



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 УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

**Резюме.** Изложен опыт ультразвукового обследования 44 больных с абсцессами печени. Акцентируется внимание на случаях диагностических ошибок. Наиболее часто встречающимся вариантом ультразвуковой картины абсцесса печени признан следующий: наличие гипоэхогенного образования в печени, при нагноении которого появляется анэхогенный участок, как правило, в центре; хотя, в зависимости от времени от начала заболевания, картина может меняться.

**Ключевые слова:** ультразвуковая диагностика, абсцесс, печень.

### Введение

Абсцесс печени — гнойное воспаление печени с образованием гнойной полости, сопровождающееся лихорадкой, рвотой, тошнотой, уменьшением массы тела, болями в правом подреберье. В крови лейкоцитоз, повышение СОЭ, увеличение уровня щелочной фосфатазы.

Лечение абсцессов печени является одной 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.

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 [13,18,19, 20, 21, 23, 24].

УЗИ и КТ — основные методы диагностики как гнойных, так и амебных абсцессов печени, их чувствительность составляет 85–95 и 90–100 % соответственно [20, 23].

По мнению Н. В. Поправко и А. К. Влахова диагностическая эффективность УЗИ при абсцессах печени является высокой и составляет: чувствительность — 93,3 %; специфичность — 84,4 %; точность — 90,5 % [8].

По данным ряда авторов, абсцессы печени, не выявленные при КТ, в 4 % наблюдений были выявлены во время операции и в 2 % — при повторной КТ. Абсцессы печени, не замеченные при УЗИ, в 10 % наблюдений были обнаружены при КТ, в 3 % — во время операции и в 2 % — при повторной КТ [24]. Нередки случаи установления диагноза при аутопсии [16, 22].

Особое значение в диагностике имеет ультразвуковое исследование. Оно особенно перспективно, поскольку специальные методы исследования приходится применять у тяжелого больного, и метод ультразвукового ис-

следования как неинвазивный и легко осуществимый имеет несомненные преимущества в диагностике у таких пациентов.

Абсцесс печени — достаточно редкое очаговое поражение печени, характеризующееся локальным скоплением гноя в ее ткани с разрушением паренхимы и стромы. Абсцессы могут быть осложнением желчекаменной болезни, тяготея к расположению в правой доле печени и чаще имея большие размеры. Визуальная картина абсцесса печени не всегда специфична [14, 15], в то время как клиническая симптоматика позволяет заподозрить именно данную патологию [11].

При УЗИ обращают на себя внимание толстая гиперэхогенная капсула и неоднородное за ним и боковые тени [5]. При визуализации причудливых форм и неоднородности внутреннего строения определенность в диагнозе достигается привлечением КТ.

Диагностические проблемы максимальны при исследовании пациента в момент возникновения абсцесса, на ранних его стадиях, когда визуализируется первичный очаг диффузного воспаления без четких контуров, зон некроза и капсулы. Необходимо помнить, что введение контрастного вещества в эту фазу не вносит ясности, поскольку оно включается в зону воспаления, симулируя злокачественное образование [4, 10, 14, 25].

По мнению Т. Н. Ярошкиной [12], эффективность и чувствительность метода при абсцессах печени составляет 80–90 %. В острой стадии абсцесс представляется как очаг с усиленной эхоструктурой без четких контуров, однородный по структуре. С появлением расплавления ткани печени на ультрасонограммах выявляется полость, по периферии которой перифокально отмечается понижение эхогенности. Контур абсцесса обычно четкие.

Хронический абсцесс характеризуется наличием плотной пиогенной капсулы.



При УЗІ печени при абсцесі визначаються:

- округле утворення неоднорідної структури;
- можливе збільшення печени.

Абсцеси частіше зустрічаються в правій долі печени – 5, 6, 7-й сегменти [12].

По думці Богданович Б. Б., в ряді випадків абсцеси можуть бути ізоехогенні по відношенню до нормальної тканини печени. Амебні абсцеси порівняно з піогенними на УЗІ не мають чіткої капсули, часто локалізуються поверхнево. Грибкові абсцеси утворюються в печені і селезінці і мають вигляд малих (до 2–3 см) осередків різної ехогенності, в ряді випадків типу «мишені» (гіперехогенний центр і периферический гіпоехогенний ободок і навпаки).

По думці інших авторів, в процесі формування абсцеса відзначається зміна ультразвукової картини. Початкові прояви абсцеса представлені ділянкою пониженої ехогенності без чітких меж, частіше локалізуються в правій долі печени. По мірі розвитку процесу з'являється неоднорідність відображень в центрі або по всьому утворенню внаслідок розплавлення тканин, але гіпоехогенна зона навколо, як правило, виражена, помітно посилення зображення прилеглих тканин (ефект дистального посилення).

