



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. ИЛЪЯСОВ
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 (Азербайджан)
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

УДК 613-616.36-002.3-089

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Матмуротов Кувандик Джуманиязович¹ <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>

Пулатов Убайдулла Ибодуллаевич¹ <https://orcid.org/0009-0000-4524-2490>

Бобабеков Аъзам Рахматович¹ <https://orcid.org/0000-0001-8039-9776>

Яхшибоев Сирож Шавкатбек угли² <https://orcid.org/0009-0003-1310-7480>

Корионов Дилишодбек Насруллохон угли <https://orcid.org/0000-0001-8041-4972>

Ибодуллаева Мохируй Убайдуллаевна¹ <https://orcid.org/0009-0000-4524-2490>

¹Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²Ургенчский 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

При анализе особенностей течения абсцессов печени у больных с сахарным диабетом 2 типа выявлено, что заболевание у данной категории пациентов протекает на фоне поражения сосудистого русла в виде микро- и макроангиопатий. Это утяжеляет инфекционный процесс, обуславливает возникновение различных осложнений, удлинение сроков госпитализации, что приводит к высокой летальности. У больных с сопутствующей эндокринной патологией маркеры сепсиса остаются высокими и прогрессивно увеличиваются вплоть до двадцати первых суток нахождения в отделение хирургии или реанимации, в то время как положительная динамика у пациентов без диабета намечается уже на четырнадцатые сутки лечения. Подтверждено значительное снижение летальности у пациентов, которым постоянно контролировался и корригировался уровень гликемии

Ключевые слова: абсцесс печени, гнойно-септические осложнения, особенности течения хирургической инфекции, сахарный диабет

QANDLI DIABET FONIDA JIGAR ABSTSESSINI KECHISHINI O'ZIGA XOSLIGI

Matmurotov Quvandiq Jumaniyazovich¹ Pulatov Ubaydulla Ibodullaevich¹ Bobabekov A'zam
Raxmatovich¹ Yaxshiboev Siroj Shavkatbek o'g'li² Qorixonov Dilshodbek Nasrulloxon o'gli,
Ibodullaeva Moxiruy Ubaydullaevna¹

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz

²Toshkent 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

II-tip qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda jigar abtessining xususiyatlarini tahlil qilganda, ushbu tipdagi bemorlarda kasallik mikro va makroangiopatiya shaklida qon tomir to'shagining shikastlanishi fonida yuzaga kelishi aniqlandi. Bu esa o'z navbatida infektsioni jarayonni og'irlashtiradi, turli xil asoratlarning paydo bo'lishiga, kasalxonaga yotqizish vaqtining uzayishiga olib keladi, bu esa yuqori o'limga olib keladi. Birgalikda endokrin patologiyasi bo'lgan bemorlarda sepsis belgilari yuqori bo'lib qoladi va jarrohlik yoki reanimatsiya bo'limida bo'lishning yigirma birinchi kunigacha asta-sekin o'sib boradi, diabetizm bemorlarda ijobiy dinamika davolanishning o'n to'rtinchi kunida kuzatiladi. Qondagi qand darajasi doimiy ravishda nazorat qilinadigan va tuzatilgan bemorlarda o'lim darajasi sezilarli darajada kamayganligi tasdiqlandi

Kalit so'zlar: jigar xo'ppozi, yiringli-septik asoratlar, jarrohlik infeksiyasining xususiyatlari, qandli diabet

FEATURES OF THE COURSE OF LIVER ABSCESS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Matmurotov Quvandiq Jumaniyazovich¹ Pulatov Ubaydulla Ibodullaevich¹ Bobabekov A'zam Raxmatovich¹ Yaxshiboev Siroj Shavkatbek o'g'li² Qorixonov Dilshodbek Nasrulloxon o'gli, Ibodullaeva Moxiruy Ubaydullaevna¹

¹Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²Urgench 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

