New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН

НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ

NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

УДК 613-616.36-002.3-089

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ – РЕЗУЛЬТАТЫ

Бабаджанов Бахтияр Дусчанбаевич[1] https://orcid.org/0009-0003-6623-4125
Матмуротов Кувандик Джуманиязович[1] https://orcid.org/0000-0001-6342-0641
Пулатов Убайдулла Ибодуллаевич[1] https://orcid.org/0009-0000-4524-2490
Бобабеков Аъзам Рахматович[1] https://orcid.org/0000-0001-8039-9776
Яхшибоев Сирож Шавкатбек угли [2] https://orcid.org/0009-0003-1310-7480
Бобокулова Шохиста Абдуалимовна[1] https://orcid.org/0000-0002-9521-1411
Ибодуллаева Мохируй Убайдуллаевна[1] https://orcid.org/0009-0000-4524-2490

[1]Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz
[2]Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ ***Резюме***

Смешанная бактериальная флора ответственна за развитие многочисленных абсцессов, особенно тех, которые являются следствием системной инфекции (септицемии), возникающей из-за патологий органов брюшной полости или желчных протоков. Количество и объем абсцессов могут варьироваться, что влияет на метод лечения.Чрескожное дренирование эффективно при лечении солитарных абсцессов печени объемом < 5 см3. Абсцессы неправильной формы эффективно дренируются с помощью многоточечного дренажа. Гибридный дренаж (эндоскопический и чрескожный) является методом выбора при лечении абсцессов, возникающих в результате обструкции желчных протоков. Статистическая значимость в отношении маркеров воспаления была обнаружена только для С-реактивного белка (СРБ), поскольку он коррелировал с эффективностью дренажа, т. е. возможность эффективности дренажа снижалась с увеличением значений СРБ

Ключевые слова: абсцесс печени, клиника, диагностика, лечение, микробная микрофлора

JIGAR XO’PPOZLARINI KAM INVAZIV USULDA DAVOLASH – NATIJALAR

Babadjanov Baxtiyar Duschanbaevich[1], *Matmurotov Quvandiq Jumaniyazovich*[1], *Pulatov Ubaydulla Ibodullaevich*[1], *Bobabekov A’zam Raxmatovich*[1], *Yaxshiboev Siroj Shavkatbek o’g’li*[2], *Bobokulova Shoxista Abdualimovna*[1], *Ibodullaeva Moxiruy Ubaydullaevna*[1]

[1]Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O‘zbekiston Farobiy ko’chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz
[2]Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali O‘zbekiston, Xorazm viloyati, Urganch shahri, Al-Xorazmiy ko‘chasi 28-uy Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ ***Rezyume***

Aralash bakterial flora ayniqsa qorin bo'shlig'i organlari yoki o't yo'llari patologiyalari tufayli yuzaga keladigan tizimli infektsiya (septitsemiya) natijasida ko'plab xo'ppozlarning rivojlanishi uchun javobgardir,. Xo'ppozlarning soni va hajmi har xil bo'lishi mumkin, bu davolash usuliga ta'sir qiladi. Teri orqali drenajlash < 5 sm3 bo'lgan jigarning yakka xo'ppozlarini davolashda samarali bo'ladi. Noto'g'ri shakllangan xo'ppozlar ko'p nuqtali drenaj bilan samarali drenajlanadi. Gibrid drenaj (endoskopik va teri osti) o't yo'llarining obstruktsiyasi natijasida paydo bo'ladigan xo'ppozlarni davolashda tanlangan usuldir. Yallig'lanish belgilariga nisbatan statistik ahamiyat faqat C-reaktiv oqsil (CRP) uchun aniqlandi, chunki u drenaj samaradorligi bilan bog'liq bo’ladi, ya'ni CRP qiymatlari oshishi bilan drenaj samaradorligi kamayganligini belgilaydi

Kalit so‘zlar: jigar xo‘ppozi, klinikasi, diagnostikasi, davolash, mikrob mikroflorasi

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF LIVER ABSCESS – RESULTS

Babadjanov Baxtiyar Duschanbaevich[1], Matmurotov Quvandiq Jumaniyazovich[1], Pulatov Ubaydulla Ibodullaevich[1], Bobabekov A'zam Raxmatovich[1], Yaxshiboev Siroj Shavkatbek o'g'li[2], Bobokulova Shoxista Abdualimovna[1], Ibodullaeva Moxiruy Ubaydullaevna[1]

[1]Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz
[2]Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ ***Resume***

