

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХАСАНОВ АЗИЗ ҚОСИМОВИЧ**

**ЎПКА ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ  
ДАВОЛАШ УСУЛИ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Хасанов Азиз Қосимович**

Ўпка йирингли касалликларини миниинвазив  
даволаш усули..... 5

**Хасанов Азиз Қосимович**

Малоинвазивный метод лечения гнойных  
заболеваний легких ..... 21

**Xasanov Aziz Qosimovich**

Minimally invasive method of treatment of  
purulent lung diseases ..... 39

**Эълон қилинган нашрлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
Lists of published works ..... 43

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХАСАНОВ АЗИЗ ҚОСИМОВИЧ**

**ЎПКА ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ  
ДАВОЛАШ УСУЛИ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2021**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2019.2.PhD/Tib990 рақами билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифанинг (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:** Сафоев Бакодир Барноевич  
тиббиёт фанлари доктори

**Расмий оппонентлар:** Хамидов Магомед Ахмедович  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
(Россия Федерацияси)

Уроков Шухрат Тўхтаевич  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:** Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий  
тиббиёт маркази

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «8» июн куни соат 14<sup>00</sup> даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (021 рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2021 йил «23» июн куни тарқатилди.  
(2021 йил «23» июн даги 16 рақамли реестр баённомаси).



**А.Ш. Иноятов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д.Н. Ачилова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

**Н.А. Нуралиев**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, «...барча йирингли-жарроҳлик патологиялар орасида ўпка ва плевранинг йирингли-деструктив касалликлари 10-18% ни ташкил қилади, ногиронлик ва ўлим даражаси бўйича улар 4-ўринни эгаллайди»<sup>1</sup>. Ўпка йирингли касалликлари диагностикаси ва давоси бугунги кунда ҳам ўз долзарблигини йўқотмаган, чунончи ушбу касалликларни турли даволаш усуллари, шу жумладан миниинвазив усулларни қўллаш ҳамда соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш зарурат ҳисобланади. «...Ўпка ва плевранинг йирингли-деструктив касалликларида уларнинг оғирлигига қараб ўлим даражаси 2,1% дан 35,6% гачани, гангреноз абцессларда 23,4% дан 74,1% » гачани ташкил қилади<sup>2</sup>. Бугунги кунда миниинвазив усулларни қўллаган ҳолда беморларни даволаш самарадорлигини ошириш долзарб вазифа бўлиб ҳисобланади.

Жаҳон миқёсида ҳозирги вақтда етук мутахассислар томонидан ўпканинг ўткир йирингли-деструктив касалликлари пайдо бўлишининг патогенетик механизмларини ўрганиш бўйича тадқиқотлар олиб бориш билан бир вақтда, тадқиқотчилар томонидан ўпканинг ўткир йирингли-деструктив касалликларини даволаш мақсадида бронхоскопик санация қилиш усулларини такомиллаштириш ҳамда замонавий хирургик даволаш усулларида миниинвазив йўл билан йирингли ўчоқларни трансторакал, трансторакал дренажлаш усулларини қўллаш билан даволаш натижаларини яхшилаш, жаҳондаги олимларининг бугунги кундаги замонавий асосий илмий ёндошувларидан ҳисобланади. Бу йўналишда охириги йилларда эришилган ютуқларга қарамадан ўпканинг йирингли касалликларини даволаш хирургиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Ҳанузгача эришилган натижалар амалиёт шифокорларини тўлиқ қониқтирмайди. Шу муносабат билан ўпка йирингли-деструктив касалликларини даволашнинг самарали ва кам шикастлайдиган усулларини излаш, янги, миниинвазив технологияларни ривожлантириш устувор вазифалардан бири бўлиб қолмоқда.

Мамлакатимизда ҳозирги вақтда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини тубдан яхшилаш ва турларини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чоралар кўриломоқда. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегиясида «...аҳолининг заиф тоифаларига, уларнинг ҳаёт тарзини яхшилашни таъминлаш учун тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини

<sup>1</sup>Lopez-Campos JL, Miravittles M, de la Rosa Carrillo D, Cantón R, Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA. Current Challenges in Chronic Bronchial Infection in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease // J. Clin Med. – 2020. - N28;9(6). – P.1639.

<sup>2</sup>Troy L.K., Grainge C., Corte T.J., Williamson J.P. Diagnostic accuracy of transbronchial lung cryobiopsy for interstitial lung disease diagnosis (COLDICE): a prospective, comparative study // Lancet Respir Med. – 2020. - N8(2). - P.171-181.

ривожлантириш ва такомиллаштириш...»<sup>3</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу йўналишда, хусусан, ўпка абсцесси билан касалланган беморларни даволаш сифатини оширишда ижобий натижаларга эришилган бўлсада, Шу билан бирга, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун шу соҳа мутахассислари учун муҳим муаммо бўлган ўпка йирингли касалликларини жарроҳлик йули билан даволашнинг янги усуллари самарадорлигини яхшилаш учун, илмий асосланган янги даволаш усуллари ишлаб чиқишни талаб қилинмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ва 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Йирингли ўпка касалликлари, шу жумладан ўпканинг ўткир ва сурункали абсцесслари торакал хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ўпка абсцесслари билан касалланган беморлар сони барча ўткир йирингли ўпка касалликларининг 35-40% ини ташкил қилмоқда ва касаллик кўпайиши давом этмоқда. Zaizen Y. (2019) фикрига кўра, дунёнинг аксарият мамлакатларида ўпканинг йирингли-септик касалликлари камайиш кўрсаткичлари мавжуд эмас, муҳими, ўпка ўткир йирингли-деструктив касалликларининг оғир ва асоратланган шакллари билан касалланганлар сони кўпаймоқда.

Йирингли-деструктив жараёнларнинг сурункали босқичга ўтиши кўпинча анатомик тузилишларнинг йўқолиши, сўнгра пневмоцирроз шаклланиши ва натижада беморнинг танатогенезида катта рол ўйнайдиган ўпка юрак этишмовчилигининг ривожланиши билан бирга келади (Otsuji K. et. al., 2019). Ўткир ўпка абсцесс ва плеврал эмпиемасини даволаш муаммоси мураккаб бўлиб қолмоқда, олинган натижалар ҳар доим ҳам шифокорларни қониқтирмайди. Mendez R. (2019) тадқиқотларида даволашдан сўнг ўпкада кўпинча асорат қолади, беморларнинг учдан бирида бу жараён ўткирдан сурункали ҳолатга ўтади ва 11,7% ҳолларда касаллик қайталаниши содир бўлади. Меҳнатга лаёқатсизлик даволаниш вақтида 40 кундан 70 кунгачани ташкил қилади. Шунинг учун ўткир ўпка

---

<sup>3</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисидаги» ПФ-4947-сонли фармони.

абцессларини даволашнинг турли усулларидадан фойдаланиш ва самарадорлигини ўрганиш, уларни такомиллаштириш долзарб бўлиб, катта ижтимоий аҳамиятга эга.

Даволаш жараёни учун замонавий антибактериал дорилар ва антисептиклардан нотўғри фойдаланиш касалхоналарда антибиотикларга резистентлиги юқори бўлган патоген микроорганизмлар штамmlарининг пайдо бўлишига олиб келмоқда. Шу муносабат билан, ҳозирги вақтда касалликнинг этиопатогенетик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда умумий ва маҳаллий антибиотик терапиясини ўз ичига олган консерватив даво тактикаси ҳар доим ҳам самарали эмас (Feki W. et al., 2019).

Бронхоскопик санациядан фойдаланиш бронхлар ички деворининг ёпилмаслиги учун даволашнинг самарали усули ҳисобланиб, абцессинг кейинги ривожланишига йўл қўймайди. Шаклланган абцесларда йирингли ўчоқларни турли хил йўллар билан дренажлаш самарали бўлади. Дробязгин Е.А. (2020) фикрига кўра, ўпка йирингли бўшлиқларини дренажлашнинг кўплаб маълум бўлган усуллари доимо етарлича самарали эмас, қиммат ёки махсус жиҳозларни талаб қилади, асоратлар ҳам етарлича, бу уларнинг кенг қўлланилишини чеклайди. Сўнгги йилларда даволаш тадбирлари комплексига миниинвазив жарроҳлик усуллари киритилди: микротрахеостомия ва бронхлар вақтинча окклюзияси, бу даволаш натижаларини яхшилашга, асоратлар сонини камайтиришга ва даволаниш муддатини қисқартиришга ёрдам берди. Шу билан бирга илмий манбаларда дренажлаш ва санация қилишнинг турли усуллари самарадорлиги тўғрисида қарама-қарши маълумотлар мавжуд, уларнинг қўлланилиши учун кўрсатмалар аниқ белгиланмаган. Буларнинг барчаси дренажлаш ва санация қилишнинг камроқ шикастлантирадиган усуллардан фойдаланиш зарурлигини кўрсатади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 02.2019.PhD.044-сонли «Бухоро ҳудуди иссиқ иқлими шароитида патология олди ва патологик ҳолатларни эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш» (2017-2021 й.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** беморларда ўпка йирингли касалликларини миниинвазив усул ёрдамида даволаш ва унинг натижалари самарадорлигини оширишдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари** қуйидагилардан иборат:

йирингли ўпка касалликлари билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усули натижаларини таҳлил қилиш;

йирингли ўпка касалликлари бўлган беморларда йирингли бўшлиқнинг трахеобронхиал дренажидан фойдаланиш самарадорлигини баҳолаш;

турли миниинвазив ва анъанавий даволаш усуллари натижаларини қиёсий баҳолаш;

тадқиқот натижаларини қиёсий таҳлил қилиш асосида, ўпканинг йирингли касалликлари билан оғриган беморларни даволашнинг кам жароҳатли, миниинвазив оптимал усулини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази йирингли жарроҳлик бўлимида даволанган 172 нафар ўпканинг ўткир йирингли касалликлари билан касалланган беморлар бўлган.

**Тадқиқотнинг предмети** йирингли ўпка касалликлари бўлган беморларда консерватив даво натижалари билан ва йирингли бўшлиқларни трахеобронхиал дренажлашнинг турли хил усулларини, янги назотрахеобронхиал усул билан таҳлил қилишдан иборат бўлган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш учун қуйидаги тадқиқот усулларидан фойдаланилган: клиник, инструментал (рентген, бронхоскопик), бактериологик, цитологик ва статистик усуллар.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

йирингли ўпка касалликларини даволаш комплексида назотрахеобронхиал дренажлаш усулидан фойдаланиш даволаш натижаларига ишонарли ижобий таъсир кўрсатиши, йирингли бўшлиқлар инфекциядан тозаланишини тезлаштириши, абсцесс бўшлиғининг кичрайиши, даволаш давомийлигини камайтириши исботланган;

ўпканинг йирингли касалликлари билан оғриган беморлар балғамидан *Staphylococcus aureus* монокультура ва ассоциация шаклларида кўп идентификация қилиниб, бошқа грамманфий ва граммусбат патоген микроорганизмларга нисбатан этиологик агент сифатида учраши аниқланган;

назотрахеобронхиал дренажнинг мақсадли антибактериал терапия билан биргаликда қўлланилишидан фойдаланиш бемор қонида кислород билан тўйинганлик индексининг анъанавий даволашга нисбатан тезроқ барқарорлаштириши аниқланган;

йирингли ўпка касалликлари билан касалланган беморларни даволашда йирингли бўшлиқларни назотрахеобронхиал катетеризация қилиш усули ишлаб чиқилган бўлиб, бу кам жароҳатли ва миниинвазив усул сифатида касаллик салбий оқибатларини қисқа вақт ичида камайтиришга имкон берганлиги аниқланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

йирингли ўпка касалликлари билан касалланган беморларни анъанавий усул билан антибиотик терапия, этиопатогенетик ва симптоматик даволаганда, йирингли бўшлиқларни микроорганизмлардан кеч тозаланиши, йирингли бўшлиқ ўлчамининг кичрайиш давомийлигининг секин кечиши ва касалхонада даволаниш ўртача давомийлиги етарлича камаймаслиги исботланган;

