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

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

УДК 613-616.36-002.3-089

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов Бахтияр Дусчанбаевич[1] https://orcid.org/0009-0003-6623-4125
Матмуротов Кувандик Джуманиязович[1] https://orcid.org/0000-0001-6342-0641
Пулатов Убайдулла Ибодуллаевич[1] https://orcid.org/0009-0000-4524-2490
Бобабеков Аъзам Рахматович[1] https://orcid.org/0000-0001-8039-9776
Яхшибоев Сирож Шавкатбек угли[2] https://orcid.org/0009-0003-1310-7480
Ёркулов Аббос Шералиевич[1] https://orcid.org/0009-0003-1310-7480
Ибодуллаева Мохируй Убайдуллаевна[1] https://orcid.org/0009-0000-4524-2490

[1] Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz
[2]Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ ***Резюме***

Абсцессы печени имеют характерные клинические особенности, позволяющие своевременно установить диагноз и планировать комплекс лечебных мероприятий. В комплексе лечения больных абсцессами печени в этиологии которых преобладает аэробно-анаэробная микрофлора, следует шире применять комплекс методов лечении. В статье приведены современные данные о причинах развития и микробиологическом составе возбудителей абсцессов печен

Ключевые слова: абсцесс печени, клиника, диагностика, лечение, микробная микрофлора

JIGAR ABSESSLARINI KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH

Babadjanov Baxtiyar Duschanbaevich[1], *Matmurotov Quvandiq Jumaniyazovich*[1], *Pulatov Ubaydulla Ibodullaevich*[1], *Bobabekov A'zam Raxmatovich*[1], *Yaxshiboev Siroj Shavkatbek o'g'li*[2], *Yorkulov Abbos Sheraliyevich*[1], *Ibodullaeva Moxiruy Ubaydullaevna*[1]

[1]Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz
[2]Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali O'zbekiston, Xorazm viloyati, Urganch shahri, Al-Xorazmiy ko'chasi 28-uy Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ ***Rezyume***

Jigar xo'ppozlari o'z vaqtida tashxis qo'yish va terapevtik tadbirlar majmuasini rejalashtirish imkonini beruvchi xarakterli klinik xususiyatlarga ega kasallikdir. Etiologiyasi aerob-anaerob mikroflorasi ustun bo'lgan jigar xo'ppozi bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda bir qator davolash usullaridan keng foydalanish kerak. Maqolada jigar xo'ppozlari patogenlarining rivojlanish sabablari va mikrobiologik tarkibi to'g'risidagi joriy ma'lumotlar keltirilgan

Kalit so'zlar: jigar xo'ppozi, klinikasi, diagnostikasi, davolash, mikrob mikroflorasi

CLINICAL, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LIVER ABSCESSES

Babadjanov Baxtiyar Duschanbaevich[1], *Matmurotov Quvandiq Jumaniyazovich*[1], *Pulatov Ubaydulla Ibodullaevich*[1], *Bobabekov A'zam Raxmatovich*[1], *Yaxshiboev Siroj Shavkatbek o'g'li*[2], *Yorkulov Abbos Sheraliyevich*[1], *Ibodullaeva Moxiruy Ubaydullaevna*[1]

[1]Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz
[2]Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ ***Resume***

Liver abscesses have characteristic clinical features that allow timely diagnosis and planning of a set of therapeutic measures. In the complex treatment of patients with liver abscesses whose etiology is dominated by aerobic-anaerobic microflora, a complex of treatment methods should be more widely used. The article presents modern data on the causes of development and microbiological composition of the causative agents of liver abscesses

Keywords: liver abscess, clinic, diagnosis, treatment, microbial microflora

Актуальность

Абсцесс печени – гнойная полость в паренхиме печени, которая может возникать в результате повреждения печени, внутрибрюшной инфекции, распространяющейся по протоках воротной вене [3,6,11]. Заболеваемость абсцесс печени варьирует от 8 до 15 случаев на 100 тысяч населения в год, летальность колеблется от 5 до 26%, а при развитии осложнений увеличивается вдвое. В настоящее время основной причиной развития печеночных абсцессов являются заболевания желчевыводящих протоков (конкременты, стриктуры, новообразования, врожденные аномалии). Количество холангиогенных абсцессов в последние годы увеличивается в связи с широким распространением различных манипуляций на желчевыводящих протоках [1,5]. Как правило, абсцесс печени является следствием уже существующего инфекционно-воспалительного процесса. Кроме того, возникновение абсцессов возможно на фоне ишемии и травмы, которые сопровождаются проникновением микрофлоры по системе портальной вены или печеночной артерии [4]. Однако выявление причины образования внутрипеченочного гнойного очага часто представляет собой довольно сложную задачу.

Эволюция лечения абсцесс печени прошла путь от традиционных ≪открытых≫ методов санации, включая резекцию печени, до минимально инвазивных пункционно-дренажных методик. Тем не менее, на сегодняшний день отсутствуют общепризнанные критерии дифференцированного подхода к выбору метода лечения в каждом конкретном случае [2,3].

Несмотря на развитие современных методов диагностики, не всегда удается выяснить генез формирования абсцессов печени. По данным современной литературы, частота встречаемости криптогенных абсцессов достигает 11–40% случаев [14,15]. Микробный спектр абсцессов печени зависит от пути проникновения возбудителя в паренхиму печени. По данным бактериологических исследований, наиболее частыми возбудителями (60–75% случаев) при внутрипеченочном абсцедировании являются грамотрицательные аэробы: кишечная палочка, клебсиелла, синегнойная палочка, протей, ацинетобактер и др. В два раза реже высеваются грамположительные аэробы (25–32%): энтерококки, стафилококки, стрептококки и др. Еще реже (3–6%) определяются грамотрицательные анаэробы. В тяжелых случаях могут иметь место ассоциации микроорганизмов [7,9,13]. Распространенными возбудителями заболевания являются E.Coli, Klebsiella Streptococcus, Staphylococcus анаэробная флора, но как правило флора полимикробна. При обнаружении изолированных стрепрококков или стафилококков первичный очаг инфекции следует искать в эндокарде. Обнаружение Klebsiella pneumonia заставляет задуматься о патогенетической связи абсцесса с колоректальной зоной [12].

Эффективное проведение антибактериальной терапии базируется на результатах перманентного микробиологического мониторинга содержимого полости абсцесса, желчи и крови. В случае доказанного печеночного абсцедирования необходимо незамедлительное назначение антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с метронидазолом до получения результатов микробиологического исследования отделяемого из полости абсцесса и крови с целью предотвращения генерализации инфекционного процесса [8,10]. В настоящее время большинство возбудителей, выявляемых у пациентов с АП, устойчивы к полусинтетическим антибиотикам пенициллинового ряда. Более того, по современным данным, существует риск присоединения штаммов *Klebsiella pneumoniae* после эмпирической терапии пиогенных АП ампициллином и амоксициллином. В 30% случаев у таких микроорганизмов, как *Esherichia coli, Klebsiella pneumoniae* и других энтеробактерий, исходно имеется резистентность к препаратам фторхинолонового ряда.

Цель исследования: изучить пути проникновения инфекции в печень с верификацией основных возбудителей и определением их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Материал и метод исследования

В 2018–2024 гг. в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при МПК ТМА находились на лечении 68 больных абсцессами печени, из них абсцессы правой доли печени были у 59 (86,7%), левой доли – у 9 (13,3%) больных. Одиночный абсцесс печени был у 47 (69,1%), множественные абсцессы наблюдались у 21 (30,9%) больного. Из сопутствующей патологии наблюдались хроническая почечная недостаточность – у 8 (11,7%), ишемическая болезнь сердца – у 20 (29,4%), артериальная гипертензия – у 7 (10,2%), сахарный диабет – у 13 (19,1%), заболевание желчевыводящих путей- у 14 (20,5%), ожирение – у 4 больных (5,8) злокачественные новообразования внепеченочной локализации – у 2 (2,9%) больных.

