**Пенетрирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Прободная язва**

Пенетрирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки - проникновение язвы в рядом расположенные органы и ткани. Выделяют 3 стадии пенетрации: стадия проникновения язвы через все слои стенки органа, стадия фиброзного сращения с подлежащими тканями и стадия завершенной пенетрации. Клиническая картина зависит от локализации язвы и органа, в который она пенетрирует. Язвы желудка чаще пенетрируют в малый сальник, при этом отмечаются выраженный болевой синдром, плохо поддающийся консервативной терапии, почти постоянная боль, связь с приемом пищи выражена нечетко. Язвы двенадцатиперстной кишки чаще пенетрируют в поджелудочную железу; иррадиация боли в поясничную область, гиперамилаземия. Пенетрация язвы в печеночно-двенадцатиперстную связку может привести к развитию механической желтухи. Язвы желудка могут пенетрировать в брюшную стенку (редко), язвы кардиального и субкардиального отдела желудка с пенетра-цией в малый сальник иногда обусловливают возникновение боли стенокардического характера.

В диагностике основное значение имеют: рентгенологическое исследование (выход ниши за контур желудка при профильном исследовании) и фиброгастроскопия (глубокий язвенный дефект).

Осложнения: перфорация язвы в свободную брюшную полость с развитием разлитого перитонита, профузное кровотечение из крупных сосудов малого сальника или под-желудочно-двенадцатиперстной артерии.

Лечение оперативное. Целесообразность его диктуется тяжестью и частотой возникающих осложнений, неэффективностью консервативной терапии. Операцию следует проводить только после курса противоязвенного лечения. При язве желудка выполняют резекцию его, при дуоденальной язве - селективную проксимальную ваготомию или стволовую ваго-томию в сочетании с антрум-резекцией.

Прогноз благоприятный.

Профилактика: своевременное адекватное (в том числе оперативное) лечение язвенной болезни.

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА - быстро возникающее сообщение просвета желудка или двенадцатиперстной кишки со свободной брюшной полостью. Около 10% язв осложняется перфорацией.

Симптомы, течение. За 3-4 дня до перфорации у больных отмечается резкое обострение язвенной болезни, при осмотре-некоторое напряжение мышц и локальная пер-куторная болезненность в области язвы. Затем внезапно (чаще при физическом напряжении) появляется резкая «кинжальная» боль в эпигастрии, которая быстро распространяется по всему животу. Боль резко усиливается при движениях. В начальной стадии заболевания может быть однократная рвота рефлекторного характера. Положение больного чаще вынужденное- с приведенными к животу коленями. Выражение лица страдальческое, испуганное. Язык суховат, обложен. Живот резко напряжен («доскообразный»), болезнен во всех отделах, резко положительны симптомы раздражения брюшины. Печеночная тупость отсутствует или сглажена. Тахикардия. При рентгенологическом исследовании-серп воздуха под диафрагмой (в зависимости от времени, прошедшего с момента перфорации, в 60-80%).

Выделяют 3 стадии заболевания: рефлекторную (до 6 ч), мнимого благополучия (6-12ч) и прогрессирования перитонита (свыше 12ч). В стадии мнимого благополучия интенсивность болевого синдрома несколько уменьшается, улучшается состояние больного, живот становится мягче и менее болезненным, однако перитонит прогрессирует, состояние больных постепенно ухудшается.

В диагностике помогают: язвенный анамнез (80-90%), «кинжальная» боль, «доскообразный» живот, тахикардия при нормальной температуре.

Лечение оперативное. Перед операцией - премедикация антибиотиками. При разлитом гнойном перитоните у соматически отягощенных больных при перфорации острой язвы показано ушивание перфоративного отверстия. При желудочной локализации язвы до ушивания целесообразно взять кусочек из края язвы для гистологического исследования (перфорация раковой опухоли?). В остальных случаях при перфорации дуоденальной язвы применяют ваготомию (различные варианты) с дренирующими операциями (лучше иссечение язвы и ушивание дефекта в поперечном направлении-типа пилоропластики по Гейнеке - Микуличу). При перфорации язвы желудка производят резекцию его.

Профилактика: своевременное лечение (в том числе хирургическое) язвенной болезни. При отказе больного от операции или невозможности ее выполнения при небольших сроках с момента перфорации возможно применение метода Тейлора-постоянная аспирация желудочного содержимого с помощью тонкого желудочного зонда, парентеральное введение жидкости, массивная антибиотикотерапия.

Прикрытая перфорация - микроперфорация язвы со спонтанным закрытием дефекта сальником или соседним органом, кусочком пищи. Характерно типичное начало заболевания, затем резкое изменение клинической картины: уменьшение болей, напряжение мышц нерезкое, чаще определяется в правой подвздошной области (затекание содержимого по правому боковому каналу), здесь же положительные симптомы раздражения брюшины. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости-серп газа под диафрагмой.

Осложнения: поддиафрагмальный, подпеченочный абсцессы, абсцесс сальниковой сумки,

Лечение в первые 2 сут - как при типичной перфорации; через 2 сут при хорошем общем состоянии больного и отсутствии перитонеальных явлений лечение такое же, как при пенетрирующей язве.

Прогноз благоприятный.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>