When analyzing the features of the course of liver abscesses in patients with type 2 diabetes mellitus, it was revealed that the disease in this category of patients occurs against the background of vascular lesions in the form of micro- and macroangiopathies. This worsens the infectious process, causes the occurrence of various complications, and lengthens the duration of hospitalization, which leads to a high mortality rate. In patients with concomitant endocrine pathology, sepsis markers remain high and progressively increase until the first twenty days of admission to the surgery or intensive care unit, while positive dynamics in patients without diabetes is already planned on the fourteenth day of treatment. A significant reduction in mortality was confirmed in patients who had their glycemic levels constantly monitored and corrected

Key words: liver abscess, purulent-septic complications, features of surgical infection, diabetes mellitus

Актуальность

Диагностика и лечение абсцессов печени является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии [3,6,8,13]. За последние годы отмечен рост числа тяжелых деструктивных заболеваний органов брюшной полости, особенно- заболевания желчевыводящих протоков (конкременты, стриктуры, новообразования, врожденные аномалии) и острый панкреатит, являющимся в настоящее время ведущей причиной пилефлебита и последующего развития абсцессов печени и травм брюшной полости [1,4,6,11]. Кроме того, возникновение абсцессов возможно на фоне ишемии и травмы, которые сопровождаются проникновением микрофлоры по системе портальной вены или печеночной артерии [10,12].

С практической позиции целесообразно выделить группы больных абсцессом печени с учетом сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, Сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, хронические заболевания с нарушением функции почек и печени, хронический алкоголизм и др.) [2,5,7,11]. Сахарный диабет (СД) составляет неблагоприятный преморбидный фон для развития, течения и исхода абсцесса печени, в связи с чем сочетание этих болезней требует изучения.

Основные причины, которые способствуют развития абсцесса печени у больных сахарным диабетом:

- сниженный иммунитет и общее ослабление организма;
- увеличение вероятности проникновения инфекции в ткани печени;
- гипергликемия, которая не только способствует размножению инфекции в организме и развитию абсцесса печени, но и приводит к более тяжелому течению заболевания, чем у здоровых людей;
- патологические изменения сосудов печени (микроангиопатия), которые, по статистике, встречаются в два раза чаще у пациентов сахарным диабетом, чем у пациентов с нормальным уровнем сахара в крови [5,7].

Все эти факторы, а также без контроля над уровнем сахара в крови, создают в организме человека благоприятные условия для поражения клеток печени, в том числе абсцесса печени.

Инфекция, проникающая в клетки печени, становится тем дестабилизирующим фактором, который отягощает ситуацию ослабленного организма. У больных с абсцессами печени на фоне

сахарного диабета усугубляется течение основной патологии, инфекция имеет более затяжной и агрессивный характер течения, удлиняются сроки лечения, и ухудшается прогноз болезни. Несмотря на очевидные успехи в инфекционном контроле, применение различных схем антибактериальной терапии, включающих высокоэффективные препараты нового поколения, летальность при абсцессах печени на фоне СД 2 остается чрезвычайно высокой и достигает 30—40 % [2,9,13].

Цель исследования: изучить особенности течения и исходы абсцесса печени у больных сахарным диабетом для выбора и оптимизации лечебной тактики ведения данной категории больных.

Материал и метод исследования

Проведен ретроспективный (с 2011 по 2017 г.) и проспективный (с 2018 по 2024 г.) анализ 51 пациентов с абсцессом печени получивших лечение в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии. В I группу включены 22 больных с абсцессом печени на фоне сахарного диабета и во II – 29 больных с абсцессом печени без сахарного диабета, 28 мужчины и 23 женщины в возрасте от 27 до 79 лет. Среди обследованных больных у 43 (84,3%) диагностированы холангиогенные абсцессы, у 4 больных (7,8%) послеоперационные, у 3 (5,8%) больных – посттравматические, у 1 (1,9%) причина развития абсцесса не установлена.

