

ЛЕЧЕНИЕ

болезней

**печени, почек,
мочевого пузыря,
желчевыводящих
и мочевыводящих
путей**



**Лечение болезней печени,
почек, мочевого пузыря,
желчевыводящих и
мочевыводящих путей**

«РИПОЛ Классик»

2010

Лечение болезней печени, почек, мочевого пузыря,
желчевыводящих и мочевыводящих путей / «РИПОЛ Классик»,
2010

Книга рассказывает об основных заболеваниях печени, почек, мочевого пузыря, желчевыводящих и мочевыводящих путей. Описываются способы лечения, приводятся рекомендации по приему пищи. Рассчитана на всех, кому небезразлично собственное здоровье или здоровье близких.

Содержание

Введение	5
Глава 1. Болезни печени и желчевыводящих путей	6
Абсцесс печени	7
Гепатит	8
Гепатоз жировой	13
Желчные (печеночные) колики	14
Печеночная недостаточность	16
Холангит острый	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

Лечение болезней печени, почек, мочевого пузыря, желчевыводящих и мочевыводящих путей

Введение

Неправильный образ жизни, ухудшение экологической обстановки, нерациональное питание приводят к тому, что в последнее время все большему количеству людей приходится обращаться к врачу с жалобами на работу желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей. Врач проводит комплексное обследование и назначает соответствующее лечение. Однако многое зависит и от самого больного, от того, насколько внимательно он будет соблюдать все рекомендации. Кроме того, при многих заболеваниях печени, почек, мочевого пузыря, желче- и мочевыводящих путей не последнее значение придается диетам.

В этой книге подробно описаны различные способы лечения, как медикаментозные, так и не медикаментозные. Кроме того, предложены диеты, которые необходимо соблюдать при том или ином заболевании. Однако необходимо иметь в виду, что приведенные здесь советы и рекомендации не следует принимать как призыв к самолечению. Оптимальное лечение сможет назначить только врач с учетом общего физического состояния и возраста больного.

В заключение хочется добавить, что не нужно бояться обращаться к врачу. Чем раньше будет проведено обследование, тем эффективнее будет лечение и тем скорее больной сможет избавиться от своего недуга и вернуться к нормальному образу жизни. Но не следует впадать и в другую крайность и доверять врачу безоговорочно, приобретая назначенные им дорогостоящие препараты или соглашаясь на сложные операции. Если по какой-то причине возникли сомнения в поставленном диагнозе или назначенном лечении, следует подтвердить его у другого специалиста. Однако такое, к счастью, случается нечасто. Лучше всего довериться врачу и аккуратно выполнять все рекомендации, а сведения, изложенные в данной книге, помогут лучше понять процессы, происходящие в организме, и обоснованность того или иного лечения.

Глава 1. Болезни печени и желчевыводящих путей

В данной главе рассмотрены следующие заболевания: абсцесс, гепатит, гепатоз, рак печени, цирроз печени и др.

Абсцесс печени

Абсцесс печени – это ограниченное скопление гноя в ткани органа. Данное образование как самостоятельное встречается довольно редко, чаще оно формируется на фоне воспалительного процесса в другом органе или ткани, откуда гноеродные микробы переносятся в печень.

Различают абсцесс бактериального и протозойного происхождения. Последний встречается чаще и вызывается амебами.

Абсцесс может быть первичным и вторичным. Также различают одиночные и множественные абсцессы.

Абсцесс (его еще называют нарывом или гнойником) – это скопление гноя в тканях или органах, отделенное соединительной оболочкой от здоровых участков.

Абсцесс печени может развиваться на фоне дизентерии, холангита, воспаления желчного пузыря, острого гнойного аппендицита, язвы кишечника, инфекционных и септических заболеваний и т. д. В связи с этим клиническая картина может быть различной, так как помимо симптомов абсцесса присутствует и клиника основного заболевания, что может затруднить диагностику. В большинстве случаев отмечается тошнота, рвота, боль в области печени, отдающая в правую лопатку и плечо. Нередко пациент жалуется на то, что ему неудобно лежать на левом боку. Больной с абсцессом печени лежит в типичной позе на правом боку, прижав колени к животу.

