лазерным облучением крови при санации абсцессов легких малых размеров [Текст] / О.Х. Салихов, А.Дж. Хасанов, Ш.И. Розиков // Тезисы доклада, презентованного на III Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Наука и ме-

дицина: современный взгляд молодежи», посвященной 25-летию независимости Республики Казахстан. - КНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 21-22 апреля, 2016 года. – 2016. – С. 187-188.

[9-М] Салихов, О. Х. Алгоритми дарёфт, ташхис, табобат ва бистарикунони беморони сирояти нави коронавирус COVID-19/СИЛ [Матн] / А.А. Абдурахимов, Б.К. Икромов, О.Х. Салихов // Маводи конференсияи илмию амалӣ дар мавзуи: “Сирояти коронавирус дар Тоҷикистон: эпидемиология, ташхис ва имконоти муосири табобат”. – Душанбе. - 19 декабри соли 2020. – 2020. – с. 12.

[10-М] Салихов, О.Х. Эффективность диагностики и лечения осложненной эхинококковой болезни [Текст] / О.Х. Салихов, О.И. Бобоходжаев, Б.И. Сафаров // В мат. 71-ой научно-практической конференции с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Инновации в медицине: от науки к практике. -1 декабря 2023 г. – 2023. – Т. 1. - С. 653-654.

[11-М] Салихов, О. Х. Алгоритм диагностики плеврита неясной этиологии в Республике Таджикистан [Текст] / Н.С. Нурулхаков, О.Х. Салихов // В мат. XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 28 апреля 2023 г. – 2023. – Т.1. – С.100.

[12-М] Салихов, О. Х. Эффективность диагностики и тактики лечения внелегочных форм туберкулеза [Текст] / Н.С. Нурулхаков, О.Х. Салихов // В мат. XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 28 апреля 2023 г. – 2023. – Т.1. – С.101.

[13-М] Салихов, О. Х. Диагностика больных с плевритом неясной этиологии [Текст] / Н.С. Нурулхаков, О.Х. Салихов // В мат. XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 28 апреля 2023 г. – 2023. – Т.1. – С.101.

[14-М] Салихов, О. Х. Эффективность лечения деструктивных форм туберкулёза лёгких в Республике Таджикистан [Текст] / Ш.Дж. Рустамзода, О.Х. Салихов, Г.Б. Шарвонова / Мат-лы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня» 3 мая 2024. - 2024. – Т.1. – С. 351.

[15-М] Салихов, О. Х. Заболеваемость некоторыми деструктивными заболеваниями легких и деструктивными формами туберкулеза легких в Республике Таджикистан [Текст] / О.Х. Салихов, Л.Ш. Укуматшоева, П.Ш. Рахматшоева // Материалы научно-практической конференции, посвященная 85-ти летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (72-я годовичная) «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике», с международным участием. 1 ноября 2024 г. - 2024. -Т.1. -С. 337.

## Феҳристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

БСХ – бемории сили ба дору ҳассоснок  
БСТ – бемории сили ба дору тобовар  
ВНМО – вируси норасоии масунияти одам  
ТУТ – Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурусти  
СДТШ – сили деструктивии шушҳо  
РХ – роҳи ҳозима  
МБС – микобактерияи бемории сил  
ТБС – тобоварӣ ба доруҳои сершумор  
БФСДТШ – бемории ғайрисилии деструктивии шушҳо  
ММСШ ва ЧҚС – «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва  
чарроҳии қафаси сина»  
ДЗС – доруҳои зиддисилӣ  
БС – бемории сил  
БСШ – бемории сили шушҳо  
БМОШ – бемории музмини обструктивии шушҳо

**АННОТАЦИЯ**  
**САЛИХОВ ОРЗУ ХАЙБУЛЛОЕВИЧ**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**  
**ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ**

**Ключевые слова:** нетуберкулезные деструктивные заболевания легких, деструктивные формы туберкулеза легких, дифференциальная диагностика, химиотерапия, хирургическая вмешательства.

**Цель исследования.** Изучение сравнительной эффективности существующих и новых подходов к дифференциальной диагностике деструктивных заболеваний лёгких с акцентом на особенности верификации фиброзного и фиброзно-кавернозного туберкулёза, а также эффективности их лечения.

