

Флегмозный гастрит – гнойное воспаление стенки желудка.

По распространенности выделяют: диффузный и ограниченный.

По генезу: первичный и вторичный (как осложнение язвы или распадающейся опухоли).

Чаще причинным является гемолитический стрептококк в сочетании с кишечной палочкой, стафилококком, протеем и др.

Пути инфицирования: травма слизистой проглоченными твердыми острыми предметами, ожог; кровоизлияния в стенку желудка, в том числе при травме живота; гематогенный путь при сепсисе, роже, брюшном тифе и др. генерализованных инфекциях.

Алкоголизм и инфекция могут служить предрасполагающими факторами.

При ограниченной форме абсцесс чаще наблюдается в пилорическом отделе в подслизистом слое и в виде опухоли округлой формы выбухает через слизистую или серозу. В последнем случае есть реакция брюшины.

При диффузной форме гнойный процесс с подслизистого распространяется на все слои желудочной стенки и переходит на брюшину.

Разновидностью является эмфизематозный гастрит при наличии газообразующих бактерий.

Клиника зависит от формы:

1. Молниеносная с внезапным бурным началом, токсическим шоком и смертью через несколько часов.

2. Острая с появлением резких болей в верхней части живота, рвоты, озноба, лихорадкой и резкой слабостью. Может быть продром в виде общего недомогания, диспепсии, небольших болей в эпигастрии. Протекает с частыми рвотами, интенсивными болями, гектической лихорадкой, быстрым истощением. Рвотные массы — остатки пищи, слизь, желчь. Характерна рвота гноем, но очень редко и говорит о прорыве абсцесса в полость желудка. Выражен синдром токсикоза. Присоединяется перитонит.

Осложнения гастрита: флебит печеночных вен, абсцессы печени, поддиафрагмальный абсцесс, гнойные перикардит, плеврит, медиастинит.

Смертельный исход наблюдается через 1-3 недели.

3. Хроническая с нерезкими болями, диспепсией, субфебрилитетом, прогрессирующим истощением. При мягком животе в эпигастрии иногда пальпируется болезненная опухоль. Рентгенологически картина скирра. Продолжительность жизни несколько недель и месяцев.

Диагноз чаще ставится на операционном столе.

Прогноз очень серьезный. Смертность при острых формах – 80%, при хронических – 25%.

У переживших острый период возникают грубые склеротические изменения желудка, требующие лечения.

Лечение заключается в назначении больших доз антибиотиков, детоксикации. При ограниченных формах возможно рассечение или иссечение абсцессов.