У 39 (76,4%) больных абсцессы локализовались в правые доли печени, у 12 (23,5%) – в левой доле. Одиночные абсцессы выявлены у 38 (74,5%), множественные – у 13 (25,5%). Размеры абсцессов печени колебались от милиарных, просовидных (менее 1 см) и мелких (от 1 до 3 см) до средних (от 3 до 6 см), крупных (от 6 до 10 см). Чаще диагностировались абсцессы размерами от 3 до 10 см, являющиеся средними и крупными. Наиболее частая локализация абсцессов печени – VI-VII-VIII сегменты.

Диагностический алгоритм включал оценку клинических данных, результатов физикального осмотра, изучение анамнеза заболевания, лабораторных показателей. При исследовании крови в клиническом анализе отмечались признаки воспаления (повышено содержание лейкоцитов, сдвиг формулы влево, ускорена СОЭ), уровню сывороточного С-реактивного протеина, прокальцитонина, билирубинемия и повышения активности печеночных ферментов. У пациентов с СД были исследованы уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), суточный гликемический профиль. Для выявления патологических изменений паренхимы печени, локализации патологического очага и оценки близлежащих органов (желчевыводящих путей, поджелудочной железы, желудка) проводили УЗИ, КТ брюшной полости, гастроскопию.

Результат и обсуждение

В клинической картине абсцессов печени нами специфических симптомов не отмечено. У больных с абсцессами печени на первый план выступали признаки тяжёлой интоксикации. Лихорадка с ознобом выявлена у 47 (92,1%), тупые постоянные боли в правом подреберье или в эпигастральной области – у 39 (76,4%), снижение аппетита, слабость и утомляемость – у 49 (96%), пожелтение кожных покровов – у 18 (35,2%).

Таблица 1 Встречаемость клинические признаки

№	Признаки	Количество больных	Больные с СД	Больные без СД
1	Лихорадка и озноб	47	21	26
2	Боли в эпигастрии	39	18	21
3	Снижение аппетита и слабость	49	23	25
4	Желтушность кожных покровов	18	10	8

У большинства пациентов с СД (92%) на момент включения в исследование имели место различные варианты поражения сосудистого русла в виде микро- и макроангиопатий, лишь небольшое число пациентов этой группы (8%) не имело признаков ангиопатий по результатам

обследования. Наиболее распространенным вариантом макроангиопатии у пациентов с СД являлось поражение коронарного русла в виде различных форм ишемической болезни сердца (ИБС) — 9 случаев (41%). Приблизительно одинаковое число больных имели проявления цереброваскулярной болезни и ангиопатии нижних конечностей — у 3 (13,6 %) и 2 случаев (9 %) соответственно. Диабетическая нефропатия выявлялась обследованных 6 пациентов — (27,7%).

В анализах крови отмечался лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, признаки анемии, увеличение билирубина, амилазы крови, АЛТ, АСТ, снижение уровня белка, увеличение С-реактивного белка, прокальцитонина. Тяжесть состояния больных с абсцессами печени, как правило, была обусловлена развитием абдоминального сепсиса.

Комплексное лечение абсцессов печени включало массивную антибактериальную терапию, дезинтоксикационную терапию с применением эфферентных методов детоксикации, симптоматическую терапию

При лечении абсцессов печени мы использовали малоинвазивные вмешательства, в частности, у 3 больных мы использовали 2 двукратные лечебно-диагностические пункции и дренирование абсцесса под контролем УЗИ у 18 больных. Дренаж в полость абсцесса устанавливали через неизмененную паренхиму печени. При этом учитывали наличие в ткани печени крупных сосудов и протоков. В связи с этим трасса проведения иглы в каждом случае определялась с учётом соотношения полости абсцесса и окружающих тканей. Дренаж в полость абсцесса устанавливается по проводнику для предотвращения дислокации кончика катетера за пределы гнойника, учитывая недостаточно сформированную капсулу абсцесса печени. Диаметр дренажных трубок – 4 мм, для дренирования полостных систем использовались кольцевидные дренажи с дополнительными боковыми отверстиями.

