

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЗОТРАХЕОБРОНХИАЛЬНАЯ ДРЕНИРОВАНИЕ И КОНСЕРВАТИВНЫЙ БРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АБСЦЕССАМ ЛЕГКОГО ОСЛОЖНЕННЫЙ БРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩОМ

Сафоев Б.Б., Хасанов А.К., Икромов Т.Э., Мирсолиев Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Проанализированы данные обследования и лечения 106 больных с абсцессами легкого осложненный бронхиальным свищом различной этиологии, находившихся на лечении в гнойном хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного института в 2010-2019 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I - группа сравнения и II - основная. Контрольная I группа, составила 68 (64,1%) больных, которым проводилось консервативная лечения с санационная бронхоскопия. Во II - основную группу включены 38 (35,9%) больных которым проводилась назотрахеобронхальная дренирования гнойного очага легкого с ежедневной санацией с антибактериальными и разжижающими препаратами.

Проведенные нами исследование выявили: - Длительная бронхоскопическая исследования имеет свои недостатки такие как: осложнения в виде трахеобронхита до 23,52%, охриплости голоса до 2,94% случаев.

Назотрахеобронхальное дренирование гнойных полостей легкого является эффективным способом лечения и не имеет осложнения, которые встречаются при длительная бронхоскопическая санации легкого в лечения гнойных заболевания легкого осложненным бронхиальным свищом.

Ключевые слова: Назотрахеобронхальная дренирования, бронхоскопической санации, абсцесс легких.

EFFECTIVENESS OF NASOTRACHEOBRONCHIAL DRAINAGE AND CONSERVATIVE BRONCHOSCOPIC DEBRIDEMENT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH LUNG ABSCESSSES COMPLICATED BY BRONCHIAL FISTULA

Safoev B.B., Khasanov A.K., Ikromov T.E., Mirsoliev Sh.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

The data of examination and treatment of 106 patients with lung abscesses complicated by bronchial fistula of various etiology, who were treated in the purulent surgical department of the clinical base of the Bukhara State Institute in 2010-2019, were analyzed.

All patients, depending on the method of treatment, were divided into 2 groups: I - comparison group and II - main. The control group I consisted of 68 (64.1%) patients who underwent conservative treatment with sanitation bronchoscopy. The II - the main group included 38 (35.9%) patients who underwent nasotracheobronchial drainage of the purulent focus of the lung with daily sanitation with antibacterial and thinning drugs.

Our research revealed: - Long-term bronchoscopic examination has its drawbacks, such as: complications in the form of tracheobronchitis up to 23.52%, hoarseness up to 2.94% of cases.

Nasotracheobronchial drainage of purulent lung cavities is an effective method of treatment and does not have the complications that occur with prolonged bronchoscopic lung debridement in the treatment of purulent lung disease with complicated bronchial fistula.

Key words: Nasotracheobronchial drainage, bronchoscopic debridement, lung abscess.

BRONCHIAL FISTULA BILAN ASORATLANGAN O'PKA XO'PPOZI BO'LGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA NASOTRAHEOBRONCHIAL DRENAJ VA KONSERVATIV BRONXOSKOPIK DEBRIDMENTSIIYANING SAMARADORLIGI

Safoev B.B., Xasanov A.K., Ikromov T.E., Mirsoliyev Sh.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Resume

2010-2019 yillarda Buxoro davlat instituti klinik bazasining yiringli jarrohlik bo'limida davolangan turli xil etiologiyadagi bronxial fistula bilan murakkablashgan o'pka xo'ppozi bo'lgan 106 nafar bemorni tekshirish va davolash ma'lumotlari tahlil qilindi. Barcha bemorlar, davolash uslubiga qarab, 2 guruhga bo'lingan: I - taqqoslash guruhi va II - asosiy. I nazorat guruhi sanitariya bronxoskopiyasi bilan konservativ davo o'tkazgan 68 (64,1%) bemorni tashkil etdi. II - asosiy guruhga antibakterial va suyultiruvchi dorilar bilan kunlik sanitariya bilan o'pkaning yiringli fokusi nazotraxeobronxial drenajdan o'tgan 38 (35,9%) bemor kirgan.

Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki: - Uzoq muddatli bronxoskopik tekshiruvning kamchiliklari bor, masalan: traxeobronxit ko'rinishidagi asoratlar 23,52% gacha, tovushlar 2,94% gacha.

Yiringli o'pka bo'shliqlarini nazotraxeobronxial drenajlash samarali davolash usuli hisoblanadi va bronxial fistula bilan murakkablashgan yiringli o'pka kasalliklarini davolashda o'pkaning uzoq davom etadigan bronxoskopik debridatsiyasi paytida yuzaga keladigan asoratlarni keltirib chiqarmaydi.

Kalit so'zlar: Nasotraheobronxial drenaj, bronxoskopik tozalash, o'pka xo'ppozi.

Актуальность

Литературные исследования последних лет отмечают нарастание числа больных с тяжелыми и осложненными формами течения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких [1,8,14]. Данные авторов исследований показывают, что процент развития легочно-плевральных осложнений при абсцессах легких колеблется от 30 до 70%, а частота развития гангренозных форм от 28 до 74 % [3,4,5]. Высоким остается и уровень летальности, составляя в целом при различных формах гнойно-некротического процесса от 12,7% до 77,8% [9,15].

Немецкие ученые Marra A, Hillejan L, Ukena D. (2015) рассматривают современные возможности развития абсцесса легкого. Абсцесс легкого - это инфекционное заболевание легких, характеризующееся наличием гнойной полости в паренхиме легкого. Содержимое абсцесса часто самопроизвольно попадает в дыхательные пути, что приводит к образованию уровня воздушной жидкости, видимого на рентгенограммах грудной клетки и КТ. Первичные абсцессы легкого возникают у пациентов, склонных к аспирации, или у здоровых людей; вторичные абсцессы легкого обычно развиваются в связи со стенозирующим новообразованием легкого или системным заболеванием, которое нарушает иммунную защиту, такую как СПИД, или после трансплантации органа. Организмы, обнаруженные при абсцессах, вызванных аспирационной пневмонией, отражают резидентную флору ротоглотки. [10,13].

Ведущая роль в диагностике абсцесса легкого принадлежит рентгенографии. Описанию рентгенологической картины посвящена работа Л.С. Розенштраух с соавт. Благодаря им рентгенологическая семиотика этого заболевания разработана достаточно полно, хотя появившаяся в последние десятилетия компьютерная томография, несомненно, обладает значительно более высокими диагностическими характеристиками с возможностью уточнения локализации и размеров ал, толщины пиогенной капсулы, характера содержимого и сопутствующих изменений паренхимы. [9,12].

Роль эндобронхиальных вмешательств при лечении больных гнойных заболевания легкого российские авторы [2,7.] показывают оценку эффективнос-

ти применения эндоскопической окклюзии бронха при лечении пациентов с бронхоплевральным свищом и длительным сбросом воздуха по плевральным дренажам различной этиологии. Современные методы лечения абсцессов и гангрены легких направлены на удаление гнойного содержимого из полостей малоинвазивными способами эндоскопическим либо трансторакальным способами. Авторы (Сыздыкбаев М.К., Куртуков В.А., Шойхет Я.Н.) утверждают, что дескенозирование бронхов является эффективным методом в комплексном лечении у больных с рубцовыми стенозами бронхов на фоне гнойно-воспалительных процессов в лёгких, осложнившихся острым абсцессом легкого и гангреной легких. [6,11,16].

Новые технологии в диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний легких, позволили на протяжении последних десятилетий незначительно снизить заболеваемость, что подтверждают существующие литературные публикации, однако поиск наиболее эффективных и малотравматичных путей лечения крайне актуален.

Цель исследования: выявить эффективность назотрахеобронхиальной дренирования и санации при лечении больных с абсцессом легкого осложненного бронхиальным свищом.

Материал и методы

Проанализированы данные обследования и лечения 106 больных с абсцессами легкого осложненный бронхиальным свищом различной этиологии, находившихся на лечении в гнойном хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного института в 2010-2019 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I - группа сравнения и II - основная. Контрольная I группа, составила 68(64,1%) больных, которым проводилось консервативная лечения с санационная бронхоскопия. Во II - основную группу включены 38(35,9%) больных которым проводилась назотрахеобронхиальная дренирования гнойного очага легкого с ежедневной санацией с антибактериальными и разжижающими препаратами.

