



Клинический случай | Case Report
DOI: <https://doi.org/10.35693/SIM678968>

This work is licensed under CC BY 4.0
© Authors, 2026

Редкая причина абсцесса селезенки

И.В. Макаров, Б.Д. Грачев, Е.С. Лопухов

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Самара, Российская Федерация)

Аннотация

Абсцесс селезенки как самостоятельное заболевание составляет не более 1% от общего числа острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Диагностика абсцесса селезенки сложна и малоэффективна без использования инструментальных методов, среди которых основное значение имеют УЗИ и КТ. До 30% абсцессов селезенки излечиваются в результате консервативного лечения. Способы оперативного лечения включают в себя как современные малоинвазивные, так и традиционные открытые хирургические вмешательства. Летальность при абсцессе селезенки остается высокой – до 50%.

В статье представлено клиническое наблюдение – абсцесс селезенки у пациентки старческого возраста, вероятно эмболического генеза, развившийся на фоне фибрилляции предсердий. Обосновывается отказ от использования малоинвазивных и органосберегающих способов лечения в пользу спленэктомии лапаротомным доступом.

Ключевые слова: селезенка, абсцесс селезенки, спленэктомия, компьютерная томография, фибрилляция предсердий.

Конфликт интересов: не заявлен.

Для цитирования:

Макаров И.В., Грачев Б.Д., Лопухов Е.С. Редкая причина абсцесса селезенки. Наука и инновации в медицине. 2026;11(2):157-161.
DOI: <https://doi.org/10.35693/SIM678968>

Сведения об авторах

Макаров И.В. – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии и хирургических болезней.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1068-3330>
E-mail: i.v.makarov@samsmu.ru

***Грачев Борис Дмитриевич** – канд. мед. наук, доцент, врач-хирург хирургического отделения №1 клиники пропедевтической хирургии.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4778-9518>

E-mail: b.d.grachev@samsmu.ru

Лопухов Е.С. – канд. мед. наук, доцент, заведующий хирургическим отделением №1 клиники пропедевтической хирургии.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5894-3197>

E-mail: e.s.lopuhov@samsmu.ru

***Автор для переписки**

Получено: 28.04.2025

Одобрено: 25.12.2025

Опубликовано: 20.03.2026

A rare cause of spleen abscess

Igor V. Makarov, Boris D. Grachev, Evgenii S. Lopukhov

Samara State Medical University (Samara, Russian Federation)

Abstract

Splenic abscess as an independent disease accounts for no more than 1% of all acute surgical diseases of the organs of the abdomen. Diagnosis of splenic abscess is complex and ineffective without the use of instrumental methods, among which ultrasound and CT are of primary importance. Up to 30% of splenic abscesses are cured with conservative treatment. Surgical treatment methods include both modern minimally invasive and traditional open surgical interventions. Mortality from splenic abscess remains high, up to 50%.

This article presents a clinical case of splenic abscess in an elderly patient, likely of embolic origin that developed due to atrial fibrillation. The article justifies the abandonment of minimally invasive and organ-preserving treatment methods in favor of splenectomy via a laparotomy approach.

Keywords: spleen, splenic abscess, splenectomy, computed tomography, atrial fibrillation.

Conflict of interest: nothing to disclose.

Citation

Makarov IV, Grachev BD Lopukhov ES. A rare cause of spleen abscess. Science and Innovations in Medicine. 2026;11(2):157-161. DOI: <https://doi.org/10.35693/SIM678968>

Information about authors

Igor V. Makarov – MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Department of General Surgery and Surgical Diseases.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1068-3330>

E-mail: i.v.makarov@samsmu.ru

***Boris D. Grachev** – MD, Cand. Sci. (Medicine), Associate professor, Surgeon at the Surgical Department No. 1 of the Propaedeutic Surgery Clinic.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4778-9518>

E-mail: b.d.grachev@samsmu.ru

Evgenii S. Lopukhov – MD, Cand. Sci. (Medicine), PhD, Associate professor, Head of the Surgical Department No. 1 of the Propaedeutic Surgery Clinic.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5894-3197>

E-mail: e.s.lopuhov@samsmu.ru

***Corresponding author**

Received: 28.04.2025

Accepted: 25.12.2025

Published: 20.03.2026

■ АКТУАЛЬНОСТЬ

Абсцесс селезенки является редким заболеванием, составляющим не более 1% острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [1]. Основным патогенетическим механизмом развития первичных абсцессов селезенки является генерализация бактериальной инфекции по типу септикопиемии. Чаще всего абсцесс селезенки развивается остро на фоне бактериального эндокардита, описаны случаи развития при тяжелой COVID-инфекции, на фоне лейкозов и первичной лимфомы селезенки [2–5]. Значительно реже встречается подострое течение абсцесса селезенки, которое возникает после перенесенной тяжелой инфекции [6] или на фоне аутоиммунных заболеваний [7]. Также описаны абсцессы

селезенки вследствие нагноения травматических гематом и эхинококковых кист [2, 8].