микротрахестомия орқали ўпканинг йирингли бўшлиғини транстрахеал дренажлаш микротрахестомия атрофидаги юмшоқ тўқималар йиринглаши, операциядан кейинги бронхоспазм, трахеобронхит, овоз бўғилиши ва микротрахеостомик катетернинг тушиб кетиши каби асоратларга олиб келиши исботланган;

назотрахеобронхиал санацияни қўллаш методикаси ҳамда санацияни тўхтатишга ва эндотрахеобронхиал катетерни олиб ташлашга кўрсатмалар йирингли бўшлиқлар ҳажмининг пасайиши, шунингдек йирингли яллиғланиш жараёнининг регрессиясининг рентгенологик белгилари эканлиги аниқланган;

назотрахеобронхиал дренажлаш усули билан даволаш бошқа анъанавий усуллар билан таққослаганда йирингли бўшлиқлар ҳажми кичрайиши ва тўқима сатурацияси кўрсаткичлари ошиши билан тавсия этилаётган миниинвазив усулнинг юқори тиббий самарадорлиги асосланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот объектлари сони етарлилиги, клиник, инструментал (рентген, бронхоскопик), бактериологик, цитологик ва статистик усуллар ёрдамида ишланганлиги, шунингдек, олинган натижаларнинг халқаро ҳамда маҳаллий илмий манбалар билан таққосланганлиги, хулоса, ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти йирингли ўпка касалликларини даволаш комплексида назотрахеобронхиал дренажлаш усулидан фойдаланиш даволаш натижаларига ижобий таъсир кўрсатиши, йирингли бўшлиқлар инфекциядан тозаланишини тезлаштириши, абсцесс бўшлиғи кичрайиши, даволаш давомийлиги камайиши, тавсия этилган усулнинг бемор қонида кислород билан тўйинганлик индексининг анъанавий даволашга нисбатан икки баравар тезроқ барқарорлаштириши, салбий оқибатларнинг қисқа вақт ичида камайтиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Ишнинг амалий аҳамияти йирингли ўпка касалликлари ташхисланган беморларни анъанавий даволаш йирингли бўшлиқларни инфекциядан кеч тозаланиши, йирингли бўшлиқ ўлчамининг кичрайиш давомийлиги узайиши, касалхонада даволаниш ўртача давомийлиги камайиши, назотрахеобронхиал дренажлаш усули билан даволаш бошқа анъанавий усуллар билан таққослаганда йирингли бўшлиқлар ҳажми кичрайиши ва тўқима сатурацияси кўрсаткичлари ошиши, шунингдек тавсия этилаётган миниинвазив усулнинг юқори тиббий самарадорлигидан далолат бериши билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Йирингли-деструктив ўпка касалликлари билан касалланган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

bronхиал оқма билан асоратланган ўпка йирингли касалликларини даволашда йирингли ўчоқни трансрахеал дренажлаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Бронхиал оқма билан асоратланган ўпка йирингли касалликларини даволашда йирингли ўчоқни трансрахеал дренажлаш самарадорлиги» номли услубий тавсияномаси (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 24 ноябрдаги 8н-д/199-сон маълумотномаси) тасдиқланган. Тавсия этилган тавсиялар йирингли бўшлиқлар ҳажмининг пасайиши ва йирингли яллиғланиш жараёнининг

регрессияси туфайли ўпканинг йирингли-деструктив касалликлари билан жарроҳлик даволаш сифатини оширишга имкон берган;

бронхиал оқма билан асоратланган ўпка йирингли касалликларини даволашда ўпкани назотрахеобронхиал дренажлаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Бронхиал оқма билан асоратланган ўпка йирингли касалликларини даволашда ўпкани назотрахеобронхиал дренажлаш» номли услубий тавсияномаси (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 24 ноябрдаги 8н-д/199-сон маълумотномаси) тасдиқланган. Мазкур тавсиянома йирингли бўшлиқларни инфекциядан тозалашни тезлаштириш, абсцесс бўшлиғининг кичрайиш вақтини қисқартириш ва даволаниш давомийлигини қисқартириш имконини берган;

йирингли-деструктив ўпка касалликлари билан касалланган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Жондор туман тиббиёт бирлашмаси, Когон тиббиёт бирлашмаси ва Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиали амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 21-декабрдаги 8н-з/202-сон маълумотномаси). Даволашнинг тавсия қилинган тактикасидан фойдаланиш йирингли бўшлиқлар ҳажми камайиши, инфекциядан тозалашни тезлаштириши, даволашнинг ўртача давомийлиги икки баравар қисқартиришига имкон берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 3 та илмий-амалий анжуманда, жумладан, 2 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг таркиби ва ҳажми.** Диссертация кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 101 бетни ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ҚИСМИ**

**Кириш** қисмида диссертация ишининг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодаланган, илмий янгилиги ва натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти келтирилган, иш натижаларини апробацияси ва чоп этилганлиги, диссертациянинг ҳажми ва таркиби ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг «**Ўпканинг йирингли касалликлари билан касалланган беморларни этиопатогенези ва даволашнинг долзарб ҳолати: адабиётлар шарҳи**» деб номланган биринчи бобида ушбу

муаммонинг ҳозирги ҳолати маҳаллий ва хорижий адабиётлар маълумотлари асосида таҳлил қилинган. Ўпканинг йирингли-деструктив касалликлари учраш даражаси ва ушбу касалликни жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий ёндашувлари тўғрисида маълумотлар келтирилган, дренажлашда бронхоскопик аралашувларнинг кенг қўлланилишини тасдиқловчи далиллар келтирилган. Консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари самарадорлигини баҳолаш бўйича саволлар кўриб чиқилган. У кейинги ўрганиш масалаларига бағишланган бобнинг қисқача хулосаси билан яқунланган.

Диссертациянинг «**Клиник материалларнинг хусусиятлари, тадқиқот ва даволаш усуллари**» деб номланган иккинчи бобида беморларнинг клиник хусусиятлари берилган ва уларни даволаш воситалари, усуллари, клиник-лаборатор ва инструментал текшириш усуллари баён этилган.

Бронхиал оқма билан асоратланган ўпканинг ўткир йирингли касалликларига чалинган, 172 нафар беморни текшириш ва даволаш маълумотлари таҳлил қилинган. Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази касалхонасидаги 2009-2019 йиллар давомида даволанган беморлар тадқиқотларга жалб қилинган.

Барча беморлар, даволаш услубига қараб, 2 гуруҳга бўлинган: I - назорат гуруҳи ва II - асосий гуруҳ (1-жадвал).

#### 1-жадвал

#### Беморларни даволаш турига қараб тақсимланиши

Беморлар гуруҳлари	Даволаш усули
Назорат гуруҳи I гуруҳ (n=134)	А – консерватив, антибактериал, умумий кувватловчи ва симптоматик даволаш усули (n=42) Б – консерватив даво ва бронхоскопик санация (n=68) В – консерватив даво билан йирингли бўшлиқни транстрахеал дренажлаш (n=24)
Асосий гуруҳ II асосий гуруҳ (n=38)	консерватив даво билан йирингли бўшлиқни назотрахеобронхиал дренажлаш усули.

Биринчи назорат гуруҳидаги 134 нафар беморнинг 77 (57,5%) нафарига йирингли бўшлиқ ўнг ўпкада жойлашган бўлса, 57 (42,5%) нафар беморларда чап ўпкада жойлашиши кузатилган. II гуруҳдаги 38 нафар беморнинг 22 (57,9%) нафарида ўнг ўпкада жойлашган бўлса, 16 (42,1%) нафар беморнинг чап ўпка томонида йирингли бўшлиқлар аниқланган.

Шуни таъкидлаш керакки, ўткир абсцеслар билан касалланган беморларнинг 80% и пневмониянинг асорати туфайли юзага келган.

Назорат ва асосий гуруҳдаги барча текширилган беморлар 60% гача оғир ва 40% гача ўртача оғирликдаги ҳолатда мурожаат қилишган. Улар қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилишган: ҳавонинг етишмаслик ҳисси, йўтал, йирингли балғам чиқиши, нафас қисилиши, доимий юқори ҳарорат.

Объектив текширувлар натижасида уларда нафас қисилиши, цианоз, тахикардия ва умумий ҳолсизлик, 35% ҳолатда мажбурий ҳолат ва тана ҳарорати доимий равишда юқори бўлганлиги кузатилган.

Клиник текширув усуллари бронхдаги абсцеснинг дренажланиши ёки унинг обструкцияси, интоксикация, нафас олиш етишмовчилиги, сепсис белгиларини аниқлашга қаратилган. Барча беморларда қоннинг комплекс текшируви ўтказилган, қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари аниқланган, сийдикнинг умумий таҳлили ўтказилган, ЭКГ ўтказилган. Ёндош касалликлари аниқланганда, беморларга тегишли мутахассислар томонидан маслаҳат берилган ва ихтисослаштирилган текширувлар ўтказилган. Периферик қоннинг умумий таҳлили CELL-DYN 3700 (АҚШ) автоматик қон анализаторида оч қоринга ёки мурожаат қилган кун бўлса, енгил нонушта қилгандан кейин бир соат ўтгач ҳамда даволанишнинг кейинги еттинчи ва ўн тўртинчи кунлари ўтказилган. Лейкоцитоз ва лейкоцитар формулага эътибор берилган. Шунингдек, лейкоцитлар интоксикация индекси (ЛИИ) - нейтрофилларнинг лимфоцитларга, моноцитларга ва эозинофилларга нисбати ва лимфоцитар индекси (ЛИ) алоҳида баҳоланган.

Балғамнинг микробиологик таҳлилида кўзгатувчилар тури ва сонини баҳолаш билан, унинг турли антибиотикларга таъсирчанлигини аниқлаш амалга оширилган. Эндоген интоксикация даражаси ўртача молекуляр оғирликдаги пептидлар (МСМ) ҳажми 210 нм тўлқин узунлигидаги спектрометрия билан баҳоланган.

Тўқималар ва танадаги гипоксия даражасини аниқлаш учун сатурация ( $SpO_2$ ) пулсоксиметр ёрдамида ўрганилган.

Барча материалларни статистик ишлаш анъанавий вариацион статистика усулларида фойдаланиб, амалга оширилган.

Диссертациянинг «**Ўпка йирингли касалликларини анъанавий даволаш натижалари**» деб номланган учинчи бобида ўпканинг йирингли касалликлари бўлган беморларни анъанавий даволаш самарадорлиги келтирилган.

I гуруҳга турли хил этиологияли ўпканинг йирингли касалликларига чалинган 134 нафар бемор кирган. Улардан 69 нафари (51,5%) ўткир абсцесс билан, 33 нафари (24,6%) сурункали абсцеснинг кўзиши билан, 32 (23,8%) нафар бемор паразитар кистани олиб ташлагандан сўнг қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши билан мурожаат қилган. Таъкидланганидек, назорат гуруҳидаги барча текширувдан ўтган беморлар аксарият ҳолларда 60% оғир аҳволда ва 40% ўртача оғирлик ҳолатида ётқизилган. Уларнинг барчаси қуйидаги шикоятлар билан қабул қилинган: ҳаво етишмаслиги, қўланса ҳидли йўтал (30%), йирингли балғам чиқиши, жисмоний зўриқишда нафас сиқишининг кучайиши, доимий равишда юқори ҳарорат, терлаш, умумий ҳолсизлик.

Объектив текширувда қуйидагилар аниқланган: нафас қисилиши, цианоз, тахикардия, ҳолсизлик, 35% ҳолларда тананинг мажбурий ҳолати, тана ҳарорати доимий равишда юқори бўлиши.

I А кичик гуруҳида йирингли ўпка касалликлари бўлган беморлар организмнинг интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилишда

қуйидаги ўзгаришлар аниқланган. Даволанишнинг биринчи кунда беморларнинг тана ҳарорати ўртача  $39,1 \pm 0,07^{\circ}\text{C}$  ни, қон лейкоцитларининг таркиби ўртача  $12,8 \pm 0,54 \times 10^9/\text{л}$  ни ташкил этган. Худди шу тарзда, ЛИИ ва ЭЧТ кўрсаткичлари юқорилиги қайд этган. Даволашнинг учинчи кунда тана ҳарорати кўрсаткичлари  $39,1 \pm 0,07^{\circ}\text{C}$  дан  $38,6 \pm 0,03^{\circ}\text{C}$  гача пасайган, қон лейкоцитлари кўрсаткичи ўртача  $11,03 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$  га камайган. Ўрта молекулаларнинг ҳажми ўртача  $0,187 \pm 0,01$  бирликни ташкил этган. Даволанишнинг ўн тўртинчи кунга келиб, бу рақамлар, янада камайишга мойил бўлишига қарамай, меъёрдан юқори бўлиб қолган. Даволанишнинг йигирманчи кунга келиб ЭЧТ дан ташқари, қоннинг таҳлил қилинган барча интоксикация кўрсаткичлари нормаллашган.