Также к основным симптомам данного заболевания относят:

- повышение температуры тела, озноб;
- снижение артериального давления;
- кожа приобретает землистый цвет с желтоватым оттенком.

При пальпации выявляется увеличение печени, верхняя граница располагается выше нормы. Иногда печень имеет куполообразную форму.

Для подтверждения диагноза делают рентгенограмму, берут анализ крови (на воспаление указывает повышенное количество лейкоцитов). Среди современных методов постановки диагноза можно отметить сканирование: оно помогает легко и быстро установить месторасположение абсцесса.

Лечение

Абсцесс печени – это очень серьезное заболевание, лечение которого следует проводить под контролем врача. Часто эта болезнь требует оперативного вмешательства на фоне антибактериальной и общеукрепляющей терапии.

Для того чтобы избежать развития абсцесса печени, необходимо своевременно лечить основное заболевание.

Во время лечения, а также в восстановительный период больной может принимать препараты, рекомендованные народной медициной. Также ему необходимо соблюдать диету (она будет подробно описана ниже).

Гепатит

Гепатит – группа воспалительных заболеваний печени, вызываемых различными причинами.

Классификация форм этого заболевания очень сложна. Так, по степени локализации различают две формы заболевания: очаговую и диффузную. Кроме того, различают острый и хронический гепатит.

Острый гепатит подразделяют на несколько групп:

- первичный инфекционный, к которому относят вирусный гепатит, болезнь Боткина, желтую лихорадку, болезнь Васильева – Вейля; – вторичный инфекционный, развивающийся на фоне крупозной пневмонии, паратифа, возвратного тифа;
- токсический, развивающийся в результате длительного воздействия на печень лекарственных препаратов;
- алкогольный гепатит;
- аутоиммунный гепатит (женщин поражает чаще, чем мужчин).

Существует один симптом, который отмечается у больных всеми формами гепатита, – это усталость.

Кроме того, вирусную форму первичного инфекционного гепатита, в свою очередь, разделяют на следующие типы.

Гепатит А (болезнь Боткина)

Это острая энтеровирусная инфекция. Путь передачи – фекально-оральный. Клиника включает желтуху, увеличение печени и селезенки, воспалительные и некробиотические изменения в ткани печени, интоксикацию. Однако вирус не вызывает разрушения печени, болезнь не переходит в хроническую стадию.

Лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие лекарственный гепатит: азатиоприн, аллопуринол, амиодарон, галотан, гормональные контрацептивы, ибупрофен, индометацин, зидовудин, противотуберкулезные препараты и др.

Гепатит В (сывороточный)

Путь передачи – парентеральный (через кровь), причем источником инфекции являются не только больные с острой и хронической формой, но и носители вируса. Приблизительно у 10–12% заболевших гепатит переходит в хроническую стадию.

Как правило, полное излечение возможно только при использовании современных медикаментозных средств, и даже в этом случае наблюдается не всегда.

У человека, переболевшего гепатитом А, формируется иммунитет к данной форме болезни. Кроме того, проводится вакцинация от гепатита А, которая защищает человек от вируса в течение 15–30 лет.

Гепатит С (гепатит ни А ни В)

Источник заражения – контакт с зараженной кровью. Причем заразиться можно не только при переливании крови или использовании общих шприцов, но и бытовым способом, например при использовании чужих маникюрных принадлежностей. Эта форма может перейти в хронический гепатит, а тот, в свою очередь, вызвать цирроз и рак печени. В настоящее время ведется разработка вакцины от этой формы гепатита.

Несмотря на тяжесть заболевания, процент летального исхода невысок и составляет 5%. По статистике, около 10% заболевших выздоравливает без применения каких-либо лекарственных препаратов.

