Неотложные состояния в ГЭО

к.м.н., доцент Ибрагимов М.С.

.

- Неотложные состояния в ГЭ могут быть связаны;
  - с перфорацией полых органов пищеварительного тракта (ранения, прободные язвы и т. д.),
  - кровотечением,
  - острым воспалительным процессом (перитонит, панкреатит и др.),
  - непроходимостью кишечника и др.

- Неотложные состояния часто сопровождаются расстройствами внешнего дыхания, гемодинамики, нарушениями кислотно - основного состояния, водно-электролитного баланса и целого ряда других обменных процессов, которые могут потребовать не только проведения специфического лечения, но и интенсивной терапии или даже реанимации.

Интенсивная терапия - это неспецифическое (синдромное) лечение тяжелобольных и пострадавших, направленное на поддержание и нормализацию основных жизненно важных функций при любых патологических состояниях, потенциально опасных для жизни.

Цель интенсивной терапии заключается в профилактике развития терминальных состояний и обеспечении условий для проведения лечения.

Методы исследования

Объективное исследование живота.

- Осмотр живота.

Обращают внимание на форму живота, его вздутие, симметричность, видимую перистальтику, участие брюшной стенки в акте дыхания.

При вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины передняя брюшная стенка теряет способность участвовать в дыхательных движениях.

Объективное исследование живота.

- Пальпация живота.

В начале она должна быть поверхностной, путем легкого надавливания пальцами, положенными плашмя на брюшную стенку. Пальпацию лучше начинать с наиболее удаленных от болезненной зоны областей живота и постепенно приближаться к ней.

Интенсивная (глубокая) пальпация.

Если болезненность и напряжение мышц затрудняют исследование органов брюшной полости, то форсированная, грубая пальпация в подобных случаях недопустима.

При исследовании почек и забрюшинного пространства весьма полезна бимануальная пальпация.

Пальпация живота дает возможность выявить также симптом Щеткина - Блюмберга, обычно указывающий на раздражение брюшины.

Перкуссия живота

Посредством перкуссии живота определяют наличие жидкости или газа в брюшной полости.

Если свободного газа, проникшего в брюшную полость из перфорированного полого органа, много, он может быть выявлен по уменьшению или даже исчезновению зоны печеночной тупости.

Для того, чтобы выявить небольшое количество жидкости, перкутируют живот, изменяя положение больного,- в основном на правом и левом боку. При перемене положения тела жидкость в брюшной полости, если там отсутствуют мощные спайки, легко перемещается. Зона тупости не изменяется от перемены положения больного, если имеет место воспалительный инфильтрат, опухоль или иное неподвижное образование. **Болезненность при перкуссии характерна для раздражения брюшины.**

Аускультацию живота

- Аускультацию живота для получения характеристики моторной функции кишечника проводят в нескольких точках.
- Выделяют и так называемый центр аускультации живота, располагающийся на 1-2 см правее и ниже пупка. Он соответствует расположению большей части петель тонкой кишки, при перистальтике которой возникают различные кишечные шумы. Если по ходу кишки образуется какое-либо препятствие перемещению ее содержимого, то периодически возникают интенсивные кишечные шумы. Они могут иметь высокий металлический тон.

Аускультацию живота

- За периодами усиленной перистальтики в таких случаях следуют периоды атонии кишки, и тогда кишечные шумы не выслушиваются.
- При парезе кишечника кишечные шумы полностью отсутствуют или удается выслушать лишь единичные вялые перистальтические звуки. В таких случаях не удается и стимулировать перистальтику кишечных петель путем поглаживания или легкого поколачивания живота; иногда выслушивается шум плеска.
- Не следует забывать о большом диагностическом значении шумов над проекцией висцеральных сосудов при компрессионных стенозах и интравазальном их сужении, а также о характерном систолическом шуме над аневризмой брюшной аорты.

- При дифференциальной диагностике острых абдоминальных синдромов прибегают к неотложным рентгенологическим и лабораторным методам. **Практически каждому больному с острой болью в животе необходима электрокардиография**.
- В ряде случаев по срочным показаниям используют различные дополнительные диагностические методы: катетеризацию мочеточников, неотложную эндоскопию, пункцию брюшной полости, лапароскопию и др.

