



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. ИСКАНДАРОВА
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 (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

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 613-616.36-002.3-089

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов Б.Д. <https://orcid.org/0009-0003-6623-4125>
Матмуротов К.Ж. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>
Пулатов У.И. <https://orcid.org/0009-0000-4524-2490>
Яхшибоев С.Ш. <https://orcid.org/0009-0003-1310-7480>
Ёрқулов А.С. <https://orcid.org/0009-0003-1310-7480>

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент,
Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.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 лечения. В статье приведены современные данные о причинах развития и микробиологическом составе возбудителей абсцессов печени.

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

JIGAR ABSESSLARINI KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH

Babadjanov B.D. <https://orcid.org/0009-0003-6623-4125>
Matmurotov K.J. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>
Po'latov U.I. <https://orcid.org/0009-0000-4524-2490>
Yaxshiboyev S.Sh. <https://orcid.org/0009-0003-1310-7480>
Yorqulov A.Sh. <https://orcid.org/0009-0003-1310-7480>

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.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'ppozlari 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'ppozlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash, mikrob mikroflorasi.

CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LIVER ABSCESSSES

Babadjanov B.D. <https://orcid.org/0009-0003-6623-4125>
Matmurotov K.J. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>
Po'latov U.I. <https://orcid.org/0009-0000-4524-2490>
Yaxshiboyev S.Sh. <https://orcid.org/0009-0003-1310-7480>
Yorqulov A.Sh. <https://orcid.org/0009-0003-1310-7480>

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

✓ **Resume**

Liver abscesses have characteristic clinical features that allow timely diagnosis and planning of a set of treatment measures. In the treatment of patients with liver abscesses in the etiology of which aerobic-anaerobic microflora predominates, a set of treatment methods should be used more widely.

The article presents modern data on the causes of development and microbiological composition of pathogens of liver abscesses.

Keywords: liver abscess, clinical picture, diagnostics, treatment, microbial microflora

Актуальность

Абсцесс печени – гнойная полость в паренхиме печени, которая может возникать в результате повреждения печени, внутрибрюшной инфекции, распространяющейся по протоках воротной вены [3,6,11]. Заболеваемость абсцессом 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 абсцессов 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.Соли*, *Клебсиелла*, *Стрептососсус*, *Стапхилооссус* анаэробная флора, но как правило флора полимикробна. При обнаружении изолированных стрептококков или стафилококков первичный очаг инфекции следует искать в эндокарде. Обнаружение *Клебсиеллы* пневмония 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 *Клебсиеллы пневмонияе* после эмпирической терапии пиогенных АП ампициллином и амоксициллином. В 30% случаев у таких микроорганизмов, как *Escherichia coli*, *Клебсиелла пневмонияе* и других энтеробактерий, исходно имеется резистентность к препаратам фторхинолонового ряда.

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

Материал и методы

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 ультразвуковых исследований и мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости. После дообследования и предоперационной 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 случаев – 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 образования 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 обсуждения

Исследование микрофлоры полости абсцесса печени у 68 больного позволило установить, что у 21 (30,8 %) возбудители инфекции высеяны в виде монокультуры (у 11 - Кл. Пневмонияе, у 5 - Е. Соли, 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. Соли* и *Кл. Пневмонияе* встречались в 17 случаях (39,5%), с *Enterococcus faecium* в 6 случаях (13,9%), с *Стр.хаемолитисус* – в 5 случаях (11,6%). Ассоциации *Кл. пневмонияе* и *Протеус мирабилис* в 7 случаях (16,2%), с *Пс. аурогеносае* – в 4 (9,3%), с *Сандида албисанс* - 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 цефалоспорином III поколения. В случае наиболее вероятного воздействия грамотрицательной флоры в качестве антибиотикотерапии назначали линкозамиды (клиндомицин) в сочетании с карбапенемами. Определялась диффузионным методом с использованием дисков, пропитанных различными антибиотиками. Была проведена оценка чувствительности высеянных микроорганизмов к антибиотикам аминогликозидового ряда, цефалоспорином III, IIII и IV поколения, фторхинолонам, карбапенемам. Определяется довольно высокая показатель резистентных штаммов к препаратам группы пенициллинов, аминогликозидам, цефалоспорином 2-го поколения, цефалоспорином 3-го поколения и фторхинолонам 1-го поколения. В меньшем количестве наблюдений определяется стойкость микроорганизмов к цефалоспорином 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.