Гепатит D (гепатит дельта)

Путь передачи – через кровь, источником служит больной или вирусоноситель. Вирус размножается в клетках печени только в присутствии вируса гепатита В. Болезнь протекает более тяжело, чем гепатит В. При своевременном лечении больной полностью выздоравливает, лишь в 3% случаях заболевание переходит в хроническую стадию и вызывает цирроз печени.

Больным гепатитом С проводится вакцинация против гепатита А и В, т. к. возможное заражение этими формами еще более ухудшает состояние пациента с гепатитом С.

Гепатит E

Путь передачи – такой же, как у гепатита А.

Вирус был открыт в 20-х гг. XX в., он распространен среди населения Африки и Центральной Азии.

Гепатит G

Этот тип был выделен недавно. Он передается через кровь или при половом контакте, возможно, существуют другие пути заражения. Вообще сведений о гепатите G мало. В свою очередь хронический гепатит подразделяют на:

- активный хронический (люпоидный);
- холестатический;
- персистирующий.

Как ясно из вышесказанного, причины развития острого гепатита могут быть различны, но чаще всего это вирус, вызывающий болезнь Боткина, злоупотребление алкоголем или воздействие на организм токсических агентов (яд бледной поганки, белый фосфор, дихлорэтан, четыреххлористый углерод, промышленные яды и т. д.).

В развитии заболевания важную роль играет воздействие внешних факторов (например, вируса или токсинов) на паренхиму печени, что, в свою очередь, вызывает дистрофию и некробиоз тканей органа.

Причины развития хронического гепатита также могут быть различны в зависимости от формы заболевания. Так, например, холестатический гепатит формируется при закупорке общего желчного протока камнем, при раке головки поджелудочной железы и др.

Симптомы зависят от формы и тяжести течения заболевания. Так, легкая острая форма может протекать практически бессимптомно, что значительно затрудняет диагностику. Возможно легкое изменение цвета кожи и склер, но это можно заметить только при дневном свете. Для под-тверждения диагноза требуется дополнительное обследование.

При тяжелом течении острого гепатита симптомы, как правило, очень ярко выражены. Кожа и слизистые приобретают желтый, а в некоторых случаях оранжевый или даже шафран-ный оттенок. Моча приобретает темный, насыщенный цвет из-за повышенного содержания в ней билирубина. Кал приобретает беловато-глинистый оттенок.

Пальпация выявляет увеличение печени и селезенки (при дистрофии, напротив, наблю-дается уменьшение печени).

Анализ крови выявляет повышение уровня билирубина, увеличение активности ряда сывороточных ферментов, нарушение выработки фибриногена, протромбина. Также отмеча-ется нарушение некоторых факторов свертывания, что вызывает кровоизлияния на коже, сли-зистых оболочках и кровотечения из носа.

Кроме того, развиваются признаки нарушения работы центральной нервной системы. Больной жалуется на зуд, становится раздражительным, у него нарушается сон, отмечается угнетение психического состояния.

При тяжелом течении острого токсического гепатита развиваются некротические пора-жения паренхимы, сильный геморрагический симптом, боли в области печени, печеночная кома.

Билирубин – это продукт распада гемоглобина, он имеет оранжево-коричневый оттенок.

При гепатите алкогольной этиологии желтуха появляется через 1–2 дня после приема большой дозы алкоголя. Начинается тошнота, рвота, температура поднимается до 38 °С. Паци-ент жалуется на боль в верхней половине живота или правом подреберье. Пальпация выявляет существенное увеличение печени. Быстро развивается асцит, в некоторых случаях клинику дополняет панкреатит.

