УДК: 613-616.36-002.3-089

# JIGAR ABSESSLARINI KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH

https://doi.org/10.5281/zenodo.15477938

**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*
*Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz*

**Annotasiya**. *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.*

# КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

**Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Яхшибоев С.Ш., Ёркулов А.Ш.**
*Ташкентская медицинская академия*

**Аннотация**. *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.*

## CLINICAL, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LIVER ABSCESSES

**Babadzhanov B.D., Matmurotov K.J., Pulatov U.I., Yakhshiboev S.Sh., Yorkulov A.Sh.**
*Tashkent Medical Academy*

**Abstract**. *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 работы: Изучить пути проникновения инфекции в печень с верификацией основных возбудителей и определением их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Материал и методы 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.

Результаты исследования. 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.

**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 Klebsiella

pneumoniae.

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.

**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. -P.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.

11.Mischnik A, Kern WV, Thimme R. Pyogenic liver abscess: Changes of Organisms and Consequences for Diagnosis and Therapy. Dtsch. Med.Wochenschr. 2017;142(14): 1067-1074.

12.Semenov D.Yu., Did-Zurabova E.S., Rebrov A.A., Melnikov V.V., Bogdanov P.I., Vinichenko A.A., Kulikov D.V., Vaganov A.A. Experience of a Minimally-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.

13.Siu, L.K. Klebsiella pneumoniae liver abscess: a new invasive syndrome / L.K. Siu, K.M. Yeh, J.C. Lin // The Lancet. Infectious Diseases. – 2012. – № 12. – P. 881–887.

14.Tan, L. Laparoscopic drainage of cryptogenic liver abscess / L. Tan, H.J. Zhou, M. Hartman // Surg. Endosc. – 2013. – № 27 (9). – P. 3308–3314.

15.Yu, S. Treatment of pyogenic liver abscess: Prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration / S. Yu, S. Ho, W. Lau // Hepatology. – 2004. – № 4 (39). – P. 932–938.

«Только статья». Пулатов У.И., город Ташкент, Юнусабадский р-н. 97-704-08-18. dr.ubaydulla@gmail.com. Орсид- 0009-0000-4524-2490