



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (49) 2022

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОЙЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь



Received: 10.10.2022
Accepted: 21.10.2022
Published: 10.11.2022

УДК 613-616.36-002.3-089

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

*Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Яхшибоев С.Ш., Якубов И.Й.,
Содиқов Ш.У., Қорихонов Д.Н.*

Ташкентская медицинская академия

✓ Резюме

Проанализировано результаты лечения 31 больного с абсцессами печени. Отмечена высокая эффективность использования малоинвазивных технологий в комплексном лечении абсцессов печени.

Ключевые слова: абсцесс печени, лечение, малоинвазивные технологии, дренирование абсцесса печени.

APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF LIVER ABSCESSSES

*B.D. Babadzhanov, K Zh. Matmurotov, U.I. Pulatov, S.Sh. Yakhshiboev, I.I. Yakubov,
Sh.U. Sodikov., D.N. Korikhonov*

Tashkent Medical Academy

✓ Resume

The results of treatment of 31 patients with liver abscesses were analyzed. The high efficiency of using minimally invasive technologies in the complex treatment of liver abscesses was noted.

Key word: liver abscess, treatment, minimally invasive technologies.

MINIMAL INVAZIV ARABASINI QO'LLASH JIGAR ABSESSLARINI DAVOLASH

*Babadjanov B.D., Matmurotov K.J., Po 'latov U.I., Yaxshiboyev S.Sh., Yoqubov I.Y.,
Sodiqov Sh.U., Korixonov D.N.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi

✓ Rezyume

Jigar xo'ppozlari bilan og'rigan 31 nafar bemorni davolash natijalari tahlil qilindi. Jigar xo'ppozlarini kompleks davolashda minimal invaziv texnologiyalardan foydalanishning yuqori samaradorligi qayd etildi.

Kalit so'zlar: jigar absessi, davolash, minimal invaziv texnologiyalar, jigar xo'ppozini drenajlash.

Актуальность

Последние десятилетия отмечается явная тенденция роста частоты абсцессов печени. Абсцессы печени перестали быть редкостью, и частота их у госпитализированных больных достигает от 0,5 до 2–3% [4, 10, 15]. Абсцесс печени является тяжелым полиэтиологическим заболеванием, причинами возникновения абсцесса печени наиболее часто являются гнойно-воспалительные заболевания органов брюшной полости, послеоперационные осложнения, нагноения кист и гематом, новообразования печени. По данным российских



исследователей в происхождении абсцессов печени можно выделить следующие факторы: лапаротомия в ближайшем анамнезе - 51,3% от общего числа больных, холангиогенные -18,5%, инфицированные гематомы -6%, нагноившиеся кисты - 2%, идиопатические - 22,2% [3, 5, 8].

По данным большинства исследователей, летальность при микробных абсцессах высока и составляет от 20 до 30 %, при амёбных и описторхозных абсцессах комплексное лечение также дает 26 и 15,5 % летальности соответственно. Летальность при множественных абсцессах печени существенно выше, чем при одиночных, и может достигать, по данным некоторых авторов, 50–90 % [1,7,11,13,14,16].

При лечении множественных мелких бактериальных абсцессов печени в клинике разработана методика длительной внутривенной инфузионной антибиотикотерапии, поскольку дренирование и вскрытие таких абсцессов технически сложно и не всегда эффективно. В этих случаях приходится надеяться только на консервативное лечение. Очевидно, что лечение будет более успешным при введении лекарственных препаратов непосредственно в сосудистое русло печени. По мнению ряда авторов внутривенное введение лекарственных препаратов имеет ряд преимуществ, а именно: высокая концентрация их в очаге поражения в неизменном виде, короткий путь доставки препаратов в очаг поражения [2, 12].

По мнению А.Л. Левчука, В.Ф. Зубрицкого, дополнение хирургических вмешательств применением регионарным внутривенным введением лекарственных средств, способных эффективно влиять на различные звенья клеточного метаболизма, в значительной степени улучшает исходы лечения. При этом наибольшая быстрота и стабильность клинического эффекта отмечается при регионарном внутривенном применении многокомпонентных растворов на основе антигипоксантов [6, 9]. Поскольку препараты, обладающие 3 антигипоксантной и антиоксидантной направленностью способны целенаправленно корректировать гипоксические расстройства в тканях, их применение путем регионарного введения позволяет сделать вывод о высокой патогенетической обоснованности данного пути введения.

В последние годы несмотря на множества опубликованных материалов и проведенных исследований, направленное на улучшение результатов хирургического лечения пациентов абсцессом печени, нет единого стандарта или алгоритма тактики лечения, который определяет исход течения заболевания в каждом индивидуальном случае в зависимости от локализации патологического очага.