Клинику алкогольного гепатита дополняют симптомы хронического алкоголизма: дрожа-ние и ухудшение чувствительности конечностей, общая слабость, психические расстройства. При дополнительных приемах алкоголя развивается дистрофия клеток печени или их полное разрушение, в связи с чем гепатит может перейти в цирроз печени. Прогноз при алкогольном гепатите зависит от степени нарушений. При своевременном обращении к врачу и благопри-ятном течении возможно выздоровление, однако лечение занимает длительное время: до 1 месяца и более.

В том случае, если гепатит длится в течение полугода и более, говорят о том, что он перешел в хроническую стадию.

Под асцитом понимают скопление жидкости в брюшной полости.

При хроническом гепатите также нередко наблюдается пожелтение кожи, склер, слизи-стых оболочек, но в ряде случаев этот симптом может отсутствовать. При некоторых формах хронического гепатита (например, токсическом) отмечается изменение состава крови.

Однако практически при любой хронической форме отмечается ощущение тяжести или тупая боль в правом подреберье, увеличение печени, часто зуд кожи (особенно при токсиче-ской форме) и небольшое повышение температуры. Клинику хронического гепатита довершает общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная потливость, снижение аппетита. Больной жалуется на непереносимость алкоголя и жирной пищи, прием которых зачастую вызывает тошноту, рвоту, отрыжку, метеоризм, запоры.

Повышенное содержание билирубина в крови отмечается в половине случаев.

Острый вирусный гепатит может привести к развитию активной хронической формы, характеризующейся воспалением и некрозом тканей. Клиническая картина напоминает другие формы хронического гепатита: отмечается слабость, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, ухудшение аппетита, тошнота, болевые ощущения.

При тяжелом течении заболевания развивается гемморрагический синдром, который проявляется появлением сосудистых звездочек на плечах и груди.

При этой форме отмечается увеличение и уплотнение печени и чаще всего увеличение селезенки. Такие симптомы, как лихорадка, боли в суставах и животе, кожные высыпания, плеврит, гормональные нарушения, воспалительные процессы в почках, легких или сердце указывают на то, что патологический процесс распространился с печени на другие органы и системы. Анализ крови показывает увеличение СОЭ.

Хроническая активная форма гепатита наиболее часто поражает женщин в возрасте до 30 лет.

Холестатическая форма хронического гепатита характеризуется быстрым пожелтением кожи и слизистых и сильным зудом. В углах глаз, а также на других участках кожи появляются пигментные пятна. В остальном клиника совпадает с картиной других форм гепатита. Увеличение печени наблюдается, но чаще всего оно незначительное.

Холестатический гепатит, вызванный приемом какого-либо препарата, развивается постепенно, симптомы нарастают в течение 1–2 недель. Вначале больной начинает жаловаться на зуд, и только через несколько дней отмечается пожелтение кожных покровов и слизистых. При этом увеличения печени и повышения температуры не отмечается.

Хронический персистирующий гепатит характеризуется еще менее выраженными основными симптомами. Больной жалуется на утомляемость, чувство тяжести, реже – несильную боль в области печени. Кожа, склеры и слизистые оболочки не желтеют, селезенка не увеличена, возможно незначительное увеличение печени. Анализ крови выявляет повышенное количество общего белка. Болезнь может тянуться долго, не прогрессируя.

Лечение

Лечение зависит от формы заболевания. Так, при гепатитах вирусной этиологии показана госпитализация, постельный режим.

При любой форме гепатита назначают диету № 5. Причем ее рекомендуют соблюдать и в период ремиссии при хроническом гепатите.

Нахождение в стационаре зависит от тяжести течения болезни: 2–4 недели при легкой форме и до нескольких месяцев при более тяжелых.

При потере аппетита и рвоте назначают 10, 20 или 40%-ный раствор глюкозы или фруктозы внутривенно или 5%-ный раствор глюкозы с изотоническим раствором хлорида натрия подкожно.

Для улучшения работы печени назначают витамины группы В, препараты глюкороновой кислоты, кокарбоксылазу, липоевую кислоту. При всех формах инфекционного гепатита (кроме гепатита А) показаны антибиотики широкого спектра действия.

При тяжелом течении вирусного гепатита назначают глюкокортикостероиды. При персистирующем гепатите и переходе заболевания в хроническую форму показан преднизолон по 20–40 мг. Продолжительность приема препарата составляет от 3–4 недель до нескольких месяцев (при переходе заболевания в хроническую форму).

Необходимо отдельно упомянуть о лечении гепатита С. В этом случае назначают комбинацию инъекций интерферона и таблеток рибавирина. Это лечение дорогостоящее, в ряде стран оно предоставляется бесплатно. Однако особенность заключается в том, что в настоящее

время известно шесть генотипов гепатита С, которые обозначаются цифрами от 1 до 6. При генотипе 1 излечение происходит в половине или трети случаев. Поэтому, прежде чем принять решение о назначении лечения, гепатолог должен учесть такие факторы, как пол, возраст больного, генотип заболевания, не страдает ли пациент другими болезнями и т. д.

Интерферон вызывает проблемы с кожей, депрессию, в связи с этим лечение нужно проводить под наблюдением опытного гепатолога.

При гепатите В, перешедшем в хроническую форму, назначают пегилированный интерферон. Также противовирусную терапию назначают при хронических формах гепатита С и D.

При ухудшении состояния, развитии комы проводят плазмоферез.

Прогноз зависит от того, насколько своевременно был поставлен диагноз и назначено лечение. Острый гепатит, независимо от тяжести формы, как правило, полностью поддается излечению. Однако в ряде случаев возможен переход острой формы в хроническую.

В особо тяжелых случаях развивается дистрофия печени с печеночной или печеночно-почечной недостаточностью, что может привести к летальному исходу. Более подробно о печеночной недостаточности рассказано далее.

При токсическом гепатите больного госпитализируют в стационар, где проводят промывание желудка и назначают препараты, снимающие интоксикацию. Показаны витаминотерапия, диета, постельный режим. Еще назначают препараты, непосредственно нейтрализующие действие токсина.

При лекарственном гепатите следует отменить препарат, вызвавший гепатит. В остальном лечение такое же, как при гепатите А. При тяжелой печеночно-клеточной недостаточности назначают глюкокортикоиды.

При алкогольном гепатите необходимо полностью исключить употребление любых алкогольных напитков. Назначают диету № 5, витаминотерапию. Особенно полезно употребление свежих фруктовых соков. Также показаны внутримышечные инъекции витамина В₁₂ с фолиевой кислотой и др. При дистрофии или развитии цирроза печени назначают эссенциале по 2 капсулы 3 раза в день.

При хроническом гепатите назначают витаминотерапию (С, группа В), липоевую кислоту (по 0,0025 г 2–4 раза в день в течение 1–2 месяцев), 2%-ный раствор натриевой соли подкожно или внутривенно, глютаминовую кислоту (по 1–1,5 г в день в течение 1–2 месяцев). Также показаны препараты для улучшения регенерации клеток печени (гидролизин, аминокровин и др.) и стероидные гормоны для улучшения анаболических процессов.

На фоне гепатита может развиваться холецистит. В этом случае назначают желчегонные средства.

При гепатите абсолютно неэффективны никакие физиотерапевтические процедуры.

Гепатоз жировой (жировая дистрофия печени)

Это хроническое заболевание, характеризующееся жировой дистрофией клеток печени. Среди причин, вызывающих данное заболевание, следует отметить следующие:

- неполноценное питание, ожирение;
- панкреатиты и энтериты в тяжелой форме;
- злоупотребление алкоголем;
- сахарный диабет;
- анемия;
- некоторые заболевания легких;
- прием некоторых видов медикаментов;
- воздействие токсических веществ.

Основными симптомами заболевания являются тяжесть или тупая ноющая боль в правом подреберье или в эпигастральной области, тошнота, метеоризм. Печень увеличена незначительно, селезенка чаще всего не увеличена.