Mixed bacterial flora is responsible for the development of numerous abscesses, especially those resulting from systemic infection (septicemia) resulting from pathologies of the abdominal cavity or bile ducts. The number and volume of abscesses may vary, which affects the treatment method. Percutaneous drainage is effective in the treatment of solitary liver abscesses with a volume of < 5 cm3. Irregular abscesses are effectively drained using multipoint drainage. Hybrid drainage (endoscopic and percutaneous) is the method of choice in the treatment of abscesses resulting from obstruction of the bile ducts. Statistical significance for inflammatory markers was found only for C-reactive protein (CRP), since it correlated with drainage efficiency, i.e. the possibility of drainage efficiency decreased with increasing CRP values

Keywords: liver abscess, clinic, diagnosis, treatment, microbial microflora

Актуальность

Бактериальный абсцесс печени — это состояние, возникающее в результате бактериальной инфекции. Абсцессы могут быть одиночными или множественными. Основные причины патологии включают: Enterococcus faecalis, Staphylococcus aureus, Escherichia coli или кишечную флору. Частота возникновения абсцессов печени остается неизменной, но этиология отличается из-за изменений в хирургических и микробиологических методах. Поэтому патологии желчных протоков и дивертикулов заменили аппендицит. Такая тенденция также отражена в этой статье.

У пациентов обычно наблюдается высокая температура, озноб и повышенное потоотделение. Бактериальная инфекция проникает разными путями. Путь может быть восходящим из желчных протоков или ворот печени, из печеночной артерии, из соседних органов, в результате травмы и без очевидной причины. Согласно статистическим данным, уровень смертности в развитых странах составляет 2–12%. Прогноз во многом зависит от сопутствующих заболеваний или реакции на лечение. Помимо физического осмотра и сбора анамнеза, диагностика в основном основана на визуальных исследованиях, с особой ролью ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Дополнительная информация получена из анализов крови, которые показывают повышенные маркеры воспаления. Это состояние традиционно лечится с помощью целевой антибиотикотерапии и сонографически контролируемого дренирования абсцесса или, в случае неудачи, хирургического дренирования. Многочисленные случаи неэффективного чрескожного дренирования побудили провести анализ, ведущий к выявлению причин и определению показаний и принципов и типа пациентов, у которых чрескожное дренирование окажется эффективным.

Цель исследования: была оценка эффективности минимально инвазивного чрескожного дренирования абсцессов печени.

Материал и метод исследования

Всего 37 пациентов прошли лечение по поводу абсцесса печени в 2017–2023 годах. Демографические данные и основная причина развития абсцесса представлены в таблице I.

На основании физикального осмотра, сбора анамнеза и дополнительных обследований (УЗИ и компьютерная томография брюшной полости) было выявлено скопление жидкости в печени. Маркеры воспаления, включая С-реактивный белок (СРБ) и лейкоцитоз, подтвердили диагноз. Размер, а затем объем абсцесса определялись с помощью компьютерной

программы, которая использовала данные компьютерной томографии. Метод лечения зависел от объема, количества и формы абсцессов. Небольшие одиночные и множественные абсцессы объемом < 3 см3 лечились с помощью чрескожной игольной аспирации с последующим культивированием содержимого. Абсцессы объемом 3–5 см3 лечили с помощью чрескожного дренирования. Объем от 5 до 10 см3 также был показанием для процедуры чрескожного дренирования. Абсцессы объемом более 10 см3 лечили чрескожно с помощью множественных дренирований. Множественные дренирования также использовались для абсцессов в форме песочных часов, чтобы достичь каждой полости. Каждая процедура дренирования контролировалась сонографически. Эффективность оценивалась на основе уменьшения количества дренируемого гнойного содержимого и последующего сонографического обследования, проведенного через 3–5 дней дренирования и перед удалением дренажа.

Таблица 1 Демографические данные

Параметр	Результат
Возраст, средний (диапазон) [лет]	74 (68–81)
Количество женщин/мужчин	12/25
Причина развития абсцесса печени:	
Патологии желчных протоков	29
Дивертикулярные патологии	6
Пневмония	1
Неизвестно	1

Неэффективное дренирование с сохраняющимися повышенными воспалительными параметрами представляло собой показание для хирургического дренирования. Всем пациентам вводили внутривенные антибиотики широкого спектра действия, начинали с первого дня лечения и модифицировали после уточнения результатов посева (таблица II).