Ўпкада йирингли жараёни баҳолашнинг навбатдаги характерли меъзонларидан бири микроорганизмлар билан ифлосланиш даражасини, микрофлоранинг турини аниқлаш бўлган. Йирингли ўпка касалликлари билан касалланган беморларнинг балғамидан олинган микрофлоранинг тури аниқланган.

Кўпгина ҳолларда, 42 нафар беморда *Staphylococcus aureus* 24 нафарда аниқланган, улардан 15 таси (62,5%) монокультура шаклида ва 9 таси (37,5%) ассоциация кўринишида учраган. 11 та (26,1%) ҳолатда *Streptococcus pneumoniae*, 4 та (9,5%) ҳолатда *Escherichia coli* аниқланган. *Proteus spp* 2 нафар (4,7%) беморда кузатилган. Кейинчалик 5 та (11,9%) ҳолатда *Streptococcus haemolyticus* идентификация қилинган, *Pseudomonas aeruginosa* 3 нафар (7,1%) беморда аниқланган.

Рентген тасвирлари ва кўкрак қафаси МСКТ таҳлил қилинганда, I А кичик гуруҳдаги беморларда кузатув давомида йирингли ўчоқ бўшлиғининг ҳажми ўртача  $6,72 \pm 0,26$  см ни ташкил қилиб, мунтазам камайганлиги аниқланган, аммо бўшлиқнинг кичрайиш даражаси сезиларли даражада суст бўлган. Даволашнинг йигирманчи кунгача бўшлиқларнинг ўртача ҳажми  $3,4 \pm 0,36$  см ни ташкил этган, бу бошланғич катталиқдан 50,6% пасайишига тўғри келган.

Қабул куни I А кичик гуруҳидаги беморларда  $\text{SpO}_2\%$  кўрсаткичлари меъёрдан ( $92,06 \pm 0,08\%$ ) сезиларли даражада кам бўлган. Даволаш пайтида  $\text{SpO}_2\%$  кўрсаткичи секин суратларда нормаллашган. Даволашнинг учинчи кунда сатурация кўрсаткичининг динамик ўсиши сезиларли даражада кузатилмаган. Даволашнинг 6-7 кундан бошлаб  $\text{SpO}_2\%$  кўрсаткичининг ижобий динамикаси кузатилиб, ўртача  $92,96 \pm 0,11\%$  га етган, сатурация кўрсаткичи биринчи кунга қараганда 0,9% гача кўтарилган, кейинчалик йигирманчи кунга нисбатан динамик ўсиш кузатилиб,  $94,67 \pm 0,12\%$  га етган, бу бошланғич кўрсаткичлардан 2,6% га сезиларли даражада фарқ қилган.

I А кичик гуруҳида стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги  $22 \pm 1,4$  кун бўлган.

Назорат гуруҳининг I Б кичик гуруҳидаги йирингли ўпка касалликлари билан касалланган беморлар организмнинг интоксикацияси кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилишда қуйидаги ўзгаришлар аниқланган: даволашнинг биринчи кунда беморлар тана ҳарорати ўртача  $39,2 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$

бўлган. Қон лейкоцитлари таркиби ўртача  $12,19 \pm 0,36 \times 10^9/\text{л}$  ни ташкил этган. Ўрта молекулаларнинг ҳажми ўртача  $0,223 \pm 0,004$  бирлик бўлган, худди шу тарзда ЛИИ ва ЭЧТ ўсиши қайд этилган. Даволашнинг учинчи кунда тана ҳарорати кўрсаткичлари  $39,2 \pm 0,05^\circ\text{C}$  дан  $38,16 \pm 0,07^\circ\text{C}$  гача пасайиши қайд этилган, қон лейкоцитлари сони ўртача  $10,66 \pm 0,33 \times 10^9/\text{л}$  га камайган. Ўрта молекулаларнинг ҳажми ўртача  $0,194 \pm 0,003$  бирликни ташкил этган. ЛИИ ва ЭЧТ кўрсаткичларининг мос равишда  $2,1 \pm 0,11$  ва  $36,1 \pm 1,58$  гача пасайиши кузатилган. Даволашнинг ўн тўртинчи кунга келиб, бу кўрсаткичларда янада пасайиш бўлишига қарамай, барибир меъёрдан юқори бўлиб қолган. Даволашнинг йигирманчи кунга келиб ЭЧТ дан ташқари, қоннинг таҳлил қилинган барча интоксикация кўрсаткичлари нормаллашган.

Ўпкада йирингли жараёни баҳолаш учун характерли мезонлардан бири микроорганизмлар билан ифлосланиш даражаси, уларни миқдорий ва сифатий жиҳатдан аниқлаш бўлган. Йирингли ўпка касалликлари билан касалланган беморлар балғамидан микрофлора тур таркиби аниқланган.

Кўпгина ҳолларда, 68 нафар беморда *Staphylococcus aureus* 29 нафарда аниқланган, улардан 13 таси (19,3%) монокультура шаклида ва 16 таси (23,5%) ассоциация кўринишида, 18 та (26,4%) ҳолатда, *Streptococcus pneumoniae* ва 6 та (8,8%) ҳолатда *Escherichia coli* аниқланган. *Proteus spp* аниқлашни кўрсаткичи бўйича кейинги ўринни эгалланган - 3 нафар (4,4%) беморда. Кейин 8 та (11,7%) ҳолатда *Streptococcus haemolyticus* кузатилган, *Pseudomonas aeruginosa* 5 нафар (7,3%) беморда аниқланган.

Рентген текширувлар ва кўкрак қафаси МСКТ таҳлил қилганда, қабул қилинган кун I Б кичик гуруҳидаги беморларда ўпканинг йирингли ўчоқ бўшлиқлари катталиги  $6,82 \pm 0,20$  см ни ташкил қилиб, I А кичик гуруҳидаги каби бўлганлиги аниқланган. Динамикада кузатувлар давомида йирингли бўшлиқ ҳажми мунтазам равишда камайиб борган, аммо I Б кичик гуруҳидаги беморларда йирингли бўшлиқ кичрайиши I А кичик гуруҳидан олдинда бўлган. Даволашнинг йигирманчи кунда бўшлиқлар ҳажми  $3,11 \pm 0,10$  см га камайган, яъни биринчи аниқланган ўлчамидан 45,6% гача кичрайган. I А кичик гуруҳ беморларида эса ушбу кўрсаткич  $3,4 \pm 0,36$  см гача, яъни биринчи аниқланган ўлчамидан 50,6% гача кичрайган.

$\text{SpO}_2\%$  кўрсаткичларини I Б кичик гуруҳидаги беморларда ўрганишда қуйидагилар аниқланган: қабул кунда I Б кичик гуруҳидаги беморларда  $\text{SpO}_2\%$  кўрсаткичлари ҳам меъёрдан анча паст -  $91,51 \pm 0,09\%$  ни ташкил қилган. Даволаш жараёнида  $\text{SpO}_2\%$  кўрсаткичлари I А кичик гуруҳига қараганда нормаллашиш тенденциясига эга бўлган. Даволаш жараёнида еттинчи ва ўн тўртинчи кунларда сезиларли ижобий динамика кузатилиб,  $94,43 \pm 0,12\%$  га, йигирманчи кунга келиб  $94,78 \pm 0,17\%$  га этган.

I Б кичик гуруҳида стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги  $18 \pm 2,1$  кун бўлган.

Шуни таъкидлаш керакки, I Б кичик гуруҳида 68 нафар беморнинг узок муддатли кундалик бронкоскопия ўтказиши туфайли 16 (23,52%) нафар беморда катарал трахеобронхитнинг турли даражалари бўлган. Уларнинг аксарияти трахея бифуркацияси соҳасида 13 та (19,11%) ҳолатда

ривожланган. 2 нафар (2,94%) беморда ўн саккизинчи кунгача овознинг ўзгариши пайдо бўлган. Уларнинг барчаси тегишли консерватив даволанишдан сўнг, тўхтатилган.

Ўпка йирингли касалликлари билан касалланган беморлар танасининг интоксикация кўрсаткичларини ўрганиш натижалари I В кичик гуруҳида ўзгаришлар аниқланган. Даволанишнинг дастлабки кунларида беморлар тана ҳарорати ўртача  $39,5 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$  бўлган. Қон лейкоцитлари таркиби ўртача  $12,86 \pm 0,83 \times 10^9/\text{л}$  ни ташкил этган. Ўрта молекулалар ҳажми ўртача  $0,210 \pm 0,010$  бирликни ташкил этган. Худди шу тарзда, ЛИИ ва ЭЧТ ўсиши қайд этилган. Даволашнинг учинчи кунда тана ҳарорати  $39,5 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$  дан  $37,5 \pm 0,10^{\circ}\text{C}$  гача пасайиши қайд этилган, қон лейкоцитлари сони ўртача  $9,96 \pm 0,59 \times 10^9/\text{л}$  гача камайган. Ўрта молекулалар ҳажми ўртача  $0,150 \pm 0,006$  бирликни ташкил этган. ЛИИ ва ЭЧТ кўрсаткичларининг мос равишда  $1,73 \pm 0,05$  ва  $39,6 \pm 1,48$  гача пасайиши кузатилган. Еттинчи кунга келиб организм интоксикациясининг барча кўрсаткичлари: Л, МСМ, ЛИИ ва қон ЭЧТ учун уларнинг кейинги пасайиши қайд этилган, яъни мос равишда нормал кўрсаткичларга яқин бўлган – мос равишда  $7,93 \pm 0,47 \times 10^9$ ;  $0,143 \pm 0,006$ ;  $1,35 \pm 0,04$ ;  $25,05 \pm 0,90$ . Кейинги даволаш ва кузатувлар билан, ўн тўртинчи кунга келиб, барча таҳлил қилинган кўрсаткичлар нормал чегараларда бўлган.

I В кичик гуруҳи - ўпканинг йирингли касалликлари билан касалланган беморларнинг балғамидан унган микроорганизмлар аниқланган тур таркибини таққослаш келтирилган.

Жами 24 нафар бемордан 14 нафарда *Staphylococcus aureus* унган, улардан 8 таси (57,1%) монокультура шаклида ва 6 таси (42,8%) ассоциацияларда аниқланган. 7 та (29,2%) ҳолатда *Streptococcus pneumoniae*, 2 та (8,3%) ҳолатда *Escherichia coli* аниқланган. *Proteus spp* 1 та (4,2%) ҳолатда, *Streptococcus haemolyticus* 3 (12,5%) ҳолатда, *Pseudomonas aeruginosa* 1 (4,2%) нафар беморда аниқланган.

Рентгенологик текширув ва кўкрак қафасининг МСКТ кўрсаткичларини таҳлил қилганда, қабул қилинган кун I В кичик гуруҳидаги беморларда ўпканинг йирингли ўчоқли бўшлиқларининг катталиги ўртача  $7,31 \pm 0,39$  см ни ташкил қилиб, I А ва I Б кичик гуруҳларида бир хил бўлганлиги аниқланган. Қабул кунда ўрганилган турли кичик гуруҳларнинг ушбу кўрсаткичлари сезиларли даражада фарқ қилмаган. Шунини таъкидлаш керакки, I В кичик гуруҳидаги беморларда бўшлиқ ҳажмининг кичрайиш тезлиги I А ва I Б га қараганда тезроқ бўлган. Йигирманчи кунга келиб доимий катетеризация қилинган йирингли бўшлиқлар  $2,5 \pm 0,07$  см гача, яъни бошланғич ўлчамидан 34,2% гача камайган, I А кичик гуруҳидаги беморларда ушбу даврларда  $3,4 \pm 0,15$  см гача, яъни бошланғич ўлчамидан 50,6% гача кичрайган бўлиб I Б кичик гуруҳида эса бу кўрсаткичлар  $3,1 \pm 0,10$  см гача яъни бошланғич ўлчамидан 45,6% гача кичрайган. Бундан кўриниб турибдики, I В кичик гуруҳидаги беморларда йирингли бўшлиқларнинг кичрайиш жараёни аввалги кичик гуруҳларга қараганда анча тезлашган.