Все обследованый больные в день поступления общее состояниения в большинсва случаях были тёмно до 55%.

Табл. №1

Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий

Группы больных с гнойным заболеванием легкого	Метод лечения:
Группа сравнения I группа (n=68)	консервативная лечения с санационная бронхоскопия.
Основная группа II группа (n=38)	консервативный метод лечения с назотрахеобронхиальным дренированиям гнойного очага легкого

Все они поступили с жалобами; на чувства нехватки воздуха, на интенсивный кашель с зловонным запахом (30% больных), выделения гнойным макротий, одышка смешанного характера при умеренной физической нагрузке, на стабильно высокий температур, потливость, слабость.

Из 106 обследованных больных 58(54,7%) пациентов отмечались правосторонняя локализация гнойного очага, у 48(45,3%) пациентов были левосторонняя локализация. Из 58 больных правосторонняя ло-

кализации гнойный очаг 19(32,7%) случаях было расположена верхний доли, 25(43,1%)- больных в нижние доли правого легкого 14(24,2%)- средний доли расположена. При левосторонний расположена из 48 больных 27(56,3%) случаях отмечалось очага поражения оказалось нижнедолевая, 21(43,7%) пациентам наблюдалось верхнедолевая локализация.

Эффективность используемых и предложенных клинических методов лечения нагноительных заболеваний легких оценивали по продолжительности брон-



холеговой симптоматики, общих симптомов интоксикации, противовоспалительной терапии, динамике размеров гнойно-деструктивной полости, продолжительность общего койко-дня.

Методика проведения назо-трахеобронхиальной дренирования полости абсцесса легкого.

После соответствующей премидикации, с целью местной анестезии непосредственно перед исследованием проводилась обработка носовой и ротовой полости 10% Лидокаин-спреем. Гипкий бронхоскоп размером 5,2 проводили к трахею через нос, гортан голосовой связки под визуальным контролем. Кончик бронхоскопа направляли к главному бронху паразонного легкого походу при необходимости проводилась санация просвета бронха. Бронхоскоп продвинули до обнаружения области бронхиального свища. Через спинальный просвет для проводника бронхоскопа проводили эластический катетер, кончик которого под строгим визуальным контролем проводилась полость абсцесса с осторожностью в вадели бронхоскоп. Эластический катетер (микродренаж) спомуший лейкопластра фиксировали на коже верхний губы и носа.

Результат и обсуждение

Всех обследованных больных как критерии оценки состояния изучена, лабораторных показателей признаков эндогенной интоксикации из периферической крови (концентрация гемоглобина, лейкоцитоз, СОЭ, ЛИИ, ЛИ, МСМ), качественный и количественный бактериологический исследования микрофлоры мокроты и смывного выделения из бронхов при бронхоскопии, динамика спадения размеров гнойных полостей легкого, продолжительности пребывания пациента в стационаре. На момент поступления и в процессе лечения состояние больных оценивалось по клиническим признакам, по данным лабораторно-инструментальных методов обследования, а также использованием рентгенологических методов исследования.

Из 68 исследованных больных I группы 35(51,5%) были с острым абсцессом, 15(22,1%) обострением хронического абсцесса у 18(26,4%) больных отмечалось нагноения остаточной полости после удалена паразитарный кисти. (Рис. 1).

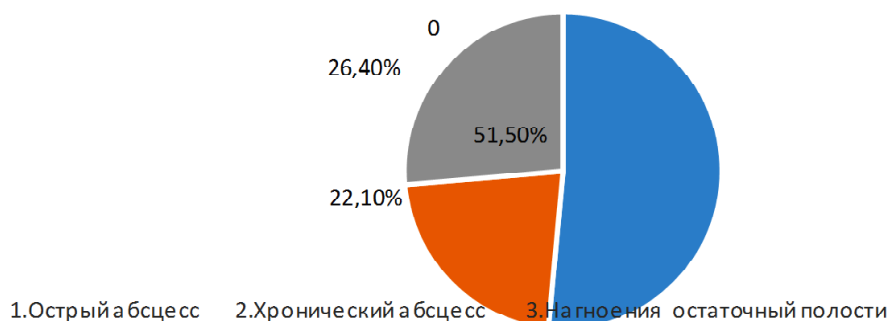


Рис1. Распределения контрольной группы больных по этиологическому фактору.