Возбудителями инфекции обычно являются бактерии кишечной группы, хотя описаны случаи специфической инфекции – бруцеллез [9], туберкулез [10].

Клинические проявления абсцесса селезенки складываются из симптомов общеинфекционного синдрома, часто с органной дисфункцией различной выраженности и местных симптомов, клинически проявляющихся болями в левом подреберье с иррадиацией в левую половину грудной клетки, увеличением селезенки, наличием выпота в левой плевральной полости [2–4]. При подостром течении заболевание сопровождается минимальной симптоматикой и субфебрилитетом [11].

Клиническая диагностика абсцесса селезенки сложна, поэтому требует использования инструментальных методов. Высокой чувствительностью и специфичностью обладают УЗИ, КТ, МРТ. Однако большинство авторов считает необходимым использовать УЗИ в качестве скринингового метода, а КТ или МРТ – в качестве подтверждающих методов [2–4, 12]. Описаны случаи, когда постановка дифференциального диагноза занимала несколько месяцев, из-за того что абсцесс селезенки протекал под маской лимфомы селезенки и геморрагического васкулита [4]. Особую сложность представляет диагностика абсцесса селезенки при наличии иммунодефицитных состояний [13].

Лечение данной патологии может быть как консервативным, которое является эффективным в 30% наблюдений [2–4], так и хирургическим, включающим традиционную спленэктомию или пункционное дренирование. При бактериальном эндокардите большинство авторов отдает предпочтение традиционной спленэктомии [2, 3, 11]. В ряде случаев сначала выполняется чрескожное дренирование, а после купирования клиники сепсиса – спленэктомию [11]. Лапароскопическая спленэктомию не выполняется в связи с наличием спаечного процесса и опасности прорыва абсцесса в свободную брюшную полость [2–4, 11].

Необходимо отметить, что лишь немногие авторы отдают предпочтение чрескожному дренированию в качестве основного метода лечения, мотивируя это сохранением селезенки как иммунокомпетентного органа. При этом они отмечают, что ликвидация остаточной полости и сроки ее дренирования составляют несколько недель [14]. Также описаны единичные наблюдения открытых органосохраняющих операций [15, 16].

Летальность при абсцессе селезенки остается высокой – до 50% [3]. Однако обусловлена она не собственно абсцессом селезенки, а генерализацией инфекции – сепсисом.

В статье мы представляем клиническое наблюдение успешного лечения абсцесса селезенки без первичного септического очага у пациентки старческого возраста на фоне тяжелой сердечно-сосудистой патологии и обосновываем отказ от применения малоинвазивных способов лечения.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Больная Н., 79 лет, поступила в экстренном порядке в состоянии средней тяжести с жалобами на повышение температуры до 38,4° и общее недомогание. Больна около 4 недель, когда появились общее недомогание и повышение температуры по вечерам до 37,3°, которые сама пациентка сочла проявлениями респираторной инфекции. Постепенно лихорадка приобрела гектический характер (до 38,4° по вечерам). Ознобов не было. Боли в животе, диспептические симптомы пациентка также отрицала.

Более 20 лет страдает ИБС. Шесть лет назад перенесла инфаркт миокарда, вследствие которого развилась постоянная форма фибрилляции предсердий с тахисистолией желудочков. Около 3 лет после этого получала клопидогрел. Затем прием антиагрегантов был самостоятельно прекращен. Антикоагулянты не получала. До перенесенного инфаркта отмечала подъемы АД до 160/90 мм рт. ст. После инфаркта АД не повышалось.

