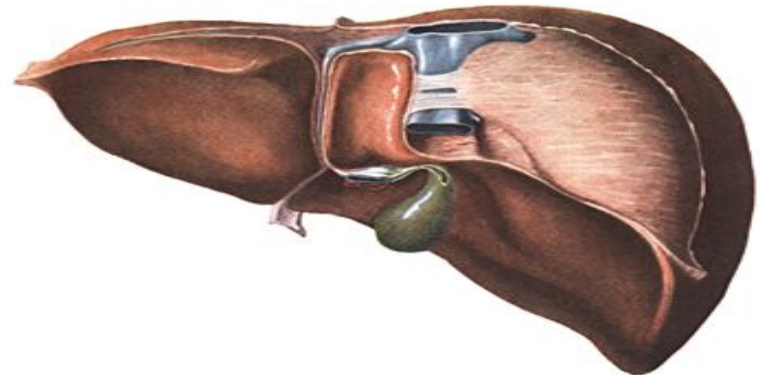
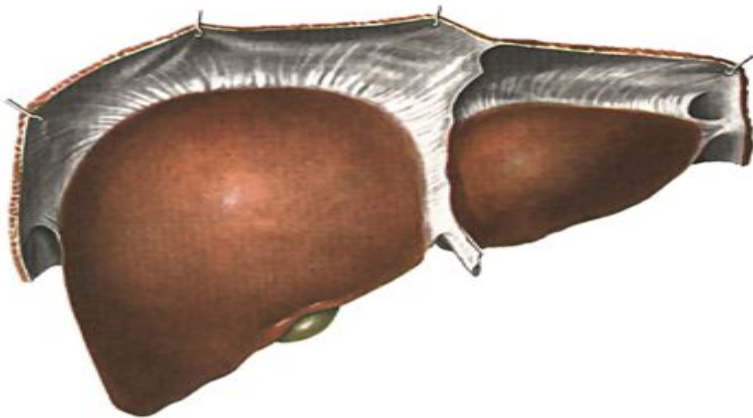


Заболевания печени.

Анатомия печени.

Печень — непарный орган, занимающий область правого поддиафрагмального пространства. Левым краем она заходит частично и в левое поддиафрагмальное пространство. Масса печени взрослого человека примерно 1500 г. Печень соприкасается с рядом важных образований диафрагмой, желудком, двенадцатиперстной кишкой, головкой поджелудочной железы, поперечноободочной кишкой, правым надпочечником и почкой.

Печень почти полностью покрыта брюшинным листком. Последний отсутствует по ходу связок, прикрепляющих орган к диафрагме, в зоне вхождения в нее сосудов и выхода желчных путей (глиссоновы вороты) и на небольшом трапециевидном участке задних отделов, где она непосредственно соприкасается с забрюшинной клетчаткой.



Гепатоциты:

клетки паренхимы печени у человека и животных.

Составляют от 60% до 80% цитоплазматической массы печени.

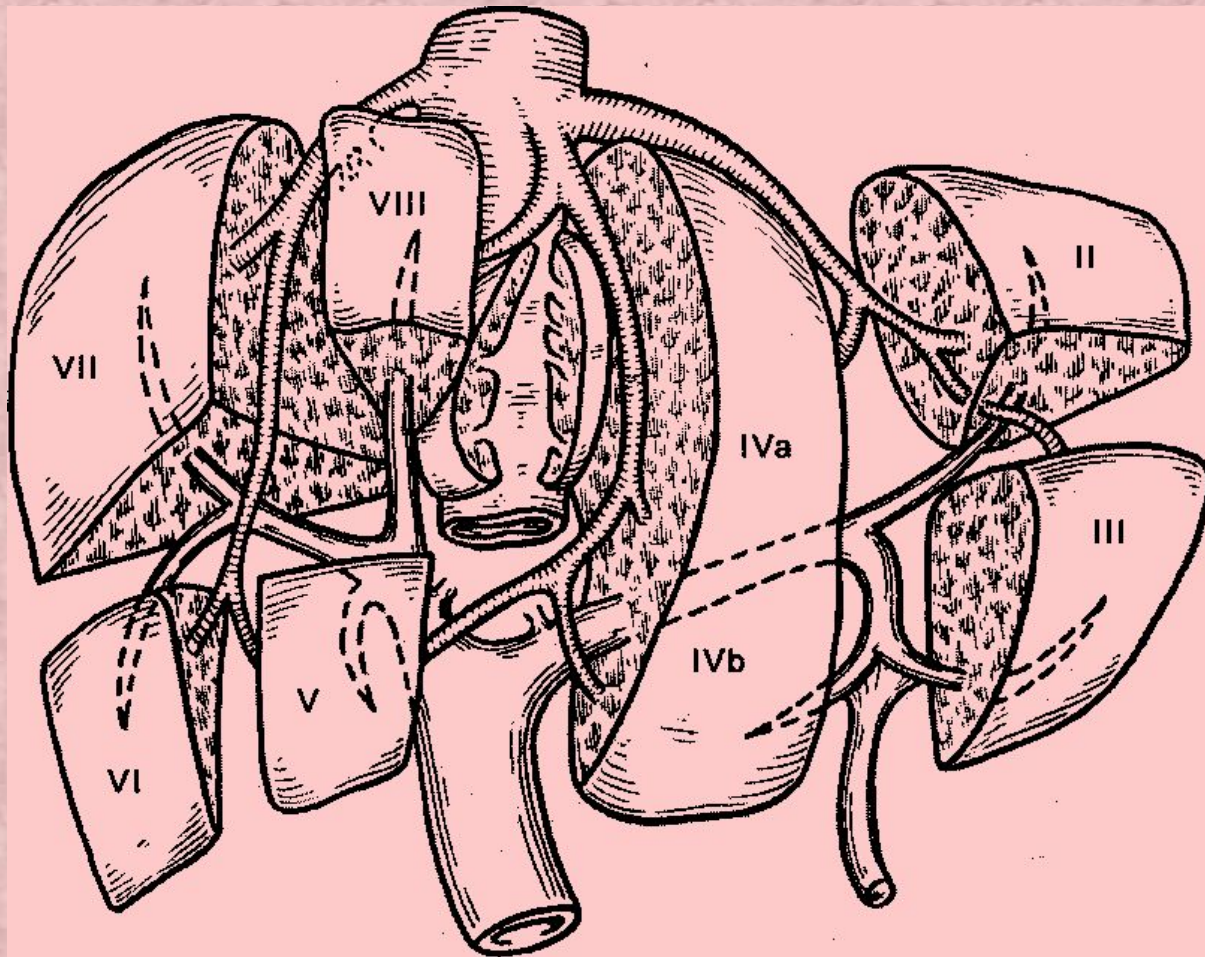
Эти клетки участвуют в синтезе и хранении белков, трансформации углеводов, синтезе холестерина, желчных солей и фосфолипидов, детоксификации, модификации и выводе из организма эндогенных субстанций. Также гепатоциты инициируют процесс желчеобразования.

