



Д. С. Ефимов

*Харьковский национальный  
медицинский университет**Харьковская городская  
клиническая больница  
скорой и неотложной  
медицинской помощи  
им. проф. А. И. Мещанинова*

© Ефимов Д. С.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

**Резюме.** Изложен опыт лечения 44 больных с абсцессами печени с изучением анамнеза, данных лабораторных и инструментальных исследований. Акцентировано внимание на случаях диагностических ошибок. Основным методом оперативного лечения было избрано видеолапароскопическое вскрытие, санация, дренирование полости абсцесса и брюшной полости. Установлено, что, в прогностическом плане, повторное поступление пациентов с патологией гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны менее чем через месяц после выписки, можно рассматривать как неблагоприятный фактор возможного развития абсцесса печени.

**Ключевые слова:** абсцесс печени, диагностические ошибки, санация, дренирование.

### Введение

Лечение абсцессов печени — одна из актуальных проблем современной хирургии. Сложность трактовки результатов различных методов диагностики очаговых поражений печени может стать причиной поздней диагностики, несвоевременного начала лечения и возможных осложнений. В доступной литературе нет публикаций, посвященных диагностическим ошибкам, допущенным у этой категории больных. В научной литературе недостаточно полно отражена роль первичных заболеваний при тяжелом течении абсцессов печени. Своевременное выявление заболеваний, ставших причиной развития абсцессов печени, — основной принцип успешного лечения.

Абсцесс печени впервые описан Гиппократом за 400 лет до н. э. Он предположил, что тяжесть течения заболевания может зависеть от характера содержимого абсцесса [1, 2, 3]. Dieulafoy и Fitz среди различных причин формирования абсцессов печени рассматривали нагноительные болезни органов брюшной полости [4, 7]. В 1903 г. Rogers отметил связь между гнойным холангитом, обструкцией желчных протоков и абсцессами печени.

В 1926 г. впервые описан пилефлебический абсцесс печени у больного дивертикулитом.

В 1938 г. Ochsner и De Vakey, проанализировав протоколы операций и аутопсийный материал, установили, что в 35 % наблюдений причиной формирования абсцессов печени являлся аппендицит. Пилефлебические абсцессы составили 43 % наблюдений, холангиогенные — 14 % и криптогенные — 22 %. В большинстве наблюдений абсцессы были множественными, летальность составила 80 %.

Н. А. Pitt при анализе 525 наблюдений абсцессов печени установил, что холангиогенные абсцессы диагностированы у 37 % пациентов.

У 40 % больных с холангиогенными абсцессами печени выявлены злокачественные новообразования гепатопанкреатодуоденальной зоны. Иммуносупрессию, вызванную опухолевым процессом, автор рассматривал как причину абсцедирования. Криптогенные и пилефлебические абсцессы печени составили 25 и 18 % соответственно [6, 9, 10].

С 1980 г. во многих публикациях болезни желчных путей представлены в качестве основной причины развития абсцессов печени, составляя 37–55 %. [5, 9–15].

Выделяют следующие пути распространения инфекции:

- 1) система воротной вены;
- 2) желчные протоки;
- 3) печеночная артерия;
- 4) смешанные (при травме печени);
- 5) прямое распространение инфекционно-воспалительного процесса из близлежащих органов.

Классификация Meyers (2001):

1. Криптогенные абсцессы.
2. Холангиогенные:
  - а) доброкачественного происхождения;
  - б) злокачественного происхождения.
3. Кишечные:
  - а) доброкачественного происхождения;
  - б) злокачественного происхождения.
4. Гематогенные (артериальные).
5. Другие портальные.
6. Травма печени.
7. Другие виды распространения (хронический гранулематоз, локальное распространение, операции на органах брюшной полости и др.).
8. Амебные.

Абсцессы печени чаще всего являются осложнением гнойных процессов в других органах и этиопатогенез во многом зависит от



первичной локализации воспалительного процесса.

Холангиогенные абсцессы печени в большинстве наблюдений образуются при нарушении проходимости желчных протоков [5, 10, 11, 13, 14, 15, 16]. Наиболее частой причиной являются рубцовые стриктуры желчных протоков и длительный холедохолитиаз [13, 15, 16].