Таблица 2 Микроорганизмы, выделенные в культурах гноя

Организм	Чувствительность	Количество пациентов
Escherichia coli	Котримоксазол, Амоксициллин, Амоксициллин + клавулановая кислота, Цефотаксим, Цефтриаксон, Аминогликозиды, Фторхинолоны	26
Klebsiella pneumoniae	Котримоксазол, Цефотаксим, Цефтриаксон, Аминогликозиды, Имипенем, Фторхинолоны	29
Enterobacter sp.	Цефотаксим, Цефтриаксон, Аминогликозиды, Имипенем, Котримоксазол, Фторхинолоны	6
Pseudomonas aeruginosa	Цефтазидим, Цефтриаксон, TMPLSNX, Аминогликозиды, Имипенем, Фторхинолоны	1
Staphylococcus aureus	Метициллин, Оксациллин, Цефалоспорины, Макролиды, Клиндамицин, Рифампицин, Котримоксазол, Тейкопланин, Ванкомицин, Нетихницин	4
Микроаэрофильные стрептококки	Имипенем	8
Bacteroides fragilis	Сульбактам, Ампициллин	6

В то же время мы пытались определить причину абсцесса. В случае механической обструкции желчного протока мы проводили ретроградную холангиопанкреатографию с целью декомпрессии желчного протока.

Результат и обсуждение

Результаты были подвергнуты статистическому анализу. Мы проанализировали, повлиял ли объем абсцесса на эффективность различных методов дренирования. Анализ показал, что объем абсцесса статистически значим и связан с эффективностью дренирования с c2 (df = 3) = 11,711; p =0,008. Распределение частот в таблице сопряженности указало, что эффективность дренирования существенно снизилась при абсцессах размером более 5 см3. Анализ показал, что тип дренирования не был статистически значимым и связан с эффективностью дренирования с c2 (df = 3) = 5,017; p = 0,171. Более того, был проведен логистический регрессионный анализ с использованием функции LOGIT, преобразованной с дихотомической зависимой переменной (эффективность дренирования) по распределению вероятностей. Результаты анализа показали, что только значение СРБ было значимо связано с вероятностью эффективного дренирования. На основании оценки максимального правдоподобия можно утверждать, что вероятность эффективного дренажа уменьшается с увеличением значений СРБ.

Абсцесс печени впервые был описан Гиппократом в 400 г. до н. э. [1]. В 1938 г. Ochsner A описал хирургическое дренирование абсцесса печени в своей знаковой работе. Этот агрессивный подход привел к высокому уровню смертности, достигавшему 60–80% [2]. Прогресс в радиологической и терапевтической диагностике, связанный с точной микробиологической идентификацией, снизил уровень смертности до уровня < 5–30% [3–5]. У наших пациентов не было зарегистрировано ни одного случая смерти во время лечения. Абсцессы печени обычно множественные, и одиночные чаще всего локализуются в правой доле печени. Уровень смертности после обычного хирургического лечения и системной антибиотикотерапии колеблется от 11,5% до 34% [6–8]. Роль хирургического дренажа постепенно уменьшается, и процедура чаще заменяется чрескожным дренажем [9–12]. Использование только антибиотиков было рекомендовано в 1980-х годах и в настоящее время не показано при этом виде лечения даже в самых тяжелых случаях. Наиболее часто используемый метод - это непрерывное чрескожное дренаж полости абсцесса под сонографическим контролем. Его эффективность составляет от 55% до 83% [13–16]. Тонкоигольная аспирация никогда не была популярной при лечении абсцесса печени. В настоящее время она чаще всего используется для сбора образцов с целью получения культур и анализа абсцесса. В настоящем исследовании объем абсцессов оценивался на основе компьютерной томографии. Профессиональная литература содержит информацию только о самых больших размерах абсцессов. Однако мы предположили, что объем, расположение и форма являются наиболее значимыми для эффективного дренажа абсцесса.

Поэтому мы разделили абсцессы на четыре категории в зависимости от объема: <3 см3, от 3 до 5 см3, от 5 до 10 см3 и> 10 см3. Это разделение использовалось для определения техники дренирования. По-видимому, объем абсцесса был статистически связан с техникой дренирования, с p = 0,008. Распределение в таблице сопряженности показало, что эффективность дренирования существенно снижалась при абсцессах размером более 5 см3. Настоящие авторы продемонстрировали, вопреки сообщениям профессиональной литературы [17–20], что дренирование может быть эффективным после однократной пункции и аспирации под сонографическим контролем. Однако эффективность чрескожного дренирования снижается в случаях абсцессов неправильной формы размером более 5 см3, расположенных под куполом диафрагмы. В этом исследовании объем множественных абсцессов печени варьировался от 3 до 5 см3, и они развились из-за механической обструкции общего желчного протока. Стандартное лечение в таких случаях включало гибридную процедуру, включающую дренирование абсцесса и вскоре после этого эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию для декомпрессии утечки инфицированной желчи. Крупные абсцессы являются наиболее сложными в плане лечения [21–27]. Казалось бы, большой объем скопления легко пунктировать и дренировать. Однако обширный воспалительный процесс, проявляющийся в общем состоянии пациента, и выраженный повышенный лейкоцитоз и СРБ являются плохими прогностическими факторами.