I В кичик гуруҳларида беморларда SpO<sub>2</sub>% кўрсаткичлари таҳлил қилишда қуйидагилар аниқланган: қабул куни I В кичик гуруҳидаги беморларда SpO<sub>2</sub>% кўрсаткичлари меъёрдан сезиларли даражада кам, 91,72±0,16% га тенг. Кейинчалик SpO<sub>2</sub>% кўрсаткичлари динамикаси I А ва I Б кичик гуруҳларига қараганда тез нормаллашиши кузатилган. Даволашнинг учинчи кунда I В кичик гуруҳидаги беморларда I А ва I Б кичик гуруҳлари ўртасидаги фарқ SpO<sub>2</sub>% кўрсаткичлари динамик ўсиши сезиларли ижобий таъсир кўрсатган. Кейинчалик, даволаш жараёнида, еттинчи ва ўн тўртинчи кунларда I В кичик гуруҳидаги беморларда сезиларли ижобий динамика кузатилган, 94,08±0,19%, йигирманчи кунга қадар 94,94±0,31% га етган.

I В кичик гуруҳда стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги 14±1,8 кунни ташкил этган.

Диссертациянинг «Йирингли ўпка бўшлиғининг назотрахеобронхиал усул билан дренажлаб даволаш самарадорлиги» номли тўртинчи бобда 38 нафар беморда назотрахеобронхиал дренажлаш усули ёрдамида тадқиқот натижалари келтирилган.

Объектив текширишлар натижасида улар нафас қисиши, цианоз, тахикардия, 35% ҳолларда мажбурий холатда, тана ҳарорати доимий равишда юқори бўлган.

Иккинчи таққослаш гуруҳидаги 38 беморнинг 20 нафари (52,6%) йирингли бўшлиқнинг ўнг томонлама жойлашганлиги, 18 нафар (47,4%) беморда чап томонлама жойлашиши кузатилган. Ўнг томонлама жойлашган 20 нафар беморнинг 7 нафарида (35,0%) йирингли бўшлиқ юқори бўлакда, 9 нафарида (45,0%) ўнг ўпканинг пастки бўлагида, 4 нафарида (20,0%) ўрта бўлакда жойлашган. 18 нафар беморларда йирингли бўшлиқнинг чап томонлама жойлашганлиги сабабли, 12 (66,6%) нафар беморларда пастки бўлакда, 6 (33,6%) нафар беморда юқори бўлакда жойлашган.

## 2-жадвал

### II - асосий гуруҳидаги ўпка йирингли касалликлари бўлган беморларда интоксикация кўрсаткичлари динамикаси (n=38)

Кўрсаткичлар	Кузатиш вақти			
	Келган куни	3-кун	7-кун	14-кун
Тана ҳарорати °С	39,89±0,09	37,03±0,05***	36,7±0,02	36,6±0,10
Лейкоцитлар ×10 <sup>9</sup> /л	9,99±0,32	7,97±0,33*	6,84±0,24	6,47±0,21
МСМ ед	0,199±0,006	0,142±0,005**	0,129±0,005	0,118±0,002**
ЛИИ ед	2,54±0,06	1,49±0,05***	1,17±0,04*	1,01±0,03
ЭЧТ мм/с	49,2±1,46	37,13±1,11***	24,38±0,72***	17,85±0,58***

Изоҳ: \* - олдинги кун кўрсаткичларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (\* - P<0,05, \*\* - P<0.01, \*\*\* - P<0.001)

II гуруҳдаги ўпканинг йирингли касалликлари билан касалланган беморлар организми интоксикация кўрсаткичларини ўрганиш натижасида ўзгаришлар аниқланган (2-жадвал).

Кўриниб турибдики, даволашнинг биринчи кунда беморнинг тана ҳарорати ўртача  $39,9 \pm 0,09^{\circ}\text{C}$  бўлган. Қон лейкоцитлари таркиби ўртача  $9,9 \pm 0,32 \times 10^9/\text{л}$  ни, ўрта молекулалар ҳажми ўртача  $0,199 \pm 0,009$  бирликни ташкил этган. Худди шу тарзда, ЛИИ ва ЭЧТ ўсиши қайд этилган. Даволашнинг учинчи кунда тана ҳарорати кўрсаткичлари  $39,9 \pm 0,09^{\circ}\text{C}$  дан  $37,03 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$  гача пасайган, қон лейкоцитлари сони ўртача  $7,97 \pm 0,33 \times 10^9/\text{л}$  гача камайган. Ўрта молекулалар ҳажми ўртача  $0,142 \pm 0,005$  бирликни ташкил этган. ЛИИ ва ЭЧТ индексларининг мос равишда  $1,49 \pm 0,05$  ва  $37,13 \pm 1,11$  гача пасайиши кузатилган.

Даволашнинг еттинчи кунга келиб, бу кўрсаткичлар, улар янада пасайиш кузатилган бўлсада, аммо меъеридан юқори бўлиб қолган. Ўн тўртинчи кунга қадар даволаш ва кузатув билан, қоннинг ЭЧТ дан ташқари, таҳлил қилинган барча интоксикация кўрсаткичлари нормал даражада бўлган.

II гуруҳ ўпканинг йирингли касалликлари билан касалланган беморларнинг балғамидан унган микрофлоранинг тур таркиби аниқланган.

Кўпгина ҳолларда, 38 нафар беморда *Staphylococcus aureus* 23 нафарида аниқланган, шулардан 14 таси (60,9%) монокультура шаклида ва 9 таси (39,1%) ассоциация кўринишида аниқланган. *Streptococcus pneumoniae* 4 та (10,5%) ҳолатда, *Proteus spp* 2 нафар (5,3%) беморда аниқланган, 5 та (13,2%) ҳолатда *Streptococcus haemolyticus* кузатилган, *Pseudomonas aeruginosa* 3 нафар (7,9%) беморда аниқланган.

Рентгенологик тадқиқотлар ва кўкрак қафасининг МСКТ кўрсаткичларини динамик таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, қабул қилинган кундаги ўлчамлар II гуруҳдаги беморларда ўпканинг йирингли ўчоқ бўшлиқлари ўлчамлари I гуруҳдагилар билан бир хил бўлган. Қабул кун турли гуруҳларнинг ушбу кўрсаткичлари сезиларли даражада фарқ қилмаган (3-жадвал). II гуруҳдаги беморларда динамикада даволаниш жараёнида йирингли бўшлиқ ўлчамлари ўзига хос даражада кичрайган. Шуни таъкидлаш керакки, II гуруҳдаги беморларда бўшлиқ ҳажмини камайиш даражаси I А, Б ва В кичик гуруҳларига қараганда тез суъратларда қайд этилган. Учинчи жадвалдан кўриниб турибдики, даволаш жараёнида учинчи кунга келиб, назорат гуруҳидаги беморларда, йирингли бўшлиқлар ҳажми камайиши, максимал 30,15% га камайган. I ва II гуруҳларнинг ушбу кўрсаткичларини кейинги динамик таққослаш таҳлиллари I гуруҳдаги ўпканинг йирингли бўшлиқининг назотрахеобронхиал дренажидан фойдаланган беморларда йирингли бўшлиқлар ҳажми пасайишининг сезиларли даражада тезлашганлиги аниқланган, шунингдек, йирингли бўшлиқларнинг консерватив ёки транстрахиал дренажидан фойдаланилган. Даволашнинг ўн тўртинчи кун давомида II гуруҳдаги беморлар бўшлиқларининг катталиги энг кичик ҳажмга эга бўлганлиги сабабли, улар бошланғич ўлчамдан 75,4% гача қисқарган, яъни бу даврларда

бўшлиқларнинг катталиги  $1,8 \pm 0,05$  см га тенг бўлган, бу эса олдинги хажмдан 24,6% гача камайган. Ушбу даврларда I А, Б ва В назорат гуруҳидаги беморларда йирингли бўшлиқларнинг ҳажми ва катталиги дастлабки ўлчамларга мос равишда 34,3%, 35,5%, 53,4% га тенг бўлган.

### 3-жадвал

#### I гуруҳга (А, Б и В) нисбатан II гуруҳдаги абсцесс бўшлиқлари ҳажмининг кичрайиш динамикаси

Касаллар гуруҳи	Бўшлиқлар ўлчами, см				
	Келган куни	3-кун	7-кун	14-кун	20-кун
Назорат IA	$6,72 \pm 0,26$ (100%)	$6,19 \pm 0,27$ (92,07%)	$5,45 \pm 0,22$ (81,17%)	$4,41 \pm 0,21$ (65,68%)	$3,4 \pm 0,15$ (50,6%)
IB	$6,82 \pm 0,20$ (100%)	$5,87 \pm 0,18$ (86,19%)	$5,19 \pm 0,17$ (76,14%)	$4,4 \pm 0,14$ (64,5%)	$3,11 \pm 0,10$ (45,6%)
IV	$7,31 \pm 0,39$ (100%)	$5,34 \pm 0,22$ (73,11%)	$4,78 \pm 0,29$ (65,48%)	$3,3 \pm 0,38$ (46,5%)	$2,5 \pm 0,37$ (35,2%)
II гуруҳ	$7,30 \pm 0,28$ (100%)	$5,1 \pm 0,17$ (69,85%)	$4,21 \pm 0,19$ (57,64%)	$1,8 \pm 0,05$ (24,6%)	-

Изоҳ: - \* жадвалда келтирилган муддат бўйича бўшлиқлар кичрайиш ўлчамлари орасидаги фарқлар аҳамиятли ( $p < 0,05$ ).

Беморлар аҳволи динамикасини баҳолашнинг навбатдаги босқичи пулсоксиметр ёрдамида сатурациясини аниқлаш бўлган. II гуруҳдаги беморларда, олдинги гуруҳлардаги пулсоксиметрия кўрсаткичлари одатдагидан  $90,50 \pm 0,63\%$  дан сезиларли даражада паст бўлган. Даволаш жараёнида II гуруҳдаги беморларнинг  $SpO_2\%$  кўрсаткичи аввалги гуруҳларга қараганда тезроқ тикланган. Даволанишнинг учинчи кунида II гуруҳдаги беморларнинг  $SpO_2\%$  кўрсаткичлари динамик ўсиши дастлабки 2,7% атрофида, еттинчи кунга келиб бу кўрсаткич 3,83% га ошган, ўн тўртинчи кунда ижобий динамик фарқ 5,1% га тенг бўлган, бошланғич ва  $SpO_2\%$  нормал қийматлари  $95,60\% \pm 0,43$  га этган. (4-жадвал)

### 4-жадвал

#### II - гуруҳ пулсоксиметрияси кўрсаткичлари динамикаси I (А, Б ва В) гуруҳларга нисбати

Касаллар гуруҳи	$SpO_2\%$ кўрсаткичи				
	Келган куни	3-кун	7-кун	14-кун	20-кун
Назорат IA	$92,06 \pm 0,08$	$92,39 \pm 0,10$	$92,96 \pm 0,11$	$93,93 \pm 0,10^*$	$94,67 \pm 0,12^*$
IB	$91,51 \pm 0,09$	$91,96 \pm 0,08$	$92,64 \pm 0,11$	$94,43 \pm 0,12^{***}$	$94,78 \pm 0,17^*$
IV	$91,72 \pm 0,16$	$92,18 \pm 0,20^*$	$93,90 \pm 0,28^{**}$	$94,08 \pm 0,19^{****}$	$94,94 \pm 0,31^{***}$
Асосий II	$90,50 \pm 0,16$	$93,20 \pm 0,46^{***}$	$94,33 \pm 0,75^{***}$	$95,60 \pm 0,43^{***}$	

Изоҳ: \* - аввалги кунлар кўрсаткичларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

II гуруҳдаги стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги  $12 \pm 1,8$  кун бўлган.