Как видно из приведенной таблицы, у больных с СД день госпитализации и уже на первые сутки после операции абсцессов печени наблюдались более высокие значения определяемых показателей по сравнению с пациентами без СД. В дальнейшем отслеживалась динамика показатели воспаления и маркеров сепсиса на третьи, седьмые четырнадцатые и двадцать первые сутки госпитализации. Показатели изложены в таблицах (диаграммы 1-7). Мы проанализировали динамику основных показатели воспаления и маркеров сепсиса у пациентов с сахарным диабетом и без диабета, и констатируем, что у больных с сопутствующей эндокринной патологией эти показатели остаются высокими и прогрессивно увеличиваются вплоть до двадцать первых суток нахождения в отделение, в то время как положительная динамика у пациентов без диабета намечается уже на четырнадцатые сутки лечения.

Диаграмма 1. Результаты показатели воспаления и в маркеры сепсиса в динамике (температура тела)

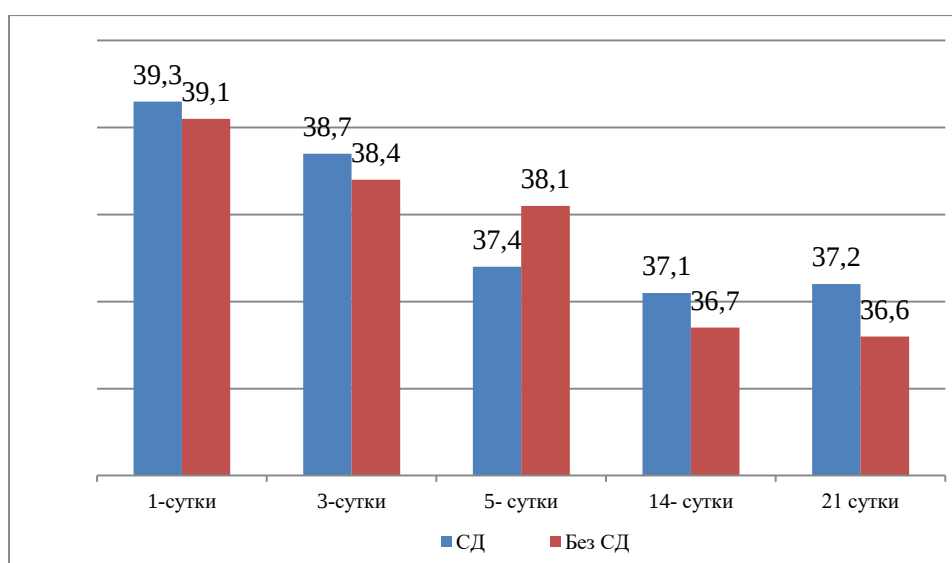


Диаграмма 2. Результаты показатели воспаления и в маркеры сепсиса в динамике (лейкоциты)

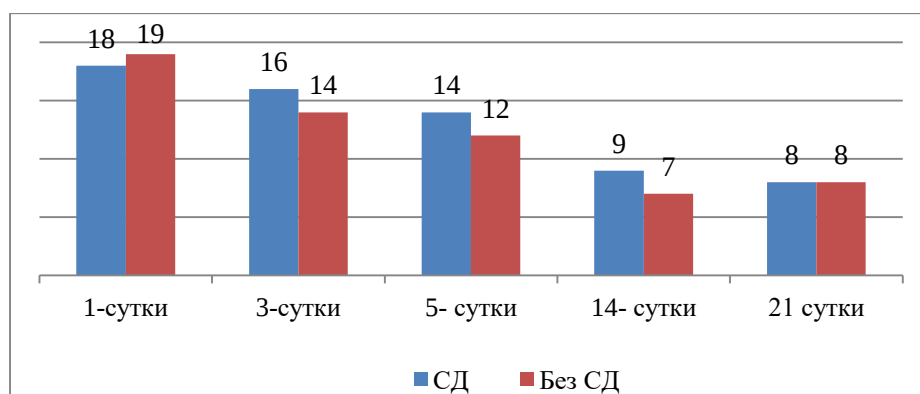


Диаграмма 3. Результаты показатели воспаления и в маркеров сепсиса в динамике (ЛИИ)