В связи с этим целью нашего исследования явилось усовершенствовать хирургическое лечение пациентов абсцессом печени с помощью применения миниинвазивных методов.

Материал и методы

В данной работе проанализированы результаты лечения 31 больного с абсцессами печени различной этиологии и локализации, получившие стационарное лечение в отделение гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии с 2016 по 2021г.

Среди них были 17 женщины и 14 мужчин в возрасте от 27 до 69 лет. У 4 (12,9 %) больных причиной образования абсцессов явилось инфицирование посттравматической гематомы, в 5 (16,1%) случаях диагностировано нагноение паразитарной кисты. Холангиогенные абсцессы печени имелись у 17 (54,8%) больных и лишь в 3-х случаях (9,6%) отмечено образование гнойного процесса в печени после первично-выполненной операции (остаточные полости). Метастатический абсцесс печени при выявленном первичном источнике установлен у 2-х (6,4%) пациентов.

Наряду с общеклиническими обследованиями всем пациентам было выполнена МСКТ брюшной полости для определения хирургической тактики лечения. Исходя от результата обследования больным определялось последовательность хирургических действий в плане стратегии ведения. При этом у пациентов с выраженным воспалительным процессом в печеночной ткани в первую очередь решили проводить внутривенную катетерную терапию (ВКТ) для купирования перифокального воспалительного процесса. При этом через общую бедренную артерию (ОБА) производится пункция артерии по Сельдингеру и специальный микрокатетер устанавливается в собственную артерию печени (a.hepatica propria).

При отсутствии клинических признаков явного воспалительного процесса и по результатам обследований сперва выполняли дренирование гнойного очага с последующем ВКТ для перфузии тканей печени.

Данная процедура продлилась от 3 до 6 дней в зависимости от срока купирования клинических признаков воспалительного характера. Мы в своей практике при выраженном перифокальном воспалительном процессе во всех случаях 2 этап (чрескожное дренирование гнойной полости) малоинвазивного хирургического вмешательства выполняли в момент проведения ВКТ и получили благоприятные результаты.

В момент дренирования патологического очага в обязательном порядке во всех случаях было взята материал для бактериологического исследования и адекватного антибактериального лечения. До получения результата пациенты получали инфузионную и эмпирическую противомикробную терапию.

Результат и обсуждение

При отсутствии экстренных показаний к выполнению лапаротомии, применяли малоинвазивные методы лечения, т.е. у 23 (74,1%) из 31 больных

на вторые сутки стационарного лечения было выполнено чрескожное дренирование абсцессов печени (Рис. №1). У 8 (25,8%) больных были выявлены множественные мелкие и септические очаги абсцессов в печени. Эти абсцессы всегда создают реальную угрозу для жизни больных, поскольку обычное оперативное вмешательство, заключающееся во вскрытии каждого гнойника, невозможно, так же, как и пункции и дренирования под контролем ультразвука вследствие большого количества абсцессов и их малых размеров.

Всем пациентам осуществлена внутриартериальная катетерная антибактериальная терапия через чревной ствол в качестве основного и единственного метода для комплекса лечения, поскольку в этой ситуации приходилось надеяться только на нее с учетом создания максимальной концентрации лекарственного препарата.

2-е сутки после катетеризации чревного ствола у 3 больных выполнено контрольной УЗИ брюшной полости и в связи с формированием единую полость выполнено чрескожное дренирование полости печени. Все 8 пациентов выписаны на амбулаторное лечение и в динамике с выздоровлением. Это указывает на возможность применения внутриартериальной катетерной терапии в качестве самостоятельного метода лечения больных с множественными мелкими и милиарными абсцессами печени, при которых прогноз считается крайне неблагоприятным.