II гуруҳдаги беморларни даволашда олинган натижалар ривожланган техникага кўра йирингли бўшлиқларни назотрахеобронхиал катетеризациясини биргаликда қўллаш билан ўпка йирингли касалликлари билан касалланган беморларни даволаш кўрсаткичлари динамикасининг бир қатор ижобий томонлари аниқланган, бу асосан йирингли бўшлиқларни инфекциядан тозалаш учун зарур бўлган вақтнинг тезлашиши ва йирингли бўшлиқларнинг эрта кичрайиши билан намоён бўлган. Бўшлиқлардаги маҳаллий жараённи ва беморларнинг умумий аҳволини баҳолаш учун бактериологик, клиник, биокимёвий, рентгенологик мезонларни таққослашда тасдиқланган.

## ХУЛОСАЛАР

«Ўпка йирингли касалликларини миниинвазив даволаш усули» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Этиопатогенетик, симптоматик ва умумий антибиотикотерапия орқали анъанавий даволаш усулларида фойдаланган ҳолда ўпканинг йирингли касалликлари билан даволашда йирингли бўшлиқларни инфекциядан кеч тозаланиши, фақат даволашнинг 14-кунгача кузатилди. Биокимёвий интоксикация кўрсаткичлари даволанишнинг фақат 16-18 кунгача нормаллашади. Бўшлиқ ўлчами қисқаришининг максимал вақти 18-20 кунгача, пулсоксиметр кўрсаткичларини нормаллаштириш вақти 16-18 кунгача. Шу билан бирга, беморларни даволашнинг ўртача давомийлиги  $22 \pm 2,4$  кунни ташкил этди.

2. Йирингли ўпка касалликларини даволашда трахеобронхиал дренаждан фойдаланиш даволаш натижаларига ижобий таъсир кўрсатади, асосан йирингли бўшлиқларни инфекциядан тозаланиш тезлаштиради. Абсцесс бўшлиғининг қисқариш вақти тезлашади, шунингдек бўшлиқнинг қисқариши ва пулсоксиметрия кўрсаткичларининг синхрон динамикаси нормаллашади, даволашнинг ўртача давомийлиги эса 14-16 кунни ташкил этади.

3. Антибиотик терапияси билан ўпканинг йирингли бўшлиқларини назотрахеобронхиал катетеризация орқали санация қилиб комплекс даволашда аниқланган интоксикациянинг барча кўрсаткичлари, йирингли бўшлиқлар ҳажми пасайиши динамикаси, нормаллаштириш вақти ўртача I А кичик гуруҳидан 6-8 кунга олдин, I Б кичик гуруҳ 4-6 кун олдинга тезлашган ва I В кичик гуруҳдан эса 2-4 кунга олдинга яхшиланган. Йирингли бўшлиқларни назотрахеобронхиал катетеризациядан фойдаланганда ўпканинг йирингли касалликлари билан даволашнинг асосий афзалликлари бу йирингли бўшлиқлар ҳажми пасайишининг тезлашиши бўлиб, максимал пасайиш 12-14 кунга, бошланғич кўрсаткичдан 24,6% гача камайган. Ушбу

тоифадаги беморларда даволаниш муддатини бошқа миниинвазив усуллардан кўра ишонarli қисқартиради.

4. Ўтказилган тадқиқотлар қиёсий таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, ўпканинг йирингли касалликлари билан касалланган беморларни даволашда биз таклиф қилган ўпка йирингли бўшлиқларини назотрахеобронхиал катетеризация қилиш усули даволашнинг камжароҳатли, миниинвазив, энг самарали усули ҳисобланади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 ПРИ БУХАРСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**  

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ХАСАНОВ АЗИЗ КОСИМОВИЧ**

**МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ  
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**БУХАРА - 2021**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в высшей аттестационной комиссии при кабинете министров республики Узбекистан за № В2019.2.PhD/Tib990

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации выполнен на трех языках (узбекский, русский, английский), и размещен на веб-странице научного совета (www.bsmi.uz), и на информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

**Научный руководитель:** Сафоев Бакодир Барноевич  
доктор медицинских наук

**Официальные оппоненты:** Хамидов Магомед Ахмедович  
доктор медицинских наук, профессор  
(Российская федерация)

Уроков Шухрат Тухтаевич  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии

Защита состоится «8» июля 2021 г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании Научного Совета DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. А.Навои,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрировано за № 021). Адрес: 200118, г. Бухара, ул. А. Навои,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «23» июня 2021 года.  
(реестр протокола рассылки № 16 от 23 июня 2021 года).



**А.Ш. Иноятов**

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Д.Н. Ачилова**

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, PhD по медицинским наукам

**Н.А. Нуралиев**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения «среди всех гнойно-хирургических патологий гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры составляют 10-18%, при этом по показателям инвалидности и смертности они занимают 4-е место»<sup>1</sup>. Диагностика и лечение гнойных заболеваний легких сегодня не утратили своей актуальности, так как необходимо использовать различные методы лечения этих заболеваний, в том числе малоинвазивные методы, и внедрение их в практику здравоохранения. «...Летальность при гнойно-деструктивных заболеваниях легких и плевры в зависимости от степени тяжести колеблется от 2,1% до 35,6%, при гангренозных абсцессах от 23,4% до 74,1%»<sup>2</sup>. Повышение эффективности лечения пациентов малоинвазивными методами - требование времени.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования по изучению патогенетических механизмов возникновения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких, при этом ведущие специалисты мира работают над совершенствованием бронхоскопических методов реабилитации для лечения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких малоинвазивным современным хирургическим методом, и для улучшения результатов лечения гнойных очагов с помощью транстрахиальных, трансторакальных методов дренирования. Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы в этой области, лечение гнойных заболеваний легких остается актуальной проблемой хирургии. Достигнутые до сих пор результаты не полностью удовлетворяют практических врачей. В связи с этим поиск эффективных и малоинвазивных методов лечения гнойно-деструктивных заболеваний легких, разработка новых, технологий остается одним из приоритетных направлений.

В настоящее время в нашей стране принимаются масштабные адресные меры по кардинальному повышению качества и значительному расширению спектра оказываемой населению медицинской помощи. Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы ставит задачи по «...уязвимым слоям населения, развивать и совершенствовать систему медико-социальной помощи для улучшения их образа жизни...»<sup>3</sup>. В этом направлении достигнуты положительные результаты, особенно в повышении качества лечения пациентов с абсцессами легких, с применением множества новых хирургических и консервативных

---

<sup>1</sup> Lopez-Campos JL, Miravittles M, de la Rosa Carrillo D, Cantón R, Soler-Cataluña JJ, Martinez-Garcia MA. Current Challenges in Chronic Bronchial Infection in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.//J Clin Med. 2020 May 28;9(6).-P.1639

<sup>2</sup> Troy LK, Grainge C, Corte TJ, Williamson JP. Diagnostic accuracy of transbronchial lung cryobiopsy for interstitial lung disease diagnosis (COLDICE): a prospective, comparative study.// Lancet Respir Med. 2020 Feb;8(2).-P.171-181

<sup>3</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

методов лечения. Однако для совершенствования системы оказания медицинской помощи необходимы научно обоснованные результаты для оценки эффективности новых методов хирургического лечения при лечении гнойных заболеваний легких, что является важной проблемой для специалистов в данной области.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан № 4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» и УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» и в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Гнойные заболевания легких, в том числе острые и хронические абсцессы, продолжают оставаться одними из самых актуальных проблем в торакальной хирургии. Количество пациентов с абсцессами легких составляет до 35-40% от всех больных с острыми гнойными заболеваниями легких и имеет тенденцию к росту. По мнению Zaizen Y. (2019) в большинстве стран мира отсутствует тенденция к снижению гнойно-септических заболеваний легких, и что немаловажно, отмечается нарастание числа больных с тяжелыми и осложненными формами течения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких.

Переход гнойно-деструктивных процессов в хроническую стадию, нередко сопровождаются потерей анатомических структур, с последующим формированием пневмоцироза и как следствие развитием лёгочно-сердечной недостаточности, играющей основную роль в танатогенезе больного (Otsuji K. et. al., 2019). Проблема лечения острых абсцессов легких и эмпиемы плевры остается сложной, а непосредственные и отдаленные результаты не всегда удовлетворяют клиницистов. В исследованиях Mendez R. (2019) показано, что нередко наблюдаются остаточные изменения в легких после проведенного лечения, у трети больных процесс переходит из острого в хронический, а у 11,7% наблюдений возникает рецидив заболевания. Длительной остается потеря трудоспособности во время лечения, составляя от 40 до 70 дней. Поэтому применение и изучение эффективности различных методов лечения острых абсцессов легких, их совершенствование являются актуальными и имеют большое социальное значение.

Нерациональное использование современных антибактериальных препаратов и антисептиков для системной терапии, способствует формированию в стационарах полирезистентных патогенных микроорганизмов и может привести к развитию генерализации инфекционного процесса. В связи с этим в настоящее время тактика

консервативного лечения, включающая в себя общую и местную антибиотикотерапию с учётом этиопатогенетических особенностей заболевания, не всегда результативна (Feki W. Et. al. 2019).

Применение бронхоскопической санации является эффективным способом лечения обтурации бронхов, с целью профилактики последующего развития абсцесса. Тогда, как при уже сформированном абсцессе легкого более эффективным является различные варианты дренирования гнойного очага. По мнению Дробязгин Е.А. (2020) многочисленные известные методы дренирования полостей гнойного очага легкого не всегда являются достаточно эффективными, требуют весьма дорогостоящего или специального оборудования и не лишены недостатков и осложнений, что ограничивает их широкое использование. В последние годы в комплекс лечебных мероприятий стали внедряться методы малоинвазивной хирургии: микротрахеостомия и временная окклюзия бронхов, которые способствуют улучшению результатов лечения, снижению числа осложнений, сокращению сроков лечения. Однако, в публикуемых работах встречаются разноречивые данные об эффективности различных способов дренирования и санации, не определены четко показания к тому или иному из них. Все это диктует необходимость использования малотравматичных способов дренирования и санации.

**Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного института номером 02. 2019.PhD.044 по теме: «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики предпатологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона» (2017-2021 гг).

**Целью исследования** является лечение гнойных заболеваний легких у пациентов малоинвазивным методом и повышение эффективности его результатов.

**Задачи исследования:**

изучить и проанализировать результаты традиционного метода лечения больных с гнойными заболеваниями лёгких;

оценить эффективность применения трахеобронхиального дренирования гнойного очага больных с гнойными заболеваниями лёгких;

провести сравнительную оценку результатов различных малоинвазивных и традиционных методов лечения;

на основе сравнительного анализа полученных результатов исследования разработать малотравматичный, малоинвазивный оптимальный метод лечения больных с гнойными заболеваниями лёгких.

**Объектом исследования** явились 172 больных с острыми гнойными заболеваниями легких, находившихся на лечении в гнойно-хирургическом отделении Бухарского областного многопрофильного медицинского центра.

