

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хирургия

Комплексное лечение абсцессов печени

Нина Петровна Володченко¹, Сергей Александрович Полянский²,
Алексей Сергеевич Бабенко², Виктория Андреевна Дружинина²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Благовещенск, Российская Федерация

² Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Благовещенская городская клиническая больница», Благовещенск, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Цель – оценить результаты комплексного лечения абсцессов печени с применением малоинвазивных технологий.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 31 больного с абсцессами печени, которым выполнили вмешательства под навигацией в хирургическом отделении Благовещенской городской клинической больницы. Возраст пациентов – от 26 до 73 лет, лица трудоспособного возраста составили 23 (74,1%) больных, преобладали мужчины – 87,1% (27 человек).

Результаты. У больных с абсцессами печени характерными были признаки тяжелой интоксикации. Лихорадка с ознобом выявлена у 27 (87,1%), тупые, постоянные боли в правом подреберье или в эпигастральной области – у 25 (80,6%), снижение аппетита, слабость утомляемость – у 23 (71,4%), пожелтение кожных покровов – у 27 (87,1%). Тяжесть состояния больных с абсцессами печени, как правило, обусловлена развитием абдоминального сепсиса, поэтому лечение таких больных проводили совместно с реаниматологами в условиях отделения реанимации.

Заключение. Комплексное лечение абсцессов печени с использованием малоинвазивных технологий позволяет добиться лучших результатов при меньших затратах, снизить количество послеоперационных осложнений, а также сократить время пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: абсцесс печени; комплексное лечение; малоинвазивные технологии; тяжелая интоксикация; абдоминальный сепсис

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Володченко Н.П., Полянский С.А., Бабенко А.С., Дружинина В.А. Комплексное лечение абсцессов печени. *Амурский медицинский журнал*. 2026; 14 (1): 14–18.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2026.1.14-18>

EDN: <https://elibrary.ru/SRISOC>

Статья поступила: 10.02.2026. Принята к публикации: 09.03.2026.

Comprehensive Treatment of Liver Abscesses

Nina P. Volodchenko¹, Sergey A. Polyansky², Alexey S. Babenko², Viktoria A. Druzhinina²

¹ Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, Russia

² Blagoveshchensk City Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia

ABSTRACT

Objective. To evaluate the results of comprehensive treatment of liver abscesses using minimally invasive technologies.

Materials and methods. The results of comprehensive treatment of 31 patients with liver abscesses who underwent interventions under navigation in the surgical department of Blagoveshchensk City Clinical Hospital were analyzed. The age of patients ranged from 26 to 73 years, working-age individuals accounted for 23 (74.1%) patients, males predominated – 87.1% (27 persons).

Results. In patients with liver abscesses, signs of severe intoxication were characteristic. Fever with chills was detected in 27 (87.1%), dull constant pain in the right hypochondrium or epigastric region – in 25 (80.6%), decreased appetite, weakness, fatigue – in 23 (71.4%), yellowing of the skin – in 27 (87.1%). The severity of the condition in patients with liver abscesses, as a rule, is due to the development of abdominal sepsis, therefore, treatment of such patients was carried out jointly with intensive care specialists in the intensive care unit.

Conclusion. Comprehensive treatment of liver abscesses using minimally invasive technologies allows achieving better results at lower costs, reducing the number of postoperative complications, as well as reducing the length of hospital stay.

Keywords: liver abscess; comprehensive treatment; minimally invasive technologies; severe intoxication; abdominal sepsis

Funding. The study was not sponsored.

Conflict of interest. The authors declare no conflicts of interest.

For citation: Volodchenko N.P., Polyansky S.A., Babenko A.S., Druzhinina V.A. Comprehensive Treatment of Liver Abscesses. *Amur Medical Journal*. 2026; 14 (1): 14–18.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2026.1.14-18>

EDN: <https://elibrary.ru/SRISOC>

Article received: 10.02.2026. Article accepted: 09.03.2026.

肝脓肿的综合治疗

Nina P. Volodchenko¹, Sergey A. Polyansky², Alexey S. Babenko², Viktoria A. Druzhinina²

¹ 阿穆尔国立医学院, 布拉戈维申斯克, 俄罗斯联邦

² 布拉戈维申斯克市立临床医院, 布拉戈维申斯克, 俄罗斯联邦

摘要

目的: 评估应用微创技术综合治疗肝脓肿的效果。

材料与方法: 分析了在布拉戈维申斯克市立临床医院外科接受导航下干预的31例肝脓肿患者的综合治疗结果。患者年龄从26岁到73岁, 劳动年龄患者占23例(74.1%), 男性占多数——87.1%(27人)。