В ходе амбулаторного обследования пневмония была исключена. При УЗИ размеры селезенки были незначительно

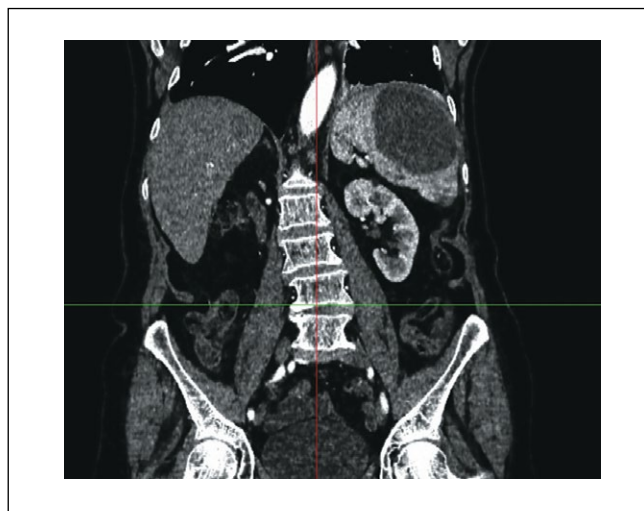


Рисунок 1. Компьютерная томография больной Н. Корональная проекция.

Figure 1. CT scan of patient N. Coronal projection.

увеличены (площадь 72 см²). Большую часть органа занимало выявленное крупное (84 мм в диаметре) однородное экзонегативное образование. В экстренном порядке пациентка была переведена в хирургический стационар с направительным диагнозом «абсцесс селезенки». Из лабораторных исследований выполнялись только общий анализ крови и мочи (обнаружен умеренный лейкоцитоз (11,2·10¹²) и биохимический анализ крови (отклонений не выявлено).

При осмотре в стационаре состояние больной расценено как средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 36,4°С. ЧДД 16 в минуту, дыхание везикулярное. ЧСС 92–106 в минуту, пульс аритмичный 82–96 в минуту. АД 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации в левом подреберье, печень, селезенка не пальпируются. На голенях и стопах – «мягкие» отеки, не проходящие за ночь. Appetit снижен. Склонность к запорам, стул после приема слабительных. Диурез сохранен.

На основании наличия температурной реакции и данных УЗИ был установлен предварительный диагноз «абсцесс селезенки». С целью верификации диагноза выполнена КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием. Селезенка 118x96x109 мм. Большую часть органа занимает гиподенсное однородное образование неправильной формы размерами 110x78x84 мм плотностью 28–32 HU со слабым и неоднородным гиперденсным усилением стенок в артериальную фазу (рисунки 1–3). Кровоток по селезеночной артерии и вене сохранен.

Для стратификации операционно-анестезиологического риска выполнена эхокардиография. Выявлено: уплотнение стенок восходящей аорты и створок аортального клапана, створок митрального клапана с регургитацией 2 ст., признаки легочной гипертензии, снижение сократительной функции левого желудочка с фракцией изгнания 33%. Тромбы в предсердиях не обнаружены. Чреспищеводная эхокардиография не выполнялась в силу тяжести состояния и наличия показаний к экстренному хирургическому лечению.

При лабораторных исследованиях отмечена легкая анемия (гемоглобин 116 г/л, эритроциты 3,7·10¹²),

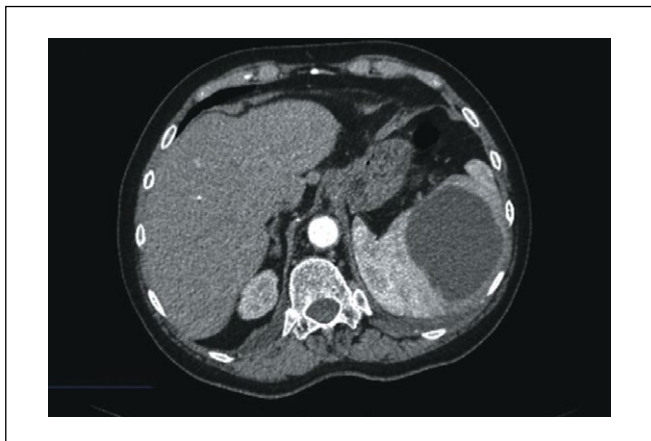


Рисунок 2. Компьютерная томография больной Н. Аксиальная проекция.

Figure 2. CT scan of patient N. Axial projection.

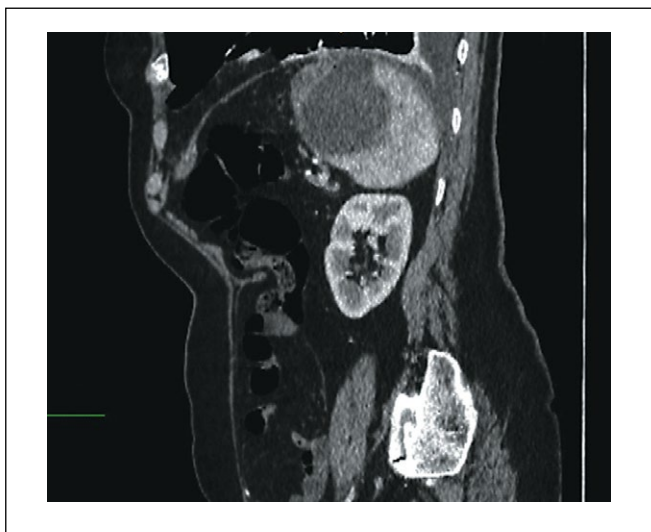


Рисунок 3. Компьютерная томография больной Н. Сагиттальная проекция.