**Материал и методы.** В клинику ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии» в течение 2018-2022 гг. поступило всего 216 больных с предварительным диагнозом исключить деструктивные формы туберкулеза легких (ДТБЛ). После проведения комплексного обследования в клинике Национального центра туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии (НЦТПиГХ) 122 пациентам были выставлены не туберкулезные деструктивные заболевания легких (НТДЗЛ), остальным 94 больным - ДТБЛ. В клинике больным была назначена химиотерапия и по показаниям проведены хирургические вмешательства.

**Полученные результаты и их новизна.** ДТБЛ был верифицирован в 25,4% случаев, в остальных 74,6% случаев были установлены НТДЗЛ. В когорте больных с ДТБЛ средний возраст составил 48 лет с преобладанием мужчин (66,0%) из возрастной группы 36-45 лет (75,5%), преимущественно жителей сельских регионов (80,9%). В когорте больных с ДТБЛ в 64,9% случаев был выявлен фиброзно-кавернозный и в 35,1% случаев - кавернозный ТБЛ; в 72,3% случаев процесс был односторонний и в 27,7% случаев – двухсторонний; размеры каверн были средние в 61,7% случаев, большие - в 29,8% и гигантские – в 8,51% случаев. В когорте больных с ДТБЛ в более чем 50% случаев выявлены лекарственно устойчивые формы болезни; у 62 больных (66,0%) были выявлены сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция (6,38%), сахарный диабет (12,8%), заболевания ЖКТ (31,5%) и ХОБЛ (44,7%). Эффективность химиотерапии больных с ДТБЛ составляет 58,7%. Активное применение хирургических вмешательств повышает эффективность лечения до 96,8% случаев.

**Рекомендации по использованию.** Для совершенствования оказания качественной лечебной помощи при ДТБЛ наряду с химиотерапией рекомендовано выполнить в качестве метода выбора следующие виды хирургических вмешательств: трансстернальная окклюзия главного бронха, пневмонэктомия, лобэктомия, билобэктомия, лобэктомия вместе с сегментэктомией, атипичная резекция, торакомиопластика. Внедрено рационализаторское предложение по применению нового подхода в лечении: «Способ ликвидации остаточной полости фиброзно-кавернозного туберкулеза» (№3541/R1029 от 07.02.2024).

**Область применения:** фтизиатрия.

**АННОТАТСИЯИ**  
**СОЛИҲОВ ОРЗУ ҲАЙБУЛЛОЕВИЧ**  
**САМАРАНОКИИ ТАШХИСИ ТАФРИҚӢ ВА ТАБОБАТИ**  
**ШАКЛҲОИ ДЕСТРУКТИВИИ СИЛИ ШУШҶО**

**Калимаҳои калидӣ:** бемориҳои ғайрисилии деструктивии шушҷо, шаклҳои деструктивии бемории сили шушҷо, ташхиси тафриқӣ, химиотерапия, даҳолати ҷарроҳӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши самаранокии муқоисавии мавҷудбуда ва равишҳои нав нисбат ба ташхиси тафриқии бемориҳои деструктивии шушҷо таваҷҷуҳ ба хусусиятҳои верификатсияи сили фиброзӣ ва фиброзӣ-кавернозӣ, ҳамчунин самаранокии табобати онҳо.

**Мавод ва усулҳо.** Ба клиникаи МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» дар давоми солҳои 2018-2022 ҳамагӣ 216 бемор бо ташхиси пешакии истисно кардани шаклҳои деструктивии сили шушҷо (СДТШ) дохил шуданд. Баъди гузарноидани таҳқиқоти комплексӣ дар МД «Маркази миллии бемориҳои сил, шуш ва ҷарроҳии қафаси сина» (ММСШ ва ЧҚС) дар 122 бемор ташхиси бемориҳои ғайрисилии деструктивии шушҷо (БФСДТШ) гузошта шуд, дар 94 бемори боқимонда СДТШ. Дар клиника барои беморон химиотерапия таъйин ва тибқи нишондод амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағони онҳо.** СДТШ дар 25,4% ҳолат верификатсия шуд, дар 74,6% ҳолати боқимонда БФСДТШ ташхис гузошта шуд. Дар когорти беморони дорои СДТШ синну соли миёна бо бартарии мардҳо (66,0%) аз гурӯҳи синнусолии 36-45-сола (75,5%), сокинони минтақаҳои деҳот бартарӣ доштанд (80,9%). Дар когорти беморони дорои СДТШ дар 64,9% ҳолат БСШ -и фиброзӣ-кавернозӣ ва дар 35,1% -кавернозӣ муайян карда шуд; дар 72,3% протсесс яктарафа буд, дар 27,7% ҳолат – дутарафа; андозаи кавернаҳо (сӯрохҳо) миёна дар 61,7% ҳолат, калон -дар 29,8% ва азим – дар 8,51% ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар когорти беморони дорои СДТШ дар зиёда аз 50% ҳолат шаклҳои ба дору тобовари беморӣ ба назар расид; дар 62 бемор (66,0%) бемориҳои ҳамроҳшуда муайян карда шуд: сирояти ВНМО - (6,38%), диабети канд (12,8%), бемориҳои роҳи ҳозима (31,5%) ва БМОШ (44,7%). Самаранокии химиотерапия дар беморони дорои СДТШ 58,7%-ро ташкил дод. Истифодаи фаъоли амалиёти ҷарроҳӣ самаранокии табобатро то 96,8% ҳолат баланд мебардорад.