Бактериологические исследования у больных I группы проводилась из промывной жидкости бронхиального дерева, у II группы микрофлора изучалась из выделений катетера с полости абсцесса.

В большинстве случаев у 75(70,7%) пациента высеивался патогенный стафилококки (*Staphylococcus aureus*). 34(32,1%) наблюдениях высеивалась *Pseudomonas aeruginosa*, в 9(8,4%) наблюдениях высеивалась кишечная палочка. В протей высеивался - в 6(5,7%). Далее

следовали стрептококки (*Streptococcus haemolyticus*) в 15(14,1%) наблюдениях. Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) высеивалась у 7(6,6%) пациентов.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких I группы сравнения выявили нижеследующие изменения (табл. №2).

Таблица №2

Динамика показателей интоксикации I группы сравнения (n=68)

Показатели	Время наблюдения				
	день поступления	3 день	7 день	14 день	20 день
t° тела	39,3±0,41	38,2±0,13*	37,8±0,14*	36,9±0,14	36,6±0,20*
L крови ×10 ⁹ /л	9,9±0,46	8,4±0,45*	7,4±0,39	7,0±0,31	6,6±0,25
МСМ ед	0,199±0,010	0,168±0,007**	0,152±0,009	0,126±0,005**	0,114±0,006***
ЛИИ ед	2,4±0,06	1,9±0,08*	1,7±0,07	1,4±0,05	1,2±0,04***
СОЭ мм/ч	45,8±1,66	40,4±1,52*	34,1±1,22*	27,2±1,11***	15,2±0,62***

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 39,3 0,410С. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем 9,9 0,46 × 10⁹/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,199 0,010 ед. Аналогично этому

отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ. На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от 38,2 0,13 до 37,8 0,14, количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до 8,4 0,45×10⁹/л. Объем средних молекул составил в сред-

нем $0,168 \pm 0,007$ ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до $1,9 \pm 0,08$ и $40,4 \pm 1,52$ соответственно. К седьмым суткам лечения у больных группы сравнения с гнойными заболеваниями легких сохранялся незначительный субфебрилитет ($37,8 \pm 0,14$ °C). При этом по всем показателям интоксикации организма: Л, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации - $7,4 \pm 0,39 \times 10^9$; $0,152 \pm 0,009$; $1,7 \pm 0,07$; $34,1 \pm 1,22$ соответственно. К четырнадцатым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему сни-

жению, однако сохранялись выше нормы. При дальнейшем лечении и наблюдении, к двадцатым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

При анализе контрольных рентгенологических снимков и МСКТ грудной клетки установлено, что у I группы больных в день поступления, размеры полостей гнойного очага составили в среднем $6,8 \pm 0,66$ см. В динамике на протяжении всего периода наблюдений размеры полости гнойного очага планомерно уменьшались. (табл.№3)

Таблица №3

Динамика уменьшения размеров полостей абсцесса I группы

Группы больных	Размеры полости, см				
	День поступления	3 сутки	7 сутки	14 сутки	20 сутки
I гр.	$6,8 \pm 0,66$	$5,9 \pm 0,26$	$5,2 \pm 0,28$	$4,5 \pm 0,34$	$3,1 \pm 0,35$

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

грудной клетки установлено, что у I группы больных в день поступления, размеры полостей гнойного очага составили в среднем $6,8 \pm 0,66$ см. В динамике на протяжении всего периода наблюдений размеры полости гнойного очага планомерно уменьшались. (табл.№3) К 18-20 суткам лечения размеры полостей сократились до $3,1 \pm 0,35$ см, то есть на 45,6% от исходного размера.

Следует отметить, что анализ проведенных исследований I группы выявили следующее: ежедневное длительное бронхоскопическое исследование имеет и свои недостатки такие как: при длительном ежедневном проведении бронхоскопического исследования больных I группы отмечалось осложнения в виде тра-

хеобронхита до 23,52%, охриплости голоса до 2,94% случаев, все эти осложнения возникали вследствие раздражения и травматизации голосовой связки, трахеи и бронхов, которые при соответствующей консервативной терапии были устранены.