Осложнения после пункций абсцессов печени наблюдались у 4 (7,8%) больных, у 3 больных с сахарным диабетом, у 1 больного без сахарного диабета, у трех больных - выпадение дренажа, у другого – истечение желчи. При анализе микробного содержимого абсцессов в экссудате преобладали стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях. В завершении пункционной санации в полость вводили водный раствор антисептика диоксида. Дренаж в полости абсцесса находился от 2 недель до 1 месяца. Показаниями к удалению дренажей считали отсутствие отделяемого по дренажу в течение недели в совокупности с ультразвуковыми данными и клинической картиной заболевания.

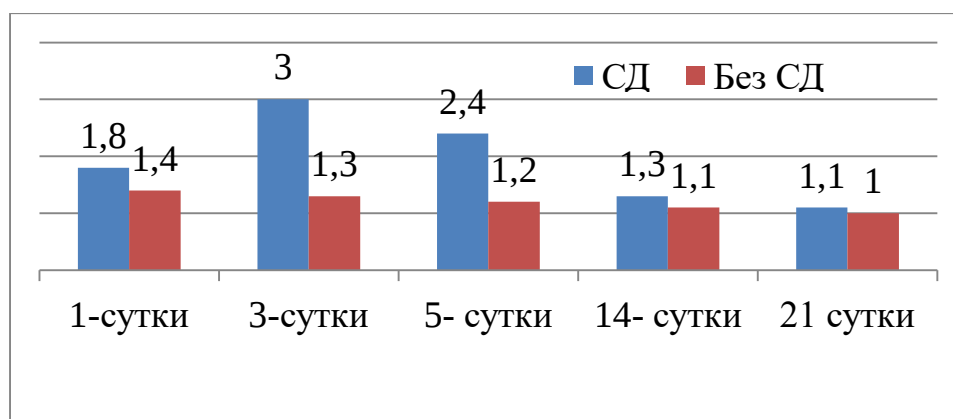


Диаграмма 4. Результаты показатели воспаления и в маркеров сепсиса в динамике (С-реактивный белок)

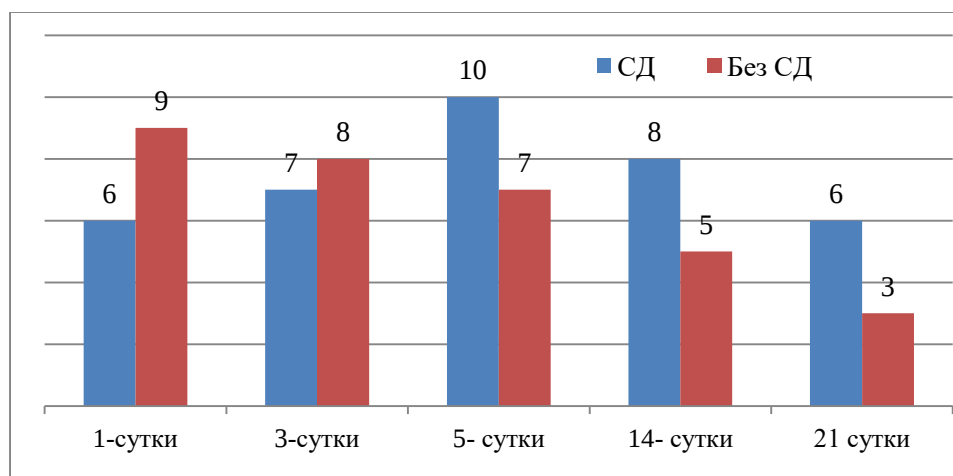
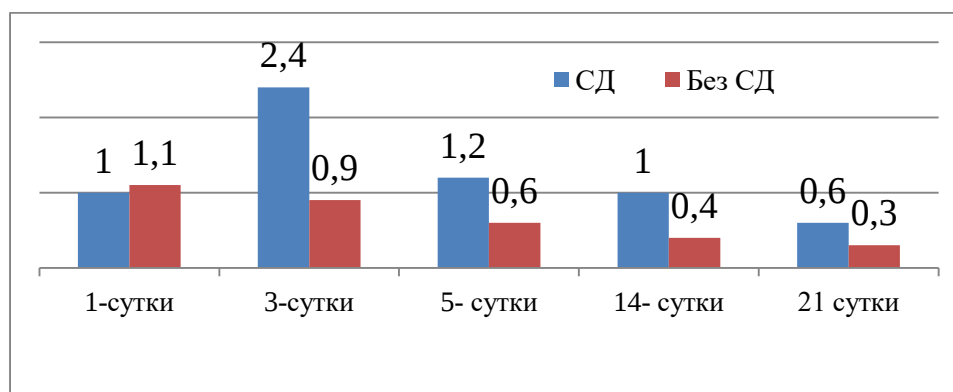


