**Острые гастриты**

**Острый гастрит** – полиэтиологическое заболевание обусловленное воздействием химических, механических, термических и бактериологических факторов и представляет собой, в зависимости от тяжести заболевания. комплекс дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений охватывающих слизистую оболочку желудка или - в более тяжелых случаях – распространяющихся на интерстициальную ткань и мышечный слой органа.

Различают:

1. простой (банальный, катаральный);

2. коррозивный;

3. флегмонозный гастрит.

Катаральный гастрит вызывается чрезмерным раздражением слизистой оболочки желудка обильной, трудно перевариваемой пищей, крепкими алкогольными напитками, микроорганизмами и их токсинами, некоторыми медикаментами (салицилаты, бутадион, антибиотики и др.). В ряде случаев имеет значение пищевая аллергия допускается роль раздражающего воздействия концентрированного желудочного сока.

Предрасполагающие факторы:

1. нервно-психическое переутомление;

2. перенесенные заболевания;

3. генетические факторы.

**Клиника.**

Симптомы появляются через 4-8 часов после воздействия этиологического фактора. Беспокоят чувство тяжести и полноты в подложечной области, тошнота, головокружение, отрыжка, рвота, понос. Могут наблюдаться слабость, снижение аппетита, адинамия.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, язык обложен серовато-бледным налетом, отмечается слюнотечение или наоборот, сильная сухость во рту.

при пальпации – болезненность в эпигастральной области. PS обычно частый, может быть снижено АД. Возможно повышение температуры тела. При инфекционных заболеваниях и отравлениях присоединяются симптомы энтерита и колита и в тяжелых случаях, цилиндрурия.

В желудочном содержимом много слизи, секреторная и кислотообразующая функции могут быть как угнетены, так и усилены.

Моторные расстройства проявляются пилороспазмом, гипотонией желудка. Острый период заболевания при своевременно начатом лечении продолжается 2-3 дня.

**Лечение.**

1. Промывание желудка и кишечника (при алкогольной и другой интоксикации)

2. Назначения (при подозрении на инфекционную природу заболевания) антибактериальных препаратов: энтеросептол 0,25-0,5 г х 3 раза в день, левомицитин 1,5-2 г в день и др.

3. Адсорбирующие вещества: активированный уголь.

4. При аллергическом гастрите – антигистаминные средства (димедрол, тавегил, супрастин).

5. При выраженном болевом синдроме – атропина сульфат 0,5-1,0 мл 0,1% раствор подкожно, платифилина гидротартрат 0,2 % 1,0 подкожно, папаверина гидрохлорид 2% - 1,0 подкожно.

6. При обезвоживании:

физраствор и 5% раствор глюкозы внутривенно капельно.

7. При хлорпеническом синдроме внутривенно гипертонический раствор хлорида натрия.

8. При острой сердечно-сосудистой недостаточности кофеин, мезатон, кордиамин, норадреналин, глюкокортикостероиды.

9. Лечебное питание: 1-2 дня воздержаться от приема пищи, разрешается питье небольшим порциями - регидрон.

На 2-3 день нежирный бульон, слизистый суп, манную и протертую рисовую кашу, кисели, на 4 день - мясной, рыбный бульоны, отварную курицу, отварные котлеты, картофельное пюре, сухари, белый подсушенный хлеб. Затем щадящая диета, типа противоязвенной, а через 6-8 дней на обычное питание.

Прогноз:

При своевременном лечении благоприятный, если же действие вредных факторов повторяется – может перейти в хроническую форму.

Профилактика:

1. Рациональное питание,

2. Санитарно-гигиенический надзор на предприятиях общественного питания;

3. Санитарно-просветительная работа с населением.

Коррозивный гастрит – возникает при попадании в желудок агрессивных веществ (едкие щелочи, концентрированные кислоты, соли тяжелых металлов и др.) и их непосредственного некротизирующего действия на слизистую оболочку желудка.

Клиника:

Возникает сразу вслед за проглатыванием токсического вещества, появляется сильные жгучие боли во рту, за грудиной и в эпигастральной области, часто нестерпимые повторная мучительная рвота; в рвотных массах имеется кровь, слизь иногда фрагменты тканей. На губах, слизистой оболочке рта, зева и гортани имеются следы ожога: отек, гиперемия, изъязвления. При поражении гортани появляются охриплость голоса и стридорозное дыхание. В тяжелых случаях развивается шок.

Объективно: живот вздут, болезненый при пальпации, в эпигастральной области могут быть признаки раздражения брюшины.

В крови: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, в моче: белок, цилиндры.

Смерть наступает от шока или перитонита при перфорации стенки желудка.

Исходом могут быть рубцовые изменения в пилорическом и кардиальном отделах желудка.

Лечение:

1. Госпитализация;

2. Промывание желудка большим количеством теплой воды через зонд, смазанный растительным маслом (противопоказания: шок, деструкция пищевода);

3. При отравлениях кислотами к воде добавляют молоко, жженую магнезию, известковую воду, яичный белок при поражении щелочами – разведенную лимонную или уксусную кислоту.

3. При выраженных болях внутримышечно или внутривенно морфин или промедол, фентанил и дроперидол.

4. При коллапсе – кофеин, кордиамин, мезатон, норадреналин, физраствор, раствор глюкозы внутривенно.

5. В течение 1-ых дней голодание. При невозможности питания через рот парентерально вводят плазму, белковые гидролизаты.

6. При перфорации стенки желудка, отеке гортани – срочное оперативное лечение.

7. Для предупреждения сужения пищевода производят бужирование в период заживления, при неэффективности последнего – оперативное лечение.

Флегмонозный гастрит – встречается редко, вызывается стрептококками, в сочетании с кишечной палочкой, реже – стафиллококком, пневмококком, протеем. Может быть как осложнение язвы или распадающегося рака желудка, повреждения слизистой оболочки желудка при травме живота.

Клиника:

Развивается остро с ознобом, высокой лихорадкой, резкой адинамией и рвотой. Язык сухой, живот вздут, состояние резко ухудшается, отказываются от еды, быстро истощаются. Появляются характерные изменения черт лица – «лицо Гиппократа».

При пальпации – резкая болезненность в эпигастральной области.

В крови лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Могут быть осложнения: медиастинит, гнойный плеврит, субдиафрагмальный абсцесс, тромбофлебит крупных сосудов и абсцесс печени.

Прогноз серьезный.

Лечение:

1. Срочная госпитализация в хирургическое отделение;

2. Антибиотики широкого спектра действия в больших дозах: морфоциклин, канамицин;

3. При неэффективности – хирургическое вмешательство.