**Перфоративная язва** – это возникновение сквозного дефекта стенки желудка, двенадцатиперстной кишки или области гастроеюнального анастомоза в центре хронической или острой язвы, который открывается в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство.

**Клиническая классификация**

по этиологии:

• перфорация хронической язвы;

• перфорация острой язвы (гормональной, стрессовой и др.);

по локализации:

• язвы желудка (малой и большой кривизны, передней и задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе, в теле желудка);

• язвы двенадцатиперстной кишки (бульбарные, постбульбарные);

по клинической форме:

• перфорация в свободную брюшную полость (типичная, прикрытая);

• атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);

• сочетание перфорации с кровотечением в желудочно-кишечный тракт;

**Клиника: 3 периода**

1. **Период «острого живота» (шока или перфорации).**

Продолжительность 6—8 ч.

Боль — внезапная, жестокая, мучительная (могут терять сознание).

Боли обычно локализуются в эпигастрии или правом подреберье, продолжаются 2—3 ч, иррадиируют в плечо, лопатку, ключицу.

Осмотр. Больной лежит на спине или на правом боку с приведенными к животу ногами.

Пульс в первые часы редкий, до 50—60 ударов в минуту.

АД остается пониженным, но уже через 1,5—2 ч может нормализоваться. Снижение давления зависит от быстрого развития и тяжести перитонита.

Температура нормальная.

Дыхание в первой фазе учащено до 25—30 в минуту. Попытка больного вдохнуть глубже приводит к резкому усилению болей в животе.

После прободения больной испытывает жажду. Передняя брюшная стенка в начале заболевания неподвижна, не принимает участия в дыхании, втянута.

**Пальпация.** Прикосновение к животу вызывает значительную болезненность в надчревной области, правом подреберье и ближе к средней линии. Резкое напряжение брюшной стенки.

Пальпация напряженного живота болезненна.

Напряжение брюшной стенки и симптом Щеткина—Блюмберга относятся к самому начальному периоду.

При исследовании прямой кишки пальцем определяется болезненность прямокишечного пузырного углубления у мужчин, прямокишечно-маточного у женщин (симптом Куленкампффа).

1. **Фаза «мнимого благополучия» (8—12 ч)**.

Боли уменьшились, не такими резкие.

Дыхание свободное, глубже.

Через 5—6 ч температура поднимается до 37,5—38 °С.

АД понижается. Дыхание учащенное, язык становится сухим.

Отмечается вздутие живота.

При пальпации — отчетливая ригидность, но уже не доскообразный живот. Напряжение выражено в правой подвздошной области не меньше, чем в верхних отделах живота. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга. При ректальном исследовании всегда определяется резкая болезненность.

1. **Третья фаза (перитонит) — 24 ч и более**.

Состояние больного тяжелое: ввалившиеся глаза, синюшность губ, лица, частое и поверхностное дыхание, жажда, непрерывная боль в животе.

Скорость развития перитонита зависит от количества желудочного содержимого, его кислотности, вида бактерий, величины прободного отверстия, локализации, возраста, сопутствующей патологии.

Температура тела — 38—39 °С, пульс частый. АД понижено.

Вздутый, напряженный, болезненный живот.

//У некоторых больных удается выявить предшествующую прободению предперфорационную симптоматику, характеризующуюся значительным усилением боли под ложечкой и тошноты, появлением рвоты. Названные симптомы являются свидетельством обострения воспалительного процесса в зоне язвенного дефекта. Данное обстоятельство предрасполагает к возникновению прободения. Способствующим этому осложнению обстоятельством служит повышение внутрижелудочного давления, обусловленного рвотой и физическим напряжением.

**Диагностика:**

* Рентгенологическое исследование - обнаруживает присутствие свободного газа в брюшной полости, под правым куполом диафрагмы.
* Пневмогастрография или введение контрастного вещества через зонд в желудок, после чего выполняется обзорная рентгенография брюшной полости. Выявление на рентгенограмме газа под диафрагмой или контрастного вещества в свободной брюшной полости указывает на перфорацию язвы.
* Фиброгастродуоденоскопия. При прикрытых перфорациях внутрижелудочное нагнетание воздуха во время фиброгастродуоденоскопии способно спровоцировать появление воздуха под диафрагмой, а также способствовать выявлению язвы. Во время исследования возможно появление сильных болей в животе при нагнетании воздуха
* ЭКГ
* Лапароскопия

**Лечение:**

При прободных язвах используются 3 вида операций:

• резекция язвы;

• резекция желудка;

• органосохраняющие операции в сочетании с ваготомией.

 Показания к ушиванию язвы

• Лица молодого возраста со «свежей» язвой без морфологических признаков хронического и язвенного стеноза.

• При распространенных формах перитонита.

• При высокой степени операционного риска (преклонный возраст, тяжелая сопутствующая патология).

• Более 6 ч с момента перфорации.

В связи с тем, что после ушивания прободной язвы может наблюдаться прогрессирование язвенной болезни, отмечается значительное количество осложнений, предпочтительнее операции радикального характера.

 Показания к резекции желудка при перфоративной язв

• Срок с момента перфорации не более 6 ч.

• Наличие в анамнезе длительного язвенного процесса.

• Отсутствие тяжелой сопутствующей патологии.

• Подозрение на малигнизацию, стеноз, кровотечение, пенетрацию.

Показания к органосохраняющим операциям

• Молодой возраст.

• Отсутствие распространенности перитонита.

• Сочетание перфорации и кровотечения.

• Перфорация передней стенки пилородуоденального канала при отсутствии большого язвенного инфильтрата, переходящего на окружающие органы.

Ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикалоропластика

• При язве двенадцатиперстной кишки (передняя стенка) или пилорического отдела, не сопровождаемой большим инфильтратом, рубцовой деформацией.

• При сочетании перфорации и кровотечения, стенозе, пенетрации.

**Стеноз желудка**

*Стадия декомпенсации*: чувство распирания в эпигастрии, ежедневная обильная рвота. Рвотные массы содержат зловонные пищевые остатки. Больные истощены, обезвожены, адинамичны. Жажда, кожа сухая, тургор снижен. Через брюшную стенку видны контуры растянутого желудка, шум плеска в эпигастрии. При рентгенологическом исследовании желудок значительно расширен, содержит большое кол-во жидкости, перистальтика резко ослаблена. Эвакуация контраста из желудка задержана более чем на 24 ч.