

УДК 616.36 - 002.3 : 616.379-008.64

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Курбанов Обид Махсудович

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**НОМАҲСУС АОРТОАРТЕРИИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ ФОНИДАГИ ЦИТОКИНЛАР ПРОФИЛИ**

Курбанов Обид Махсудович

Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

**FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF ABSCESSSES LIVER ON THE BACKGROUND OF DIABETES**

Kurbanov Obid Makhsudovich

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: [obidqurbonov1061@gmail.com](mailto:obidqurbonov1061@gmail.com)

**Резюме.** Жигар абсцесси (ЖА) билан касалланган беморларнинг қандли диабет (ҚД) касаллиги фонидаги клиник кечиши, оператив даволаниши натижалари ва уларнинг асоратларини ўргандик. Бух-ДавТИ клиник базасида ЖА билан даволанган 86 бемордан 31(36%) да ҚД касаллиги аниқланган. Изла-нишлар натижасида ҚД касаллиги бор беморларда ЖА нинг ўзига хос клиник кечиши кузатилади ва оғир асоратларга олиб келади. ЖА тери орқали пункция қилиш диагностик хатоларни камайтиради, ҳамда ўлчами 120 мм дан катта бўлган абсцессларни очиқ оператив даволаш яхши натижаларга олиб келади. Бу беморларни эндокринолог билан бирга даволаш зарур.

**Калит сўзлар:** жигар абсцесси, қандли диабет, клиник кечиши, даволаш, жарроҳлик.

**Abstract.** The clinical course of patients with liver abscess (AP) on the background of diabetes mellitus (DM), the results of surgical treatment and their complications were evaluated. In 31 (36%) of the 86 patients receiving treatment at clinical base of Buchgasse, was diagnosed with diabetes. As a result of the study, patients with DM disease have features of the clinical course of AP that lead to severe complications. AP puncture on the skin side reduces diagnostic errors, allows open surgical treatment of abscesses with a size greater than 120 mm, and leads to better treatment results. These patients should be treated together with an endocrinologist.

**Keywords:** liver abscess, diabetes mellitus, clinical course, treatment, surgery.

**Актуальность.** Абсцесс печени (АП) относится к наиболее частым заболеваниям и является одним из ведущих причин смерти среди гнойных хирургических патологий 11-31% [1, 4].

По данным ряда авторов, АП часто развивается на фоне сахарного диабета (СД). Исходя из этой позиции, целесообразно выделять больных с АП с учетом коморбидной патологии – СД. Основными причинами развития АП у больных СД являются следующие:

1) гипергликемия, которая приводит к тяжелому течению заболевания, чем у пациентов с нормальным уровнем сахара в крови; 2) сниженный иммунитет и общее ослабление организма; 3) гематогенный путь попадания инфекции по сосудам воротной вены из воспалительных очагов брюшной полости; холангиогенный путь распространения инфекции; 4) АП, развивающийся на уже существующих образованиях (эхинококк печени, опухоли, непаразитарные кисты и др.) [2, 7].

Наиболее часто этиологическими факторами АП являются грамотрицательные бактерии, анаэробные микроорганизмы, стафилококки, клостридиальные инфекции и др. Инфицирование

печени чаще осуществляется гематогенным путем, патогенные микроорганизмы попадают из воспалительных очагов брюшной полости [3, 5].

АП на фоне СД часто имеет бессимптомное течение и его причина бывает неясной [6–9].

**Цель исследования.** улучшение результатов лечения больных АП на фоне СД.

**Материалы и методы.** За период с 2009 г. по 2019 г. на клинической базе БухГосМИ под нашим наблюдением находились 86 больных с АП, из них у 31(36%) больного была сопутствующая патология СД. Мужчин было 20 (64,5%), женщин 11 (35,5%). Необходимо отметить, что данной коморбидной патологией страдает наиболее активная, трудоспособная часть населения. Все больные были условно разделены на 2 группы: 1-ая – контрольная, 2-основная. 1-ую группу составили 55 больных АП, не имевших в анамнезе СД. Во 2-ую группу включили 31 больного с АП и СД. Все больные были распределены по полу и возрасту согласно классификации возрастных групп, принятой на региональном семинаре ВОЗ (Киев, 1962) (табл. 1).