Гепатоциты относятся к стабильным клеткам, то есть имеют ограниченное число возможных делений за время жизни каждой отдельной клетки при регенерации повреждений печени. Это отличает их и от лабильных клеток, наподобие клеток эпидермиса, имеющих высокую способность к регенерации и большой запас делений за время жизни, и от персистентных клеток, наподобие нейронов, вообще практически не способных к делению и регенерации.

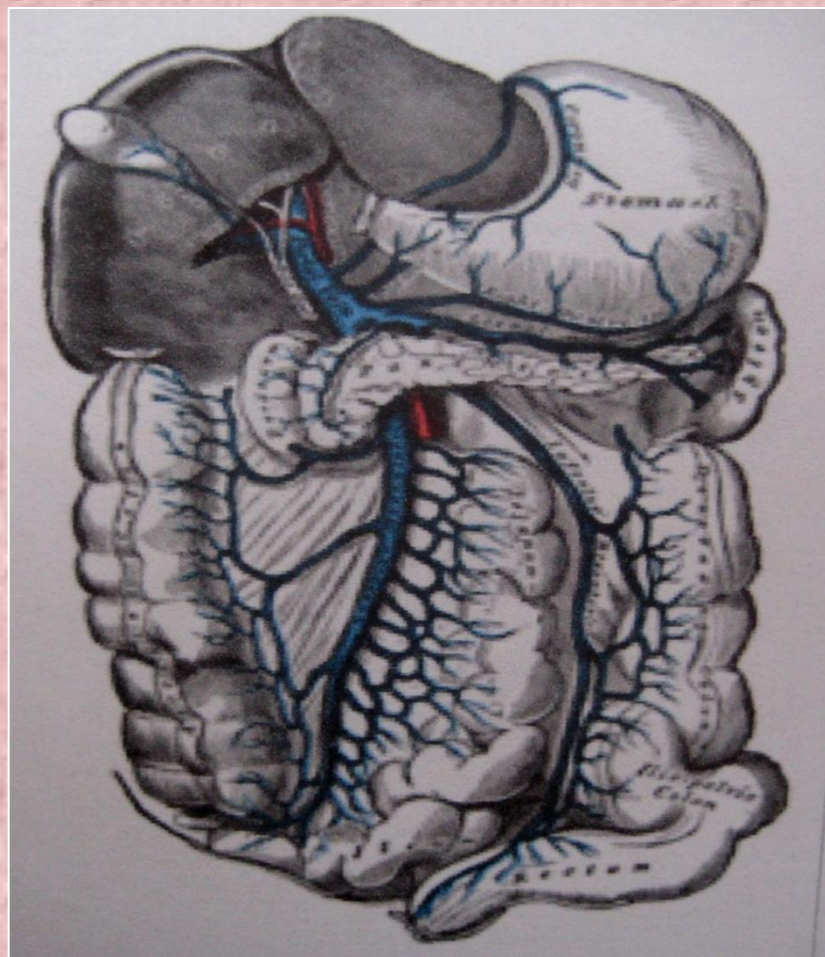
Гепатоциты обладают интенсивным и высокоспециализированным клеточным метаболизмом, содержат многие специфические ферменты, которых нет больше ни в каких тканях и органах организма.



Сегментарное строение печени.



Портальная вена.



Классификация заболеваний печени Б.И. Альперович:

А. Заболевания печени.

1. Врожденные аномалии развития.

2. Травмы печени.

2.1. Открытые повреждения.

2.1.1. Колотые и резаные раны.

2.1.2. Огнестрельные ранения.

2.2. Закрытые травмы печени (разрывы).

3. Очаговые заболевания.

3.1. Воспалительные заболевания.