Диаграмма 5. Результаты показатели воспаления и в маркеров сепсиса в динамике (прокальцитонин)



Средняя продолжительность активного промывания составила 21-35 суток у больных сахарным диабетом, 19-27 дней у больных без сахарного диабета. Летальных исходов у двух групп не наблюдалось. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 13,8 суток у больных с сахарным диабетом и 11,9 у больных без сахарного диабета.

Заключение

При анализе особенностей течения абсцесса печени у больных с сахарным диабетом выявлено, что заболевание у данной категории пациентов протекает на фоне поражения сосудистого русла в виде микро и макроангиопатий. Это утяжеляет инфекционный процесс, обуславливает возникновение различных осложнений, удлинение сроков госпитализации, что приводит к высокой летальности. Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения больных, появление целого ряда высокоэффективных антибактериальных и антисептических средств, количество гнойных осложнений не имеет тенденции к снижению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / под ред. И.И. Затевахиной, А.И. Кириенко, В. А. Кубышкина. М., 2016. 903 с.
2. Андреев А. А., Глухов А. А., Курицын Ю. Г. // Вестник экспериментальной и клинической медицины. — 2010. — Т. 2, № 3. — С. 224—237.
3. Архангельский В.В., Бедин В.В., Кулышев В.О. и др. Малоинвазивные методы лечения абсцессов печени под ультразвуковым контролем // Ультразвуковая функциональная диагностика. 2004. № 1. С. 150-151.
4. Ахаладзе Г.Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени // Анналы хирургической гепатологии. 2012. Т. 17. № 1. С. 53-60.
5. Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Яхшибоев С.Ш.
6. Применение миниинвазивных вмешательств при лечении абсцессов печени // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - 2024.- №7. -Р.193-198.
7. Басос Ф. Абсцессы печени: диагностика, лечение / Ф. Басос, Н.А. Майстренко // Материалы Пленума правления Ассоциации хирургов – гепатологов России и стран СНГ. Пермь, 2001. С. 82-83.
8. Дробков М. А., Рогова Н. В., Акинчиц А. Н., Бутранова О. И. Особенности течения гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии у больных с сахарным диабетом типа 2 // Вестник ВолгГМУ. 2015. Выпуск 3(55). С. 78-81.
9. Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С. Опыт лечения абсцессов печени с применением ультрасонографических технологий. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2008. Т. 1. № 1. С. 22-25.
10. Рогова Н. В., Шмидт Н. В., Стаценко В. И., Сердюкова Д. М., Геворкян М. В. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2011. — № 4 (40). — С. 109—114. 2, 5

Поступила 20.03.2025