Больные с билиодигестивными анастомозами или свищами без нарушения пассажа желчи также входят в группу риска образования холангиогенных абсцессов печени [14, 15, 17, 19]. По данным одних авторов [17, 19], у 10–13 % больных с холедоходуоденоанастомозом в течение 2–8 лет возникают абсцессы печени.

В случае травмы формирование абсцесса может произойти в сроки от 14 дней до 2 мес. после повреждения.

Острый холецистит, по данным литературы, одна из наиболее частых причин образования абсцессов печени [5, 6, 11, 14, 18, 20]. По мнению ряда авторов, абсцессы печени, возникающие в результате прямого распространения инфекции с желчного пузыря, чаще всего солитарны и расположены в непосредственной близости от его ложа [20].

Криптогенные абсцессы печени. Несмотря на развитие различных методов диагностики, с 1984 по 1996 г. причины образования абсцессов печени не были выявлены у 13–35 % больных, а в 1996–2002 г. частота криптогенных абсцессов составила 25–57 % [6, 13–15, 18, 22]. По мнению ряда авторов, это связано с увеличением доли миниинвазивных чрескожных методов, которые заведомо исключают возможность интраоперационной ревизии и выявления первичного источника инфекции [15].

Ежегодно в мире амёбные абсцессы печени встречаются у 40–50 млн людей, преимущественно в развивающихся экваториальных странах. Одинаково подвержены заболеванию люди всех рас. Факторами риска являются путешествия и проживание в эндемических районах. Пик встречаемости отмечается у лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Мужчины болеют в 7–12 раз чаще, но среди детей не отмечается четкой зависимости от пола [21].

За последние 70 лет, встречаемость гноеродных абсцессов печени существенно не изменилась. В развитых странах она составляет 8–15 случаев на 100 тыс., населения; в странах, где здравоохранение недостаточно развито, эта цифра значительно выше. Соотношение заболеваемости мужчин и женщин одного возраста примерно составляет 2:1 соответственно. Гноеродные абсцессы печени чаще встречаются у людей в возрасте от 30 до 60 лет [22].

Для своевременного и целенаправленного лечения абсцессов печени необходима быстрая

и точная диагностика. Очень важно установить не только наличие самого абсцесса, но и источник его формирования [6, 15, 18, 25–27].

УЗИ и КТ являются основными методами диагностики как гнойных, так и амёбных абсцессов печени, их чувствительность составляет 85–95 и 90–100 % соответственно [26, 27].

До 1980 г. оперативное дренирование абсцессов печени было основным методом лечения. Выбор оперативного доступа был предметом дискуссий. В настоящее время чрезбрюшинный доступ считают общепринятым [6, 15, 24].

Используются также чрескожная пункция полости абсцесса печени, чрескожное дренирование дренажами типа «pig tail».

Последние 15 лет появляются сведения об использовании только миниинвазивных вмешательств в лечении абсцессов печени. Удовлетворительные результаты лечения отмечены в 58–88 % наблюдений [12, 15, 18, 28].

Широкое внедрение малоинвазивных методик в виде вмешательств под контролем ультразвуковой диагностики (УЗД), эндоскопии и лапароскопии позволило качественно улучшить результаты лечения этой сложной категории больных [6, 7, 10].

Наметившаяся тактика лечения бактериальных абсцессов печени с использованием малоинвазивных технологий под контролем ультразвука вполне оправдана [23], однако для оптимальной реализации малоинвазивных методов необходимо обоснованное определение показаний к их применению [9].

Одним из методов лечения абсцессов печени является лапароскопическое дренирование, впервые проведенное в 1993 г.

В последних десятилетиях произошли изменения в хирургической тактике лечения – этих пациентов стали чаще успешно лечить миниинвазивными методиками. «Открытая» хирургия, как первая линия лечения, сейчас во многих клиниках не используется. Роль «открытой» операции при лечении гнойных абсцессов печени ограничивается только осложненными гнойниками (вскрывшимися в брюшную или плевральную полости), или для устранения самого этиологического фактора (стриктуры протоков, холангит, хронические очаги воспаления). В клиниках западной Европы эти пациенты все еще остаются в основном под наблюдением хирургов, но фактически они лечатся у радиологов [23].

#### Материалы и методы исследований

За период с 2011 г. по июнь 2015 г. в Харьковской городской клинической больнице скорой и неотложной медицинской помощи

им. проф. А. И. Мещанинова находились на лечении 44 больных с абсцессами печени.