**Предмет исследования** составил анализ результатов консервативного и других различных методов трахеобронхиального дренирования гнойных полостей у больных с гнойными заболеваниями легких, с разработкой нового метода назотрахеобронхиального метода дренирования

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (рентгенологические, бронхоскопические), бактериологическое, цитологическое и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследований** заключается в следующем:

показано, что при применении назотрахеобронхиального дренажа при лечении гнойных заболеваний легких убедительно положительно сказывается на результатах лечения, ускоряет очищение гнойных полостей от инфекции, сужает полость абсцесса, сокращает сроки лечения;

установлено, что *Staphylococcus aureus* из мокроты пациентов с гнойным заболеванием легких был идентифицирован в монокультурных и ассоциативных формах, и было обнаружено, что он количественно и качественно чаще встречается в качестве этиологического агента, чем другие грамотрицательные и грамположительные патогенные микроорганизмы;

установлено, что использование назотрахеобронхиального дренажа в сочетании с таргетной антибактериальной терапией стабилизирует индекс насыщения крови кислородом быстрее, чем традиционное лечение;

определено, что в лечении пациентов с гнойным заболеванием легких был разработан метод назотрахеобронхиальной катетеризации гнойных полостей, который, как было установлено, снижает побочные эффекты заболевания за короткий период времени как малотравматичный и малоинвазивный метод.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

доказано, что антибактериальная терапия, этиопатогенетическое и симптоматическое традиционное лечение пациентов с диагнозом гнойное заболевание легких приводит к позднему очищению гнойных полостей от микроорганизмов, продлению уменьшения размера гнойной полости и не сокращению средней продолжительности стационарного лечения;

доказано, что транстрахеальный дренаж гнойной полости легкого посредством микротрахеостомии приводит к таким осложнениям, как гной в мягких тканях вокруг микротрахеостомы, послеоперационный бронхоспазм, трахеобронхит, охриплость голоса и выпадание микротрахеостомического катетера;

установлено, что методика применения назотрахеобронхиальной санации, показание прекращения санации и удаления эндотрахеобронхиального катетера являются уменьшение размеров гнойных полостей, а также рентгенологические признаки регресса гнойного воспалительного процесса;

разработан метод назотрахеобронхиального дренирования показывающий высокую лечебную эффективность предлагаемого малоинвазивного метода с уменьшением объема гнойных полостей и

увеличением тканевой сатурации по сравнению с другими традиционными методами.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что использование назотрахеобронхиального дренажа при лечении гнойных заболеваний легких положительно влияет на результаты лечения, ускоряет очищение гнойных полостей от инфекции, уменьшает полость абсцесса и продолжительность лечения, а также стабилизирует показатель сатурации кислорода в крови пациента вдвое быстрее, чем традиционное лечение, что позволяет в короткие сроки снизить негативные последствия.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработан метод назотрахеобронхиальная катетеризация гнойных полостей при лечении больных с гнойными заболеваниями легких, являющийся оптимальным малотравматичным, малоинвазивным методом, позволяющим в короткие сроки минимизировать негативные последствия заболевания, путем ускорения очищения гнойных полостей от инфекции, сокращением сроков спахания полости абсцесса и средней продолжительность лечения.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких:

разработаны методические рекомендации «Эффективность транстрахеального дренирования гнойного очага при лечении гнойных заболеваний легких, осложненных бронхиальным свищем» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/199 от 24 ноября 2020 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких за счет уменьшения размеров гнойных полостей и регресса гнойного воспалительного процесса;

разработаны методические рекомендации «Назотрахеобронхиальное дренирование очага в легких в лечении гнойных заболеваний легких, осложненных бронхиальным свищем» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/199 от 24 ноября 2020 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения за счет ускорения очищения гнойных полостей от инфекции, сокращением сроков спахания полости абсцесса и средней продолжительности лечения;

полученные научные результаты по улучшению результатов хирургического лечения больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Каганское, Жандарское и Бухарские городские медицинские

объединения, и Бухарский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (справка Министерства здравоохранения №8н-з/202 от 21 декабря 2020 года). Использование рекомендованной тактики лечения позволило уменьшить объем гнойных полостей, ускорить выведение инфекции, сократить вдвое среднюю продолжительность лечения.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования обсуждались на 3 научных конференциях, в том числе 2 международных и 1 республиканской научно-практической конференции.

**Публикация результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 6 статей в научных журналах, рекомендованных к публикации основных научных результатов докторских диссертаций (PhD) Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, в том числе 4 в отечественных и 2 в зарубежных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Диссертация изложена на 101 страницах.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных с гнойными заболеваниями легкого: обзор литературы»** на основе данных отечественной и зарубежной литературы проанализировано современное состояние данной проблемы. Приведены сведения об эпидемиологии гнойно-деструктивных заболеваний легких современных подходах к хирургическому лечению данного заболевания, представлены доказательства в пользу широкого использования дренирующих бронхоскопических вмешательств. Рассмотрены вопросы об эволюции взглядов консервативного и хирургического лечения и оценку их эффективности. В заключении приведено краткое резюме по главе, где сфокусированы вопросы, требующие дальнейшего изучения.

Во второй главе **«Характеристика клинического материала и использованных методов исследования и лечения»** диссертации дана клиническая характеристика больных и описаны используемые средства и методы лечения больных, клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проанализированы данные обследования и лечения 172 больных с острыми гнойными заболеваниями легких, осложнённых бронхиальным свищом. Находившихся на лечении в клинической, в Бухарской областной многопрофильной больнице за период 2009-2019 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I – группа сравнения и II – основная (табл.1).

**Таблица 1**

**Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий**

Группы больных с	Метод лечения
Группа сравнения I группа (n=134)	А – консервативный, антибактериальный, общеукрепляющий и симптоматический метод лечения (n=42) Б – консервативное лечение и санационная бронхоскопия (n=68) В - консервативное лечение с транстрахиальным дренированием гнойного очага (n=24)
Основная группа II группа (n=38)	консервативный метод лечения с назотрахеобронхиальным дренированием гнойного очага легкого

Из 134 больных I группы сравнения у 77 (57,5%) пациентов отмечалась правосторонняя локализация гнойного очага, у 57 (42,5%) пациента была левосторонняя локализация. Из 38 больных II группы у 22 (57,9%) пациентов правосторонняя локализация гнойного очага, у 16 (42,1%) больных отмечался гнойный очаг левого легкого.

Следует отметить, что у 80% обследованных больных, острые абсцессы возникали как осложнения, вследствие перенесенной пневмонии.

Все обследованные больные как в контрольной, так и основной группе поступали в тяжёлом до 60% и в состоянии средней степени тяжести до 40%. Все они поступили с жалобами: на чувство нехватки воздуха, кашель, выделения гнойной мокроты, одышку, на стабильно высокую температуру. Объективно у них отмечались: одышка, цианоз, тахикардия и слабость, в 35% случаях вынужденное положение, и стабильно высокая температура тела.

Общеклинические и физикальные методы обследования были направлены на выявление признаков дренирования гнойника в бронх или его обтурации, симптоматики интоксикации, дыхательной недостаточности, сепсиса. Всем пациентам были выполнены развернутый общий анализ крови, определены биохимические показатели крови, произведен общий анализ мочи, комплексный анализ крови, выполнена ЭКГ. При выявлении сопутствующей патологии больные были консультированы соответствующими специалистами, выполнялись профильные обследования. Проведение общего анализа периферической крови осуществлялось на автоматическом гематологическом анализаторе CELL-DYN 3700 (США) натошак или через час после легкого завтрака при поступлении, на 7 и 14 сутки после выполненной лечебной процедуры. Особое внимание обращали на лейкоцитоз и лейкоцитарную формулу крови. А также отдельно оценивали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – соотношение нейтрофильных

лейкоцитов к лимфоцитам, моноцитам и эозинофилам и лимфоцитарный индекс (ЛИ).

Микробиологический анализ осуществлялся методом забора выделений из макроты с качественным и количественным оцениванием, а также ее восприимчивость к различным антибиотикам. Уровень эндогенной интоксикации расценивали по объему (степени) среднемoleкулярных пептидов (МСМ), спектрометрией при протяженности волны 210 нм.

Для определения уровня гипоксии тканей и организма изучался показатель  $SpO_2$  с помощью аппарата пульсоксиметра.

Статистическая обработка всех материалов проводилась с использованием традиционных методов вариационной статистики

В третьей главе **«Результаты традиционного лечения гнойных заболеваний легких»** диссертации приведена эффективность традиционного лечения больных с гнойными заболеваниями легких.

В I группу входили 134 больных с гнойными заболеваниями легких различной этиологии. Из них 69 (51,5%) были с острым абсцессом, 33 (24,6%) с обострением хронического абсцесса, у 32 (23,8%) больных отмечалось нагноение остаточной полости после удаления паразитарной кисты. Все обследованные больные контрольной группы, как было отмечено, (поступали в большинстве случаев в тяжелом состоянии 60% и в состоянии средней степени тяжести до 40%. Все они поступили с жалобами: на чувство нехватки воздуха, на интенсивный кашель с зловонным запахом (30% больных), выделения гнойной мокроты, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, на стабильно высокую температуру, потливость, слабость.

Объективно у них отмечались: одышка, цианоз, тахикардия, слабость, в 35% случаях вынужденное положение тела, стабильно высокая температура тела.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких I А – подгруппы сравнения выявили нижеследующие изменения. В первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем  $39,1 \pm 0,07^\circ\text{C}$ . Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем  $12,8 \pm 0,54 \times 10^9/\text{л}$ . Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ. На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от  $39,1 \pm 0,07$  до  $38,6 \pm 0,03$ , количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до  $11,03 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,187 \pm 0,01$  ед. К четырнадцатым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы. При дальнейшем лечении и наблюдении к двадцатым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующим из характерных критериев оценки гнойного процесса в легких было определение уровня микробной обсемененности, выявление

видового состава микрофлоры. Выявленный видовой состав микрофлоры, высеянной из мокроты больных с гнойными заболеваниями легкого больных.

В большинстве случаев у 42 пациента высеивался 24 патогенный стафилококки *Staphylococcus aureus*, из них у 15 (62,5%) в виде монокультуры, а у 9 (37,5%) в ассоциациях. В 11 (26,1%) наблюдениях высеивалась *Streptococcus pneumoniae*, в 4 (9,5%) наблюдениях высеивалась *Escherichia coli*. *Proteus spp* – у 2 (4,7%) наблюдений. Далее следовали стрептококки *Streptococcus haemolyticus* в 5 (11,9%) наблюдениях. *Pseudomonas aeruginosa* высеяна у 3 (7,1%) пациентов.

При анализе контрольных рентгенологических снимков и МСКТ грудной клетки установлено, что у больных I А подгруппы размер гнойной полости в среднем составлял  $6,72 \pm 0,26$  см на протяжении всего периода наблюдений размеры полости гнойного очага планомерно уменьшались, однако скорость спахания полости была значительно медленна. К 20-м суткам лечения средние размеры полостей составили  $3,4 \pm 0,36$  см. что соответствовало уменьшению на 50,6 % от исходного размера.

В следующем оценка состояния больных изучалось по показателям сатурации ( $SpO_2\%$ ). В день поступления у больных I А подгруппы показатели  $SpO_2\%$  были значительно меньше чем в норме  $92,06 \pm 0,08\%$ . В процессе лечения показатель  $SpO_2$ , имел тенденцию к нормализации с медленными темпами. К третьим суткам лечения динамический рост показателя сатурации значительно не отмечалось. Начиная с 6-7 суток лечения наблюдалась положительная динамика показателя  $SpO_2$  достигая до цифр  $92,96 \pm 0,11\%$  в среднем увеличение показателя кислородного насыщения тканей до 0,9% от исходного, в дальнейшем с динамическим увеличением к 20 м суткам, достигли до  $94,67 \pm 0,12\%$  что достоверно отличается от исходных показателей в среднем на 2,6%.

Средняя продолжительность стационарного лечения I А подгруппы составила  $22 \pm 1,4$  день.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких I Б – подгруппы сравнения выявили нижеследующие изменения. В первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем  $39,2 \pm 0,05^\circ C$ . Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем  $12,19 \pm 0,05 \times 10^9/л$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,223 \pm 0,004$  ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ. На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от  $39,2 \pm 0,05$  до  $38,16 \pm 0,07$ , количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до  $10,66 \pm 0,33 \times 10^9/л$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,194 \pm 0,003$  ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до  $2,1 \pm 0,11$  и  $36,1 \pm 1,58$  соответственно. К четырнадцатым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы. При дальнейшем лечении и наблюдении к двадцатым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Одним из характерных критериев оценки гнойного процесса в легких было определение степени зараженности микроорганизмами, определение типа микрофлоры. Видовой состав микрофлоры определяли по мокроте больных гнойным заболеванием легких.

В большинстве случаев у 68 пациента высевались патогенный стафилококки у 29 *Staphylococcus aureus*, из них у 13 (19,3%) в виде монокультуры, а у 16 (23,5%) в ассоциациях. В 18 (26,4%) наблюдениях высевалась *Streptococcus pneumoniae*, в 6 (8,8%) наблюдениях высевалась *Escherichia coli*. Следующим по частоте выявляемости был *Proteus spp* - 3(4,4%) наблюдений. Далее следовали *Streptococcus haemolyticus* в 8(11,7%) наблюдениях, *Pseudomonas aeruginosa* высеяна у 5(7,3%) пациентов.