Дифференціальна діагностика проводиться з кистою печени. При організації абсцеса спостерігають з'явлення капсули, розшарування гнійного вмісту. При виявленні густого вмісту і нечітких меж абсцеса необхідна дифференціальна діагностика з опухолью. При самопройшовому розрешенні абсцеса – кальцифікація капсули, за якою слід ультразвукова тінь.

Пункція під контролем ультразвукового дослідження проводиться для зовнішнього дренирування, антибіотикотерапії і забору матеріалу для морфологічного дослідження, посіву. З анамнезу звертають увагу на наявність гнійних процесів в брюшній порожнині, оперативні втручання.

Підпеченочний абсцес, як правило, розташовується під нижньою поверхнею печени, спереду від правої нирки.

Надпеченочний абсцес знаходиться частіше справа, безпосередньо примикаючи до діафрагми (як при абсцесі печени); зазвичай в правому плевральному синусі є випіт. Подвижність печени і діафрагми обмежена.

Ультразвукова діагностика в гастроентерології: можливості вдосконалення [7].

Третє думка: абсцеси печени зазвичай розвиваються на фоні якогось-будь-якого вже існуючого захворювання і виступають як його ускладнення. Бактеріальні абсцеси печени мають

тенденцію до розташування більшою частіше в правій долі печени ближче до передньої поверхні, однак можуть зустрічатися і інші локалізації. По кількості вони можуть бути єдиними або багаточисельними. Абсцеси можуть мати різні розміри, а форма зазвичай ближче до округлої. В ехографічній картині абсцеса печени існують ряд особливостей, пов'язаних з часом його існування. Так, в фазі формування, при наявності відповідних клініко-лабораторних даних, в паренхімі печени можна виявити зону пониженої ехогенності з неоднорідною структурою і нечіткими, переходячими в нормальну тканину, контурами. В центральній частині цієї зони пониженої ехогенності зазвичай виявляється анехогенний практично безструктурний ділянку. Внаслідок цього, при паралельному наростанні клінічних проявів, формується рідко вмісту ехогенна порожнина з внутрішнім ехогенним вмістом, обумовленим наявністю гною і тканинного детриту. Крім того характерні для рідко вмісту ехографічних ознак (ефект посилення задньої стінки, ефект бічних акустичних тіней, ефект дистального псевдопосилення ехосигналу). Спостерігаються деякі особливі ознаки:

- сепарація вмісту порожнини абсцеса з утворенням меж «рідко-рідко» з горизонтальним рівнем, де більш густиа ехогенна частина знаходиться знизу, а більш рідка ехогенна – зверху;
- можливе з'явлення бульбашок газу в порожнині абсцеса (внаслідок анаеробного запального процесу) у вигляді гіперехогенних об'ємних структур, займають положення у верхній стінки і дають конусоподібний ефект реверберації з образним називанням «хвіст комети»;
- переміщення всього внутрішнього вмісту при зміні положення тіла пацієнта;
- формування чіткої межі порожнини абсцеса від оточуючої паренхіми печени у вигляді декількох неоднорідних ободків підвищеної ехогенності різної товщини – від 0,5–1 до 10–15 мм, являються піогенної оболонкою.

Вказана картина може зустрітися не тільки у вигляді єдиного утворення, але і у вигляді багаточисельного ураження.

Деякі відмінності можуть мати ехографічна картина паразитарного абсцеса при амебиазі, який переважно поширений в Азії, Південній Америці і Африці. Ввиду декількох інших варіантів розвитку абсцеса в печені зазвичай при попаданні амеб



