

## ОТЗЫВ

официального оппонента к.м.н., Каюмова Хайридин Бобохоновича на диссертацию Абдулаевой Дилором Юсуфовны по теме: «Этиологическая структура, факторы риска развития, особенности клинического течения и диагностика интерстициальных заболеваний лёгких в Республике Таджикистан», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни.

**Актуальность выполненного исследования.** Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – полиэтиологическая группа заболеваний и патологических состояний известной и неизвестной природы, отличающиеся распространенным, двусторонним поражением респираторных отделов легких [Белоусов В.В., 2013; Иванов В.В., 2015; Белоусов С.Ю., 2016; Larsen В.Т., 2017].

При ИЗЛ патогенетические механизмы складываются из формирования пневмонита (альвеолита) с воспалительными инфильтрациями в лёгочной интерстиции различной степени выраженности. В последующем наблюдается формирование симптома «матового стекла», в ранних стадиях, и фиброзное изменение лёгких с развитием картины «сотового легкого», в поздних стадиях заболевания [Larsen В.Т., 2017].

К наиболее чаще встречающимся интерстициальным заболеваниям лёгких относятся гиперчувствительный пневмонит (ГП), идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА), микоплазменный пневмонит (МП), вирусно-бактериальный пневмонит (ВБП), пневмонит при аспергеллезе (АС), ревматоидном артрите (РА), при саркоидозе лёгких (СЛ), пневмоцистной инфекции (ПЦП), при СПИДе, метастатических поражениях лёгких, лейкоэмических инфильтрациях лёгких, туберкулёзе лёгких [Казымова Д.В., 2014; Fischer А., Antoniou К.М., Brovn К.К., 2015].

Наиболее частыми клиническими симптомами ИЗЛ являются: одышка, сухой кашель, кровохарканье, повышение температуры тела, недомогание, боли в мышцах, сердцебиение. Объективно у этих категорий визуализируется



частое дыхание и акроцианоз. Аускультативно в большинстве случаев выслушиваются крепитирующие хрипы, реже — сухие свистящие хрипы [Белова И.Б., 2015; Бобоходжаев О.И., 2018; James P.I., 2017].

Автор указывает, что в Республике Таджикистан остаются пока не выявленными частота и этиологическая структура, региональные факторы риска возникновения, особенности течения ИЗЛ, не скорректированы методы их диагностики.

Диссертант подчеркивает, что в догоспитальном периоде часто обнаруживают ошибочные постановки диагноза и лечение этих пациентов под «маской» других заболеваний, несвоевременная обращаемость и позднее лечение этих пациентов приводят к прогрессированию заболевания и летальному исходу.

**Цель исследования** сформулирована четко. Соответственно поставленной цели определены пять задач, для решения которых выбраны вполне адекватные и современные методы исследования.

**Новизна исследования** и полученных результатов, степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации.

В диссертационной работе Д.Ю. Абдулаевой впервые на основе большого объема данных установлено, что к наиболее часто встречающимся ИЗЛ в РТ относятся: ГП, ИФА, микоплазменная пневмония (МП).

Впервые выявлены региональные факторы риска развития ИЗЛ в Республике Таджикистан: сухой и жаркий климат, растительная пыль (хлопок и зерно); сельскохозяйственные пестициды, промышленные аэрозоли, инфекционные агенты.

Впервые оценена диагностическая значимость интерстициальных поражений лёгких при лейкемии и пневмоцистной пневмонии, отличающиеся быстро прогрессирующим течением, выраженной дыхательной недостаточностью, интоксикационным, анемическим,



иммунодефицитным и гиперпластическими синдромами по сравнению с гиперсенситивным пневмонитом и ИФА.

Впервые установлена высокая корреляционная связь между выраженностью интерстициального поражения лёгких и общим количеством эритроцитов ( $r=0,97$ ;  $p<0,05$ ), лейкоцитов ( $r=0,73$ ,  $p<0,05$ ) и тромбоцитов ( $r=0,77$ ;  $p<0,05$ ) у пациентов с лейкемией, по мере увеличения лейкозной инфильтрации лёгких, степени анемии и тромбоцитопении.

Обнаружены гемокоагуляционные и реологические нарушения у пациентов с ИЗЛ, в основном, связанные с нарастанием гипоксемии, гиперкапнии и нарушения вязкости крови.

Впервые выявлены подавление как клеточного, так и гуморального иммунитета при хроническом течении ГП, ИФА, РФЛ и ПЦП, тогда как у больных с острым течением ГП, ИФА, МП обнаружено достоверное повышение как клеточного, так и гуморального иммунитета.

Обнаружено, что хроническое легочное сердце, в основном, развивалось у пациентов с хроническим течением ГП и ИФА, тогда как у пациентов с ВБП, ПЦП, РФЛ наиболее чаще развивался токсический миокардит, и ни в одном у этих категорий лиц случае хронического лёгочного процесса (ХЛС) не развивалось.

Обнаружены важные рентгенологические различия между ИЗЛ: по локализации, скорости развития пневмонического очага и фибротических изменений: при гиперчувствительном пневмоните зоны «матового стекла» были нежными и локализованы в срединной части лёгких, при ИФА они были более выраженными и расположены в задне-срединных зонах, отличаясь ранним развитием фиброза и картины «сотового легкого»; при лейкемическом пневмоните обнаружены диффузно-мозаичные снижения прозрачности легочной паренхимы по типу «матового стекла», субтотальное расплывчатое затемнение со смещением средостения в противоположную сторону и образованием массивных плевритов без явлений фиброза.



