Дата занятия: 14.05.2020

ТЕМА: «Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК: пилородуоденальный стеноз, пенетрация, малигнизация. Симптоматические язвы ЖКТ»

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Клиника пенетрирующей язвы.

2. Тактика хирурга при подозрении на малигнизацию язвы.

3. В какой стадии стенозирования целесообразно проводить консервативное и оперативное лечение.

**ТЕСТЫ:**

1. У БОЛЬНОГО 48 ЛЕТ СОЧЕТАННАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ВЫРАЖЕННАЯ РУБЦОВОЯЗВЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С СУБКОМПЕНСИРОВАННЫМ ПИЛОРОБУЛЬБАРНЫМ СТЕНОЗОМ И ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА УГЛА ЖЕЛУДКА). КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ?

1) резекция желудка;

2) селективная проксимальная ваготомия;

3) стволовая ваготомия с пилоропластикой;

4) гастроэнтеростомия;

5) ваготомия с гемигастрэктомией;

2. У БОЛЬНОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА. ЖАЛОБЫ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ, ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ. ВЫРАЖЕННАЯ СЛАБОСТЬ. ИСТОЩЕН. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ДАННОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:

1) симптом «падающей капли» и вздутия живота;

2) «кинжальная боль» в эпигастральной области и ригидность брюшной стенки;

3) симптом «шума плеска»;

4) отсутствие перистальтики, стул в виде «малинового желе»;

5) локальная болезненность при пальпации в правом подреберье и высокий лейкоцитоз;

3. У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ ОПУХОЛЬ С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА, ПОЛНОСТЬЮ СТЕНОЗИРУЮЩАЯ ВЫХОД ИЗ ЖЕЛУДКА. ДИАГНОЗ УСТАНОВЛЕН С ПОМОЩЬЮ ФГДС. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВЗЯТА БИОПСИЯ. ПРИ УЗИ МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНИ, АСЦИТ. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

1) субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией;

2) наложение гастростомы;

3) гастроэнтероанастомоз;

4) наложение илеостомы;

5) гастродуоденоанастомоз;

4. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО, ИМЕЮЩЕГО 15-ЛЕТНИЙ ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗ, БЫЛ ЗАПОДОЗРЕН СТЕНОЗ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1) шум «плеска» натощак;

2) эндотоксикоз;

3) рвота съеденной пищей;

4) анемия;

5) периодический судорожный синдром;

5. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЫ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ:

1) стеноз;

2) перфорация;

3) кровотечение;

4) пенетрация в головку поджелудочной железы;

5) малигнизация;

6. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАВШЕГО ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА, ХИРУРГ СДЕЛАЛ ЕМУ ФГДС. РЕЗУЛЬТАТ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН НАСТОРОЖИТЬ ХИРУРГА ОТНОСИТЕЛЬНО ВОЗМОЖНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ:

1) жидкость натощак;

2) форма желудка в виде «рыболовного крючка»;

3) диаметр язвы 2,5 см;

4) задержка эвакуации;

5) симптом Декервена;

7. У БОЛЬНОГО 48 ЛЕТ С ГИГАНТСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ (ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТРАДАЕТ НА ПРОТЯЖЕНИИ 11 ЛЕТ) ВЫЯВЛЕНА ГИСТАМИНОРЕФРАКТЕРНАЯ АХЛОРГИДРИЯ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА:

1) стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного;

2) стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного;

3) консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение;

4) противоязвенная терапия перед плановой операцией (предоперационная подготовка);

5) экстренная операция;

8. МУЖЧИНА 55 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗ. В ПОСЛЕДНИЕ ПОЛТОРА ГОДА ЧАСТАЯ РВОТА СЪЕДЕННОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ПОХУДЕЛ НА 20 КГ. ГЕМАТОКРИТ 55%. ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

1) выполнение эзофагогастродуоденоскопии с проведением зонда в тонкую кишку для энтерального питания;

2) регулярное промывание желудка;

3) оперативное лечение.

4) назначение метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка;

5) назначение Н2-блокаторов внутривенно;

9. У МУЖЧИНЫ, 55 ЛЕТ, РАНЕЕ НЕ ОБСЛЕДОВАННОГО, ПРИ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОСКОПИИ ВЫЯВЛЕН ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛУДОК, ЭВАКУАЦИЯ БАРИЯ ЗАТРУДНЕНА. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАЛИЧИИ УКАЗАННОЙ ПАТОЛОГИИ.

1) гипертензия;

2) электролитные нарушения;

3) лихорадка;

4) нарушение функции печени;

5) гипергликемия;

10. ОБЪЁМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ:

1) Строгий постельный режим.

2) Введение гемостатиков (викасол, дицинон и др.).

3) Холод на эпигастральную область.

4) Препараты группы соматостатинов.

5) Антибиотикотерапия.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

**Ситуационная задача №1:** Больной 51 года поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три назад, появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

1) О каком осложнении можно думать?

2) Что ожидается при рентгеноскопии желудка?

3) Оцените состояние водно-электролитного обмена. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи?

4) Какова тактика лечения данного больного?

5) Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

**Ситуационная задача №2:** Больной 54 лет длительно страдает язвенной болезнью с локализацией язвы в антральном отделе желудка с частыми рецидивами. Похудел. Последние 6 месяцев постоянные боли в эпигастрии, не связанные с едой, иррадиирующие в поясницу, дисфагия, отрыжка «тухлым», рвота с примесью накануне съеденной пищей. Анализ крови: Нв 102 г/л. Эр. 3,2х1012/л, Лейкоциты 7,2х109/л, СОЭ 38 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

1) О каких осложнениях можно думать?

2) Какой методы исследования необходимо провести?

3) Каким исследованиям дадите предпочтение и почему?

4) Какие метаболические нарушения превалируют у этой категории больных при поступлении.

5) Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:**

1. Осуществить промывание желудка.

2. Определить пригодность крови и кровезаменителей.