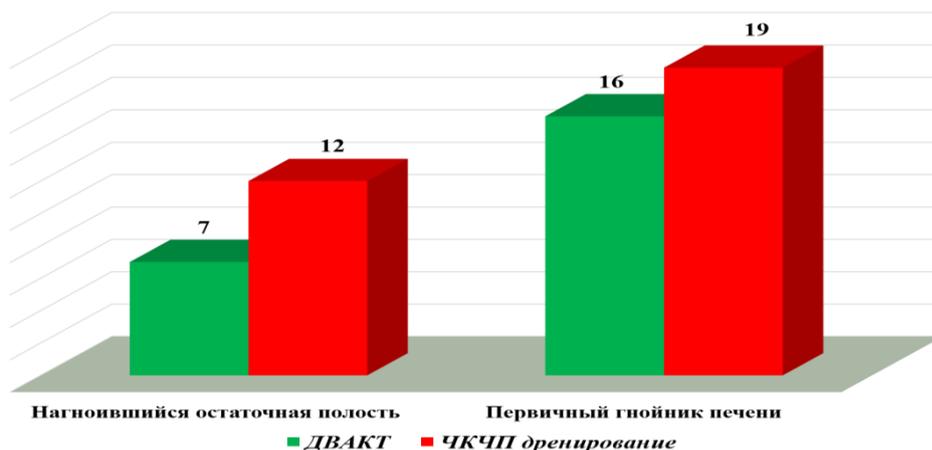


Рис.1. Характеристика выполненных оперативных вмешательств

Дренирование гнойной полости под ультразвуковым контролем выполнено 22 (84,6%) пациентам с одиночными абсцессами печени и у 4 (15,3%) больных с двух и более количеством патологических очагов. Одновременное опорожнение абсцесса с помощью чрескожного дренирования и катетеризация чревного ствола выполнена 8 (25,8%) пациентам. При эвакуации содержимого абсцессов – материал отправляли на цитологическое и бактериологическое исследование, после чего осуществляли чрездренажную санацию полости гнойника.

При анализе полученных данных было выявлено, что гнойно-воспалительные заболевания печени у пациентов в 12 (38,7%) случаях появилось после первичных операций на печени. Резидуальные гнойные абсцессы печени наблюдались у 19 (61,3%) больных (рисунок 1.).

При анализе результатов микробиологического исследования содержимого абсцесса только в 19 (61,2%) случаях идентифицированы возбудители заболевания. При этом у 11 (35,4%) больных возбудителем являлось монокультура: у 5 (45,4%) пациентов обнаружен *Enterococcus faecalis*, у 2 (18,2%) больных - *Escherichia coli*, в 2 (18,2%) случаях -

Streptococcus и по одному (9,1%) случаю были выделены *Acinetobakter* и *Klebsiella pneumoniae*.

У 4 (12,9) больных выявлено сочетание двух микроорганизмов, а именно: *Escherichia coli* и *Proteus miabilis*. В остальных случаях (9 больных – 29,0%) бактерии не были обнаружены (рисунок 2.). В завершении пункционной санации в полость вводили водный бактерицидный антибиотик гатифлоксацина.

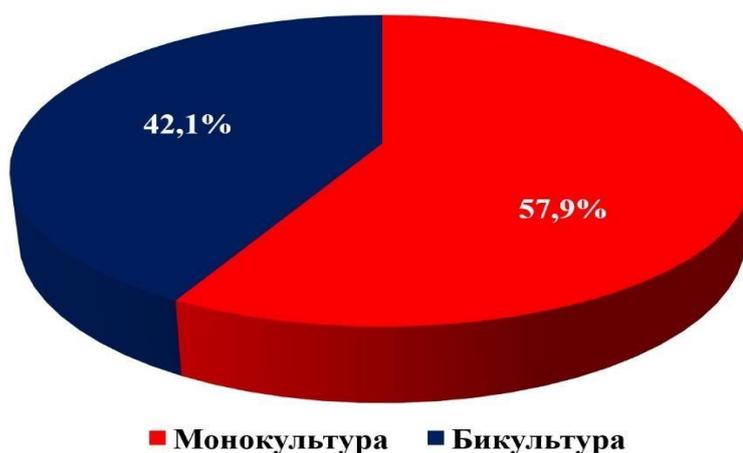


Рис. 2. Результаты бактериологического исследования

Дренаж в полости абсцесса находился от 2 недель до 3 месяца. Показаниями к удалению дренажей считали отсутствие отделяемого по дренажу в течение недели в совокупности с ультразвуковыми данными и клинической картиной заболевания. Средняя продолжительность активного промывания составила 7-15 суток. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 7,8 суток.

Таблица 1. Характеристика послеоперационных осложнений пациентов абсцессом печени

№	Нозология	Количество больных	абс, %
1.	Желчеистечение	4	12,8
2.	Гидроторакс	1	3,2
3.	Эмпиема плевры	1	3,2
4.	Летальность	2	6,4
5.	Всего	7	22,5

Среди пациентов, оперированных с применением миниинвазивных технологий, возникло 7 осложнений (22,5%): у 4 пациентов – желчеистечение, у 1 – правосторонний гидроторакс, у 1 – правосторонняя эмпиема плевры. Еще один (3,2%) пациент погиб от прогрессирования перитонита вследствие прорыва абсцессов в брюшную полость и присоединения печеночно-почечной недостаточности (таблица 1.).