Таблица 1. Характеристика больных по полу и возрасту.

Группы	Возраст										Всего
	до 19 лет		20-44 лет		45-59 лет		60-75 лет		75 лет и более		
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	
I	3	1	11	8	14	7	5	3	2	1	55
II	1	–	7	5	9	3	4	1	1	–	31
Всего	5 (5,8%)		31 (36%)		33 (38,4%)		13 (15,1%)		4 (4,7%)		86

Из данных таблицы следует, что в 1-ой группе было 35 (63,6%) мужчин и 20 (36,4%) женщин в возрасте от 19 до 80 лет (средний возраст составил  $48,4 \pm 2,1$  лет). Во 2-ой группе – 22 (71%) мужчин и 9 (29%) женщин в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст составил  $49,4 \pm 1,8$  лет). Большинство больных (74,4%) находились в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 59 лет).

Изучение диабетического анамнеза показал, что из 31 пациента СД был выявлен впервые у 22 (71%) больных, 9 (29%) больных страдали СД 4 и более лет.

Локализация АП на фоне СД была следующей: 17 (54,8%) на правой доле печени, 14 (45,1%) – на левой доле печени. У 6 (19,4%) больных абсцессы были расположены на 7–8 сегменте, у 11 (35,5%) на 4 сегменте из них, у 3 (9,7%) больных с прорывом в общий желчный проток. На 5-6 сегменте были 9 (29%) абсцессов, из них у 3 (9,7%) с прорывом в плевральную полость, а также у 5 (16,1%) больных абсцессы были расположены на 3 сегменте, из них у 2-х – с прорывом в плевральную полость. Все пациенты предъявляли жалобы на гипертермию от  $38^{\circ}$  до  $41^{\circ}$  градуса, озноб, общую слабость. Многих беспокоили боли в правом подреберье.

Всем больным провели общепринятый комплекс обследования: клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ коагулограммы, определение группы крови и резус-фактора, провели обзорную рентгеноскопию органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, томографию, при необходимости – ФГДС, пациентам старше 50 лет – ЭКГ и консультацию терапевта, женщинам – консультацию гинеколога. УЗИ производилось по несколько раз с целью динамического наблюдения до и после операции.

**Результаты и обсуждение.** Клиническая картина АП представлена классической триадой: лихорадка, желтуха, умеренная гепатомегалия. Основными жалобами больных АП были повышение температуры тела – у 78% больных, озноб отмечался в 9,1% случаев, лихорадка – в 81,4%, слабость и недомогание – в 21,1%, боль в животе у 80%, тошнота и рвота – у 25,7% больных, потеря массы тела в 27,7% случаев, боль в правом плече – у 24,2%, потливость – у 28%, диарея – у 1,5%, диспноэ или одышка – у 1%.

Выявленные при обследовании симптомы были следующего характера: боль в правом верхнем углу живота в 54% случаев, гепатомегалия – 47%, желтуха – 5,3%, плевральный выпот – 14,3%, хрипы в нижних отделах легких – 6,3%, поднятие купола диафрагмы справа – 6,3%. Зачастую АП на фоне СД протекали бессимптомно. Вследствие этого, около 20% больных с АП и СД диагностировали спустя месяц и более после возникновения патологии. Показатели клинического анализа крови не всегда соответствовали морфологическим изменениям: у 18 пациентов – 43 % количество лейкоцитов было ниже  $9,0 \times 10^9/\text{л}$ , а у 14 больных (32 %) относительное количество палочкоядерных форм не превышал 10, что в большинстве случаев было характерно для больных пожилого и старческого возраста и, возможно, это связано с ареактивностью организма в этот период жизни и из-за наличия СД. Максимальные значения этих показателей у остальных больных достигали: лейкоцитоз до уровня  $26,4 \times 10^9/\text{л}$ , метамиелоциты – 2%, палочкоядерные – 32 %, токсическая зернистость ++.