Показания к фиброгастродуоденоскопии (ФГДС):

- диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (грыжи пищеводного отверстия, диафрагмы, гастрит, дуоденит, гастродуоденальные язвы, опухоли и др.);
- подозрение на гастродуоденальное кровотечение или перфоративную язву;
- установление причины механической желтухи (при этом может быть произведено трансдуоденальное контрастирование общего желчного протока и холангиография);

  наличие инородных тел в пищеводе и желудке.
- Экстренная ФГДС производится до рентгенологического исследования при подозрении на кровотечение из пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки, а также при подозрении на прободную язву желудка или двенадцатиперстной кишки.

НЕОТЛОЖНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА

- Обзорная рентгеноскопия позволяет обнаружить свободный газ в брюшной полости или горизонтальные уровни в кишечнике (чаши Клойбера»), когда клиницист даже не предполагает, что они могут быть. Это дает возможность улучшить своевременную диагностику ряда острых заболеваний.
- В каждом случае показания для рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта и его последовательность клиницист и рентгенолог определяют совместно.
- Исследование противопоказано при общем тяжелом состоянии больного, если оно может его ухудшить.
- Неотложное рентгенологическое исследование больных с острым желудочно-кишечным кровотечением позволило у 60-70 % из них обнаружить заболевания, которые могли быть причиной кровотечения [Горбашко А. И., 1974; Щербатенко М. К, Береснева Э. А., 1977, и др.].

Боль в животе

- При заболеваниях желудочно-кишечного тракта болевые ощущения возникают вследствие:
- спазма гладкой мускулатуры полых органов и выводных протоков (пищевод, желудок, кишка, желчный пузырь, желчевыводящие пути проток поджелудочной железы и др.);
- растяжения стенок полых органов и натяжения их связочного аппарата;
- ишемических или застойных нарушений кровообращения в сосудах брюшной полости (спазм; атеросклеротическое врожденное или другого происхождения стенозирование ветвей брюшной аорты тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов; застой в системе воротной и нижней полой вены; нарушения микроциркуляции и др.);
- структурных изменений и повреждений органов (язвообразование, воспаление, некроз, опухолевый рост);
- перфорации, пенетрации и перехода воспалительных изменений на париетальную брюшину (перитонеальная боль).

Часто указанные механизмы вызывающие боль, сочетаются: одни участки полого органа находятся в состоянии сокращения, а другие - растягиваются; те или иные изменений внутренних органов сопровождаются реактивными изменениями сосудов подключаются структурные изменения органов и т. д.

Спастические боли разнообразны по этиологии.

- к диагнозу приближает распознавание различий печеночной, желудочной, почечной, панкреатической, кишечной колик
- необходимо помнить о возможности мышечного спазма червеобразного отростка.
- выраженные спазмы могут быть симптомом отравлений (свинцовая колика и др.).
- возможен и функциональный генез боли спастического характера.

На практике спастические боли часто наблюдаются при функциональных заболеваниях толстой кишки (синдром раздраженной кишки).

Боль от растяжения полых органов

- Как правило, отличается ноющим или тянущим характером и часто не имеет четкой локализации. Иногда, при растяжении газами отдельных участков кишки, сочетающихся со спазмом других участков, боль может быть приступообразной.
- Отмечаются признаки общего или местного метеоризма. Патогенез таких болей разнообразен. Их причиной могут быть как алиментарные и функциональные факторы, так и органические заболевания.

Перитонеальные боли

- Возникают внезапно или постепенно, длятся более или менее продолжительное время и стихают постепенно.
- Отличаются более четкой локализацией, причем при пальпации можно обнаружить ограниченные болевые участки и точки.
- Перитонеальная боль усиливается от механических воздействий (при кашле, движении, пальпации) и вызывает защитный рефлекс в виде более или менее выраженного напряжения мышц брюшной стенки.
- Больной при перитонеальных болях принимает наиболее спокойное положение, избегая незначительных движений. Большое значение приобретают симптомы раздражения брюшины. Боли обычно сопровождаются общей воспалительной реакцией организма.
- **В подобных случаях возможны различные рефлекторные явления. Например, при перфорации язвы могут наблюдаться брадикардия, экстрасистолия и коллапс**.

Важное практическое значение в гастроэнтерологии имеет проблема отраженных болей.

Речь идет как об иррадиации болей, возникающих в пищеварительных органах, так и, напротив, отражении боли в живот при заболевании других органов и систем.