Трудной задачей перед хирургом при обращении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (абсцессами) печени является определить риска развития гнойного перитонита при выборе малоинвазивных методов лечения. В таких случаях следует обращать внимание на множества факторов, такие как: наличие сахарного диабета, цирроза печени, выраженная интоксикация организма и т.д., которые непосредственно влияют на конечный результат.

Для решения таких вышеуказанных задач требуются результаты рандомизированных исследований в определении критериев риска для каждого индивидуального пациента. На наш взгляд это направление является очень перспективным в плане разработки оптимального алгоритма в лечении больных с абсцессами печени.

Выводы

1. Дренирующие операции под ультразвуковым контролем являются эффективным методом лечения абсцессов печени различной этиологии и в подавляющем большинстве случаев позволяют избежать открытых операций. Необходимо отметить, что тактика дренирования и внутриворотная терапия абсцессов зависит от локализации абсцесса, характера содержимого, связи полости с желчными протоками, а также наличия желчной или портальной гипертензии.
2. Применение малоинвазивных методик при лечении абсцессов печени в сочетании с длительным внутриаортальной катетерной терапией является высокоэффективным и в перспективе требует более детально отнестись к данному способу.
3. Комплексное лечение абсцессов печени с использованием малоинвазивных технологий позволяет добиться лучших результатов при меньших затратах, снизить количество послеоперационных осложнений, сократить время пребывания пациентов в стационаре и выделяется более благоприятным течением реабилитационного периода пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойко В.В., Вовк В.А. Применение миниинвазивных вмешательств при лечении холангиогенных абсцессов печени // Новости хирургии. 2019. Том 27. № 4. С. 386-393.
2. Бражникова Н.А. Внутриворотные инфузии при лечении гнойно-септических осложнений в хирургии желчных путей, Новые технологии в хирургической гепатологии: // Материалы 3-й конференции хирургов-гепатологов (14-16 июня 1995г.). - С.-362-363.
3. Бушланов П. С., Мерзликин Н. В., Семичев Е. В., Цхай В. Ф. Современные тенденции в лечении абсцессов печени. // Вестник хирургии. 2018. №6. С. 87-90.
4. Вишневецкий В. А., Кубышкин А. В., Чжао А. В. и др. Операции на печени: руководство для врачей. М.: Миклош, 2003. 156 с.
5. Володченко Н.П., Полянский С.А., Иваношук П.И. Малоинвазивные технологии в комплексном лечении абсцессов печени // Амурский медицинский журнал. 2018. №3 (23) С.52-53.
6. Зубрицкий В.Ф. Регионарная внутриаортальная перфузия и малоинвазивная рентгенохирургия локальных патологических процессов: / Автореф. дис. . док. мед. наук. СПб., 2000. - 35с.
7. Королев М. П., Спесивцев Ю. А., Федотов Л. Е., Аванесян Р. Г. Миниинвазивное лечение абсцессов печени // Вестник СПбГУ. Сер. 11. 2012. Вып. 4. С.121-131.
8. Лазаренко В. А., Охотников О. И., Чухраев А. М. и др. Малоинвазивная хирургия абсцессов печени // Вестн. хирургии им. Грекова. 2003. Т. 162, № 2. С. 88–91
9. Левчук А.Л. Огнестрельные торакоспинальные ранения (патогенез, диагностика, лечение): / Дис. д-ра мед. наук. Москва., 2007. - 217 л.
10. Люлько И. В., Косульников С. О., Тарнапольский С. А. Миниинвазивный метод лечения абсцесса печени // Клинич. хирургия. 2001. № 4. С. 18–21. 130
11. Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Цхай В. Ф. и др. Сравнительный анализ описторхозных и непаразитарных абсцессов печени // Анн. хирург. гепатол. 2015. Т. 20, № 1. С. 66–75.
12. Овчинников В.А., Малов А.А., Акуленко С.В., Захаров А.Г., Парахоняк Н.В., Галанин И.А. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени // Медицинский альманах 2013. № 5. С.99-102.
13. Цхай В. Ф., Бражникова Н. А., Мерзликин Н. В. и др. Описторхозные абсцессы печени // Бюлл. сибир. мед. 2011. Т. 10, № 3. С. 129–134.
14. Bahloul M., Chaari N., Bouaziz-Khlaf N. et al. Multiple pyogenic liver abscess // World Journal of Gastroenterology. 2006. Vol. 12, N 18. P. 2962–2963.
15. Kurland J. E., Brann O. S. Pyogenic and Amebic Liver Abscesses // Current Gastroenterology Reports. 2004. Vol. 6. P. 273–279.
16. Lardièrre-Deguelte S., Ragot E., Amroun K. et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management // J. Visceral Surgery. 2015. Vol. 152. № 4. P. 231– 2436.

Поступила 10.10.2022