Мужчин было 19 (43,2 %), женщин — 25 (56,8 %).

Возраст пациентов варьировал от 24 и до 82 лет. Пациентов 60 лет и старше было 26 (56,9 %).

Сроки поступления от начала заболевания от 8 часов и до месяца. Обращает на себя внимание то, что 10 больных (22,7 %) имели в анамнезе лечение в хирургическом стационаре в сроке не более месяца назад перед тем поступлением, когда им был установлен диагноз абсцесса печени.

Все пациенты предъявляли жалобы на гипертермию от 38 до 41 градуса, общую слабость. Многих беспокоили боли в правом подреберье.

Всем больным проводился общепринятый комплекс обследования: клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, томография, при необходимости ФГДС, пациентам старше 50 лет — ЭКГ и консультация терапевта, женщинам — консультация гинеколога.

УЗИ с целью динамического наблюдения до и после операции производилось одному больному до 7 раз.

Показатели клинического анализа крови не всегда соответствовали морфологическим изменениям: у 18 пациентов (43 %) лейкоцитоз был ниже  $9,0 \times 10^9/\text{л}$ , а у 14 больных (32 %) и процент палочкоядерных форм не превышал 10; что в большинстве случаев было отмечено у больных пожилого и старческого возраста и, возможно, это связано с аре активностью организма в этот период жизни. Максимальные значения этих показателей у остальных больных достигали: лейкоцитоз —  $26,4 \times 10^9/\text{л}$ , метамиелоциты — 2 %, палочкоядерных — 32 %, токсическая зернистость ++.

Из биохимических показателей наиболее часто повышались показатели крестинина, мочевины, АЛТ и АСТ — у 27 больных (61 %).

Показатели общего билирубина повышались у 13 пациентов (29,5 %) до 60,8 мкмоль/л.

Гиперкоагуляция в виде повышения фибриногена Б от + до +++ была у 20 больных (45,5 %). Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища выполняли 4 пациенткам женского пола в связи с выявленным при УЗИ наличием жидкости в брюшной полости. Не оперированы 3 больных. Все они скончались (летальность — 6,8 %). Двое из умерших провели в клинике меньше суток: 11,5 и 2 часа соответственно.

#### Результаты исследований и их обсуждение

Пациентке 76 лет, проведенной до смерти в стационаре 2 часа (в условиях реанимационного отделения), УЗИ выполнить не успели. Из анамнеза известно, что перед последним поступлением в течение 7 дней больная находилась в этом же стационаре и была выписана за 8 дней до последнего поступления. Тогда при обследовании, в том числе, на УЗИ, признаков абсцесса печени выявлено не было, постоянного повышения температуры не было, диагноз при выписке: ЖКБ. Острый холецистит. Хронический панкреатит.

Основной диагноз был сформулирован как ХПН, острый пиелонефрит, паранефрит. Патологоанатомический диагноз: абсцесс левой доли печени на фоне тромбоза левой печеночной вены.

Пациентке 71 года, поступившей через 5 суток от начала заболевания, и скончавшейся через 11,5 часов от момента поступления, УЗИ выполнено. Врачом УЗИ было выявлено в 6, 7 сегментах печени наличие гипозоногенного образования 3 x 5,5 см. Однако при УЗИ также заподозрено и образование в эпигастрии 6,1x5,2 см; из-за чего, учитывая также данные ФГДС: стеноз выходного отдела желудка. Опухоль желудка? Острые язвы желудка. Остановившееся ОЖКК; данными УЗИ было пренебрежено и окончательный диагноз был сформулирован так: рак желудка? Опухоль панкреатодуоденальной зоны? ЖКБ? Острый холецистит? (навевает аналогию с данными вскрытия тела Наполеона Бонапарта). Император Франции, Наполеон Бонопарт, после поражения под Ватерлоо, был сослан на тропический остров Святой Елены. В то время кровяная дизентерия (амебиаз) была очень распространена на этом острове, и Наполеон заболел ею. После сильного приступа, вызванного амебным абсцессом, наступила его смерть в 1821 году на фоне массивных приступов рвоты и мелены [2]. На вскрытии личный врач Наполеона Антомарчи (Antommarchi) констатировал «раковая язва с центром в верхней части вдоль малой кривизны желудка, сообщающаяся с полостью в печени» [8]. Таким образом, очевидно, что смерть Наполеона была обусловлена не только раком желудка [12], но и амебным абсцессом левой доли печени, который вскрылся в желудок.