结果: 肝脓肿患者具有重度中毒症状的特征。27例(87.1%)出现发热伴寒战, 25例(80.6%)出现右季肋部或上腹部钝性持续性疼痛, 23例(71.4%)出现食欲下降、乏力、疲劳, 27例(87.1%)出现皮肤黄染。肝脓肿患者病情严重通常是由于腹腔脓毒症的发展, 因此这些患者的治疗是与重症监护医生在重症监护室联合进行的。

结论: 应用微创技术综合治疗肝脓肿可以在较低成本下取得更好效果, 减少术后并发症数量, 并缩短患者住院时间。

关键词: 肝脓肿; 综合治疗; 微创技术; 重度中毒; 腹腔脓毒症

融资. 这项研究没有赞助。

利益冲突. 作者声明不存在利益冲突。

引用本文: Volodchenko N.P., Polyansky S.A., Babenko A.S., Druzhinina V.A. 肝脓肿的综合治疗. *Amur Medical Journal*. 2026; 14 (1): 14–18.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2026.1.14-18>

EDN: <https://elibrary.ru/SRISOC>

收到: 10.02.2026 接受: 09.03.2026.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и лечение абсцессов печени является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии¹ [1–4]. За последние годы отмечен рост частоты заболевания, что обу-

словлено увеличением количества тяжелых деструктивных заболеваний органов брюшной полости, особенно пациентов с острым панкреатитом, являющегося в настоящее время ведущей причиной пилефлебита и последующего развития абсцессов печени и травм брюшной полости [1, 5].

За последние 20 лет резко возросло количество малоинвазивных и открытых опера-

¹ Басос Ф., Майстренко Н.А. Абсцессы печени: диагностика, лечение. Материалы Пленума правления Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Пермь, 2001. С 82–83.

тивных вмешательств на желчных протоках с оставлением стентов и транспеченочных дренажей, что увеличило количество холангиогенных абсцессов печени. К сожалению, результаты хирургического лечения абсцессов остаются неудовлетворительными. Количество осложнений составляет до 55%, летальность достигает 12–38% при единичных абсцессах, при множественных абсцессах – до 77–90% [1, 4, 5, 9].

Существуют три направления в лечении абсцессов печени: 1) консервативная терапия; 2) открытые хирургические вмешательства; 3) малоинвазивные манипуляции под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии или видеолaparоскопии.

В последнее десятилетие доказано, что малоинвазивные вмешательства при лечении абсцессов печени являются наиболее эффективными. Их преимущество состоит в малотравматичности, в возможности выполнения процедуры в любом подразделении стационара и под местным обезболиванием, что немаловажно при лечении тяжелых больных, находящихся на лечении в реанимационных отделениях. Кроме того, малоинвазивные технологии экономически рентабельны [2, 6–9]. Опыт многих авторов показал, что пункция и дренирование абсцесса под УЗ-контролем являются простыми в исполнении и эффективными методами лечения, благодаря которым уменьшилось количество открытых операций, снизилось количество послеоперационных осложнений, сократилась продолжительность пребывания больного в стационаре [1, 3, 4].

Цель исследования – оценить результаты комплексного лечения абсцессов печени с применением малоинвазивных технологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты комплексного лечения 31 больного с абсцессами печени, которым выполнили вмешательства под УЗ-навигацией в Благовещенской городской клинической больнице в хирургическом отделении. Возраст больных колебался от 26 до 73 лет, лица трудоспособного возраста составили 23 (74,1%) пациентов, превалировали мужчины – 87,1% (27 человек).

В последние годы отмечается увеличение количества больных с холангиогенными абсцессами печени, которые развиваются при остром гнойном холангите и механической желтухе, обусловленной желчнокаменной болезнью и ее осложнениями (холедохолитиаз, стеноз боль-

шого дуоденального сосочка). Существенно реже холангиогенные абсцессы развиваются на фоне желтухи, обусловленной раком головки поджелудочной железы или опухолью внепеченочных желчных протоков. Достаточно редкое развитие холангиогенных абсцессов обусловлено миграцией в просвет желчевыводящих протоков некоторых видов паразитов (особенно при аскаридозе, описторхозе). Холангиогенные абсцессы, как правило, множественные.

Среди обследованных нами больных у 26 (83,8%) диагностированы холангиогенные абсцессы, у 2 (6,5%) больных – посттравматические, у 1 (3,2%) – причина развития абсцесса не установлена. У 22 (70,9%) больных абсцессы локализовались в правой доли печени, у 9 (29,1%) – в левой доле. Одиночные абсцессы выявлены у 24 (77,4%), множественные – у 7 (22,6%).