-Средняя продолжительность консервативного лечения абсцесса легкого осложнённым бронхиальным свищом больных I группы составляет $18 \pm 1,5$ суток.

Из 38 исследованных больных II группы 21 (55,2%) были с острым абсцессом, 9 (23,7%) обострениям хронического абсцесса у 8 (21,1%) больных отмечалось нагноения остаточный полости после удалена паразитарный кисти.

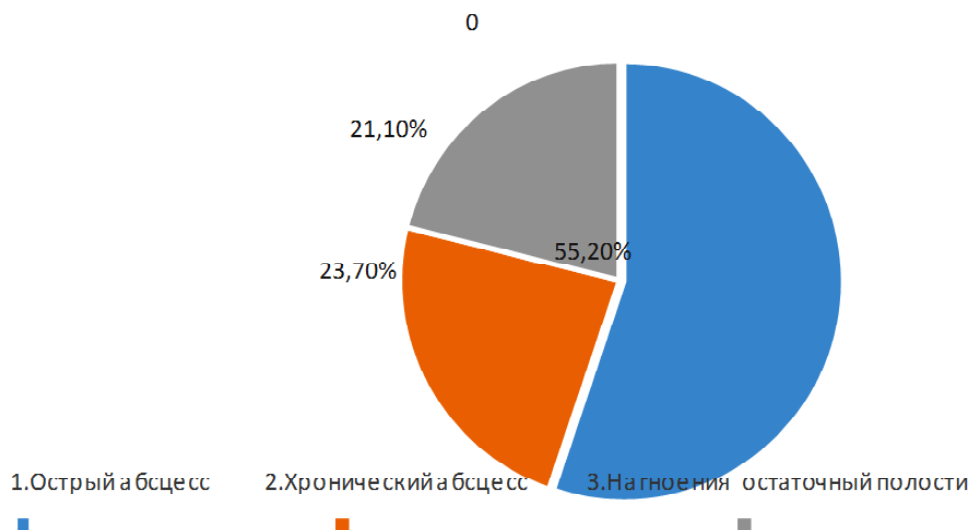


Рис 2. Распределения основной группы больных по этиологическому фактору.

Всем больным после соответствующей премедикации по вышеуказанной методике производилась назотрахеобронхиальная дренирование гнойного очага легкого. Проводилась постоянная пассивная и активная аспирационная санация с антибактериальными и разжижающими препаратами. Для разжижения содержимых здесь также использовали препараты ферменты лидаза или трипсин. Антибиотикотерапия про-

водилось с учётом чувствительности микрофлоре. Для эмпирического лечения подбирали один из антибиотиков ряда цефалоспоринов или фторхинолинов которм по нашем данном микрофлоры нашего региона более чувствительным.

Результаты изучения показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями легких II - группы выявили нижеследующие изменения

(табл.4.). Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем 39,9 0,45°C. Содержание лейкоцитов крови было равно

в среднем $9,9 \pm 0,31 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем 0,199 0,009 ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

Таблица 4.

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

Показатели	Время наблюдения				
	день поступления	3 день	7 день	14 день	20 день
t° тела	39,9±0,45	36,6±0,13***	36,5±0,12	36,5±0,10	36,5±0,09
L крови $\times 10^9/\text{л}$	9,9±0,31	7,8±0,35*	7,0±0,27	6,5±0,19	6,3±0,30
МСМ ед	0,199±0,009	0,136±0,006**	0,124±0,008	0,118±0,004**	0,101±0,005***
ЛИИ ед	2,7±0,07	1,3±0,09***	1,1±0,05*	1,0±0,04	1,0±0,03
СОЭ мм/ч	49,2±1,64	36,6±1,34***	24,3±1,44***	18,4±1,26***	14,8±0,56***

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

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от 39,9 0,45 до 36,6 0,13, количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до $7,8 \pm 0,35 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем 0,136 0,006** ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до 1,3 0,09***и 36,6 1,34***соответственно.