Патологоанатомический диагноз: Множественные абсцессы печени с преимущественным поражением левой ее доли. Определить генез абсцессов не представляется возможным.

Таким образом, в обеих случаях имелось расхождение по основному заболеванию.

Третий умерший пациент, 63 лет, поступивший через месяц с момента заболевания, про-



вел в клинику 4 дня. Из анамнеза известно, что в 1993 г. перенес холецистэктомию, затем 02.09.11 г. был наложен холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову. Перед последним поступлением в течение 2 дней больной находился в этом же стационаре и был выписан за 15 дней до последнего поступления. Тогда при обследовании, в том числе, на УЗИ (диагностировано расширение холедоха до 1,04 см), признаков абсцесса печени выявлено не было, постоянного повышения температуры не было, диагноз при выписке: хронический панкреатит.

Во время последнего пребывания в стационаре больному дважды выполнялось УЗИ. Во время УЗИ при поступлении были заподозрены 2 изоэхогенных образования в печени до 2,5 см в диаметре — подозревалося метастатическое поражение. При исследовании через 2 дня было выявлено наличие в 6–7 сегментах печени участка 71 x 80 мм с участком гипоанэхогенности («размягчения») в центре до 25x15 мм. Заключение: форсирующийся абсцесс?

Была выполнена ЭРПХГ: холангит. Признаков холедохолитиаза не выявлено. Холедоходуоденоанастомоз достаточной ширины.

Был выставлен основной диагноз: ЖКБ-III. Гнойный холангит. Абсцессы печени?

Патологоанатомический диагноз: Множественные сотовидные абсцессы печени с субтотальным поражением правой доли печени на фоне стриктуры внутрипеченочного протока (в прошлом ХЭ + ХДА).

Осложнения: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Отек легких.

Совпадение диагнозов группа IA. Таким образом, не смотря на выполнение ЭРПХГ квалифицированным специалистом, причина образования абсцесса печени выявлена не была.

Оперирован 41 больной, 8-м из них (18,2 %) произведена лапаротомия, вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса и брюшной полости. Этот доступ применялся преимущественно в 2011–2012 г.; а также позже при наличии противопоказаний к лапароскопии. Среди них 2 больных, которых пришлось оперировать не один раз. Это больная, перенесшая перед этим правостороннюю гемиколонэктомию и резекцию правой доли печени. Первоначально, ориентируясь на данные УЗИ и томографии, ей была произведена ревизия брюшной полости через контрапертуры, санация и дренирование полостей абсцессов. Затем, через 4 дня этим же доступом ревизия и дренирование брюшной полости, а еще через неделю — лапаротомия, вскрытие и санация межпетельных абсцессов. Санация и дренирование брюшной полости.

Второй больной, поступивший с диагнозом: асцит-перитонит? абсцесс печени?, которой было выполнено дренирование брюшной полости из местного доступа, операция была закончена в связи с нестабильностью гемодинамики. А через 7 суток было произведено дренирование поддиафрагмального абсцесса справа по поводу абсцесса печени с прорывом в поддиафрагмальное пространство с формированием абсцесса.

Остальным 33 (75 %) больным было выполнено видеолапароскопическое вскрытие, санация и дренирование абсцесса печени и брюшной полости.

После операции производилось бактериологическое исследование гноя. Наиболее часто выделяемыми возбудителями были: *Klebsiella pneumoniae* (11,1 %) и *E. coli* (11 %). В 33 % случаев посев роста не дал.

Консервативная терапия в до- и послеоперационном периодах проводилась по общепринятым критериям с учетом чувствительности флоры к антибиотикам.

Таким образом, причинами абсцесса печени были: патология желчевыводящих путей — у 15 больных (34,1 %); патология печеночных вен и портальной системы — у 10 (22,7 %); гематогенный путь — у 5 (11,35 %); контактный (перенесенные операции на органах брюшной полости — у 5 (11,35 %); криптогенный — у 9 (20,5 %).

Длительность пребывания в стационаре у больных, оперированных лапароскопически, составила 18,4; послеоперационный койко-день 15,2.

Среди оперированных больных умерших не было.