Боли, отраженные в живот, симулирующие абдоминальные заболевания довольно разнообразны;

- заболевания органов грудной полости,
- повреждения грудной стенки,
- заболевания и повреждения органов забрюшинного пространства позвоночника и таза,
- системные и некоторые инфекционные заболевания,
- эндокринная патология,
- повреждения головного и спинного мозга,
- поражения периферических нервов и ряд других патологических процессов также могут сопровождаться болями в животе.

- **Большое значение имеет тщательное и систематизированное обследование больных с болью в животе.**

Давние хронические, периодически появляющиеся или усиливающиеся боли, хорошо известные больному, менее тревожны.

Напротив, недавно возникшая боль в животе должна привлечь особое внимание врача.

Следует оценить и степень внезапности абдоминальной боли. Неожиданное возникновение боли характерно для большинства заболеваний, дающих клиническую картину «острого живота».

Однако в ряде случаев и при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости боль начинается постепенно, исподволь, причем больные могут охарактеризовать ее лишь как чувство растяжения, тяжести, неопределенного дискомфорта.

Терапия боли в животе

- Спазмолитические средства (2 % раствор папаверина гидрохлорида - 1-2 мл, 2 % раствор но-шпы - 2 мл, 0,2 % раствор платифиллина гидротартрата - 1-2 мл).
- При спастической боли целесообразен прием нитроглицерина (1-2 капли под язык).
- Широко используются атропин и метацин как внутрь, так и парентерально.
- Весьма эффективен баралгин.
- Эффект спазмолитических препаратов усиливают антигистаминные средства (димедрол, супрастин, пипольфен).

Терапия боли в животе

- В ряде случаев применяют внутривенное или внутримышечное введение эуфиллина, который одновременно улучшает функцию почек.

- Использование препаратов, уменьшающих спазм гладкой мускулатуры, производят под контролем АД. При выраженной артериальной гипотензии (100 мм рт. ст. и ниже) их применение возможно только при одновременной борьбе с ней.

- От использования атропина следует воздерживаться не только при наличии общеизвестных противопоказаний (глаукома, старческий возраст, атония мочевого пузыря, декомпенсированный стеноз привратника и др.), но и при злоупотреблении больного алкоголем (атропин иногда провоцирует нервно-психическое расстройство).

При упорных болях, применяется комбинация спазмолитических средств с наркотическими и ненаркотическими анальгетиков

- Препараты группы морфина, несмотря на их выраженный обезболивающий эффект, в неотложной гастроэнтерологии используют редко в связи с их свойствами повышать тонус гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, повышать давление в желчных и панкреатических протоках, а иногда вызывать тошноту и рвоту в результате раздражающего действия на хеморецепторы продолговатого мозга.
- Этих отрицательных свойств лишен промедол, оказывающий умеренное спазмолитическое действие, и др.
- Из ненаркотических средств широко используют анальгин (2-5 мл 50 % раствора внутримышечно или внутривенно) и баралгин (ампулы по 5 мл).
- В неотложной гастроэнтерологии хорошо зарекомендовало себя применение новокаина, действующего многосторонне (в частности, как спазмолитик и ингибитор калликреина. При выраженном болевом синдроме его вводят внутривенно (20-40 мл 0,5 % раствора).

Запоминаем!

- **Применение грелок при болях в животе невыясненного происхождения считается недопустимым**. Это связано с тем, что при ряде заболеваний (острый панкреатит, холецистит, аппендицит, перитонит, внематочная беременность, внутреннее кровотечение) тепло противопоказано.
- С другой стороны, грелка оказывает антиспастическое действие и уменьшает боли при различных коликах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, колитах и других заболеваниях.
- При остром панкреатите и острых воспалительных процессах показано применение холода (пузыри с холодной водой или льдом), что подавляет выработку панкреатических ферментов и в известной мере способствует стабилизации воспалительного процесса.
- Абдоминальные боли при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта являются индикатором их активности, признаком обострения.

- **Рвота** - частый симптом различных неотложных состояний; представляет собой сложнорефлекторный акт, в котором участвуют также мышцы брюшного пресса и диафрагма.

- В момент резкого повышения внутрибрюшного давления наступает сокращение привратника, а тело желудка и мышцы кардиального жома расслабляются. В координации сложных двигательных актов при рвоте участвует нервная система - хеморецепторы в области дна IV желудочка, рвотный центр, ретикулярная формация, вегетативные центры.

- Рвота, с клинической точки зрения,- распространенный симптом, наблюдающийся при многих патологических состояниях. **К сожалению, на практике внезапное появление рвоты нередко ошибочно трактуют как признак заболевания желудочно-кишечного тракта или «пищевого отравления», что приводит к серьезным ошибкам.** При клинической оценке рвоты нужно иметь в виду, что рвотный рефлекс может исходить из различных органов.
- Наиболее часто рвота возникает при раздражении рецепторов глотки («рвотных зон»), брюшины, желчных протоков, брыжейки, а также коронарных сосудов и некоторых отделов головного мозга.

- Рвота может сопровождать любую интенсивную боль или острое эмоциональное напряжение.

- **Таким образом, выделяют висцеральные, центральные и токсические варианты рвоты.**

При заболеваниях органов пищеварения рвоте обычно предшествуют тошнота и боль в животе.

Желудочная р в о т а чаще возникает в разгаре пищеварения в желудке (через '/2-1'/2 ч после приема пищи).

- рвотные массы обильны и содержат остатки съеденной пищи. После опорожнения желудка наступает некоторое улучшение состояния больного.

Вариант желудочной рвоты - так называемая

с т е н о т и ч е с к а я р в о т а, возникающая при стенозе привратника или двенадцатиперстной кишки на почве рубцевания пилородуоденальных язв или опухоли.

- для стенотической рвоты характерно ее периодическое возникновение, 1 раз в 2-3 дня, иногда ежедневно. При этом извергается большое количество рвотных масс с характерным неприятным бродильным или гнилостным запахом. В рвотных массах обнаруживаются остатки съеденной накануне пищи.

- Частые причины рвоты - экзогенные и эндогенные интоксикации.
- **Нередко рвота наблюдается при передозировке сердечных гликозидов.**
- Рвота может быть проявлением непереносимости различных медикаментов (антибиотиков, ацетилсалициловой кислоты, бутадиона, индометацина, препаратов железа и др.) или ранним симптомом различных отравлений, пищевой аллергии.
- Из числа эндогенных интоксикаций в первую очередь надо иметь в виду уремию.
- Обильная рвота с примесью желчи бывает при нарастающей недостаточности функции печени.
- Практический врач часто встречается с рвотой, нередко неукротимой, при токсикозах беременных.
- Рвотой может проявляться и развивающаяся надпочечниковая недостаточность.
- Ее наблюдают и при различных острых инфекционных заболеваниях, преимущественно в детском возрасте.

К р о в а в а я р в о т а.

- Первый вопрос. Какая причина появления крови в желудочном содержимом?
- Не следует забывать о возможности заглатывания крови.
- Источник кровотечения из желудочно-кишечного тракта при возникновении кровавой рвоты обычно располагается оральнее тощей кишки.
- Кровавая рвота наблюдается при язвенном кровотечении, эрозивном гастрите, варикозном расширении вен пищевода и желудка при циррозе печени, синдроме Маллори-Вейсса, полипозе или раке, геморрагическом диатезе.
- Кровавая рвота может быть осложнением при использовании препаратов стероидных гормонов и других медикаментов (салицилаты, производные пиразолона и др.).

Неотложная помощь (НП)

- НП при рвоте проводится в соответствии с вызвавшим ее заболеванием. Прямым показанием к промыванию желудка являются отравления.
- Повторные промывания проводятся при стенозах привратника. Промывания противопоказаны при патологии сердечно-сосудистой системы, рвоте центрального происхождения.
- При неукротимой рвоте традиционно прибегают к введению атропина (1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, подкожно или внутримышечно), аминазина или пропазина (1 мл 2,5 % раствора) и антигистаминных средств.
- Во многих случаях оказывается эффективным метоклопрамид (церукал, реглан), регулирующий моторную функцию желудочно-кишечного тракта и оказывающий влияние на триггерные зоны ствола мозга. Имеется опыт внутривенного применения препарата для снятия упорной тошноты и рвоты интоксикационного происхождения из расчета 2-5 мг/кг капельно, внутривенно.
- При затянувшейся рвоте необходима коррекция водного и электролитного баланса. Полезно внутривенное введение 10-15 мл 10 % раствора натрия хлорида или лучше инфузии изотонического раствора натрия хлорида. При невротической рвоте используются психотерапевтические приемы, иглорефлексотерапия.

- **Икота** становится предметом неотложной терапии при выраженной затянувшейся форме.
- Икота, как правило, зависит от проведения ритмичных импульсов в двигательных волокнах диафрагмального нерва и наступает в результате судорожных клонических сокращений диафрагмы. При этом возникает рефлекторная дуга, в состав которой входят чувствительные окончания и волокна диафрагмального и блуждающего нерва, центры спинного и продолговатого мозга, а возможно, и определенные участки коры головного мозга.
- При длительной или часто повторяющейся икоте эта нервно-рефлекторная дуга приобретает черты закрепленного автоматизма.
  - **В зависимости от уровней ее «включения» можно выделить периферическую, центральную и отраженную икоту.**

- Икота, возникающая после быстрого приема пищи, особенно сухой и плотной, а также алкоголя, зависит от раздражения чувствительных нервных окончаний в желудке (периферическая «желудочная» икота).

- Продолжительная икота наблюдается при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта в связи с вторичным раздражением окончаний диафрагмального нерва - при патологии желчного пузыря, поражении диафрагмальной брюшины, после операций на органах брюшной полости. Известна икота, вызываемая гельминтами, лямблиями.

- Упорная икота бывает при диафрагмальной грыже. Икота может быть вызвана раздражением ствола диафрагмального нерва на уровне средостения - при медиастините, плеврите, опухоли, увеличении лимфатических узлов, аневризме аорты, после операции.

Терапия икоты

- При продолжительной икоте, наряду с лечением основного заболевания, проводят симптоматическую терапию. Применяют атропин, аминазин, этаперазин, седативные средства, транквилизаторы.
- Упорная икота требует поиска индивидуально эффективных мероприятий. Среди них следует иметь в виду раздражение некоторых рефлексогенных зон (надавливание на глазные яблоки, между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы, прием Вальсальвы, использование той или иной позы и т. д.). Иногда дают эффект вагосимпатическая новокаиновая блокада по Вишневскому, блокада диафрагмального нерва, внутривенное введение эуфиллина, кальция хлорида, новокаина.
- Психогенная икота требует психотерапевтических приемов, иногда - гипнотерапии.
- Некоторые варианты упорной икоты прерываются сеансами иглорефлексотерапии

- **Изжога** - частый симптом при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
- Нарастающая, мучительная изжога, наблюдающаяся нередко в практике неотложной гастроэнтерологии, требует направленных мероприятий.
- Изжога возникает вследствие забрасывания в пищевод желудочного сока с повышенным содержанием хлористоводородной кислоты и пепсина.
- В ряде случаев изжога возможна при ахлоргидрии, когда в желудке накапливается большое количество органических кислот, и забросе желчи.
- В происхождении изжоги большое значение приобретают функциональная недостаточность кардиального сфинктера, гипермоторика желудка, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, пептический рефлюкс эзофагит.

- о недостаточности запирательной функции кардии и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы свидетельствует типичный симптом - изжога появляется или усиливается только при горизонтальном положении больного или при резком наклоне туловища вперед.
- изжога характерна для больных после операций на желудке с наложением пищеводно-желудочного анастомоза.
- у лиц, перенесших гастрэктомию, возможно попадание в пищевод панкреатического сока и желчи.
- у больных с ишемической болезнью сердца рефлюкс-эзофагит усиливает стенокардию (вследствие рефлекторного компонента в ее патогенезе).

- Борьба с изжогой состоит в рациональном лечении основного заболевания.
- Показаны механически, термически и химически щадящая диета, частое дробное питание, щелочные минеральные воды.
- Снижают кислотообразование и благоприятно действуют на слизистую оболочку пищевода растительные жиры (по 1-2 столовые ложки оливкового или кукурузного масла за 1-1,5 ч до еды).
- В отдельных случаях производят орошение слизистой оболочки пищевода растворами щелочей и антацидных средств по тонкому зонду, вводимому через нос.
- Больным с повышенной секреторной функцией желудка назначают препараты, подавляющие секрецию хлористоводородной кислоты (атропина сульфат, метацин, циметидин).
- Использовать натрия бикарбонат, хотя он и быстро уменьшает изжогу, нецелесообразно, так как он способствует образованию углекислоты, стимулирующей секрецию.
- Из щелочей предпочтительны окись магния или трисиликат магния (по 1 г в виде взвеси в 50 мл теплой воды).