При анализе контрольных рентгенологических снимков и МСКТ грудной клетки установлено, что у больных I Б подгруппы в день поступления размеры полостей гнойного очага легкого были в среднем  $7,31 \pm 0,39$  см идентичным как у I А подгруппы. В динамике на протяжении всего периода наблюдения размеры полости гнойного очага плавно уменьшались, однако скорость спада полости у больных I Б подгруппы опередили чем I А. К 18-20 суткам лечения размеры полостей сократились до  $3,11 \pm 0,11$  см то есть на 45,6% от исходного размера, что у больных I А подгруппы эти сроки были равны  $3,4 \pm 0,36$  см. 50,6% от исходного размера советующий.

Изучения показателей  $SpO_2\%$  больных I Б подгруппы выявили следующее: в день поступления, у больных I Б подгруппы также показатели  $SpO_2\%$  было значительно меньше чем в норме -  $91,51 \pm 0,09\%$ . В процессе лечения показатели  $SpO_2$ , имели тенденцию к нормализации чем у I А подгруппы с незначительно быстрыми темпами. В процессе лечения на 7-10 и 14 сутки отмечалась достоверная положительная динамика, достигая цифры  $94,43 \pm 0,12\%$ , к 20 суткам до  $94,78 \pm 0,17\%$ .

Средняя продолжительность стационарного лечения I Б подгруппы составила  $18 \pm 2,1$  день.

Необходимо отметить, что из 68 больных I Б подгруппы из-за длительного ежедневного проведения бронхоскопии, у 16 (23,52%) больных отмечались различные степени катарального трахеобронхита. Большинство из них развивались в области бифуркации трахеит в 13(19,11%) случаях. У 2х (2,94%) больных к 18 суткам появилась легкая охриплость голоса. Все они после соответствующего консервативного лечения купированы.

Результаты изучения показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких I В подгруппы сравнения выявили нижеследующие изменения. В первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем  $39,5 \pm 0,05^{\circ}C$ . Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем  $12,86 \pm 0,83 \times 10^9/л$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,210 \pm 0,010$  ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ. На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от  $39,5 \pm 0,05$  до  $37,5 \pm 0,10^{\circ}C$ , количество

лейкоцитов крови снизилось в среднем до  $9,96 \pm 0,59 \times 10^9/\text{л}$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,150 \pm 0,006$  ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до  $1,73 \pm 0,05$  и  $39,6 \pm 1,48$  соответственно. При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации –  $7,93 \pm 0,47 \times 10^9$ ;  $0,143 \pm 0,006$ ;  $1,35 \pm 0,04$ ;  $25,05 \pm 0,90$  соответственно. При дальнейшем лечении и наблюдении, к четырнадцатому суткам все анализируемые показатели интоксикации, были в пределах нормы.

Выявленный видовой состав микрофлоры, высеянной из мокроты больных с гнойными заболеваниями легкого больных I В подгруппы представлен.

В большинстве случаев у 24 пациента высеивались патогенный стафилококки 14 *Staphylococcus aureus*, из них у 8 (57,1%) в виде монокультуры, а у 6 (42,8%) в ассоциациях. В 7 (29,2%) наблюдениях высеивалась *Streptococcus pneumoniae*, в 2 (8,3%) наблюдениях высеивалась *Escherichia coli*. Следующим по частоте выявляемости был *Proteus* - 1 (4,2%) наблюдений. Далее следовали *Streptococcus haemolyticus* в 3 (12,5%) наблюдениях. *Pseudomonas aeruginosa* высеяна у 1 (4,2%) пациентов.

При анализе показателей рентгенологического исследования и МСКТ грудной клетки было установлено, что у больных I В подгруппы в день поступления размеры полостей гнойного очага легкого были в среднем  $7,31 \pm 0,39$  см, что говорило об идентичности у I А и I Б подгруппы. Эти цифры исследуемых различных подгрупп в день поступления достоверно не отличались. Размеры полости гнойного очага в процессе лечения в динамике уменьшались. Следует отметить что, скорость сокращения размера полости у больных I В подгруппы был быстрее чем I А и I Б. К 18-20 суткам лечения размеры полостей при лечении с использованием постоянной катетеризации гнойных полостей сократились до  $2,5 \pm 0,07$  см то есть на 34,2% от исходного размера, что у больных I А подгруппы в эти сроки были равны  $3,4 \pm 0,15$  см. 50,6%, у I Б подгруппы  $3,1 \pm 0,10$  см. 45,6% от исходного размера соответствующий подгруппы. Как отсюда видно процесс спадания гнойных полостей у больных I В подгруппы протекал намного ускоренными темпами чем у предыдущих подгрупп.

Анализ показателя  $\text{SpO}_2\%$  больных I В подгруппы выявили следующее: В день поступления у больных I В подгруппы показатели  $\text{SpO}_2\%$  также были значительно меньше чем в норме  $91,72 \pm 0,16\%$ . В дальнейшем динамика показателей  $\text{SpO}_2$  имели тенденцию к нормализации, намного быстрее темпами чем I А и I Б подгруппы. К третьим суткам лечения динамический рост показателей  $\text{SpO}_2$  в отличии I А и I Б подгруппы у больных I В подгруппы отмечалась достоверная положительная динамика. И в дальнейшем, в процессе лечения к 7-10 и 14 суткам отмечалась достоверная положительная динамика у больных I В подгруппы достигала цифры  $94,08 \pm 0,19\%$ , к 20 суткам до  $94,94 \pm 0,31\%$ .

Средняя продолжительность стационарного лечения у I B подгруппы составила  $14 \pm 1,8$  день.

В четвертой главе диссертации «Эффективность метода лечения назотрахеобронхиального дренирования гнойного очага легкого» представлены результаты исследования с использованием метода назотрахеобронхиального дренажа у 38 пациентов.

Объективно у них отмечалась одышка, цианоз, тахикардия слабость в 35% случаях вынужденное положение тела, стабильно высокая температура тела.

Из 38 пациентов второй основной группы у 20 (52,6%) гнойная полость располагалась справа, а у 18 (47,4%) - слева. У 7 (35,0%) из 20 пациентов, расположенных справа, гнойная полость располагалась в верхнем отделе, у 9 (45,0%) - в нижнем и у 4 (20,0%) - в среднем отделе правого легкого. Поскольку гнойная полость располагалась слева у 18 пациентов, она располагалась в нижней части у 12 (66,6%) пациентов и в верхней части у 6 (33,6%) пациентов.

Результаты изучения показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких II – группы выявили нижеследующие изменения (табл.2).

**Таблица 2**

**Динамика показателей интоксикации у больных с гнойными заболеваниями легких II – группы основная (n=38)**

Показатели	Время наблюдения			
	День поступления	3 день	7 день	14 день
t <sup>0</sup> тела	$39,89 \pm 0,09$	$37,03 \pm 0,05^{**}$ *	$36,7 \pm 0,02$	$36,6 \pm 0,10$
L крови $\times 10^9/\text{л}$	$9,99 \pm 0,32$	$7,97 \pm 0,33^*$	$6,84 \pm 0,24$	$6,47 \pm 0,21$
МСМ ед	$0,199 \pm 0,006$	$0,142 \pm 0,005^*$ *	$0,129 \pm 0,005$	$0,118 \pm 0,002^{**}$
ЛИИ ед	$2,54 \pm 0,06$	$1,49 \pm 0,05^{***}$	$1,17 \pm 0,04^*$	$1,01 \pm 0,03$
СОЭ мм/ч	$49,2 \pm 1,46$	$37,13 \pm 1,11^{**}$ *	$24,38 \pm 0,72^{***}$	$17,85 \pm 0,58^{***}$

Примечание: \* - различия относительно данных предыдущих суток значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем  $39,9 \pm 0,09^\circ\text{C}$ . Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем  $9,9 \pm 0,32 \times 10^9/\text{л}$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,199 \pm 0,009$  ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ. На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от  $39,9 \pm 0,45$  до  $37,3 \pm 0,05^\circ\text{C}$ , количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до  $7,97 \pm 0,33^* \times 10^9/\text{л}$ . Объем средних

молекул составил в среднем  $0,142 \pm 0,005$  ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до  $1,49 \pm 0,05$  и  $37,13 \pm 1,11^{\circ}\text{C}$  соответственно.

К седьмым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы. При дальнейшем лечении и наблюдении к четырнадцатым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Определен видовой состав микрофлоры мокроты пациентов с гнойными заболеваниями легких II группы.

В большинстве случаев у 38 пациента высеивались патогенный стафилококки у 23 *Staphylococcus aureus*, из них у 14 (60,9%) в виде монокультуры, а у 9 (39,1%) в ассоциациях. В 10 (26,3%) наблюдениях высеивалась *Streptococcus pneumoniae*, в 4 (10,5%) наблюдениях высеивалась *Escherichia coli*. Следующим по частоте выявляемости был, *Proteus spp* - 2 (5,3%) наблюдений. Далее следовали *Streptococcus haemoliticus* в 5 (13,2%) наблюдениях. *Pseudomonas aeruginosa* высеяна у 3 (7,9%) пациентов.

Рентгенологические исследования и динамический анализ параметров МСКТ грудной клетки показали, что измерения в день поступления были такими же, как и в I группе, с размером гнойных очагов легких у пациентов II группы. В день поступления эти показатели в разных группах достоверно не различались (табл.3).

**Таблица 3**

**Динамика уменьшения размеров полостей абсцесса у II группы по сравнению с I (А, Б и В) группы**

Группы больных	Размеры полости, см				
	День поступления	3-день	7- день	14- день	20- день
Контрольная IA	$6,72 \pm 0,26$ (100%)	$6,19 \pm 0,27$ (92,07%)	$5,45 \pm 0,22$ (81,17%)	$4,41 \pm 0,21$ (65,68%)	$3,4 \pm 0,15$ (50,6%)
IB	$6,82 \pm 0,20$ (100%)	$5,87 \pm 0,18$ (86,19%)	$5,19 \pm 0,17$ (76,14%)	$4,4 \pm 0,14$ (64,5%)	$3,11 \pm 0,10$ (45,6%)
IV	$7,31 \pm 0,39$ (100%)	$5,34 \pm 0,22$ (73,11%)	$4,78 \pm 0,29$ (65,48%)	$3,3 \pm 0,38$ (46,5%)	$2,5 \pm 0,37$ (35,2%)
II группа	$7,30 \pm 0,28$ (100%)	$5,1 \pm 0,17$ (69,85%)	$4,21 \pm 0,19$ (57,64%)	$1,8 \pm 0,05$ (24,6%)	-

Примечания: - Где \* достоверность различий ( $p < 0,05$ ) размеров очагов деструкции между в динамики по сроками приведёнными в таблице.

Размеры полости гнойного очага в процессе лечения в динамике у больных II группы уменьшались своими особенными темпами. Следует отметить что скорость сокращения размера полости у больных II группы отмечалось значительно быстрыми темпами чем I А, I Б и I В группы. Как видно из табл. №3 в процессе лечения к третьим суткам у больных контрольный группы объём процент сокращения размеров гнойных

полостей, сократилась максимум до 30,15%тов. Дальнейший динамический сравнительный анализ этих показателей I и II группы выявил значительно ускоренный темп спада размера гнойных полостей у больных которым использовано назотрахеобронхиальное дренирование гнойного очага легкого II группа чем I группа больных которым использована и консервативная или транстрахиальное дренирование гнойных полостей. Так как размеры полостей у больных II группы к 12-14 суткам лечения имели максимально меньшие размеры, что сокращались до 75,4% от исходного, то есть размер полостей в эти сроки был равен  $1,8 \pm 0,05$  см что составило 24,6% от исходного размера. полостей у больных II группы к 12-14 суткам лечения имели максимально меньшие размеры, что сокращались до 75,4% от исходного, то есть размер полостей в эти сроки был равен  $1,8 \pm 0,05$  см что составило 24,6% от исходного размера. В эти сроки у больных контрольной группы I А, Б и В объём и размеры гнойных полостей были равны к 34,3%, 35,5%, 53,4% соответственно от исходного размера.

Следующим критерием оценки динамики состояния больных было изучение сатурации капилляров с помощью пульсоксиметра. Сравнительный анализ результатов показателей пульсоксиметрии различных групп приведены: как показывает табл. 4 в день поступления, у больных II группы также как и у предыдущих групп, показатели пульсоксиметрии были значительно меньше чем в норме  $90,50 \pm 0,63\%$ . В процессе лечения показатель  $SpO_2\%$ , больных II группы восстановилось значительно быстрыми темпами, чем у предыдущих групп.