### Выводы

1. Диагностика и лечение абсцессов печени остается трудной задачей в хирургии, в том числе, потому, что у больных пожилого и старческого возраста, на фоне сахарного диабета клиника может быть асимптомной и атипичной.

2. Наиболее частой причиной возникновения абсцессов печени в наших широтах является осложненная ЖКБ и другая патология желчевыводящих путей.

3. Наиболее рациональным методом оперативного лечения является лапароскопическое вскрытие, санация, дренирование абсцесса печени и брюшной полости; хотя, в зависимости от причины возникновения, оптимальный объем оперативного пособия в каждом случае дискутабелен и индивидуален.

4. УЗИ (в большинстве случаев в сочетании с топографией) основной метод диагностики абсцессов печени.



5. Гипертермия у пациента без явной причины ее возникновения и даже при отсутствии болей в животе, является показанием к выполнению УЗИ для исключения абсцесса печени.

6. В прогностическом плане повторное поступление пациентов с патологией гепатоби-

лиопанкреатодуоденальной зоны менее чем через месяц после выписки, можно рассматривать как неблагоприятный фактор возможного развития абсцесса печени.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / А. Е. Борисов. — СПб. : Скифия, 2003. — Т. 1. — 293 с.
2. Кипшидзе А. А. Биостатистический анализ результатов лечения бактериальных абсцессов печени с использованием малоинвазивных методов и открытых хирургических вмешательств / А. А. Кипшидзе, П. С. Бейнер, Н. В. Бейнер // *Медичні перспективи* — 2013. — № 4. — С. 74–78.
3. Лебедев М. С. Инновационные технологии в диагностике и хирургическом лечении очаговых образований печени (обзор) / М. С. Лебедев // *Саратов. науч.-мед. журнал* — 2011. — № 2. — С. 525–528.
4. Малоштан А. А. Абсцесс печени, вопросы истории / А. А. Малоштан // *Украинский журнал хирургии*. — 2011 — № 4 (13). — С. 255–259.
5. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени / В. А. Овчинников, А. А. Малов, С. В. Акуленко, [и др.] // *Медицинский альманах*. — 2013. — №5 (28). — С. 99–102.
6. Толстиков А. П. Выбор метода хирургического лечения больных с бактериальными абсцессами печени / А. П. Толстиков // *Казан. мед. журнал*. — 2012. — № 2. — С. 265–269.
7. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, Б. В. Доманский. — К. : Здоров'я. — 1993 — С. 512–513.
8. Antommarchi F. Derniers Moments de Napoleon / F. Antommarchi. — Londres. — 1825. — 154 p.
9. Bowers D. E. Pyogenic liver abscess / D. E. Bowers, D. J. Robinson, R. C. Doberneck // *World J. Surg.* — 1990. — Vol. 14. — P. 128–132.
10. Chaplin A. The Illness and Death of Napoleon Bonaparte / A. Chaplin. — London : Hirschfeld Brothers. — 1913. — 79 p.
11. Chen M. C. A case report and review of outcome in the antibiotic era / M. C. Chen // *Am. J. Gastroenterology*. — 1996. — Vol. 96(6). — P. 1251–1253.
12. Dieulafoy A. Le foie appendiculaire: Abces du foie consecutifs a l'appendicite / A. Dieulafoy // *Semin Med (Paris)*. — 1898. — Vol. 18. — 449 p.
13. *Encyclopedia Americana (International Edition)* / Americana Corporation. — 1970. — Vol. 14. — 101 p.
14. Endoscopic management of sump syndrome after choledochoduodenostomy: retrospective analysis of 30 cases / Fr. X. CaroliBosc, J. F. Demarquay, E. P. Peten [et al.] // *Gastrointestinal Endoscopy*. — 2000. — Vol. 51. — P. 152–156.
15. Gawadiaz A. P. Surgical History / A. P. Gawadiaz // *Am. Heart J.* — 1963. — Vol. 65. — P.34–36.
16. Johannsen E. C. Pyogenic liver abscesses / E. C. Johannsen, C. S. Sifri, C. M. Lawrence // *Infect. Disease Clinics of North America*. — 2000. — Vol. 14. — P. 47–56.
17. Hepatic abscess: Changes in etiology, diagnosis, and management / G. S. Tyson, M. A. Branum [et al.] // *Ann. Surg.* — 1990 — Vol. 212. — P. 655–662.
18. Kubo S. Risk factors for and clinical findings of liver abscess after biliaryintestinal anastomosis / S. Kubo // *Hepatogastroenterology*. — 1999. — Vol. 46(25). — P. 116–120.
19. Liver Abscess : The need for complete gastrointestinal evaluation / J. L. Cohen, M. F. Martin, R. L. Rossi, D. J. Schoetz // *Arch. Surg.* — 1989 — Vol. 124. — P. 561–564.
20. Paul M. History of Medicine / M. Paul // *Brit. J. Surg.* — 1960. — Vol. 47. — P. 50–54.
21. Minimicroabscess syndrome in liver transplant recipients / G. A. MacDonald, J. K. Greenspan, E.A. DelBuono [et al.] // *Hepatology*. — 1997. — Vol. 26. — P. 192–198.
22. Nonsurgical treatment of biliary liver abscesses : efficacy of endoscopic drainage and local antibiotic lavage with nasobiliary catheter / J. S. Dull, L. Topa, V. Balga, A. Pap // *Gastrointestinal Endoscopy*. — 2000. —Vol. 51. — P. 126–132.
23. Pyogenic liver abscess : Treatment with needle aspiration / S. ChYu, R. HGLO, P. S. Kan, C. Metreveli. // *Clinical Radiology*. — 1997 — Vol. 52. — P. 912–916.
24. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years / C. J. Huang, H. A. Pitt, P. A. Lipsett [et al.] // *Ann. Surg.* — 1996. — Vol. 223. — P. 600–609.
25. Pyogenic liver abscesses: 13 years of experience in percutaneous needle aspiration with US guidance / A. Giorgio, L. Tarantino, N. Mariniello [et al.] // *Radiology*. — 1995. — Vol. 195. —P. 122–124.
26. Ralls P. W. Focal inflammatory disease of the liver / P. W. Ralls // *Radiologic Clinics of North America*. — 1998. — Vol. 36. — P. 377–389.
27. Rajasuriya K. Hepatic Abscess / K. Rajasuriya, N. Nagaratnam // *J. Trop. Med. Hyg.* — 1962. — Vol. 65. — P. 165.
28. Seeto R. K. Pyogenic liver abscess changes in etiology, management, and outcome / R. K. , D. C. Rockey // *Medicine*. — 1996. — Vol. 75. — P. 99–113.
29. Single and multiple pyogenic liver abscesses clinical course, etiology, and results of treatment / F. F. Chou, S. M. ShennChen, Y. S. Chen, M. C. Chen // *World J. Surg.* — 1997. — Vol. 21. — P. 384–389.
30. The role of percutaneous transhepatic abscess drainage for liver abscess / T. Ogawa, Sh. Shimizu, T. Morisaki, A. Sugitani // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* — 1999. — Vol. 6. — P. 263–266.



