

Имеются две основные формы: язвенный туберкулез желудка (57-80%) и стенозирующий туберкулез привратника (является первичной локализацией туберкулеза). Реже наблюдаются туморозная и склерозирующая формы.

Язвы желудка чаще единичные. Размеры от булавочной головки до 10 см и более. Чаще в антральном отделе и вдоль малой кривизны. Чаще у детей и у лиц мужского пола. В 90% сочетается с туберкулезом легких.

Язвенная форма по клинике напоминает гастрит, иногда язвенную болезнь. Желудочные жалобы тонут в океане симптомов туберкулезного поражения легких, кишечника и других органов.

Стенозирующий туберкулез привратника проявляется симптомами нарушения эвакуаторной функции желудка. Характерна большая частота поносов, что связано с параллельным поражением кишечника.

Диагностика инструментальная. При этом кислотность часто снижена.

При рентгеноскопии выявляется: эвакуация замедлена, имеются неправильной формы дефекты наполнения в области привратника.

При гастроскопии обнаруживаются подрытые змеевидные края язвы, на дне её видны мелкие узелки, а в окружающей её слизистой – множественные туберкулезные бугорки.

Подтверждают диагноз положительные туберкулиновые пробы, наличие бацилл Коха в секрете желудка натощак и в промывных водах.

Лечение аналогично лечению других форм туберкулеза и находится, как правило, вне компетенции хирурга. Эвакуаторная функция желудка улучшается за счет уменьшения воспалительных процессов.

Хирургическое лечение (резекция или гастроэнтероанастомоз) показано лишь при отсутствии эффекта от специфического лечения, особенно когда поражение привратника первично, а также в случае осложнения (кровотечение, перфорация) и при невозможности исключить рак.

Сифилис желудка (gastrolues) проявляется специфическими изменениями, наблюдаемыми при третичном сифилисе: гумма желудка в различных стадиях, люэтическая фиброзная гиперплазия, сифилитический ангиит желудка. У взрослых причина в приобретенном сифилисе, у детей – во врожденном.

Известно, что гуммозная инфильтрация (круглоклеточная, лимфоцитарная и плазмоцитарная) начинается в подслизистом слое, чаще в препилорическом отделе. Спирохеты в ткани обнаруживаются с трудом, что затрудняет точную диагностику. Распространение процесса происходит в сторону слизистой и при распаде гуммы возникает сифилитическая язва желудка (характерны большие размеры), а также в сторону серозной оболочки — перигастрит с развитием спаек. Может развиваться сужение привратника.

Диффузная фиброзная гиперплазия слизистой желудка встречается так же часто, как и гуммозная инфильтрация, и может сочетаться с ней.

Заболевание долгое время протекает бессимптомно.

Проявляется в следующих клинических формах:

- Гастритической (характерны тупые боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи).