

газа в брюшной полости – признак не постоянный, но патогномоничный симптом, с достоверностью свидетельствующий о прободении полого органа.

При наличии хотя бы одного из этих признаков, даже если он не достаточно выражен, больной срочно направляется в хирургическое отделение. Следует помнить, что прободение язвы может произойти и у больных, не имевших в анамнезе никаких проявлений язвенной болезни.

Врач общей практики должен ориентироваться, что абсолютными показаниями к операции на желудке являются: прободение, кровотечение, стеноз выхода из желудка, пенетрация и перерождение язвы в рак. Доля так называемых относительных показаний, выставляемых при неэффективности систематически проводимого в течение 2-3 лет консервативного лечения или отсутствие возможности для такого лечения при выраженном болевом синдроме, с учетом существующих возможностей медикаментозного лечения, в настоящее время минимальна.

Семейному врачу важно знать признаки **злокачественного перерождения язвы**. Его каминальными клиническими симптомами будут изменение характера болей (боли уменьшают свою интенсивность, приобретают ноющий изматывающий характер и утрачивают связь с приемом пищи), а также признаки раковой интоксикации (ухудшение аппетита, слабость, понижение работоспособности и ухудшение общего состояния). Гиперацидность (если она присутствовала) сменяется понижением кислотности. Для злокачественной онкологии характерно ускорение СОЭ и анемия. Решающее значение в диагностике такого осложнения имеет фиброгастроскопия и биопсия язвы, на которую больной должен быть обязательно послан даже при минимальном подозрении или по программе его диспансеризации.

3.10. Редкие острые заболевания органов брюшной полости

Острое расширение желудка возникает как острое нарушение моторики по типу атонии на фоне обильного приема пищи и в послеоперационном периоде. При этом желудок резко расширяется со смещением и натяжением брыжейки тонкой кишки и сдавлением мезентериальными сосудами нижней горизонтальной части дуоденума (острая “артерио-мезентериальная непроходимость”). В результате нарушаются тонус и всасывание при продолжающейся секреции.

Чаще наблюдается в послеоперационном периоде, реже при заболеваниях нервной и эндокринной систем, стенозе привратника, инфаркте миокарда, тяжелых инфекциях, а также при приеме обильной пищи с газообразованием.

Проявляется упорной обильной рвотой (6—8 л в сутки), нарушением водно-электролитного обмена. Живот резко увеличен в эпигастрии, определяется шум плеска. Некупирующееся расширение желудка ведет к олигурии, гипокалиемии, гипохлоремии, алкалозу и далее к желудочной тетании. Может осложниться разрывом задней стенки кардиальной части желудка.

Лечение преимущественно консервативное. Ключевым компонентом является постановка зонда в желудок и эффективная эвакуация содержимого.