На основании оценки максимального правдоподобия можно утверждать, что вероятность эффективного дренирования уменьшается с ростом значений СРБ. По нашему мнению, основная причина связана с размерами абсцесса, который напрямую влияет на защитные механизмы органа и вызывает септицемию. Аномальные результаты тестов функции печени подтвердили полученные данные (аспартат аминотрансфераза - АСТ, аланинаминотрансфераза- АЛТ), а иммунная система

была дополнительно ослаблена сопутствующим сахарным диабетом у 8 (21,6%) пациентов. Методика дренирования выбиралась в зависимости от объема абсцесса. Небольшие абсцессы (<3 см3) опорожнялись с помощью сонографически контролируемой пункции, поскольку эта методика облегчает опорожнение всего абсцесса за одну процедуру. Повторная биопсия была необходима у

трех пациентов из-за рецидивирующего абсцесса, несмотря на целенаправленную антибактериальную терапию. Абсцессы больше 3 см3 требовали постоянного дренирования, поэтому в полость абсцесса под сонографическим контролем был имплантирован дренаж. Дренаж оставляли на месте до прекращения гнойного истечения, которое длилось от 7 до 34 дней. Форма абсцесса была очень важна с точки зрения выбора методики дренирования. Многокамерные абсцессы в форме песочных часов лечили

многочисленными дренажами. Этот подход направлен на достижение каждой полости для повышения эффективности процедуры. Хотя терминология и определения были стандартизированы, большой абсцесс печени до сих пор не был определен. Chung et al. [12] предложили, что абсцессы более 5 см следует называть «большими». Это стало результатом их опыта, показавшего, что такой размер требует более длительного пребывания в больнице, а дренаж связан с высоким риском неудачи. Liao et al. [28] сообщили на основе компьютерной томографии 175 пациентов, что абсцессы больше 7,3 см являются фактором риска в отношении эффективного дренажа абсцесса. В 2011 году на основе выборки из 63 пациентов те же авторы сообщили, что размер абсцесса был незначительным с точки зрения успешности лечения. Средний размер абсцесса составил 6,5 см в их исследовании. Полученные результаты показали, что объем абсцесса статистически значим и связан с эффективностью дренирования с c2 (df = 3) = 11,711; p = 0,008. Распределение в таблице сопряженности показало, что эффективность дренирования существенно снизилась при абсцессах размером более 5 см3. Системное антибактериальное лечение остается основным лечением первой линии. Выбор антибиотика первой линии, до получения результатов посева абсцесса, должен включать наиболее вероятный источник инфекции и широкий спектр патогенов. Рекомендуемая продолжительность парентеральной антибиотикотерапии составляет 2–4 недели или до тех пор, пока не будет получено клиническое, биохимическое и рентгенологическое улучшение.

Заключение

Чрескожный дренаж эффективен при лечении одиночных абсцессов печени объемом < 5 см3. Абсцессы неправильной формы эффективно дренируются с помощью многоточечного дренажа. Гибридный дренаж (эндоскопический и чрескожный) является методом выбора при лечении абсцессов, возникших в результате обструкции желчных протоков. Статистическая значимость в отношении воспалительных маркеров была обнаружена только для СРБ, поскольку он коррелировал с эффективностью дренажа, т. е. вероятность того, что эффективность дренажа снижалась с увеличением значений СРБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Krige J.E, Beckingham I.J. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. BMJ 2001; 322: 537-40.
2. Huang C.J, Pitt H.A, Lipsett P.A, et al. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years. Ann Surg 1996; 223: 600-7.
3. Ochsner A, De Bakey M, Murray S. Pyogenic abscess of the liver 2. An analysis of forty-seven cases with review of the literature. Am J Surg 1938; XL: 292-319.
4. Branum GD, Tyson GS, Branum MA, Meyers WC. Hepatic abscess. Changes in etiology, diagnosis, and management. Ann Surg 1990; 212: 655-62.
5. Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman RS. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. Clin Infect Dis 2004; 39: 1654-9.
6. Farges O, Leese T, Bismuth H. Pyogenic liver abscess: an improvement in prognosis. Br J Surg 1988; 75: 862-5.
7. Pitt H.A, Zuidema G.D. Factor is influencing mortality in the treatment of pyogenic hepatic abscess. Surg Gynecol Obstet 1975; 140: 228-34.
8. Chen S.C, Huang C.C, Tsai S.J, et al. Severity of disease as main predictor for mortality in patients with pyogenic liver abscess.Am J Surg 2009; 198: 164-72.
9. Chou F.F, Sheen Chen S.M, Chen Y.S, Chen M.C. Single and multiple pyogenic liver abscesses: clinical course, etiology, and results of treatment. World J Surg 1997; 21: 384-8.

Поступила 20.03.2025