Из биохимических показателей наиболее часто повышались показатели креатинина, мочевины, АЛТ и АСТ – у 27 больных (49%). Показатели общего билирубина повышались у 13 пациентов (23,6%) и доходили до  $60,8 \text{ мкмоль/л}$ .

Объем оперативных вмешательств у больных обеих групп заключался в лапаротомии – у 47 (54,7%). АП, расположенные в 7–8 сегменте, были оперированы при помощи торакального межреберного доступа у 23 (26,7%) больных. Кроме этого, у 16 (18,6%) больных с краевым расположением АП применили пункционный метод санации и дренирования под контролем УЗИ-аппарата.

Исследовав распределение сепсиса по различным этиологическим группам АП, выяснилось, что наиболее часто тяжелые формы сепсиса встречались у больных на фоне СД.

Анализ распределения АП по размерам (10–120 мм) у больных в группе с эффективными пункциями показал, что чрескожные пункции наиболее эффективны при размерах АП менее 80 мм: эффективность составила 79,2%. При размерах АП более 80 мм эффективность составила 33,3%. Сравнительный анализ свидетельствует о том, что при АП с размерами 120–160 мм участок деструкции паренхимы большой, что свидетель-

ствует о наличии больших секвестров в полости АП или о полной деструкции доли печени. В данном случае использование 2 или 3 дренажных трубок или дренажей большого диаметра не дает удовлетворительных результатов. Для этой группы больных прерогативой оказалось открытое оперативное лечение АП, что подразумевает удаление гноя, некротизированных тканей, адекватное дренирование полости гнойника или резекцию доли печени при полной ее деструкции.

**Выводы:**

1. У больных с АП и СД отмечали сдвиги многих клинико-биохимических параметров.
2. Наличие СД у данной категории больных усложняет клиническое течение заболевания, приводит к развитию осложнений.
3. Применение чрескожных пункций при АП на фоне СД значительно снижает количество диагностических ошибок.
4. При АП, протекающих на фоне СД, с размерами >120 мм, наличии секвестров, а также при хронических абсцессах и деструкции целой доли печени показано применение открытых хирургических операций.

**Литература:**

1. Ахаладзе Г.Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени // Анн. хир. гепатол. 2012. – Т. 17. – № 1. – С. 53–60.
2. Богун Л.В. Инфекции у больных сахарным диабетом // Болез. и антибиот. – 2009. – № 1. <http://www.mif-ua.com/archive/article/8515>
3. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / А. Е. Борисов. – СПб. : Скифия, 2003. – Т. 1. – 293 с.
4. Ефимов Д.С. Опыт лечения абсцессов печени в условиях больницы скорой помощи // Харьк. хир. шк. – 2015. – № 6. – 172-176.
5. Лебедев М.С. Инновационные технологии в диагностике и хирургическом лечении очаговых

образований печени (обзор) // Саратов. мед. жур. – 2011. – № 2. – С. 525–528.

6. Малоштан А.А. Абсцесс печени, вопросы истории // Укр. жур. хир. – 2011 – № 4 (13). – С. 255–259.
7. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени / В. А. Овчинников, А. А. Малов, С. В. Акуленко [и др.] // Мед. альман. – 2013. – № 5. – С. 99–102.
8. Zibari G.B., Maguire S., Aultman D.F. et al. Pyogenic liver abscess // Surg Infect (Larchmt). – 2000. – Vol. 1. – № 1. – P. 15–21.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Курбанов О.М.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**Резюме.** Проведена оценка клинического течения больных абсцессом печени (АП) на фоне сахарного диабета (СД), результатов оперативного лечения и их осложнений. У 31 (36%) из 86 пациентов с АП, получавших лечение на клинической базе БухГосМИ, был диагностирован СД. В результате проведенного исследования у пациентов с болезнью СД наблюдается особенности клинического течения АП и приводящие к тяжелым осложнениям. Чрезкожная пункция АП уменьшает диагностические ошибки, позволяет лечить открытым оперативным способом абсцессов с размером более 120 мм, приводит к лучшим результатам лечения. Таких пациентов необходимо лечить совместно с эндокринологом.

**Ключевые слова:** абсцесс печени, сахарный диабет, клиническое течение, лечение, оперативное вмешательство.