Figure 3. CT scan of patient N. Sagittal projection.

незначительное повышение азотистых шлаков (креатинин 107 мкмоль/л, мочевины 8,1 ммоль/л). Показатели гемостаза были в пределах референтных значений (МНО – 1,05, АЧТВ – 32 сек, тромбоциты – $205 \cdot 10^9$). Обращало на себя внимание отсутствие лейкоцитарной реакции ($4,5 \cdot 10^9$) и изменения в лейкоцитарной формуле (палочкоядерные лейкоциты – 4%; сегментоядерные – 62%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%). Концентрация С-реактивного белка была незначительно повышена (8,1 мг/л), уровни фибриногена и D-димеров не были исследованы вследствие краткости предоперационного периода.

На основании данных анамнеза, тромбоцитарной реакции и КТ диагноз «абсцесс селезенки» был подтвержден. На третий день после поступления пациентке выполнена спленэктомия из верхнесрединной лапаротомии. При ревизии в левом поддиафрагмальном пространстве обнаружен рубцово-спаечный процесс. Печень несколько увеличена, уплотнена, гладкая. При осмотре прочих органов брюшной полости явных признаков патологии не выявлено. При разделении спаек выделены тело и верхний полюс селезенки. В нижнем полюсе пальпируется крупное, тонкостенное флюктуирующее образование. Лигированы и пересечены



Рисунок 4. Разделение селезеночно-ободочной связки. Момент вскрытия абсцесса селезенки.

Figure 4. Separation of the splenic-colon ligament. The moment of opening of the spleen abscess.

селезеночно-диафрагмальная связка и сосудистая ножка органа с раздельной обработкой артерии и вены. Просветы сосудов свободны. После этого начато отделение органа от левого изгиба ободочной кишки. В процессе диссекции абсцесс вскрылся, эвакуировано до 150 мл густого серо-коричневого гноя без запаха с примесью детрита ткани селезенки (**рисунок 4**).

Взят материал для бактериологического исследования. Произведено отделение капсулы абсцесса от ободочной кишки. Селезеночно-почечная связка бессосудистая, пересечена. Селезенка удалена. Поддиафрагмальное пространство промыто до чистых вод и дренировано через контрапертуры в левой боковой области двумя трубчатыми дренажами. Рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На третьи сутки начали отходить газы, повышения температуры не было. По дренажам в первые сутки получено до 100 мл интенсивно окрашенной сукровицы, количество отделяемого прогрессивно сокращалось. Дренажи удалены на 5-е и 6-е сутки. Заживление раны первичное. Выписана на 12-е сутки после операции.

В послеоперационном периоде получала эноксапарин 10000 анти-Ха МЕ/мл 0,4 мл подкожно 2 раза в день, цефоперазон-сульбактам 1,0+1,0 на 0,9% раствора натрия хлорида 250 мл два раза в день внутривенно, кеторолак 3% – 1 мл на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида 3 раза в день внутривенно, омепразол 40 мг на 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида 1 раз в день внутривенно.

По данным гистологического исследования в стенке абсцесса обнаружена нейтрофильная инфильтрация с участками тромбоза сосудов. Заключение гистологического исследования – абсцесс селезенки. При исследовании ткани остальной части органа патологических изменений не выявлено.

При бактериологическом исследовании гноя из полости абсцесса выявлен *Enterococcus faecalis* высокой концентрации (10^6 КОЕ).

Заключительный клинический диагноз. Основной: абсцесс селезенки. Осложнения: нет. Сопутствующий: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий постоянная форма с тахисистолией желудочков. Недостаточность митрального клапана 2 ст. Н2Б. Церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Первой особенностью данного наблюдения является патогенез абсцесса селезенки. Данные литературы указывают, что типичным механизмом развития абсцесса является гематогенная диссеминация при наличии первичного септического очага [2–4]. Эмболия ветвей селезеночной артерии с последующим абсцедированием зоны инфаркта указывается в качестве вероятного, но редкого механизма развития абсцесса [11, 12]. Клинические наблюдения реализации описанного механизма нам обнаружить не удалось.