3.1.1. Неспецифические (абсцессы).

3.1.2. Специфические (туберкулез, сифилис и др.).

3.2. Опухоли печени.

3.2.1. Доброкачественные опухоли.

3.2.2. Злокачественные опухоли.

3.3. Непаразитарные кисты.

4. Паразитарные заболевания.

4.1. Эхинококкоз.

4.2. Альвеококкоз.

4.3. Описторхоз.

4.4. Аскаридоз.

5. Диффузные заболевания (циррозы), осложнения которых требуют хирургической коррекции (портальная гипертензия).

Б. Заболевания желчевыводящих путей и желчного пузыря.

1. Аномалии развития (атрезии).
2. Травмы желчного пузыря и желчевыводящих путей.
 - 2.1. Ранения желчного пузыря и желчевыводящих путей.
 - 2.2. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей.
3. Желчнокаменная болезнь.
4. Острый холецистит.
5. Опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.
6. Паразитарные заболевания.
 - 6.1. Описторхоз (хирургические осложнения).
 - 6.2. Аскаридоз (хирургические осложнения).

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Из анамнеза удастся отметить слабость, быструю утомляемость, чувство тяжести и распираания в правом подреберье, диспептические явления и чувство переполнения желудка после еды. Проживание в определенной местности (Средняя Азия, Закавказье, Якутия, бассейн реки Оби и т.д.) может позволить заподозрить паразитарное поражение печени или ее амебный абсцесс. Употребление алкоголя нередко предшествует циррозу. Перенесенный гнойный процесс в брюшной полости (операции по поводу аппендицита, холецистита) позволяет выявить гнойник в печени. Информация о некоторых профессиональных вредностях — работе с гепатотоксическими ядами — наталкивает на мысль о вероятном развитии опухоли.

Боли чаще не очень интенсивные и постоянно усиливаются в ночное время. Нередко они иррадиируют в плечо и шею справа (френикуссимптом), что дает основание для ошибочного диагноза холецистита, усиливаются при тряской езде и наклонах больного.

При наличии асцита, связанного с портальной гипертензией, больные жалуются на увеличение живота при ухудшении общего состояния, отрыжку, чувство переполнения желудка и запоры, могут быть пищеводные и геморроидальные кровотечения.

Желтуха, как правило, появляется постепенно без болевого синдрома и носит постоянный стойкий характер. Степень выраженности желтухи весьма вариабельна — от легкой желтушности склер до интенсивного желтобронзового окрашивания кожных покровов. Всегда при хирургических заболеваниях печени желтуха механическая, сопровождающаяся кожным зудом, появлением темной мочи цвета пива и обесцвеченного кала. Оттенки желтухи при различных заболеваниях могут отличаться как по своей интенсивности, так и по продолжительности. При опухолях желтуха яркая, охряножелтого цвета, при альвеококкозе чаще темноbronзового оттенка, так называемая «черная желтуха».

Во время осмотра фиксируют наличие желтухи, «печеночного» запаха изо рта, наличие расчесов, телеангиэктазии («паучки») при циррозах, расширенные вены брюшной стенки («корона Медузы»). В ряде случаев, особенно у детей и истощенных больных, удается выявить выпячивание брюшной стенки увеличенной печенью в области правого подреберья или даже деформацию грудной клетки — «эхинококковый горб». Надо сказать, что выпячивание грудной стенки «опухолью» печени свидетельствует либо о доброкачественности процесса, длящегося достаточно долго, либо о крайней запущенности его, что обычно сочетается с очень тяжелым общим состоянием.

объективного исследования — пальпация, перкуссия и аускультация печени. У здоровых людей поверхность печени гладкая, безболезненная, край ее ровный, острый, мягкий. Удастся прощупать только нижний край печени, остальные отделы ее малодоступны пальпации. Для очаговых поражений печени характерна гепатомегалия, при этом чаще наблюдается очаговое, местное, неравномерное увеличение печени в зоне поражения. Иногда непораженные отделы подвергаются значительной гипертрофии (доброкачественные опухоли, паразитарные поражения). При опухолях и альвеококкозе образование в печени плотное, бугристое, чаще мало болезненное. При кистах и эхинококкозе оно плотноэластическое, с гладкой поверхностью. При абсцессах край печени закруглен, эластичен и болезнен.

Пальпацию печени следует проводить в различных положениях больного: стоя, лежа на спине, на боку правом и левом. Аускультация печени дает обычно скудные данные для диагноза. При аускультации можно в зоне печени выслушать сосудистые шумы при гемангиомах и синдроме КрювельеБаумгартена, а также определить шум дрожания гидатид при эхинококкозе. Этот симптом встречается достаточно редко.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Заболевания	Повышены	Немного повышены или в норме	Снижены
Цирроз	АЛТ, АСТ, ЛДГ5, билирубин, у% глобулины, желчные пигменты, желчные кислоты, уробилин	ЛЦ, СОЭ	а%амилаза в моче, эритроциты, НЬ, АЛТ, АСТ, фибриноген, общий белок (терминальная стадия)
Альвеококкоз	АЛТ, общий белок, У%глобулины эозинофилы, IgM, IgG, IgE	АСТ, билирубин, лейкоциты, СОЭ, В%лимфоциты, тимоловая проба.	Т%лимфоциты, НЬ
Эхинококкоз	То же + IgA	Тоже	Тоже
Альвеококкоз с механической желтухой	То же + билирубин (за счет прямого), желчные кислоты, желчные пигменты, СОЭ, лейкоциты	В%лимфоциты, мочевина	АЛТ, АСТ, фибриноген, ПТИ (терминальная стадия) Тимоловая проба, уробилин, стеркобилин, НЬ, эритроциты, Т%лимфоциты