**Тавсияҳо барои истифода.** Бо мақсади такмил додани расонидани ёри босифати тиббӣ ҳангоми СДТШ дар баробари химиотерапия ба сифати усули интиҳобшуда иҷро кардани чунин намудҳои амалиёти ҷарроҳӣ тавсия карда шуд: окклюзияи трансстерналии бронхи асосӣ, пневмонэктомия, лобэктомия, билобэктомия, лобэктомия якҷоя бо сегментэктомия, резексияи атипӣ, торакомиопластика. Пешниҳоди ратсионализаторӣ оид ба истифодаи равиши нав дар табобат: «Усулҳои нест кардани ковоқиҳои боқимондаи бемории сили фиброзӣ-кавернозӣ» (№3541/R1029 аз 07.02.2024) татбиқ карда шуд.

**Соҳаи истифода:** силшиносӣ.

**ANNOTATION**  
**SALIKHOV ORZU KHAYBULLOEVICH**  
**EFFICIENCY OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT**  
**OF DESTRUCTIVE FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS**

**Keywords:** non-tuberculous destructive lung diseases, destructive forms of pulmonary tuberculosis, differential diagnostics, chemotherapy, surgical interventions.

**The purpose of the study.** To study the comparative effectiveness of existing and new approaches to the differential diagnostics of destructive lung diseases with an emphasis on the features of verification of fibrous and fibrocavernous tuberculosis, as well as the effectiveness of their treatment.

**Material and methods.** A total of 216 patients with a preliminary diagnosis of destructive forms of pulmonary tuberculosis (DFPT) were admitted to the clinic of the State Institution "National Center for Tuberculosis, Pulmonology and Thoracic Surgery" during 2018-2022. After a comprehensive examination at the clinic of the National Center for Tuberculosis, Pulmonology and Thoracic Surgery (NCTP&TS), 122 patients were diagnosed with non-tuberculous destructive lung diseases (NTDLD), and the remaining 94 patients were diagnosed with DFPT. In the clinic, the patients were prescribed chemotherapy and, if indicated, underwent surgical interventions.

**The results obtained and their novelty.** DFPT was verified in 25.4% of cases, and NTDLD were diagnosed in the remaining 74.6% of cases. In the cohort of patients with NTDL, the average age was 48 years, with a predominance of men (66.0%) from the age group of 36-45 years (75.5%), mainly residents of rural areas (80.9%). In the cohort of patients with DFPT, fibrocavernous TB was detected in 64.9% of cases and cavernous TB in 35.1% of cases; In 72.3% of cases the process was unilateral and in 27.7% of cases – bilateral; the sizes of the caverns were average in 61.7% of cases, large – in 29.8% and giant – in 8.51% of cases. In the cohort of patients with DFTB, drug-resistant forms of the disease were detected in more than 50% of cases; 62 patients (66.0%) were diagnosed with concomitant diseases: HIV infection (6.38%), diabetes mellitus (12.8%), gastrointestinal diseases (31.5%) and COPD (44.7%). The effectiveness of chemotherapy in patients with DFTB is 58.7%. Active use of surgical interventions increases the effectiveness of treatment to 96.8% of cases. **Recommendations for use.** In order to improve the provision of high-quality medical care for DFTB, along with chemotherapy, it is recommended to perform the following types of surgical interventions as a method of choice: transsternal occlusion of the main bronchus, pneumonectomy, lobectomy, bilobectomy, lobectomy with segmentectomy, atypical resection, thoracomyoplasty. A rationalization proposal for the use of a new approach to treatment has been introduced: "A method for eliminating the residual cavity of fibrous-cavernous tuberculosis" (No. 3541 / R1029 dated 02/07/2024).

**Scope:** phthisiology.