ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ являются:

 1. Кровотечение

 2. Прободение

 3. Пенетрация язвы

 4. Рубцевый стеноз

 5. Малигнизация язвы

 КРОВОТЕЧЕНИЕ - наиболее частое и серьезное осложнение, оно встре-

 чается у 15-20 % больных и является причиной почти

 половины всех летальных исходов при этом заболевании.

 Наблюдается преимущественно у мужчин молодого возраста.

 Чаще встречаются малые кровотечения, массивные

 встречаются реже. Иногда внезапное массивное кровоте-

 чение является первым проявлением заболевания.

 Кровотечение бывает в результате аррозии сосуда

 в язве, венозного стаза или тромбоза вен.

 Причиной его могут быть различные нарушения гомеостаза.

 При этом определенная роль отводится желудочному

 соку, обладающему антикоагулирующими свойствами.

 Чем выше кислотность сока и активность пепсина, тем

 менее выражены коагуляционные свойства крови.

 Симптоматика - зависит от объема кровопотери.

 Небольшие кровотечения характеризуются бледностью

 кожи, головокружением, слабостью. При выраженном

 кровотечении отмечаются - милена, однократная или

 повторная рвота цвета "кофейной гущи".

 ПРОБОДЕНИЕ ЯЗВЫ - одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений.

 Встречается в 7% случаев. Чаще отмечается

 прободение язв 12-перстной кишки. Однако прободение

 язв желудка сопровождается более высокой летальностью.

 В подавляющем большинстве случаев - это свободные

 прободения в брюшную полость. В 20% при язвах

 задней стенки желудка и 12-перстной кишки

 наблюдаются "прикрытые" прободения, обусловленные

 быстрым развитием фибринозного воспаления и

 прикрытием прободного отверстия малым сальником,

 левой долей печени или поджелудочной железой.

 Проявляется внезапной резкой(кинжальной) болью

 в верхнем отделе живота. Внезапность и интенсивность

 болей не бывают столь выраженными ни при каких

 других состояниях. Больной принимает вынужденное

 положение с подтянутыми к животу коленями, старается

 не двигаться. При пальпации отмечается резко

 выраженное напряжение мышц передней брюшной

 стенки. В первые часы после прободения у больных

 появляется рвота, которая в дальнейшем при развитии

 разлитого перитонита становится многократной,

 брадикардия сменяется тахикардией, пульс слабого

 наполнения. Появляется лихорадка, лейкоцитоз,

 СОЭ увеличено.

 При рентгенологическом исследовании в брюшной

 полости под диафрагмой определяется газ.

 ПЕНЕТРАЦИЯ - характеризуется проникновением язвы в соприкасающиеся

 с желудком или луковицей 12-перстной кишки органы -

 печень, поджелудочную железу, малый сальник.

 Клиническая картина в остром периоде напоминает

 прободение, но боль бывает менее интенсивной.

 Вскоре присоединяются признаки поражения того органа,

 в который произошла пенетрация(опоясывающая боль

 и рвота при поражении поджелудочной железы, боль в

 правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и в

 спину при пенетрации в печень и др.) В ряде случаев

 пенетрация происходит постепенно. При постановке

 диагноза необходимо учитывать наличие постоянного

 болевого синдрома, лейкоцитоз, субфебрилитет, и др.

 РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА - при язвенной болезни развивается

 постепенно. Рубцовое сужение канала приврат-

 ника имеет циркулярный характер, а в начальной

 части 12-перстной кишки процесс распростра-

 няется эксцентрично. Симптоматика этого

 осложнения зависит от степени сужения

 привратника и продолжительности опорожнения

 желудка. В фазе компенсации может возникнуть

 чувство тяжести, переполнения в области

 желудка, особенно после приема обильной пищи.

 Иногда наблюдается отрыжка кислым, рвота.

 В фазе субкомпенсации отмечается усиление

 болей, учащение рвоты, в рвотных массах

 нередко содержатся остатки пищи, принятой

 накануне. Для фазы декомпенсации характерны

 тяжелые нарушения в виде резкого снижения

 веса тела, обезвоживания организма,

 гипопротеинемии, гипокалиемии, азотемии и др.

 МАЛИГНИЗАЦИЯ - наблюдается почти исключительно при локализации

 язвы в желудке. Малигнизация язв 12-перстной кишки

 встречается очень редко. При малигнизации язвы

 боли становятся постоянными, теряют связь с приемом

 пищи, аппетит снижается, нарастает истощение,

 отмечаются тошнота, рвота, субфебрильная температура,

 анемия, ускоренная СОЭ, стойко положительная

 бензидиновая проба.

источник: харьковский медицинский университет

составил студент 2-го факультета Абоимов И.А.