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Эхинококкоз с механической желтухой	То же	То же	То же
Гемангиома	у%глобулины, IgG	АЛТ, АСТ, общий белок, СМ	(АП), Т%лимфоциты
Поликистоз печени	АЛТ, у%глобулины, IgG	СМ	—
Гелатоцеллюлярный рак	ЛДГ, фибриноген, уробилин, АФП, В% лимфоциты, IgA, IgM, IgG	АЛТ, АСТ, СМ, ХС, ГЛДГ, лейкоциты	(АП), общий белок, а%амилаза в моче, НЬ, эритроциты, Т%лимфоциты
Метастатический рак печени	ГГТФ, фибриноген, уробилин, АФП, В%лимфоциты, СОЭ, IgA, IgM, IgG	АЛТ, АСТ, ЛДГ5, ГЛДГ, ХС, СМ, ЛЦ	(АП), общий белок, а%амилаза в моче, НЬ, эритроциты, Т%лимфоциты
Механическая желтуха	АСТ, АЛТ, ЩФ, ХС, билирубин (за счет прямого), желчные кислоты, желчные пигменты	АЛТ, АСТ, ЛДГ5, ГЛДГ, ХС, СМ, ЛЦ	общий белок, а%амилаза в моче, НЬ, эритроциты, Т%лимфоциты
Гемолитическая желтуха	ГГТФ, билирубин (за счет непрямого), тимоловая проба, уробилин, стеркобилин	-	Желчные пигменты, желчные кислоты



УЗИ диагностика заболеваний печени

Гидатидная эхинококковая киста печени. Дочерние включения.



РЕНТГЕНОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Рентгенограмма. Тени обызвествления при эхинококкозе.



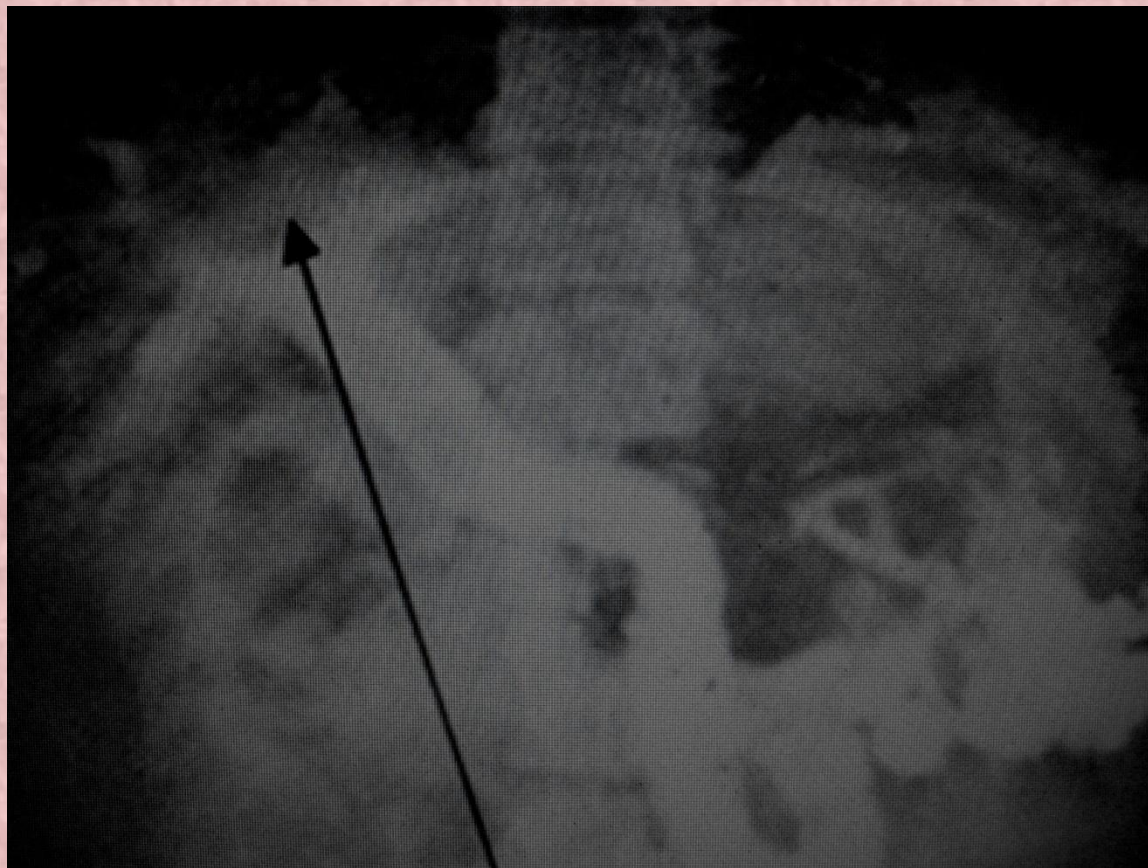
Магнитно-резонансная томография.

Компьютерная томограмма. Эхинококковая киста печени.