- **Дисфагия** - затрудненное, иногда болезненное глотание, симптом многих заболеваний пищевода, а также прилежащих к нему органов и тканей. Кроме того, дисфагия возникает вследствие разного рода нейрогеиных нарушений.
- По современным представлениям, глотательный акт состоит из трех последовательных фаз передвижения пищевого комка из полости рта в глотку и далее - по пищеводу.
- Различают:

1) ротовую фазу (произвольную);
2) глоточную (непроизвольную, быструю) и
3) пищеводную (непроизвольную, медленную).

Акт глотания характеризуется строгой координацией всех участвующих в его осуществлении процессов, контролируется центрами продолговатого мозга, другими нервными и гуморальными механизмами.

- Дисфагия, вследствие нарушения ротовой фазы глотания, наблюдается при патологических процессах в полости рта - остром стоматите, глоссите, тонзиллите, резкой сухости слизистых оболочек, например вследствие заболеваний слюнных желез, передозировки атропина.
- При орофарингеальной дисфагии, возникающей при заболеваниях периферической и центральной нервной системы, пища, особенно жидкая, может попадать в дыхательные пути, что приводит к поперхиванию, кашлю и чиханью. Этот тип дисфагии встречается при бульбарном параличе, энцефалите, ботулизме, кровоизлиянии в мозг, тетании, неврите подъязычного нерва и др.
- Функциональная дисфагия при неврозах проявляется ощущением комка в горле (glomus hystericus).
- Обычно больные достаточно четко показывают уровень задержки пищевого комка (несколько выше места действительной задержки).

В норме пищевой комок проходит шейный отдел пищевода через 1-1 /2 с, грудной - через 5-6 с и через 6-8 с - поступает в желудок.

- Дисфагия - один из первых сигналов неблагополучия в пищеводе. Так как пищевод недоступен обычным клиническим методам исследования из-за своих анатомо-топографических особенностей, то возрастает диагностическое значение рентгенологических и инструментальных данных.

- Дисфагия чаще всего бывает следствием эзофагита, одним из ранних симптомов рака пищевода, встречается при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, инородных телах пищевода, дивертикулах, спазме и ахалазии кардии. У пожилых людей, длительно находящихся в горизонтальном положении, нарушения глотания могут зависеть от атонии пищевода. К дисфагии приводят дистрофические изменения слизистой оболочки пищевода при хронической железодефицитной анемии (сидеропеническая дисфагия, синдром Пламмера - Винсона) и других заболеваниях крови, синдроме Сьёгрена, кандидозе. Этот признак довольно типичен для системной склеродермии, встречается и при дерматомиозите.

- При язвенных поражениях пищевода наблюдается резко болезненная дисфагия.

- Дисфагия иногда возникает из-за сдавления пищевода соседними с ним образованиями (опухоли, увеличение лимфатических узлов, склерозирующий медиастинит, аневризма аорты, остеофиты при остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника, кардиомегалия и т. д.).
- При дифференциальной диагностике учитывают динамику дисфагии, постоянство, связь с плотностью принимаемой пищи.
- Функциональная дисфагия характеризуется периодичностью, связью с проглатыванием не столько плотной, сколько жидкой пищи (особенно горячей или холодной).
- Органическая дисфагия постоянна, облегчается при запивании пищи водой и прогрессирует при опухолях.
- Задержка инородного тела может оказаться первым клиническим проявлением нарушения проходимости пищевода на почве рака или другого органического поражения.

- Лечение дисфагии зависит от основного заболевания. Для нормализации усиленной моторики пищевода используют спазмолитические препараты.

- При упорной дисфагии показана щадящая диета; перед едой назначают местноанестезирующие средства - новокаин, анестезин.
- При эзофагоспазме полезны физиотерапевтические процедуры - электрофорез новокаина, магния сульфата или кальция хлорида на область шейных симпатических нервных узлов, гальванический воротник по Щербаку.