ДОСВІД ЛІКУВАННЯ  
АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ  
В УМОВАХ ЛІКАРНІ  
ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ

*Д. С. Єфімов*

**Резюме.** Викладено досвід лікування 44 хворих з абсцесами печінки з вивченням анамнезу, даних лабораторних та інструментальних досліджень. Акцентовано увагу на випадках діагностичних помилок. Основним методом оперативного лікування було обрано відеолапароскопічне розкриття, санація, дренажування порожнини абсцесу та черевної порожнини. Встановлено, що, в прогностичному плані, повторне надходження пацієнтів з патологією гепатобіліопанкреатодуоденальної зони менш ніж через місяць після виписки, можна розглядати як несприятливий фактор можливого розвитку абсцесу печінки.

**Ключові слова:** *абсцес печінки, діагностичні помилки, санація, дренажування.*

EXPERIENCE OF  
TREATMENT OF LIVER  
ABSCESSES IN EMERGENCY  
HOSPITAL

*D. S. Efimov*

**Summary.** The experience of treating 44 patients with liver abscess with the study of history, laboratory data and instrumental studies is stated. The attention to the cases of diagnostic error is accented. The main method of surgical treatment was elected videolaparoscopic opening, sanitation and drainage of abscess cavity and the abdominal cavity. It was found that, in terms of prognosis, re-admission of patients with pathology of hepatobiliary pancreaticoduodenal area less than a month after discharge, can be regarded as an adverse factor in the possible development of liver abscess.

**Key words:** *liver abscess, diagnostic errors, sanitation, drainage.*