Артериальная ангиография

Селективная целиакография. Гемангиома печени.



Портогепатография

Спленопортография

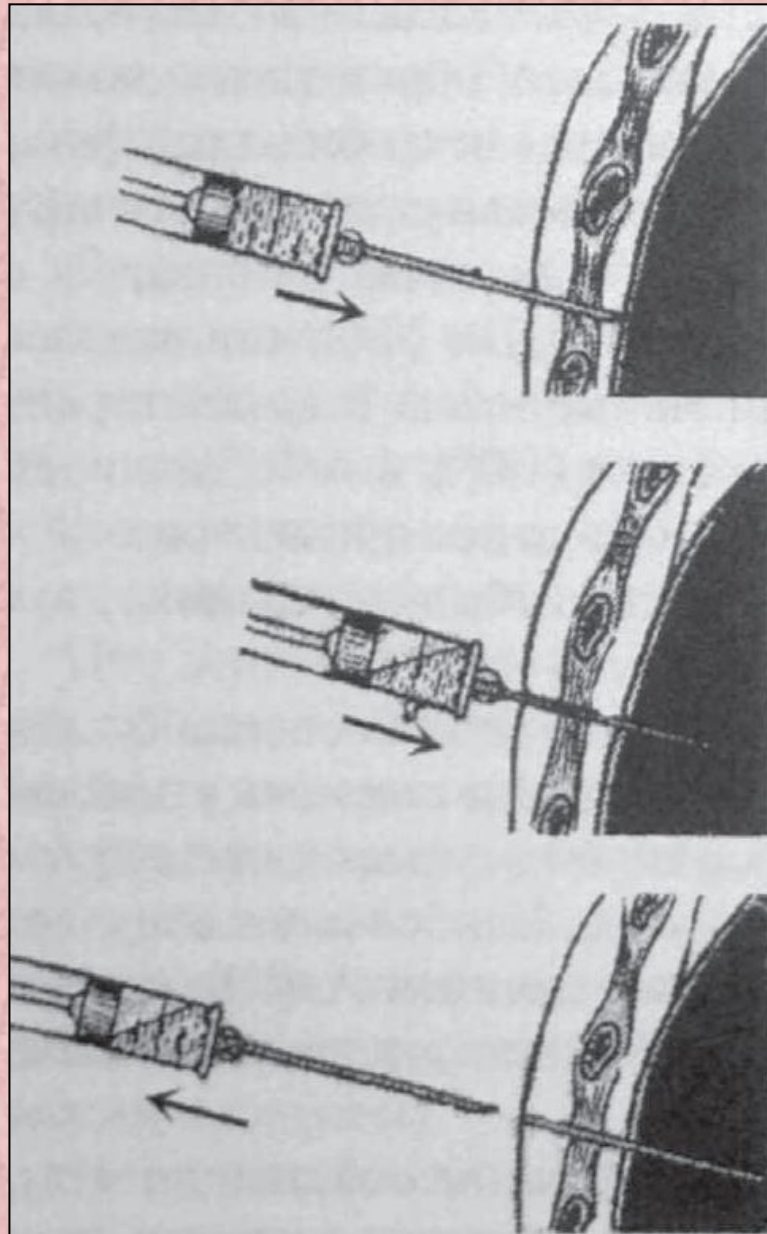


Эзофагоскопия

Варикознорасширенная вена пищевода.

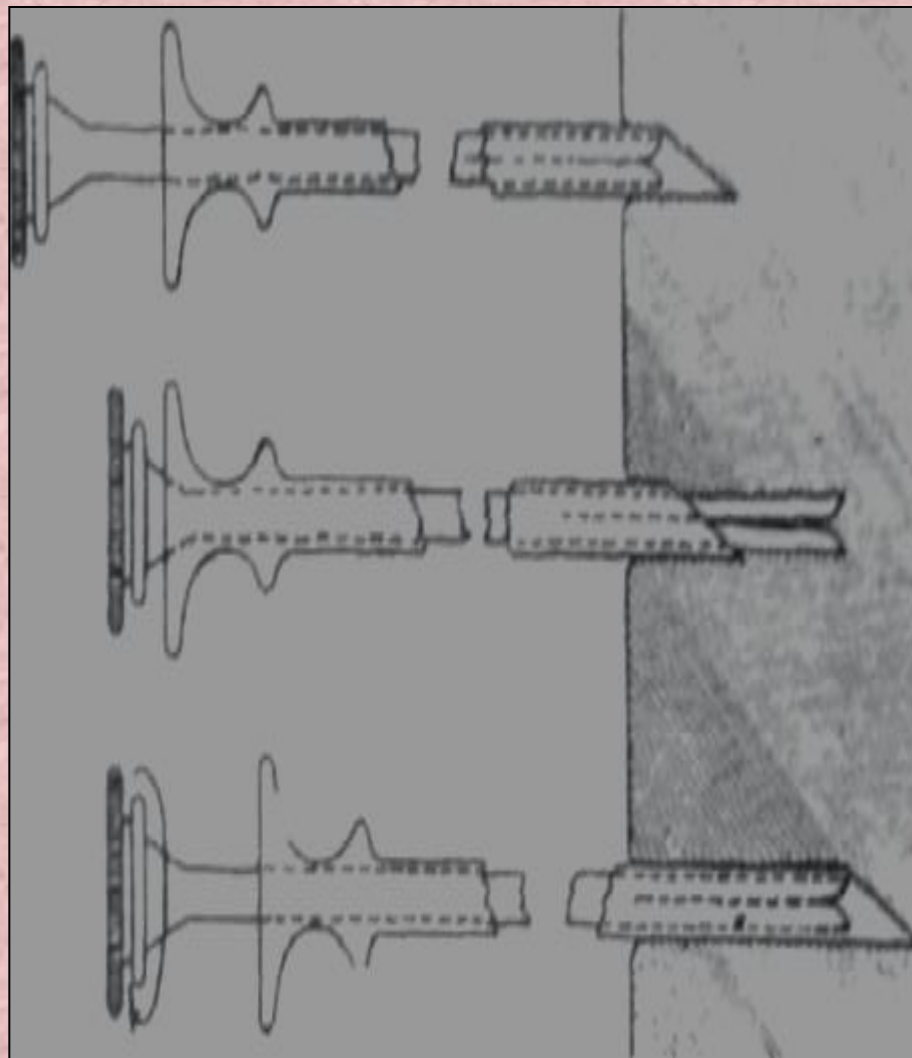
БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ

Игла Менгини применяется для аспирационной биопсии. Тонкая игла имеет специально заточенный тупой конец и стержень у основания, который играет роль клапана. Забор ткани осуществляется путем аспирации материала из места прокола органа.



Пункция печени иглой Вим-Сильвермена

При пункции иглой Вим-Сильвермена прокол производят иглой с мандреном. Затем мандрен извлекают, внутреннюю иглу проводят в ткань печени на 23 см, а затем быстро надвигают на нее наружную иглу. После поворота иглы на 360° иглу извлекают. После осуществления пункционной биопсии следует удостовериться в отсутствии кровотечения. Для предотвращения последнего применяют либо пломбировку места прокола биоклеем, либо электрокоагуляцию места прокола. Метод достаточно информативен и позволяет выяснить морфологию патологического очага в печени.



ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА.

При сомнениях в диагнозе и затруднениях в определении распространенности процесса целесообразно прибегнуть к лапароскопии, интраоперационному ультразвуковому исследованию, холангиографии или экспрессбиопсии на операционном столе.

Кисты печени:

Паразитарные кисты печени:

1. Эхинококкоз;
2. Альвеококкоз;
3. Описторхоз.

Непаразитарные кисты печени:

1. Врожденные (истинные).
2. Приобретенные (ложные).

Эхинококкоз.

(гидатидный, однокамерный эхинококкоз) - гельминтоз, характеризующийся развитием эхинококковых кист в различных органах.

Этиология и патогенез: (*Echinococcus granulosus*)

Основной хозяин – собака. Срок развития в собаке 64 - 97 дней, Длительность жизни 150 - 205 дней .

Промежуточный хозяин – человек, овцы, крупный рогатый скот.

Алимертантарный путь – через стенку тонкой кишки в кровеносные и лимфатические сосуды – печень, легкие, головной мозг.

Оболочки гидатиды:



внутренняя или герминативная хитиновая/кутикулярная

образует новые зародышевые сколексы, состо-
секретирует в просвет кисты гидатидную жидкость, образующейся в
участвует в образовании хитиновой оболочки.



наружная или

снаружи покрыта фиброзной оболочкой,
ящей из соединительной ткани,
результате реакции ткани печени на
присутствие паразита.

Эхинококкоз.

Строение и развитие эхинококка:

Половозрелая форма эхинококка представляет собой очень мелкого ленточного гельминта (цестоду), тело которого состоит из головки (сколекса), шейки и 3 - 4 члеников.

Личиночная форма - это пузырь размером от просяного зерна до головы ребенка, весьма сложного строения . Пузырь, наполненный жидкостью, со сколексами и выводковыми капсулами, окружен толстой оболочкой, выстланной изнутри тонкой зародышевой оболочкой.

Сколекс грушевидной формы, шириной около 0,3 мм, имеет хоботок с двумя венчиками крючьев, среднее число которых составляет 30-40. Встречаются также сколексы с 28 и 50 крючьями. Длина больших крючьев 25-49 мкм, малых – 17-31 мкм. На сколексе находятся 4 присоски диаметром около 0,13 мм. Стробила состоит, как правило, из 3 члеников. Первый членик незрелый, второй – гермафродитный (половозрелый), а последний, самый крупный, - зрелый; он занят маткой, заполненный яйцами. Длина последнего членика обычно превышает всю остальную часть стробилы. В гермафродитном членике содержится от 26 до 60 семенников, спиралевидный семявыносящий проток, грушевидная половая бурса; подковообразный яичник с двумя направленными кзади лопастями; имеется желточник. Между яичником и желточником расположено тельце Мелиса. Половые отверстия открываются сбоку в задней половине или в середине гермафродитного членика. Семенники локализуются спереди и кзади от мешка цирруса. Матка, заполняющая задний членик, имеет боковые выступы. В ней содержится от 400 до 800 оплодотворённых яиц округлой формы, содержащих онкосферы, снабженные шестью крючьями, диаметром 30-36 мкм.