развивается воспалительная инфильтрация с последующим формированием очагов некроза. В дальнейшем возможно слияние некротических очагов в один или несколько абсцессов. В эхографической картине соответственно может наблюдаться появление вначале умеренной, а затем и выраженной диффузно-очаговой неоднородности паренхимы со смешанной и преимущественно пониженной эхогенностью. Затем на этом фоне формируются эхонегативные участки неправильной формы и различных размеров с неровными и нечеткими контурами. В дальнейшем они образуют одну или несколько полостей, практически аналогичных по акустическим признакам бактериальным абсцессам, но, тем не менее, с рядом отличий: контуры обычно неровные с «карманами», эхогенная оболочка вокруг абсцесса выражена неотчетливо, в полости абсцесса может присутствовать более неоднородное содержимое, вплоть до наличия секвестров печеночной ткани и большого количества газа. Существенной вспомогательной диагностической подсказкой служит выявление признаков относительно быстрого изменения эхографической картины в корреляции с проводимым лечением при динамическом исследовании. В дифференциальной диагностике абсцессов печени особое внимание уделяется не только выявлению признаков локального изменения структуры и эхогенности паренхимы печени и степени их выраженности, но и получению убедительных данных в пользу того, что неоднородность паренхимы обусловлена наличием именно жидкостного (или жидкостных) образований, имеющих четкую связь с клинико-лабораторными показателями и анамнезом, а также имеющих определенную динамику эхографической картины, коррелирующую с состоянием больного и проводимым лечением. Необходимо отметить, что в некоторых случаях установить окончательный диагноз и провести успешное лечение помогает использование пункционной биопсии под визуальным контролем (эхография, компьютерная томография) получением содержимого для посева и внутриполостным введением медикаментов. Выбор методики визуального контроля обусловлен конкретными особенностями пациента и местной материально-технической базой [5].

Анализ ультразвуковой картины абсцессов у пациентов позволил Власкиной Л. А. систематизировать и классифицировать признаки абсцессов печени различной этиологии [2].

Классификация абсцессов печени по эхографической картине:

I тип: эхонегативное или сниженной эхогенности образование округлой или неправиль-

ной формы с гиперэхогенным ободком, без четких контуров, с однородной крупно- или мелкозернистой эхоструктурой, не дающее акустических феноменов;

II тип: эхонегативное или сниженной эхогенности образование округлой или неправильной формы с четкими ровными или волнистыми контурами, размерами от 30–40 мм до образования, занимающего несколько сегментов печени, с неоднородной жидкостной эхоструктурой с эффектом дистального псевдоусиления ультразвука и наличием «краевых лепестков»;

III тип: множественные, располагающиеся в одной или обеих долях печени, эхонегативные или сниженной эхогенности образования округлой или овальной формы, с четкими ровными или волнистыми контурами, с дистальным усилением, размерами от 40 мм до 70–85 мм, с неоднородной внутренней жидкостной структурой;

IV тип: множественные округлые или овальные очаги с размытыми контурами, сниженной эхогенности, располагающиеся по ходу умеренно расширенных внутри- и внепеченочных желчных протоков с неоднородным содержимым средней эхогенности

V тип: образования I–III типов, сочетающиеся с наличием гнойного очага в одном или нескольких отделах брюшной полости или в забрюшинной клетчатке, или других паренхиматозных органах брюшной полости.

Однако, как мы видим, в этой классификации для всех типов характерно наличие образований эхонегативных или сниженной эхогенности, а различаются они по объему поражения и другим признакам [2].

Даже из этого небольшого обзора литературы видны разные мнения в отношении ультразвуковой картины при формировании абсцесса печени: «очаг с усиленной эхоструктурой без четких контуров, однородный по структуре» (одно мнение) и «начальные проявления абсцесса представлены участком пониженной эхогенности без четких границ» (другое мнение). Хотя, возможно, эти варианты УЗ-картины могут выявляться последовательно друг за другом.

В доступной литературе немного публикаций, посвященных диагностическим ошибкам, допущенным у этой категории больных.

Среди них есть следующее мнение: актуальность проблемы обусловлена большим количеством диагностических ошибок, достигающих 60,0 % при первичном абсцессе печени и 45,5 % при остром холангите [6].

Церетели И. Ю. проанализированы диагностические ошибки, допущенные как в отделе хирургии печени ММА им. И. М. Сеченова,



так и у переведенных больных до госпитализации к ним. Он выделил следующие типы ошибок:

1) допущенные при диагностике очаговых поражений (абсцессов) печени: а) пропущенные абсцессы печени, б) неправильно интерпретированные очаговые поражения печени (абсцесс расценивался как опухоль или киста);

2) допущенные при диагностике первичных очагов инфекции: а) не выявленная желчная гипертензия, б) не выявленный пилефлебит, в) не выявленные другие болезни органов брюшной полости (острый холецистит, острый панкреатит и т. д.) [9].

### Материалы и методы исследований

Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. Мещанинова А. И. имеет в своем составе отделение УЗИ, в котором работают 8 врачей (4 – каждый день и 4 – дежуранты).

За анализируемый период времени (с 2011 г. по июнь 2015 г.) отделение работало в 2 режимах: в круглосуточном режиме и, затем, в связи с недостатком средств, в режиме с 8.30 до 16.12 в рабочие дни (4 врача), а в субботу, воскресенье и праздничные дни врач-дежурант с 9.00 до 14.00.