**Таблица 4**

**Динамика показателей пульсоксиметрии II группы по сравнению I (А, Б и В) групповой**

Группы больных	Показатель $SpO_2\%$				
	День поступления	3 сутки	7 сутки	14 сутки	20 сутки
Контрольная IA	$92,06 \pm 0,08$	$92,39 \pm 0,10$	$92,96 \pm 0,11$	$93,93 \pm 0,10^*$	$94,67 \pm 0,12^*$
IB	$91,51 \pm 0,09$	$91,96 \pm 0,08$	$92,64 \pm 0,11$	$94,43 \pm 0,12^{***}$	$94,78 \pm 0,17^*$
IV	$91,72 \pm 0,16$	$92,18 \pm 0,20^*$	$93,90 \pm 0,28^{**}$	$94,08 \pm 0,19^{***}$	$94,94 \pm 0,31^{***}$
Основная II группа	$90,50 \pm 0,16$	$93,20 \pm 0,46^{**}$	$94,33 \pm 0,25^{**}$	$95,60 \pm 0,43^{***}$	-

Примечание: \* - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ).

К третьим суткам лечения динамический рост показателей  $SpO_2\%$  II группы больных был ровно в пределах 2,7% от исходного, к седьмым суткам этот показатель вырос на 3,83%, к 12-14 суткам положительная

динамическая разница была равна на 5,1% от исходного и показатель SpO<sub>2</sub>% достиг нормальных цифр 95,60%±0,43 (табл.4).

Средняя продолжительность стационарного лечения II группы составила 12 ±1,8 дней.

Полученные результаты лечения больных II группы выявили ряд положительных моментов динамики показателей лечения больных с гнойным заболеваниями легких при комбинированном применении назотрахеобронхиальной катетеризации гнойных полостей по разработанной методики, которые, главным образом, проявлялись ускорением сроков очищения гнойных полостей от инфекции, а также ранним спаданием гнойных полостей. Подтвердились при сравнении бактериологических, клиничко-биохимических и рентгенологических критериев оценки местного процесса полости и общего состояния больных.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертация доктора философии (PhD) на тему: «Малоинвазивный метод лечения гнойных заболеваний легких» позволяет представить следующие заключения:

1. При лечении больных с гнойными заболеваниями легких при применении этиопатогенитического, симптоматического и традиционного методов лечения с общей антибиотикотерапией отмечается позднее очищение гнойных полостей от инфекции, лишь к 14-м суткам лечения. Биохимические показатели интоксикации нормализуются только к 16-18 суткам лечения. Максимальные сроки спадания размеров полости к 18-20 суткам, сроки нормализации показателей пульсоксиметра к 16-18 суткам. При этом средняя продолжительность лечения больных составляет 22±2,4 дней.

2. Применение трахеобронхиального дренирования в комплексе лечения гнойных заболеваний легких положительно влияет на результаты лечения, главным образом, путем ускорения очищения гнойных полостей от инфекции. Ускоряются сроки спадания полости абсцесса, а также отмечается синхронная динамика ускорения, нормализация показателей пульсоксиметрии, при этом средняя продолжительность лечения составляет 14-16 дней.

3. Все показатели интоксикации и динамика уменьшения размеров гнойных полостей при применении в комплексе лечения назотрахеобронхиальной катетеризации гнойных полостей легкого с санацией антибиотикотерапией, ускоряются сроки нормализации опережая в среднем I A подгруппу на 6-8 суток, на 4-6 суток I B подгруппу и на 2-4 сутки I B подгруппу. Главными преимуществами лечения больных с гнойными заболеваниями легких при применении назотрахеобронхиальной катетеризации гнойных полостей является ускоренный темп спадания размера гнойных полостей, максимальное сокращение отмечалось к 12-14 суткам, до 24,6% от исходного. Что намного сокращает длительность

лечения у данной категории больных, чем при применении других малоинвазивных методов.

4. Результаты сравнительного анализа проведённых исследований показали что, при лечении больных с гнойными заболеваниями лёгких, нами предложенный метод: назотрахеобронхиальная катетеризация гнойных полостей легкого, является оптимальным малотравматичным, малоинвазивным методом лечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE  
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**KHASANOV AZIZ KOSIMOVICH**

**MINIMALLY INVASIVE METHOD OF TREATMENT OF PURULENT  
LUNG DISEASES**

**14.00.27 - Surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT  
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

**BUKHARA – 2021**

The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2019.2.PhD/Tib990

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

**Scientific leader:** **Safoev Bakodir Barnoevich**  
doctor of medical sciences

**Official opponents:** **Khamidov Magomed Akhmedovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Russian Federation)

**Urokov Shuhrat Tukhtayevich**  
Doctor of Medical Sciences

**The leading organization:** **Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery**

Defense will take place on «3» july 2021 at 14<sup>00</sup> at the meeting of Scientific Council DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: buhmi@mail.ru).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number № 021). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «23» june 2021 year  
(mailing report № 16 on «23» june 2021 year)



**A.Sh. Inoyatov**

Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

**D.N. Achilova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

**N.A. Nuraliyev**

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

## INTRODUCTION (abstract of PhD)

**The aim of the research work.** The treatment of purulent lung diseases in patients with a minimally invasive method and increasing the effectiveness of its results.

**The object of the scientific research.** 172 patients with acute purulent lung diseases were treated in the purulent-surgical department of the Bukhara regional multidisciplinary medical center.

### **The scientific novelty of the research.**

It is shown that when using nasotracheobronchial drainage in the treatment of purulent lung diseases, it has a convincingly positive effect on the results of treatment, accelerates the cleansing of purulent cavities from infection, narrows the abscess cavity, and shortens the treatment period;

it was found that *Staphylococcus aureus* from the sputum of patients with purulent lung disease was identified in monocultural and associative forms, and it was found that it is quantitatively and qualitatively more common as an etiological agent than other gram-negative and gram-positive pathogenic microorganisms;

it was found that the use of nasotracheobronchial drainage in combination with targeted antibiotic therapy stabilizes the oxygen saturation index faster than traditional treatment;

it was determined that in the treatment of patients with purulent lung disease, a method of nasotracheobronchial catheterization of purulent cavities was developed, which, as it was found, reduces the side effects of the disease in a short period of time as a minimally invasive and minimally invasive method.

### **Implementation of the research results.**

According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of patients with purulent-destructive lung diseases:

methodological recommendations were developed "The effectiveness of transtracheal drainage of a purulent focus in the treatment of purulent lung diseases complicated by bronchial fistula" (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 199 dated November 24, 2020). The proposed recommendations made it possible to improve the quality of surgical treatment of patients with purulent-destructive lung diseases due to a decrease in the size of purulent cavities and regression of a purulent inflammatory process;

methodological recommendations were developed "Nasotracheobronchial drainage of the focus in the lungs in the treatment of purulent lung diseases complicated by bronchial fistula" (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 199 dated November 24, 2020). The proposed recommendations made it possible to improve the quality of surgical treatment by accelerating the cleansing of purulent cavities from infection, reducing the time for the abscess cavity to subside and the average duration of treatment;

the scientific results obtained to improve the results of surgical treatment of patients with purulent-destructive lung diseases have been introduced into practical health care activities, in particular, in the Kagan, Zhandar and Bukhara city medical associations, and the Bukhara branch of the republican scientific center for

emergency medical care (certificate of the Ministry of Health No. 8n- 3 / 202 dated December 21, 2020). The use of the recommended treatment tactics made it possible to reduce the volume of purulent cavities, accelerate the elimination of infection, and halve the average duration of treatment.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations, a list of references and applications. The volume of the thesis is 101 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Хасанов А.Қ., Ярикулов Ш.Ш., Мухамадиев И.Ш., Мирсолиев Ш.Г. Проблема острый абсцесс легкого: этиопатогенез, диагностика и лечения в современном этапы // Тиббиётда янги кун. – 2019, -№4(28). – С.341-347. (14.00.00; №22)

2. Хасанов А.Қ., Ярикулов Ш.Ш., Мирсолиев Ш.Г. Современные принципы диагностика и лечения гнойно-деструктивных заболеваний легких // Тиббиётда янги кун. – 2020, -№3(31). – С.149-155. (14.00.00; №22)

3. Сафоев Б.Б., Хасанов А.Қ., Каршиев Н.Р. Эффективность применения эндобронхиальной санации при лечении больных с абсцессом легкого осложненным бронхиальным свищом // Проблемы биологии и медицины-2020, -№5(122). - С.130-134. (14.00.00; №19)

4. Хасанов А.К., Сафоев Б.Б., Икромов Т.Э. Сравнительная оценка эффективности применения транстрахеального дренирования и бронхоскопической санации при лечении больных с абсцессами легких осложненные бронхиальным свищом // Тиббиётда янги кун. – 2020. - №4(33). – С.143-147. (14.00.00; №22)

5. Safoev B.B., Khasanov A.K., Rakhimov A.Ya., Mirsoliev Sh.G. The Effectiveness Of The Use Of Transtrachial Sanitation In The Treatment Of Patients With Lung Abscess Complicated By Bronchail Fistula // The American journal of medical sciences pharmaceutical research – 2020. - N2(10). – P.137-144. Impact Factor 2020 - 5.286.

6. Safojev B.B., Khasanov A.Q., Karshiyev N.R. Comparative assessment of nasotracheobronchial drainage and conservative bronchoscopic debridement in the treatment of patients with lung abscesses complicated by bronchial fistula // International Journal of Pharmaceutical Research. – 2021. - Vol 13. – P.766-771. (14.00.00; Scopus)

7. Safoev B.B., Khasanov A.K., Karshiyev N.R., Mirsoliev Sh.G. Comparative Assessment of the Effectiveness of the Use of Transtracheal Drainage and Bronchoscopic Debridement in the Treatment of Patients with Lung Abscesses Complicated by Bronchial Fistula // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2020. - N10(12). - P.990-994. (14.00.00; №2)

**II бўлим (II часть; part II)**

8. Сафоев Б.Б., Хасанов А.К., Каршиев Н.Р. Эффективность применения назотрахеобронхиального дренирования при лечении больных с абсцессом легкого осложненного бронхиальным свищом // Сборник статей XV международной научно-практической конференции. – Пенза, 2020. – С.148-150.

9. Сафоев Б.Б., Хасанов А.К., Мирсолиев Ш.Г. Эндобронхиальный санации при лечении больных с абсцессом легкого осложненным бронхиальным свищом // Proceedings of Ingenious Global Thoughts An International Multidisciplinary Scientific Conference. - Hosted from San Jose, California, 2020. - P.37-38.

10. Сафоев Б.Б., Хасанов А.К. Транстрахеальное дренирование и бронхоскопическая санация при лечении больных с абсцессами легких, осложненных бронхиальным свищом // “Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар” мавзусидаги республика 23 - кўп тармоқли илмий масофавий онлайн канференция. – Тошкент, 2020. - 18 қисм. - С.17-19.

11. Сафоев Б.Б., Хасанов А.К., Жумаев М.Ф., Мирсолиев Ш.Г. Программа для определения показаний к лечебной бронхоскопии у больных гнойным воспалительным заболеванием легких // Свидетельство зарегистрировано в государственном реестре программ для ЭВМ от 23.10.2019, №DGU 07280.

12. Хасанов А.К., Сафоев Б. Б. Назотрахеобронхиальное дренирование очага в лечения гнойных заболеваний легких, осложненного бронхиальным свищом // Методические рекомендации. – Бухара, 2020. - 22 с.

13. Хасанов А.К., Сафоев Б. Б. Эффективность транстрахеальный дренированиям гнойного очага при лечения гнойных заболеваний легких, осложненный бронхиальным свищом // Методические рекомендации. - Бухара, 2020. - 21 с.

Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус ҳамда инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 22.06.2021. Бичими 60x84 1/16. Рақамли босма усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобоғи: 3.0. Адади 100 нусха. Буюртма №188.

Гувоҳнома АИ № 178. 08.12.2010.  
“Sadriiddin Salim Buxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.  
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.