Выводы

1. Холангиогенный и гематогенный пути являются основными для попадания инфекции в печень.
2. Возбудители абсцесса печени в настоящее время представлены широким спектром микроорганизмов с преобладанием грамотрицательной флоры, из которой первое место по частоте занимает Клебсиелла пневмонияе.
3. Для наилучшего проникновения препаратов в полость абсцесс печени, а также профилактики гематогенной диссеминации инфекционного процесса и развития сепсиса антибиотики необходимо назначать только парентерально.
4. 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 ЛИТЕРАТУРЫ:

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. XXII 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. Боико ВВ, Тисхсхенко АМ, Гусак ИВ, Малосхтан АА, Скорый ДИ, Смасхило РМ. Сургисал тратмент оф а солитарй хепатис абссесс. Клин Кхир. 2013;(6):22-5. .Ҳау Т, Ҳаага ЖР, Аедер МИ. Патгенетические диагностика и терапия абдминальных абсцессов. Хирургия. 1984;21(7):1-82.
5. K.Zh. Matmurotov, U.I. Pulatov, S.Sh. Yakushbaev, I.Y. Yakubov. Strategic Strategy in the Treatment of Liver Abscesses // Texas Journal of Medial Science ISSN 2770-2936 Available at: <http://journals.com/publication/date-of-publication/06-05-2023>
6. Lubbert, S. Rapid emergence of seasons resistance to gentamicin and colistin following selective digestive decontamination in patients wit KPS-2-producing Klebsiella pneumoniae a single-centre experiment / S. Lubbert, S. Faucheukh, D. Besker-Ruch // International Journal of Antimicrobial Agents. – 2013. – No. 42. – P. 565–5708.Лубберт, С. Тхерапй оф ливер абссессес / С. Лубберт, Ж. Виеганд, Т. Карлас // Виссерал Медисине. – 2014. – № 30 (5). – П. 334–341.
7. Matmurotov K.Zh., Pulatov U.I., Khamdamov S.A., Yakxsxibaev S.Sx., Yakubov I.Y. Successful Treatment of Multiple Liver Abscesses is the same as Background of Diabetes Mellitus // Texas Journal of Medical Science ISSN NO: 2770-2936 <https://zienjournals.com> Date of Publication: 07-10-2022
8. Minghi, W. Liver Abscess Caused by Panmonibuster pxragmitetus: Sase Report and Literature Review / W. Minghi, H. Zhan, T. Jiang // Front. Honey. – 2017. – No. 4 (48). – P. 1–4.
9. Misskhnik A, Kern WV, Thimme R. Peogenes of liver abscess: Analysis of Organization and Security for Diagnosis and Treatment. DTskh. Med.Wockhenskh. 2017;142(14): 1067-1074.
10. Semenov D.Yu., Did-Zurabova E.S., Rebrov A.A., Melnikov V.V., Bogdanov P.I., Vinishenko A.A., Kulikov D.V., Vaganov A.A. Experience of Minimal-Invasive Stage Treatment of Multiple Abscesses of Liver. Journal of Experimental and Clinical Surgery 2020; 13:1:46-50. DOI: 10.18499/2070-478X-2020-13-1-46-50.
11. Siu, L.K. Klebsiella pneumoniae liver abscess: a non-invasive syndrome / L.K. Siu, K.M. Yeh, J.S. Lin // The Lancet. Infectious Diseases. - 2012. - No. 12. - P. 881-887. 14. 14. Tan, L. Biopsy of septicemia of liver abscess / L. Tan, H.J. Zhou, M. Hartman // Surg. Endosc. - 2013. - No. 27 (9). - P. 3308-3314.
12. Yu S. Treatment of liver failure: Prospective randomized comparison of recovery and weekly aspiration / S. Yu, S. Ho, W. Lau // Hepatology. - 2004. - No. 4 (39). - P. 932–938.

Поступила 20.04.2025