Диагностика деструктивных изменений в печени основывалась на данных клинических, лабораторных и микробиологических исследований, на результатах ультра звуковых исследований и мультиспиральной компьютерного томография брюшной полости. После дообследования ипредоперационной подготовки проводилось оперативное лечение (малоинвазивное пунктирование и дренирование полостной образований печени), в процессе которого производился забор содержимого полости абсцесса для микробиологического исследования путем посева на питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным препаратам, шире всего применяемым в лечении абсцесса печени.

Основываясь на анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных, проведено изучение структуры причин развития абсцесса печени. В структуре преобладали гематогенные (35 случаев – 51,4%) и холангиогенные (13 случай -19,1%), посттравматические абсцессы печени составили 4 (5,8% случаев), инфицирование остаточной полости после эхинококкэктомии – 8,8% (6 случаев). По 3 случая пришлось нагноение эхинококковых кист (4,4%). В 7 наблюдениях (10,2%) причина возникновения, инфицированного полостного образо вания печени не была определена. Для изучения микробной флоры мы производили бактериологическое исследование содержимого дренированных печеночных гнойников.

Дренирование проводилось по одномоментной методике. До операции и в послеоперационном периоде всем пациентам проводилась дезинтоксикационная инфузионная терапия с применением антибиотиков широкого спектра действия.

Результат и обсуждение

Исследование микрофлоры полости абсцесса печени у 68 больного позволило установить, что у 21 (30,8 %) возбудители инфекции высеяны в виде монокультуры (у 11 - Kl. Pneumoniae, у 5 - E. Coli, у 3 – Enterococcus faecium, у 2- S.aureus), у 43 (63,2%) – в виде ассоциаций микробов, у 4 (5,8%) роста микрофлоры не обнаружено (вероятнее всего в связи с длительным антибактериальным лечением, предшествующим оперативному вмешательству). Ассоциации E. Coli и Kl. Pneumoniae встречались в 17 случаях (39,5%), с Enterococcus faecium в 6 случаях (13,9%), с Str.haemolyticus – в 5 случаях (11,6%). Ассоциации Kl. pneumoniae и Proteus mirabilis в 7 случаях (16,2%), с Ps. aurogenosae – в 4 (9,3%), с Candida albicans - в 4 (9,3%). Как видно по результатам посевов состав возбудителей у больных с абсцессами печени в основном зависит от микроэкологии желудочно-кишечного тракта. До получения данных о чувствительности микрофлоры к антибиотикам, пациентам назначали антибактериальную терапию по следующим двум наиболее часто применяемым в нашей клинике схемам. В случаях предположительного воздействия анаэробной флоры в режим терапии включал орнидазол 500мг в сочетании с цефалоспоринами III поколения. В случае наиболее вероятного воздействия грамотрицательной флоры в качестве антибиотикотерапии назначали линкозамиды (клиндомицин) в сочетании с карбапинемами. Определялась диффузионным методом с использованием дисков, пропитанных различными антибиотиками. Была проведена оценка чувствительности высеянных микроорганизмов к антибиотикам аминогликозидового ряда, цефалоспоринам II, III и IV поколения, фторхинолонам, карбапенемам. Определяется довольно высокая показатель резистентных штаммов к препаратам группы пенициллинов, аминогликозидам, цефалоспоринам 2-го поколения, цефалоспоринам 3-го поколения и фторхинолонам 1-го поколения. В меньшем количестве наблюдений определяется стойкость микроорганизмов к цефалоспоринам 4-го поколения и фторхинолонам 2-го поколения. Наиболее чувствительными микроорганизмы оказались к карбапенемам. Была выявлена высокая частота полиантибиотикорезистентности: среди энтерококков, энтеробактерий и у синегнойной палочки.