К седьмым суткам лечения у больных группы сравнения с гнойными заболеваниями легких сохранялся незначительный субфебрилитет (37,2 0,16 0С). При этом

по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации - $7,4 \pm 0,29 \times 10^9$; 0,156 0,007; 1,7 0,07; 33,3 1,33 соответственно. К седьмым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Таблица №5

Динамика уменьшения размеров полостей абсцесса у II группы по сравнению I группы

Группы больных	Размеры полости, см				
	День поступления	3 сутки	7 сутки	14 сутки	20 сутки
I группа	6,8±0,66* (100%)	5,9±0,26* (86,8%)	5,2±0,28* (76,5%)	4,5±0,34* (66,2%)	3,1±0,35* (45,6%)
II группа	7,3±0,68* (100%)	5,1±0,22* (69,9%)	4,2±0,33* (57,5%)	1,8±0,28* (24,6%)	-

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

Динамический анализ показателей рентгенологический установлено, что у больных II группы в день поступления размеры полостей гнойного очага легкого было идентичном как у I группы. Это цифры различных группы в день поступления достоверно не отличались. Следует отметить скорость сокращения размера полости у больных II группы отмечалось значительными быстрыми темпами чем I группы. Как видно из таблицы №5 в процессе лечения к третьим суткам у больных контрольной группы объем процент сокращения размеров гнойных полостей сократилась максимум до 13,2%тов. У II группы больных в этом сроке процент подавления размеров гнойных полостей составлял в среднем на 30,1%. Дальнейшая динамическая сравнительная анализ этих показателей I и II группы выявили значительная ускоренная темпа спада размера гнойных полостей у больных кото-

ром использована назотрахеобронхиальная дренированная гнойного очага легкого (II группа) чем I группа больных которым использована консервативная с санационный бронхоскопия. Так как размер полостей у больных II группы 12-14 суткам лечения имели максимально меньше размер что сокращались до 75,4% от исходного, то есть размер полостей в этом сроки было ровный 1,8±0,28 см что составило 24,6% от исходного размера. В этом сроки у больной контрольной группы I объем размеры гнойных полостей было равны к 66,2% от исходного размера.

Следующем критериям оценки динамика состояния больных было изучения сатурация (содержания кислорода артериального крови) крови с помощью пульсоксиметра. Сравнительная результатов показателей пульсоксиметрии различных групп приведены Табл.№6. Как показывает табл.№ в день поступления

больных II группы, показатели пульсоксиметрии было значительно меньше чем норма $86,5\% \pm 0,6$. В процессе лечения показатель SpO_2 больных II группы восстановилось значительной быстротой темпами чем I группы. К третьим суткам лечения динамическая рост показатель SpO_2 II группы больных было

ровней пределах 2,7% от исходного, к седьмой суткам это показатель выросла 5,8%, к 12- 14 суткам положительная динамическая разница было ровно на 10,1% от исходного и показатель SpO_2 достиг нормальный цифр $96,6\% \pm 0,7$.

Таблица №6

Динамика показателя пульсоксиметрии II группа по сравнению I группы

Группы больных	Показатель SpO_2 %				
	День поступления	3 сутки	7 сутки	14 сутки	20 сутки
I группа	$87,6\% \pm 0,2$	$87,9\% \pm 0,2$	$88,3\% \pm 0,5$	$91,2\% \pm 0,6$	$94,1\% \pm 0,9$
II группа	$86,5\% \pm 0,6$	$89,2\% \pm 0,4$	$92,3\% \pm 0,8$	$96,6\% \pm 0,7$	$97,6\% \pm 0,5$

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

Что опережает от I группы на 7-8 сутки. Средний продолжительностей стационарного лечения II группы составила $12 \pm 1,8$ день.

Таким образом нами проведённый анализ результатов исследования больных гнойными заболеваниями легкого выявила следующие.: Полученные результаты лечения больных II группы выявили ряд положительных моментов динамики показателей лечения ГЗЛ при комбинированном применении назотрахеобронхиальная катетеризация гнойных полостей по разработанной методики, которые, главным образом, проявлялись ускорением сроков очищения гнойного полостей от инфекции, а также ранним спаданием гнойного полостей, подтвердился при сравнении бактериологических, клинко-биохимических, рентген-лабораторных критериев оценки местного процесса и общего состояния больных.

Выводы

1. Длительная бронхоскопическая исследования имеет свои недостатки такие как: осложнения в виде трахеобронхита до 23,52%, охриплости голоса до 2,94% случаев.

