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.