- В клинической практике часто наблюдаются стойкие **запоры** алиментарного и гипокинетического происхождения у лиц, длительно находящихся на постельном режиме.
- В ряде случаев - при заболеваниях желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы, мочеполовой сферы - приобретают значение их рефлекторные влияния на кишечник, вызывающие его спазмы или усугубляющие парез.
- При органических заболеваниях центральной нервной системы (нарушения мозгового кровообращения, опухоли и травмы головного и спинного мозга, менингиты и т. д.) запоры возникают главным образом вследствие нарушения нервной регуляции моторной функции кишечника и самого акта дефекации.

- По клиническим проявлениям и уровню поражения различают энтеральные и колитические поносы. Энтеральные поносы характеризуются обычно умеренным учащением стула (4-6 раз в сутки) и обильными испражнениями, в которых содержатся видимые на глаз остатки непереваренной пищи.
- При этом выявляется стеаторея; больные жалуются на ноющие боли в окружности пупка.
- Колитические поносы характеризуются очень частым стулом (до 10-15 и более раз в сутки), скудными испражнениями, нередко с примесью слизи и крови.
- Для колита типичны тенезмы, поскольку обычно в процесс вовлекается прямая кишка.

- При «беспричинных» поносах у лиц среднего и пожилого возраста, продолжающихся более 2-3 нед., следует заподозрить опухоль толстой кишки.
- Весьма тревожно, если при этом отмечается потеря массы тела, появляется кровь в кале.
- Нарушение стула у тяжелых больных может ухудшить течение болезни и в некоторых случаях приводит к серьезным последствиям.
- Пренебрежительное отношение к расстройствам стула у них, даже кажущимся малозначимыми, недопустимо - их надо корригировать.

- При лечении поносов первостепенное значение имеют этиотропная терапия, рациональная диета, восстановление водного и электролитного баланса, дезинтоксикационные и заместительные мероприятия.
- При инфекционном поносе применяют соответствующие антибактериальные препараты.
- При различных формах колитов и энтеритов назначают диеты № 4, 4б и 4в, разработанные Институтом питания АМН СССР

- Используют продукты, изготовленные из рисовой, картофельной, кукурузной или соевой муки, ржаного крахмала, лишенных клейковины. Рекомендуются нежирные сорта мяса и рыбы - вареные или приготовленные на пару.
- Показаны фруктовые желе, компоты и соки, содержащие дубильные вещества (из черники, черной смородины, граната). Полезны грецкие орехи. Сырые фрукты и овощи, обостряющие понос, исключаются. Могут использоваться подсушенный белый хлеб, сухое печенье, мармелад, пастила.

Многие больные, страдающие диареей. не переносят молоко.

- При затяжных поносах назначают ферментные препараты (панкреатин, фестал, лигестал,трифермент, панкурмен, панзинорм и др.), адсорбирующие средства (кальция карбонат, дерматол, каолин и др.), препараты лигнина (билигнин, полифепан).

- При дисбактериозе целесообразны бактериальные препараты (бификол, бифидумбактерин, коли-бактерии}, короткие курсы (5-7 дней) интестопана, а также метронидазол и производные нитрофурана - фурадонин, фураволидон. Находит применение фитотерапия: используются кора дуба, ромашка (цветки), зверобой (трава), змеевик (корневище), черемуха-и черника (ПЛОДЫ), ольховые шишки, аир (корень)

Абдоминальный парацентез

- Обычное место для парацентеза находится примерно на 15 см латеральнее пупка в левом или правом нижнем квадранте живота, при этом необходимо избегать повреждения увеличенных печени и селезенки, нижней и верхней наджелудочных артерий (проходят непосредственно латеральнее пупка в направлении середины паховой связки).
- Для диагностических целей отбирают 10-20 мл асцитической жидкости .
- Осложнения парацентеза возникают у 1% пациентов (абдоминальные гематомы), редко серьезные. Частота тяжелых осложнений, таких как гемоперитонеум или перфорация кишки, находится на уровне менее 1 на 1 тыс. процедур.
- Парацентез не противопоказан пациентам с нарушенным профилем свертываемости крови. У большинства больных циррозом с наличием асцита увеличено протромбиновое время и присутствует тромбоцитопения. Данных в пользу применения свежезамороженной плазмы перед парацентезом нет. При наличии тяжелой тромбоцитопении (< 40 х 1012/л) большинство экспертов рекомендуют введение тромбоцитарной массы для снижения риска кровотечения.