2. Назотрахеобронхиальное дренирование гнойных полостей легкого является эффективным способом лечения и не имеет осложнений, которые встречаются при длительная бронхоскопическая санации легкого в лечения гнойных заболевания легкого осложненным бронхиальным свищем.

3. При применении комплекса в лечения назотрахеобронхиальная катетеризация гнойных полостей легкого с санацией антибиотикотерапией, сроки нормализации всех показателей интоксикации, динамическая рост показатель SpO_2 , ускорения сроков очищения гнойного полостей от инфекции, а также спадания размеров гнойных полостей ускоряются в среднем 6-8 сутки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

- Григорьев Е.Г. Хронические нагноительные заболевания легких (лекция) // Acta Biomedica Scientifica. 2014. №4 (98).
- Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Судовых И.Е. Эндоскопическая клапанная бронхоблокация при лечении бронхоплевральных свищей и утечки воздуха. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;(5):49-57.

- Охунов А.О., Бабаджанов Б.Д., Пулатов У.И. Причины генерализации инфекции у больных с гнойновоспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. № 4, 2016. С. 89-93.
- Охунов А.О., Пулатов У.И., Охунова Д.А. Инновационный взгляд на патогенез хирургического сепсиса. Результаты фундаментальных исследований. // Издательство: LAP LAMBERT Academic Publishing RU, 2018. 145 с.
- Петухов В. И., Русецкая М. О., Шаврова С. В. Роль классических рентгенологических методов исследования и компьютерной томографии в диагностике гнойных заболеваний легких и плевры // Проблемы здоровья и экологии. 2010. №1 (23). -С.
- Романов М. Д., Киреева Е. М. Миниинвазивные трансторакальные комбинированные технологии в лечении больных острыми абсцессами легких // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Медицинские науки. 2014. №4 (32).
- Сафоев Б.Б. Курбонов О.М. Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш. Роль бронхоскопии в лечении осложнённых эндобронхиальных лигатурных свищей после эхинококкозными легкого. //Новый день в медицине.-2019.-№3 (27).-С.239-241.
- Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш., Мухаммадиев И.Ш., Мирсолиев Ш.Г. Проблема острого абсцесса легкого: этиопатогенез, диагностика и лечение на современном этапе//Новый день в медицине.-2019.-№ 4 (28).-С.324-328.
- Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш., Мирсолиев Ш.Г. Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных гнойными заболеваниями легкого //Новый день в медицине.-2020.-№3 (31).-С.149-155.
- Жданов, А.И. Малоинвазивные вмешательства под контролем рентгеновской компьютерной томографии с применением устройств пассивной навигации / А.И. Жданов, В.В. Евтеев, М.А. Черных // Конгресс российской ассоциации радиологов: тезисы докл. - Санкт-Петербург, 2015. - С. 172-173.
- Шойхет Я.Н., Сыздыкбаев М.К., Куртуков В.А., Капитулин С.Ю. Селективная транстрахеальная катетеризация бронхов в лечении острых абсцессов и гангренов легкого //Соврем Проблемы Науки и Образования. [Электронный журнал]. 2014;(3).
- Ясногородский О.О., Гостищев В.К., Шулуто А.М. Абсцесс и гангрена легкого: эволюция методов лечения // Новости хирургии. 2020. №2. -С.15-155.
- Schweigert M., Kraus D., Ficker J.H., Stein H.J. Closure of persisting air leaks in patients with severe pleural empyema--use of endoscopic one-way endobronchial valve.//Eur J Cardiothorac Surg. 2011 Mar;39(3):401-3.
- Feki W., Ketata W., Bahloul N., Ayadi H. Lung abscess: Diagnosis and management //Rev Mal Respir. 2019 Jun;36(6):707-719.
- Jones N.C., Kirk A.J., Edwards R.D. Bronchopleural fistula treated with a covered wallstent //Ann Thorac Surg. 2006 Jan;81(1):364-6.
- Keshishyan S., Revelo A.E., Epelbaum O. Bronchoscopic management of prolonged air leak. //J Thorac Dis. 2017; 9(10) :S.1034-S.1046.

Поступила 09.11. 2020