Доказано, что исследование клеточного состава БАЛ при ИЗЛ является редко специфичным: лимфоцитарный тип клеточного состава, в основном, встречался у пациентов с ГП, ИФА, саркоидозом, ПЦП; нейтрофильный тип свидетельствовал об остроте воспалительного и инфекционного процесса в легких, тогда как эозинофильный тип отражал не только степень алергизации, но и степень токсичности при неопроцессе.

**Значимость для науки и практики результатов диссертации, возможные конкретные пути их использования.** Разработанный алгоритм ранней диагностики ИЗЛ, включающий комплексную оценку клинических, лабораторных и рентгенологических показателей, позволяет в кратчайшие сроки предположить интерстициальное поражение легочной ткани и своевременно назначить дообследование (компьютерную томографию высокого разрешения органов грудной клетки), что в свою очередь приведет к снижению количества диагностических ошибок и летальных исходов.

**Внедрение результатов работы в практическое здравоохранение.** Разработанный алгоритм ранней диагностики ИЗЛ внедрен в работу отделения пульмонологии ГУ НМЦ РТ, а также в учебный процесс на кафедре внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

По материалам диссертации опубликовано 28 работ, 6 статьи в рецензируемых журналах ВАК при Президенте РТ.

**Оценка содержания диссертации.** Диссертация построена по традиционному принципу, изложена на 162 страницах машинописи и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя, включающего 308 источников, из них 191 - на русском и 117 - на английском языках. Диссертация иллюстрирована 15 таблицами, 18 рисунками. Приведены 4 клинических примеров.

**Во введении** обоснована актуальность темы, сформулированы цель и задачи исследования, обосновывается научная новизна и практическая



значимость работы, отражено внедрение результатов исследования в практику.

**Обзор литературы** написан обстоятельно, с глубокой проработкой отечественной и зарубежной литературы, представлен анализом распространенности, факторов риска развития, клинических проявлений, принципов диагностики ИЗЛ.

**В главе II**, посвященной материалам и методам исследования, представлен дизайн исследования. В исследование вошли 616 пациентов с ИЗЛ, в возрасте от 18 до 73 лет, поступивших в терапевтические отделения ГУ НМЦ РТ. В основном, преобладали пациенты мужского пола в возрасте от 40-50 лет. Жители села, страдающие ИЗЛ, почти в 2 раза преобладают над жителями, проживающими в городе.

На догоспитальном этапе пациенты с ИЗЛ лечились ошибочными диагнозами: пневмония (40,9%), бронхопневмония (42,3%), туберкулёз лёгких

**В III главе**, включающей результаты собственных исследований, представлена общая клиническая характеристика пациентов с ИЗЛ.

Автором установлена этиологическая структура и частота пациентов с ИЗЛ. Из 616 пациентов с ИЗЛ гиперсенситивная пневмония (ГП) (21,5%) и идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) (20,2%) и микоплазменная (20,0%) (МП) диагностированы чаще; различные формы лейкоза (РФЛ) (12,5%), вирусно-бактериальная пневмония (ВБП) (10,2%) занимали второе место, тогда как остальные заболевания встречались достаточно редко: пневмоцистная пневмония без ВИЧ инфекции (ПЦП) (7,0%); саркоидоз (3,4%), аспергиллёз (2,7%), ревматоидный артрит (2,2%).

При ИЗЛ достаточно глубоко проработаны данные аллергологического анамнеза, особенности клинических проявлений, показателей иммунологических, рентгенологических, вентиляционных исследований. Рассмотрены результаты исследования бронхоальвеолярного смыва в зависимости от клинических форм ИЗЛ.



**Глава IV** посвящена проблемам изучения гемокоагуляционных и иммунологических нарушений, микробиологической структуре мокроты, морфофункционального состояния сердца, состояния БАЛ и ФВД, рентгенологических особенностей ИЗЛ.

Автором диссертации в этой главе даны приемлемые в практике методы дифференциальной диагностики.

**Главы иллюстрированы** клиническими примерами, что значительно дополнило материал диссертации.

«**Заключение**» написано четко, с полным объяснением полученных результатов, сопоставленных с литературными данными. Содержание автореферата и опубликованных работ соответствует материалам диссертации. Принципиальных замечаний по оформлению и существу диссертации нет.

Таким образом, диссертационная работа Абдулаевой Дилором Юсуфовны на тему: «Этиологическая структура, факторы риска развития, особенности клинического течения и диагностика интерстициальных заболеваний лёгких в Республике Таджикистан», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни, является завершённой научно-квалификационной работой, в которой содержится новое решение актуальной задачи по выделению дифференциально-диагностических критериев ИЗЛ с использованием компьютерной томографии высокого разрешения органов грудной клетки, алерго-иммунологических методов исследования в Республике Таджикистан, имеющей важное значение для лечения внутренних болезней. По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Абдулаевой Дилором Юсуфовны полностью соответствует требованиям раздела 3, п. 31, 34 «Порядок присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года №267, предъявляемым к



диссертациям на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни, а сам автор заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук

Официальный оппонент  
старший ассистент кафедры терапии,  
Таджикского национального университета  
кандидат медицинских наук



*X. B. Kaevomov*

Каюмов Х.Б.

Подпись заверяю,  
Начальник управления кадров и спецчасти  
Таджикского национального университета



*[Signature]*

Контактная информация: Таджикский национальный университет  
Адрес: 734025 Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 17,  
Тел.: (+992-37)221-77-11  
Факс: (+992-37)221-48-84  
E-mail: [tgnu@mail.ru](mailto:tgnu@mail.ru)  
Официальный сайт: <http://tnu.tj>

*05.09.2022*