Во всех случаях интраоперационно проводилась санация полости абсцесса 0,05% раствором водного хлоргексидина с введением антибиотика широкого спектра действия из группы цефалоспоринов. Средняя длительность операций составила 23 минут. Продолжительность

послеоперационного периода в среднем составила 12,3 койко-дней. Осложнений во время оперативного вмешательства, а также после операции не было. В послеоперационном периоде ежедневно проводили санацию полости абсцесса. Каждые три дня выполнялось ультразвуковое исследование для оценки динамики уменьшения полости, и седьмое сутки после операции МСКТ брюшной полости с контрастированием дренажной трубки (фистулография). Дренаж удалялся при условии отсутствия отделяемого и ликвидации полости при контрольном ультразвуковом исследовании и МСКТ. Все больные были выписаны с дренажом под наблюдение хирурга поликлиники. Дренажи им были удалены через две-три недели. Необходимость повторных вмешательств возникла у 3 пациентов: у 1 потребовалась повторная пункция в результате миграции дренажа, у 2 по причине массивных секвестров в гнойной полости - редренирование абсцессов под ультразвуковым контролем. Умерло 3 пациентов (4,4 %), причиной смерти у одного больного была декомпенсация почечной недостаточности, у двух больных – декомпенсация хронической сердечно-сосудистой недостаточности.

Заключение

1. Холангиогенный и гематогенный пути являются основными для попадания инфекции в печень.
2. Возбудители абсцесса печени в настоящее время представлены широким спектром микроорганизмов с
3. преобладанием грамотрицательной флоры, из которой первое место по частоте занимает Klebsiella
4. pneumoniae.
5. Для наилучшего проникновения препаратов в полость абсцесс печени, а также профилактики гематогенной диссеминации инфекционного процесса и развития сепсиса антибиотики необходимо назначать только парентерально.
6. С учетом этих данных и в связи с высокой частотой холангиогенного и гематогенного происхождения абсцесса печени рекомендуется в качестве препаратов первой линии назначать цефалоспорины III–IV поколений в сочетании с метронидазолом, макролиды, в тяжелых случаях карбапенемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Яхшибоев С.Ш. Применение миниинвазивных вмешательств при лечении абсцессов печени// Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - 2024.- №7. -Р.193-198.
2. Богомолов, Н.И. Редкие причины абсцессов печени / Н.И. Богомолов // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: мат. XXI Междунар. конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. – Пермь, 2014. – С. 84.,
3. Дзидзава, И.И. Минимально инвазивные хирургические технологии в лечении холангиогенных абсцессов печени / И.И. Дзидзава, Б.Н. Котив, А.А. Аполлонов // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2017. – № 2 (69). – С. 22–27.
4. Boiko VV, Tishchenko AM, Gusak IV, Maloshtan AA, Skoryĭ DI, Smachilo RM. Surgical treatment of a solitary hepatic abscess. Klin Khir. 2013;(6):22-5.
5. Hau T, Haaga JR, Aeder MI. Pathophysiology, diagnosis, and treatment of abdominal abscesses. Curr Probl Surg. 1984;21(7):1-82.
6. K.J. Matmurotov., U.I. Pulatov., S.Sh. Yakhshibaev., I.Y. Yakubov. Surgical Strategy in the Treatment of Liver Abscesses// Texas Journal of Medical Science ISSN NO: 2770-2936 https://zienjournals.com Date of Publication:06-05-2023
7. Lubbert, C. Rapid emergence of secondary resistance to gentamicin and colistin following selective digestive decontamination in patients with KPC-2-producing Klebsiella pneumoniae a single-centre experience / C. Lubbert, S. Faucheux, D. Becker-Rux // International Journal of Antimicrobial Agents. – 2013. – № 42. – P. 565–570.
8. Lubbert, C. Therapy of liver abscesses / C. Lubbert, J. Wiegand, T. Karlas // Visceral Medicine. – 2014. – № 30 (5). – P. 334–341.
9. Matmurotov K.J., Pulatov U.I., KhamdamovS.A., Yakhshibaev S.Sh., Yakubov I.Y. Successful Treatment of Multiple Liver Abscesses on the Background of Diabetes Mellitus// Texas Journal of Medical Science ISSN NO: 2770-2936 https://zienjournals.com Date of Publication:07-10-2022
10. Mingxi, W. Liver Abscess Caused by Pannonibacter phragmitetus:Case Report and Literature Review / W. Mingxi, X. Zhan, T. Jiang // Front. Med. – 2017. – № 4 (48). – P. 1–4.

Поступила 20.03.2025