Клиника и диагностика:

Клиническая картина:

1. Появляется при достижении паразитарной кистой довольно больших размеров.
2. Тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье, эпигастрии, нижних отделах правой половины грудной клетки.
3. Выбухание передней брюшной стенки в правом подреберье. Гепатомегалия.
4. Крапивница, диарея.
5. Высокая или низкая кишечная непроходимость.
6. Синдром портальной гипертенз

Диагностика:

1. Проживание больного в местности эндемичной по данному заболеванию.
2. Обнаружение в ОАК эозинофилии до 20% и выше.
3. Положительные серологические реакции на эхинококкоз: реакция агглютинации с латексом, непрямой агглютинации, ИФА.
4. Обзорная рентгенография.
5. УЗИ.
6. КТ.
7. Радиоизотопное исследование.

Осложнения и лечение:

Осложнения:

1. Механическая желтуха.
2. Разрыв, нагноение кисты с прорывом жидкого содержимого в соседние анатомические образования (симптомы шока, разлитого перитонита, аллергические реакции)
3. Нагноение эхинококковой кисты сопровождается симптомами сильной интоксикации, гипертермией, выраженным болевым синдромом.

Лечение:

1. Хирургическое лечение с обязательным интраоперационным ультразвуковым исследованием:
 - эхинококкэктомия
 - пункция и наружное дренирование, с последующим удалением хитиновой оболочки с помощью фиброволоконного инструментария.
2. Химиотерапевтическое лечение кист диаметром менее 3 см. (альбендазол, тинидазол)

Альвеококкоз:

Встречается в Сибири и на Дальнем Востоке, Аляске, Швейцарии, Канаде.

Этиология и патогенез:

Вызывается ленточным глистом (*Alveococcus multilocularis*), который паразитирует в организме песцов и лисиц, реже-собак. Пути заражения аналогичны таковым при эхинококкозе.

Макроскопически – плотный опухолеобразный узел, состоящий из фиброзной соединительной ткани и множества прилегающих друг к другу мелких (диаметром до 5 мм) пузырьков, содержащих бесцветную жидкость. Между тканью печени и паразитом не образуется фиброзная капсула, поэтому вновь возникающие пузырьки инфильтрируют и разрушают ткань печени с образованием полости распада.

Клиническая картина аналогична таковой при эхинококкозе.

Диагностика трудна. Дифференцируют от эхинококкоза, первичного рака печени и метастазов опухоли в печень.

1. Опрос.
2. Серологические пробы на альвеококкоз и прицельная пункция новообразования.

Лечение:

1. Резекция печени (атипичная или анатомическая)
2. При невозможности радикальной операции выполняют паллиативные в зависимости от локализации новообразования.
3. Химиотерапия мебендазолом и его производными.

Описторхоз:

Встречается в Западной Сибири, на Дальнем Востоке, в Среднем Поволжье и в бассейне реки Камы.

Этиология и патогенез:

Относится к группе печеночных сосальщиков – вызывается кошачьей или сибирской двуусткой.

Человек – окончательный хозяин.

Моллюски – промежуточные хозяева.

Рыбы семейства карповых – дополнительные хозяева.

Паразиты повреждают стенки желчного пузыря, желчевыводящих протоков, затрудняя отток желчи и сока поджелудочной железы, вызывая *клинику острого или хронического холецистита, обтурационной желтухи, холангита, острого или хронического панкреатита. Боли, общая слабость, диспепсия. Повышение температуры тела до фебрильных цифр. Гепатомегалия.*

Диагностика: в ОАК лейкоцитоз, эозинофилия, обнаружение в дуоденальном содержимом и в кале яиц паразита, УЗИ, КТ, ретроградная панкреатохолангиография.

Лечение: при неосложненном течении - химиотерапия (хлоксил, хлаксилам).

Показанием к хирургическому лечению является развитие острого холецистита, острого панкреатита, холангита, абсцессов печени, стриктур внепеченочных желчных путей.

Непаразитарные кисты печени:

1. Врожденные (истинные) – изнутри выстланы кубическим или цилиндрическим эпителием (солитарные, поликистоз, дермоиды, ретенционные и цистаденомы).
2. Приобретенные (ложные) – выстланы слоем соединительной ткани (после перенесенной травмы печени, вследствие образования гематом).

Клиническая картина:

По достижению больших размеров:

1. Боли в правом подреберье.

Осложнения:

1. Разрыв кисты
2. Нагноение кисты.
3. Кровоизлияние в просвет кисты.
4. Малигнизация.
5. Перекрут кисты.
6. Обтурационная желтуха.
7. Печеночная недостаточность.

Диагностика:

1. УЗИ, КТ, ОАК.

Лечение: пункция и дренирование под контролем УЗИ с последующей склеротерапией, резекция печени, энуклеация кисты, фенестрация.

Опухоли печени:

Доброкачественные:

1. Эпителиальные(гепатомы, холангиогепатомы)
2. Мезенхимальные (гемангиомы, лимфангиомы, фибромы)
3. Смешанные (гемартомы)

Клиника:

1. Тупые ноющие боли в правом подреберье.
2. Симптомы сдавления внутренних органов.
3. Обтурационная желтуха.
4. Признаки портальной гипертензии.
5. Гепатомегалия.

Диагностика:

КТ, МРТ, УЗИ, целиакография, лапароскопия.

Осложнения: разрыв, кровотечение, малегнизация.

Лечение:

При диаметре менее 5 см – динамическое наблюдение. При диаметре более 5 см – резекция печени или энуклеация опухоли.