Такая организация работы позволяет выполнить УЗИ больному (при самом «неблагоприятном» времени поступления – 16.30 в пятницу) не позднее, чем через 16,5 часов от момента поступления.

За период с 2011 г. по июнь 2015 г. в Харьковской городской клинической больнице скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. Мещанинова А. И. находились на лечении 44 больных с абсцессами печени.

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

Возраст пациентов был 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.

Не оперированы 3 пациента. Все они скончались (легальность – 6,8 %).

Из 44 больных с абсцессом печени УЗИ не успели выполнить 1 больной, она скончалась (подробнее ниже).

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

В 41 случае диагноз абсцесса печени при УЗИ был заподозрен или однозначно установлен. Лишь в двух случаях при первичном УЗИ врачи ультразвуковой диагностики, описывая участки измененной печени до 2,5 см в диаметре, склонялись к заключению о том, что описываемые изменения носят метастатический характер. Однако при динамическом исследо-

вании было установлено, что эти образования являются формирующимися абсцессами печени, что затем и было подтверждено.

### Результаты исследований и их обсуждение

Для примеров трудности диагностики этой патологии приводим ряд клинических случаев. 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 при направлении на вскрытие был сформулирован как ХПН, острый пиелонефрит, паранефрит. Патологоанатомический диагноз: Абсцесс левой доли печени на фоне тромбоза левой печеночной вены.

Пациентке 71 год, поступившей через 5 суток от начала заболевания, и скончавшейся через 11,5 часов от момента поступления, УЗИ было выполнено. Врачом УЗИ было выявлено наличие в 6, 7 сегментах печени гипоэхогенного образования 3 на 5,5 см. Однако при УЗИ также заподозрено и образование в эпигастрии 6,1 на 5,2 см; из-за чего, также учитывая данные ФГДС: Стеноз выходного отдела желудка. Опухоль желудка? Острые язвы желудка. Остановившееся ОЖКК, данными УЗИ пренебрегли, и окончательный диагноз при направлении на вскрытие был сформулирован так: Рак желудка? Опухоль панкреатодуоденальной зоны? ЖКБ? Острый холецистит?

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

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

Третий умерший пациент, 63 лет, поступивший через месяц с момента заболевания, провёл в клинике 4 дня. Из анамнеза известно, что в 1993 г. перенес холецистэктомию, затем 02.09.11 г. был наложен холедоходуоденанастомоз 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 темпе-



ратуры не было, диагноз при выписке: Хронический панкреатит.

Во время последнего пребывания в стационаре больному дважды выполнялось УЗИ. Во время УЗИ-исследования 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 на 80 мм с участком гипоанэхогенности («размягчения») в центре до 25 на 15 мм. Заключение: формирующийся 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.

По нашему опыту, более часто встречающийся вариант ультразвуковой картины абсцесса печени следующий: наличие гипоэхогенного образования в печени, при нагноении которого появляется анэхогенный участок, как правило, в центре.

### Выводы

1. УЗИ (в большинстве случаев в сочетании с топографией) является основным методом диагностики абсцессов печени.

2. По нашему опыту, более часто встречающийся вариант ультразвуковой картины абсцесса печени следующий: наличие гипоэхогенного образования в печени, при нагноении которого появляется анэхогенный участок, как правило, в центре; хотя, в зависимости от времени от начала заболевания, картина может меняться.

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

4. Принятая в больнице скорой помощи организация работы отделения УЗИ на необходимом уровне позволяет решать задачи диагностики такой тяжелой патологии как абсцесс печени.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г. Г. Диагностические ошибки при абсцессах печени / Г. Г. Ахаладзе, И. Ю. Церетели // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, №1. — С.46–52.
2. Власкина Л. А. Сонографические и эндоскопические технологии в хирургическом лечении абсцессов печени : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. А. Власкина. — Краснодар. — 2007. — 23 с.
3. Войтковский А. Е. Неудачи, ошибки и осложнения рентгеноэндоскопических методов при заболеваниях билиопанкреатодуоденальной зоны : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Е. Войтковский. — М. — 2003. — 23 с.
4. Кармазановский Г. Г. Компьютерная томография печени и желчных путей / Г. Г. Кармазановский, М. Ю. Вильявин, М. С. Никитаев. — М. : Паганель-Бук. — 1997. — 358 с.
5. Клиническое руководство по УЗ-диагностике: под ред. В. В. Митькова В. — Т. 1. М. : Видар. —1996. — 336 с.
6. Кулешова И. В. Оптимизация методов диагностики и лечения больных с острым абсцессом печени и острым холангитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. В. Кулешова. Барнаул. — 2008. — 23 с.
7. Лемешко З. А. Современные ультразвуковые исследования в гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии (По материалам 4-го съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине) / З. А. Лемешко // *Российский журнал гепатологии, гастроэнтерологии, колопроктологии*. — 2004. — Т. 14, № 4 — С. 87–94.
8. Поправко Н. В. Алгоритм диагностики и лечения бактериальных абсцессов печени с применением эхонавигационных интервенций / Н. В. Поправко, А. К. Влахов // *Таврический медико-биологический вестник*. — 2012. — Т. 15, № 4 (60). — С. 286–290.
9. Церетели И. Ю. Абсцессы печени: причины, диагностические ошибки и лечение : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Ю. Церетели. — М. — 2005. — 24 с.
10. Шахиджанова С. В. Некоторые аспекты диагностики очаговой патологии печени / С. В. Шахиджанова, Т. С. Пустовитова // *Визуализация в клинике*. — 2001. — № 19. — С. 31–41.
11. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. — М. : Геотар Медицина. — 1999. — С. 74–83.
12. Ярошкина Т. Н. Ультразвуковая диагностика. В кн. : *Хирургия печени и желчных путей* / Под ред. Б. И. Альперовича. —Томск: СГМУ. — 1997. — С. 151–189.
13. A case report and review of outcome in the antibiotic era // *Am. J. Gastroenterology*. 1996. — Vol. 96, N 6. — P. 1251–1253.
14. A comparison of amebic and pyogenic abscesses of the liver / P. F. Barnes, K. de Cock, T. N. Reynolds [et al.] // *Medicine*. — 1987. — Vol. 66. — P. 472–483.
15. Amebic liver abscesses: diagnosis and treatment evaluation with MRI / G. Elisondo, R. Weissleder, D. D. Stark [et al.] // *Radiology*. — 1987. — Vol. 165 — P. 795–800.
16. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess / J. A. Alvarez Pérez, J. J. González, R. F. Baldonado [et al.] // *Am. J. of Surg.* —2001. — Vol. 181, N 2. — P. 177–186.



17. Hepatocellular adenoma: MRI features with pathologic correlation / K. Y. Chung, W. W. Mayo-Smith, S. Saini [et al.] // Am. J. R. — 1995. — Vol. 165 — P. 303–308.
18. Meyers W. C. Pyogenic and amebic liver abscess Sabiston / W. C. Meyers, R. D. Kim // Textbook of Surgery, 16<sup>th</sup> ed. — 2001. — P. 1043–1055.
19. Miedema B. W. The diagnosis and treatment of pyogenic liver abscesses / B. W. Miedema, P. Dinnen // Ann. Surg. — 1984. — Vol. 200, N 3. — P. 28–35.
20. 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.
21. Pitt H. A. Surgical Management of Pyogenic Liver Abscesses / H. A. Pitt // World J. Surg. 1990. — Vol. 14. — P. 498–504.
22. 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.
23. Ralls P. W. Focal inflammatory disease of the liver / P. W. Ralls // Radiologic Clinics of North America. — 1998. — Vol. 36. — P. 377–389.
24. Unresectable hilar cholangiocarcinoma: percutaneous versus operative palliation / I. H. Nordbach, H. A. Pitt, J. Coleman [et al.] // Surgery. — 1994. — Vol. 115. — P. 597–603.
25. Webb W. R. Fundamentals of body / W. R. Webb, W. E. Brant, C. A. Helms // CT. W. B. Saunders Company. — 1998. — P. 195–213.

### ДОСВІД УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ

*Д. С. Єфімов*

**Резюме.** Викладено досвід ультразвукового обстеження 44 хворих з абсцесами печінки. Акцентовано увагу на випадках діагностичних помилок. Найбільш частим варіантом ультразвукової картини абсцесу печінки визнаний наступний: наявність гіпоехогенного утворення у печінці, при нагноєнні якого з'являється анехогенний ділянка, як правило, в центрі; хоча, в залежності від часу від початку захворювання, картина може змінюватися.

**Ключові слова:** *ультразвукова діагностика, абсцес, печінка.*

### THE EXPERIENCE OF ULTRASOUND DIAGNOSIS OF LIVER ABSCESSSES IN AT EMERGENCY HOSPITAL

*D. S. Efimov*

**Summary.** The experience of ultrasound in 44 patients with liver abscesses is given. The cases of diagnostic errors are shown. The most common option of ultrasound picture of liver abscess is recognized as follows: the presence of a hypoechoic formation in the liver, which appears with festering anehogennoe site, usually in the center; although, depending on the time of onset, the picture may change.

**Key words:** *ultrasound diagnosis, abscess, liver.*