Диагноз ставится на основании анализа крови и ультразвукового исследования. На заболевание указывает повышение активности печеночных проб и изменения белковых фракций в крови. УЗИ показывает увеличение размеров и эхогенности печени.

Лечение

При гепатозе назначают диету № 5, витамины группы В, а также препараты для улучшения работы печени (метионин, липокаин, эссенциале, карсил, легалон и др.).

Голодание и переедание вредны даже в том случае, когда человек совершенно здоров. Если же у пациента имеется лишний вес, какие-либо хронические заболевания, еще более важно следить за режимом питания.

Желчные (печеночные) колики

Колики – это сильные боли в правом подреберье. Они могут возникать при заболеваниях желчевыводящих путей, сопровождающихся нарушением оттока желчи из желчного пузыря или по желчному протоку. При застое желчи происходит интенсивное сокращение гладкой мускулатуры самого желчного пузыря и протоков, что и вызывает болевые ощущения.

Колики также может вызвать движение по протоку желчного песка, камень, перемещающийся из печени по протоку или застрявший в нем, пробки из слизистых масс, что характерно для холецистита, стеноз большого дуоденального сосочка при воспалительном процессе или формировании опухоли и др. Встречается нарушение двигательной функции желчных путей (дискинезия), что также может вызвать сильные болевые ощущения.

Несбалансированное питание, рацион, богатый жирной и жареной пищей, систематическое переедание, злоупотребление алкоголем, холодными газированными напитками также могут стать причиной колик. В некоторых случаях боли могут возникать при чрезмерных физических нагрузках или тряской езде.

По числу и разнообразию функций печень превосходит любой другой орган человека. Она является главной биохимической лабораторией организма и принимает активное участие в обмене веществ.

Нервное переутомление, привычка реагировать на все слишком эмоционально или, напротив, подавлять свои эмоции могут послужить предрасполагающими факторами к развитию дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Клиника включает боль в правом подреберье, иногда отдающую в спину, правую руку, правую лопатку и правую половину грудной клетки и надключичной области. Часто наблюдается метеоризм, запор, а также тошнота и рвота, не приносящая облегчения. В редких случаях возможно небольшое повышение температуры, желтуха.

Для подтверждения диагноза проводят следующие исследования:

- УЗИ брюшной полости;
- гастродуоденоскопию для осмотра дуоденального сосочка и исключения возможного воспаления или опухоли;
- холецистография или холангиография (с помощью этих исследований можно также выявить дискинезию желчевыводящих путей).

Процедура холангио-графии заключается в следующем. В двенадцатиперстную кишку вводят эндоскоп, очищают ее, после чего вводят катетер в дуоденальный сосочек. Затем через катетер в протоки поджелудочной железы вводят контрастное вещество и делают серию рентгеновских снимков через определенные промежутки времени. По снимкам судят о состоянии и функционировании желчевыводящих путей.

Лечение

Оно зависит от причин, вызвавших колики. Так, например, если боли вызваны камнем, закупорившим желчный проток, может случиться так, что камень отойдет обратно в желчный пузырь или пройдет в общий желчный проток, а из него – в кишечник. В этом случае боль пройдет сама собой, и медицинского вмешательства не потребуется.

В остальных случаях назначают обезболивающие препараты: инъекции ношпы, атропина, папаверина, баралгина и др. Дают нитроглицерин под язык. Если состояние больного не улучшается, проводят новокаиновую блокаду.

Печеночная недостаточность

Печеночная недостаточность – это патологическое состояние, развивающееся на фоне тяжелых форм острого гепатита и при прогрессировании хронических поражений печени в связи с ухудшением ее работы.

Различают две формы печеночной недостаточности: острую и хроническую.

Клиническая картина включает нарушения центральной нервной системы: больной не может сосредоточиться на чем-либо, не способен осознать прочитанный текст, у него развивается эмоциональное возбуждение, которое сменяется резким ухудшением настроения, изменяется поведение. Больной днем спит, ночью бодрствует.