Гематогенная диссеминация обычно развивается на фоне исходно тяжелого септического заболевания. В рассматриваемом наблюдении ни клиники инфекционного процесса, ни потенциального первичного септического очага в анамнезе обнаружить не удалось. С учетом наличия фибрилляции предсердий с тахисистолией желудочков наиболее вероятным механизмом патогенеза является эмболия селезеночной артерии с развитием инфаркта селезенки и последующим абсцедированием зоны некроза.

При наличии фибрилляции предсердий основным источником тромбоза являются предсердия. При эхокардиографии наличие тромбов в предсердиях подтверждено не было, но наиболее достоверно исключение тромбоза предсердий может быть выполнено путем чреспищеводной эхокардиографии [16], которая не проводилась.

Безусловно, вызывает сожаление тот факт, что на протяжении последних нескольких лет пациентка не получала ни антиаритмической, ни анти тромботической терапии, которая ей была показана [7] и, возможно, могла бы предотвратить развитие абсцесса селезенки. В то же время в анамнезе не выявлен болевой синдром, характерный для массивной эмболии селезеночной артерии, без которой невозможно развитие инфаркта органа, достаточного для формирования абсцесса. Мелкие инфаркты селезенки в большинстве случаев организуются [2, 11]. Таким образом, достоверно судить о патогенезе развития абсцесса селезенки в рассматриваемом наблюдении не представляется возможным.

Второй особенностью наблюдения можно считать симптоматику инфаркта селезенки. Она обычно складывается

из общих симптомов тяжелой эндогенной интоксикации и местных симптомов поражения органа. Если первая группа симптомов у наблюдавшейся пациентки присутствовала, то вторая группа отсутствовала. Не было ни болей в животе, ни болезненности при пальпации, ни диспептических проявлений. Причина такого клинического течения не ясна. Возможно, она связана со старческим возрастом больной, возможно, с локализацией абсцесса в верхнем полюсе органа, что в некоторой степени изолировало абсцесс от брюшной полости.

Третьей особенностью данного наблюдения мы считаем выбор способа лечения. При подобных размерах абсцесса консервативное лечение бесперспективно. Больной, безусловно, было показано оперативное лечение. Наша клиника располагает достаточным опытом пункционно-дренирующих вмешательств под УЗИ и КТ-навигацией. Также нами выполняется лапароскопическая спленэктомия и лапароскопическая фенестрация кист селезенки. Однако в данном случае мы сознательно отказались от использования малоинвазивных способов лечения, поскольку сроки заболевания заставляли предполагать наличие выраженного спаечного процесса, препятствующего выполнению лапароскопической операции. Отсутствие четкой демаркации и формирования плотной стенки абсцесса приводит к необходимости длительного дренирования полости и неоправданному удлинению сроков лечения, что нежелательно для пациентов старческого возраста с ограниченными возможностями самообслуживания. Данные интраоперационной ревизии и гистологического исследования удаленного органа подтвердили наши предположения.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Абсцесс селезенки является редкой патологией, поэтому большинство хирургов в лучшем случае располагают опытом единичных наблюдений указанного заболевания. Состояние больных с абсцессом селезенки, как правило, достаточно тяжелое.

Эти обстоятельства диктуют необходимость, во-первых, незамедлительно использовать весь доступный спектр дополнительных инструментальных исследований для постановки точного топического диагноза, во-вторых, рационально подходить к выбору способа хирургического лечения. Современные малоинвазивные способы лечения, безусловно, имеют весомые преимущества, однако в ряде случаев их преимущества полностью нивелируются либо повышенным риском, либо не прогнозируемой по длительности реабилитацией пациентов после операции. ■

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	ADDITIONAL INFORMATION
Источник финансирования. Работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.	Study funding. The study was the authors' initiative without external funding.
Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.	Conflict of interest. The authors declare that there are no obvious or potential conflicts of interest associated with the content of this article.
Участие авторов. Макаров И.В.: концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация данных, редактирование статьи. Грачев Б.Д., Лопухов Е.С.: написание текста и его редактирование. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.	Contribution of individual authors. Makarov I.V.: concept and design of the study, analysis and interpretation of data, editing of the article. Grachev B.D., Lopukhov E.S.: writing and editing of the text. All authors gave their final approval of the manuscript for submission, and agreed to be accountable for all aspects of the work, implying proper study and resolution of issues related to the accuracy or integrity of any part of the work.