Размеры абсцессов печени колебались от милиарных, просовидных (<1 см) и мелких (от 1 до 3 см) до средних (от 3 до 6 см) и крупных (от 6 до 10 см). Чаще диагностировали абсцессы размерами от 3 до 10 см, являющиеся средними и крупными. У 21 (67,7%) больных размеры абсцессов составляли >3 см в диаметре.

Наиболее частая локализация абсцессов печени – VI-VII-VIII сегменты. Диагностический алгоритм включал оценку клинических данных, результатов физикального осмотра, изучение анамнеза заболевания, лабораторных показателей. При исследовании крови в клиническом анализе отмечались признаки воспаления (повышено содержание лейкоцитов, сдвиг формулы влево, ускорена СОЭ), билирубинемия и повышения активности печеночных ферментов. Для выявления патологических изменений паренхимы печени, локализации патологического очага и оценки близлежащих органов (желчевыводящих путей, поджелудочной железы, желудка) проводили УЗИ, компьютерную томографию брюшной полости, гастроскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В клинической картине абсцессов печени специфических симптомов не отмечено. Заболевание проявлялось признаками тяжелой интоксикации. Лихорадка с ознобом выявлена у 27 (87,1%), тупые, постоянные боли в правом подреберье или в эпигастральной области – у 25 (80,6%), снижение аппетита, слабость утомляемость – у 23 (71,4%), пожелтение кожных покровов – у 27 (87,1%).

В анализах крови отмечался лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, признаки анемии –

у 21 (67,7%), увеличение билирубина, амилазы крови, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, снижение уровня белка, увеличение С-реактивного белка, прокальцитонина.

Тяжесть состояния больных с абсцессами печени, как правило, была обусловлена развитием абдоминального сепсиса, поэтому лечение этих проводили совместно с реаниматологами в условиях отделения реанимации, которое включало массивную антибактериальную терапию (цефалоспорины и фторхинолы 3-го и 4-го поколений), дезинтоксикационную терапию с применением эфферентных методов детоксикации, а также симптоматическую терапию.

При лечении абсцессов печени использовали малоинвазивные вмешательства, в частности у 3 больных были применены 2 двукратные лечебно-диагностические пункции и дренирование абсцесса под контролем УЗ-навигации у 21 больного. Дренаж в полость абсцесса устанавливали через неизмененную паренхиму печени. При этом принимали во внимание наличие в ткани печени крупных сосудов и протоков. В связи с этим трасса проведения иглы в каждом случае определялась с учетом соотношения полости абсцесса и окружающих тканей. Дренаж в полость абсцесса устанавливается по проводнику для предотвращения дислокации кончика катетера за пределы гнойника, учитывая недостаточно сформированную капсулу абсцесса печени. Диаметр дренажных трубок – 4 мм, для дренирования полостных систем использовали кольцевидные дренажи с дополнительными боковыми отверстиями. Диаметр абсцессов составлял от 2,0 до 4,0 см.

Осложнения после пункций абсцессов печени наблюдались у 3 (9,6%) пациентов, у 2 больных после пункции произошло выпадение дренажа, у 1 – истечение желчи. При анализе микробного содержимого абсцессов в экссудате преобладали стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях.

В завершении пункционной санации в полость вводили водный раствор антисептика диоксида. Дренаж в полости абсцесса находился от 2 нед до 1 мес. Показаниями к удалению дренажей считали отсутствие отделяемого по дренажу в течение недели в совокупности с УЗ-данными и клинической картиной заболевания. Средняя продолжительность активного промывания составила 4–5 сут. Летальных исходов не

было. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 13,8 сут.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное лечение абсцессов печени с использованием малоинвазивных технологий позволяет добиться лучших результатов при меньших затратах, снизить количество послеоперационных осложнений, сократить время пребывания пациентов в стационаре. Малоинвазивные методы лечения абсцессов печени с использованием лучевой навигации являются эффективными способами лечения больных.

Этическая экспертиза. Публикация исследования одобрена на основании решения этического комитета ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (протокол № 6/3 от 24.03.2026).

Ethics approval. The publication was approved by the local Ethics Committee of the Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation (Protocol No. 6/3 dated March 24, 2026).

Вклад авторов. Концепция и дизайн работы, сбор и анализ материала, написание текста, редактирование – Володченко Н.П., Полянский С.А., Бабенко А.С., Дружинина В.А. Все авторы прочитали и одобрили окончательную версию статьи.

Authors' contributions. Concept and design working, collection and analysis of the material, writing the text, editing – Demenko Yu.M., Voytsekhovskiy V.V., Trusova L.A., Abuldinova O.A., Smorodina E.I., Suslova Yu.V. All authors read and approved the final version of the manuscript to be submitted for publication.

Сведения об авторах

Володченко Нина Петровна (Nina P. Volodchenko)[✉] – д.м.н., заведующая кафедрой хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Россия
E-mail: ninavolodcenko@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-8063-6446>

Полянский Сергей Александрович (Sergey A. Polyanskiy) – врач-хирург ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница», Благовещенск, Россия
E-mail: 1@muzgkb.ru
<https://orcid.org/0009-0001-7728-9557>

Бабенко Алексей Сергеевич (Alexey S. Babenko) – врач-анестезиолог ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница», Благовещенск, Россия
E-mail: ksors@inbo.ru
<https://orcid.org/0009-0009-2888-7874>

Дружинина Виктория Андреевна (Viktoria A. Druzhinina) – врач-анестезиолог ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница», Благовещенск, Россия
E-mail: matvienko2511@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-3505-7370>

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство. Под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2016; 903 с.
2. Амарантов Д.Г., Павлова В.Н., Баринова А.С. Абсцессы печени: современные подходы к диагностике и лечению. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2025; 1: 93–99. DOI: <https://doi.org/10.17116/hirurgia202501193>
3. Bahloul M., Chaari N., Bouaziz-Khlef N., et al. Multiple pyogenic liver abscess. *World Journal of Gastroenterology*. 2006; 12 (18): 2962–2963. DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i18.2962>
4. Kozielwicz D.M., Sikorska K., Stalke P. Liver abscesses – from diagnosis to treatment. *Clinical and Experimental Hepatology*. 2021; 7 (4): 329–336. DOI: <https://doi.org/10.5114/ceh.2021.110998>
5. Антропов И.В., Корытцев В.К., Скупченко С.С., Катков С.С. Гибридные миниинвазивные вмешательства при лечении солитарных холангиогенных абсцессов печени. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2020; 7: 86–88.
6. Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Аполлонов А.А. Минимально инвазивные хирургические технологии в лечении холангиогенных абсцессов печени. *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. 2017; 2 (69): 22–27.
7. Люлько И.В., Косульников С.О., Тарнапольский С.А. Миниинвазивный метод лечения абсцесса печени. *Клінічна хірургія*. 2001; 4: 18–21.
8. Хасанов А.Г., Шайбаков Д.Г., Шамсиев Р.Э. и др. Пункционное лечение абсцессов печени. *Современные проблемы науки и образования*. 2020; 4: 21–24.
9. Vogl T.J., Estifan F. Pyogenic liver abscess: interventional versus surgical therapy: technique, results and indications. *Rofo*. 2001; 173 (7): 663–667. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2001-15845>

REFERENCES

1. Abdominal surgery. National leadership. Edited by I.I. Zatevakhin, A.I. Kiriyenko, V.A. Kubyshkin. Moscow: GEOTAR-Media. 2016; 903 p. (In Russ.)
2. Amarantov D.G., Pavlova V.N., Barinova A.S. Liver abscesses: modern approaches to diagnosis and treatment. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2025; 1: 93–99. DOI: <https://doi.org/10.17116/hirurgia202501193> (In Russ.)
3. Bahloul M., Chaari N., Bouaziz-Khlef N., et al. Multiple pyogenic liver abscess. *World Journal of Gastroenterology*. 2006; 12 (18): 2962–2963. DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i18.2962>
4. Kozielwicz D.M., Sikorska K., Stalke P. Liver abscesses – from diagnosis to treatment. *Clinical and Experimental Hepatology*. 2021; 7 (4): 329–336. DOI: <https://doi.org/10.5114/ceh.2021.110998>
5. Antropov I.V., Koryttsev V.K., Skupchenko S.S., Katkov S.S. Hybrid minimally invasive interventions in the treatment of solitary cholangiogenic liver abscesses. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2020; 7: 86–88. (In Russ.)
6. Dzidzawa I.I., Kotiv B.N., Apollonov A.A. Minimally invasive surgical technologies in the treatment of cholangiogenic liver abscesses. *Health. Medical ecology. The science*. 2017; 2 (69): 22–27. (In Russ.)
7. Lyulko I.V., Kosulnikov S.O., Tarnapolsky S.A. mini-invasive method of treatment of liver abscess. *Clinical Surgery*. 2001; 4: 18–21. (In Ukr.)
8. Khasanov A.G., Shaibakov D.G., Shamsiev R.E., et al. Puncture treatment of liver abscesses. *Modern problems of science and education*. 2020; 4: 21–24. (In Russ.)
9. Vogl T.J., Estifan F. Pyogenic liver abscess: interventional versus surgical therapy: technique, results and indications. *Rofo*. 2001; 173 (7): 663–667. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2001-15845>