Из-за воздействия токсических веществ происходит дальнейшее повреждение головного мозга (печеночная энцефалопатия). Это выражается в неопрятности, появлении бреда, галлюцинаций. Иногда из-за этих симптомов больного ошибочно госпитализируют в психиатрическую клинику. Однако со временем клиническая картина дополняется желтухой и асцитом, которые со временем усиливаются. Если своевременно не был поставлен диагноз и не начато лечение, наступает конечная фаза печеночной комы: у больного учащается дыхание, пульс, снижается артериальное давление (АД), наступает обморок.

Острая печеночная недостаточность развивается быстро, в течение нескольких дней или даже часов. При своевременно назначенном лечении прогноз благоприятный.

Хроническая печеночная недостаточность может развиваться в течение нескольких недель или даже месяцев, что затрудняет диагностику. Если своевременно не была оказана медицинская помощь, печеночная недостаточность может перейти в печеночную кому, которая в большинстве случаев заканчивается смертью больного.

Клетки печени вырабатывают множество белковых ферментов, активно регулируют углеводный обмен, обезвреживают ядовитые вещества, образующиеся в организме или поступающие извне. При появлении большого количества вредных веществ работа печени нарушается, что отражается на процессах обмена веществ и приводит к тяжелым заболеваниям.

Лечение

При подозрении на печеночную недостаточность больного госпитализируют в стационар. Назначают антибиотики широкого спектра действия, 5%-ный раствор глюкозы, солевые растворы и витамины внутривенно. Ежедневно делают очистительную клизму, обеспечивают тщательный гигиенический уход. Назначают диету № 5 (блюда должны быть приготовлены в протертом виде).

Холангит острый

Холангит острый – это воспаление желчных протоков. В зависимости от тяжести течения заболевания и морфологических изменений выделяют следующие формы:

– по типу воспаления и морфологическим изменениям – катаральную, гнойную, обструктивную, деструктивную гнойную;

– по патогенезу – первичную, вторичную и симптоматическую.

Кроме того, холангит может протекать с осложнениями, среди которых:

– абсцессы печени;

– сепсис с внепеченочными гнойными очагами;

– бактериально-токсический шок;

– острая почечная недостаточность и др.

Холангит может развиваться как самостоятельное заболевание или как осложнение при остром холецистите и постхолецистэктомическом синдроме.

Клиническая картина острой формы включает сильные схваткообразные боли в правом подреберье, а также тошноту, рвоту. Отмечается озноб, лихорадка, больной сильно потеет, развивается слабость, понижается АД. У большинства больных развивается сильный зуд, желтуха.

Через несколько дней можно выявить увеличение печени, а через неделю после начала болезни увеличивается селезенка. Если не начать лечения на этой стадии, у больного может нарушиться работа сердца, развиваться печеночная недостаточность с желтухой, панкреатит, коллапс.

При дальнейшем ухудшении состояния развивается печеночно-почечная недостаточность, больной может впасть в кому.

Для клиники острого катарального холангита также характерен болевой синдром, озноб, повышение температуры тела, увеличение печени, но в целом все симптомы менее выражены, и тяжелая форма, как правило, не развивается.

В отличие от острого катарального гнойный холангит протекает очень тяжело, быстро развивается тяжелая интоксикация, а при отсутствии своевременной медицинской помощи – бактериально-токсический шок. Он, в свою очередь, вызывает поражение центральной нервной системы с состоянием прострации или спутанностью сознания. Также при этой форме холангита наиболее часты осложнения (панкреатит, перитонит, абсцесс легких, реактивный экссудативный плеврит и др.).

Для подтверждения диагноза проводят анализы крови, мочи, кала, зондирование для исследования дуоденального содержимого, УЗИ печени и желчевыводящих путей.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.