Злокачественные:

1. Рак печени.
 2. Саркома, меланома.
 3. Вторичные опухоли – метастазы.
- Развиваются на фоне предшествующих хронических заболеваний печени.

Рак: 1. гепатоцеллюлярный, 2. холангиоцеллюлярный.

Клиника:

1. Общие симптомы.
2. Тупые боли в правом подреберьи.
3. Гипертермия.
4. Гепатомегалия.
5. Асцит, обтурационная желтуха.
6. Кахексия.

Диагностика: прицельная биопсия, УЗИ, КТ, МРТ, фетопротейн крови.

Лечение: сегментэктомия, лобэктомия, гемигепатэктомия, химиотерапия, пересадка печени.

Классификация рака печени по TNM:

T — первичная опухоли

- ◆ Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- ◆ T0 — первичная опухоль не определяется
- ◆ T1 — солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении без инвазии сосудов
- ◆ T2 — солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении с инвазией сосудов или множественные опухоли, ограниченные одной долей, до 2 см в наибольшем измерении без инвазии сосудов или солитарная опухоль более 2 см в наибольшем измерении без инвазии сосудов
- ◆ T3 — солитарная опухоль более 2 см в наибольшем измерении с инвазией сосудов или множественные опухоли, ограниченные одной долей, более 2 см в наибольшем измерении с инвазией сосудов, или множественные опухоли ограниченные одной долей, любого размера более 2 см в наибольшем измерении с/или без сосудистой инвазии
- ◆ T4 — множественные опухоли в обеих долях или опухоль(и), поражающая основную ветвь портальной или печеночной вены. Примечание. Для классификации плоскость, проецируемая между ложем желчного пузыря и нижней полой веной, подразделяет печень на две доли

N — регионарные лимфатические узлы

- ◆ Nx — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
- ◆ N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
- ◆ N1 — в регионарных лимфатических узлах имеются метастазы

M — отдаленные метастазы

- ◆ Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- ◆ M0 — нет признаков отдаленных метастазов

Абсцессы печени.

Органическое скопление гноя вследствие внедрения в печеночную паренхиму микроорганизмов или паразитов.

Абсцессы делятся на :

1. Бактериальные;
2. Паразитарные;
3. Сформировавшиеся в результате нагноения эхинококковой кисты.

Бактериальные абсцессы.

Этиология и патогенез:

Проникновение микрофлоры в ткань печени осуществляется следующими путями:

По билиарному пути – по ходу желчных протоков, при механической желтухе и холангите;

По венозному пути – по воротной вене, при деструктивном аппендиците, холецистите, НЯКе.

По артериальному пути – по печеночной артерии, при сепсисе, bacteriemии.

По контактному пути – при прорыве в ткань печени эмпиемы желчного пузыря, при пенетрирующей язве желудка, поддиафрагмальном абсцессе, пр травме.

Криптогенные

После операций на органах брюшной полости.

Клиническая картина и диагностика:

Клиническая картина:

1. Интермиттирующая лихорадка с амплитудой колебаний до 3 градусов.
2. Проливные поты.
3. Постоянные тупые боли в правом подреберье, иногда усиливающиеся при дыхании, движении.
4. Снижение аппетита.
5. Общая слабость.
6. Похудание.
7. Симптомы основного заболевания, явившегося причиной развития абсцесса.
8. Гепатомегалия.
9. Желтуха.

Постановке правильного диагноза помогает:

анамнез, объективное обследование, физикальное исследование: ОАК (*лейкоцитоз, анемия*), обзорное рентгенологическое исследование (*высокое стояние и ограничение подвижности правого купола диафрагмы; выпот в правой плевральной полости при локализации абсцесса на диафрагмальной поверхности; горизонтальный уровень жидкости с газом над ним*), УЗИ, КТ, пункция абсцесса и определение чувствительности к антибиотикам.

Осложнения и лечение:

Осложнения:

1. Перфорация в свободную брюшную полость, перитонит.
2. Перфорация в плевральную полость, эмпиема плевры.
3. Перфорация в просвет желудка или ободочной кишки.
4. Кровотечение из аррозированных сосудов печени.

Лечение:

1. Чрескожное наружное дренирование абсцессов под контролем УЗИ или КТ, промывание полости растворами антисептиков и антибиотиков.
2. При невозможности предыдущего метода применяют хирургическое вмешательство - вскрытие и дренирование полости абсцесса.
3. Массивная антибиотикотерапия.
4. Лечение основного заболевания.

Паразитарные абсцессы.

Этиология и патогенез:

Алиментарный путь заражения.

Кишечник - воротная вена – паренхима печени. (Содержимое шоколадной или темно-красной окраски).

Клиническая картина :

1. Высокая гипертермия.
2. Потрясающие ознобы.
3. Тупые, разлитые боли в правом подреберье.
4. Анорексия.
5. Общая слабость.
6. Гепатомегалия.
7. Болезненность при пальпации печени.

Диагностика:

1. Серологические пробы: - р-я гемагглютинации и преципитации, латекс тест.
2. УЗИ
3. КТ

Осложнения:

1. Прорыв абсцесса в брюшную или плевральную полость.
2. Развитие осложнений значительно увеличивает летальность.

Лечение:

1. Химиотерапевтический (производными метронидазола - трихопол, применяют также эметина гидрохлорид , хингамин)
2. При сочетании паразитарной и микробной флоры – антибиотикотерапия.
3. Чрескожное дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ.