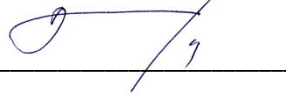


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Хирургических болезней № 1
Института НМФО

 Веденин Ю.И.

Раздел 3

Заболевания желудка

Теоретическая часть

1. Аутоиммунный гастрит.

https://af.attachmail.ru/cgi-bin/readmsg/Актуальный_взгляд_на_проблему_АИГа.pdf?id=17611654880084117786%3B0%3B1¬ype=1&rid=2634994451221501114021383502222773039696&x-email=nogina.1978%40mail.ru

2. Гастрит и дуоденит. Клинические рекомендации.

<https://af.attachmail.ru/cgi-bin/readmsg/Гастрит+.pdf?id=17611655241539457909%3B0%3B1¬ype=1&rid=325208524126937019614132124096228421169&x-email=nogina.1978%40mail.ru>

3. Хеликобактер

<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=Хеликобактер+.pdf&id=17611655540321564634%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>

4. Язвенная болезнь. Клинические рекомендации.

<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=ЯБ+2025.pdf&id=17611657890054868215%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>

5. Функциональная диспепсия.

<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=Пак+желудка+.pdf&id=17611656310912421235%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>

6. Рак желудка. Клинические рекомендации

<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=Рак+желудка+.pdf&id=17611656310912421235%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>

7. Гастроскопия. Бертольд Блок, Гвидо Шахмаль, Гартмут Шмидт. Учебное пособие, перевод с немецкого под общей редакцией И.В.Минаева, С.И. Емельянова. Москва: МЕДпресс-информ, 2021. URL : <https://medbase.ru/book/html>

8. Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2022. URL : <https://medbase.ru/book/html>

9. Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Н.Е. Чернеховская, В.Г. Андреев, А.В. Поваляев, Из-во Бином, 2023 г., Москва. URL : <https://medbase.ru/book.html>
10. Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта.
Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
11. Бельмер, С. В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации) / С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печкуров. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5643-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456439.html> . - Режим доступа : по подписке.
12. Гастроэнтерология : учебное пособие / А. А. Усанова, Э. К. Новикова, Ф. Кузма [и др.] ; под редакцией А. А. Усановой. — Саранск : МГУ им. Н.П. Огарева, 2024. — 164 с. — ISBN 978-5-7103-4778-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/478850> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Практическая часть

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Пациент М, 38 лет поступил в приемный покой больницы СМП с жалобами на боли верхних отделов живота в течение последних 14 дней. К врачам не обращался, самостоятельно не лечился. У пациента возникла рвота темного цвета, в связи с чем вызвал карету медицинской помощи и доставлен в больницу.

Объективно: кожные покровы бледные, холодные на ощупь. АД 100/50, ЧСС 85 уд. в мин. Per. rectum – на перчатке кал темного цвета.

Выполнена ЭГД : Слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая. Пищевод свободно проходим, в просвете и на стенках следы «кофейной гущи», аспирация. Кардия на 40 см от резцов, смыкается неполностью. Z – линия четкая, с разноамплитудными зубцами. В желудке умеренное количество промывной жидкости с примесью крови и сгустков, аспирация частичная. В средней трети тела желудка, по малой кривизне - округлая язва d 20мм в диаметре, вал выражен, край нечеткий, плотный, дно выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте эндоскопическое заключение с применением необходимой классификации.
2. Определите лечебную тактику.
3. Укажите необходимые рекомендации по ведению пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Женщина Р. 56 лет поступила в хирургическое отделение на плановую лапароскопическую холецистэктомию. Во время плановой, предоперационной ЭГДС выявлено: в средней трети тела желудка, по задней стенке опухолевидное объемное образование d 30мм, мягко-эластичной консистенции, слизистая над ним не изменена. При эндопальпации – подвижное, легко смещаемое в подслизистом слое. Симптом шатра «+» положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте эндоскопическое заключение.
2. Определите дальнейшую лечебную тактику.
3. Определите необходимость проведения дополнительных методов обследования.
4. Эндоскопическая находка является противопоказанием для выполнения планового оперативного вмешательства ?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Мужчина 35 лет доставлен каретой скорой медицинской помощи в приемной покой стационара с жалобами на рвоту и стул черного цвета. Осмотрен хирургом, направлен на эзофагогастродуоденоскопию.

Анамнез заболевания: боли в верхних отделах беспокоят в течение 2 недель, самостоятельно принимал «но-шпу», «кеторол». Положительного эффекта не было. Несколько дней назад появился стул черного цвета, сегодня была рвота темного цвета. Вызвал КСМП, доставлен в больницу № 7

ЭГДС : слизистая пищевода бледно-розового цвета, на стенках прожилки жидкости типа «кофейной гущи», аспирация. Пищевод свободно проходит. Кардия на 41см от резцов, смыкается неполностью. Z- линия «смазана». В желудке умеренное количество крови со сгустками. В средней трети тела желудка , по малой кривизне - округлая язва d 20мм, вал выражен, края четкие, плотные, дно полностью не визуализируется из-за сгустка крови, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте эндоскопическое заключение, используя классификацию Forrest.
2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.

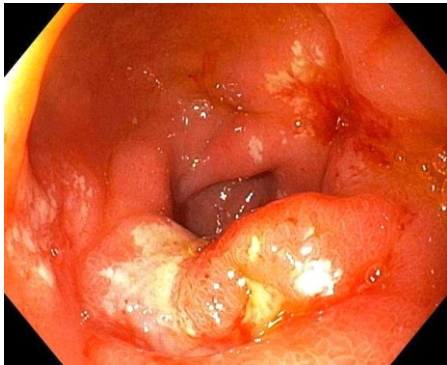
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Пациент Ж., 32 лет жалуется на постоянные, тупые боли в верхних отделах живота, стихающие после приема пищи. Отмечает болевой симптом в ночное время.

Анамнез: считает себя больным в течение 10 дней, когда появились вышеописанные боли, периодическая тошнота. Не лечился, обратился в поликлинику к терапевту.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 36,7. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Язык обложен у корня белым налетом.

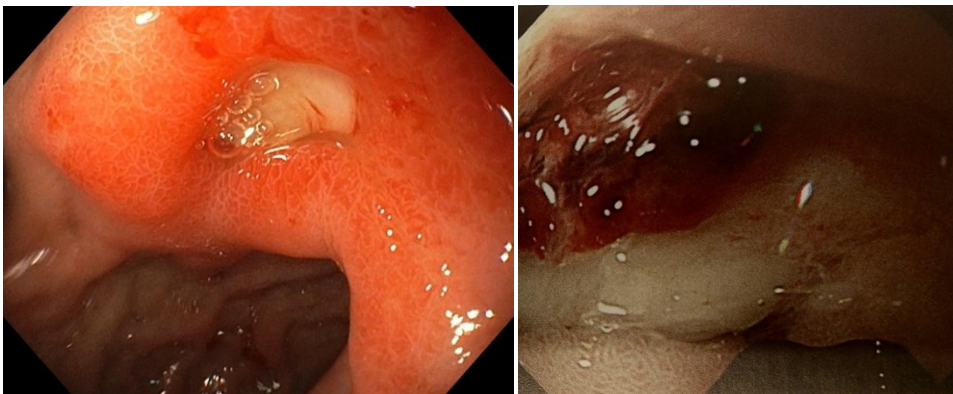
Выполнена ЭГДС (фото прилагается).



Вопросы:

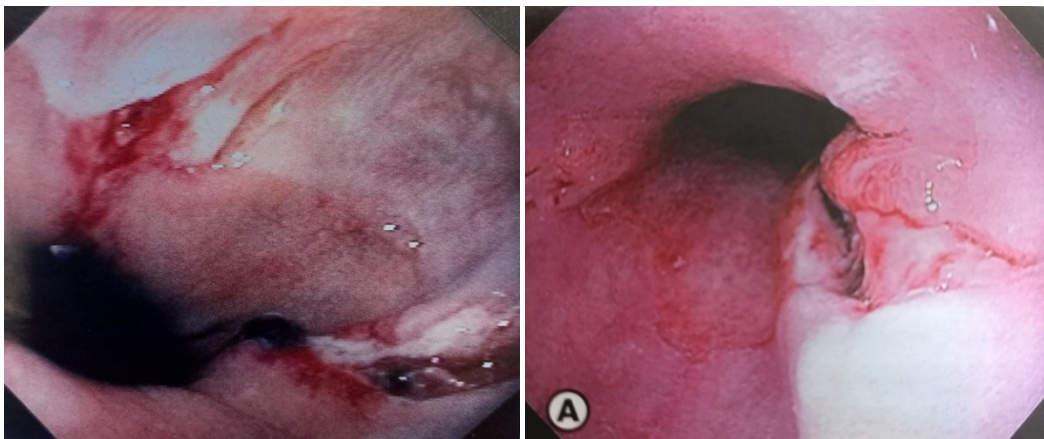
1. Сформулируйте эндоскопическое заключение.
2. Укажите точную локализацию патологического процесса (орган, отдел, стенка).
3. Определите лечебную тактику.

Фото 1,2.



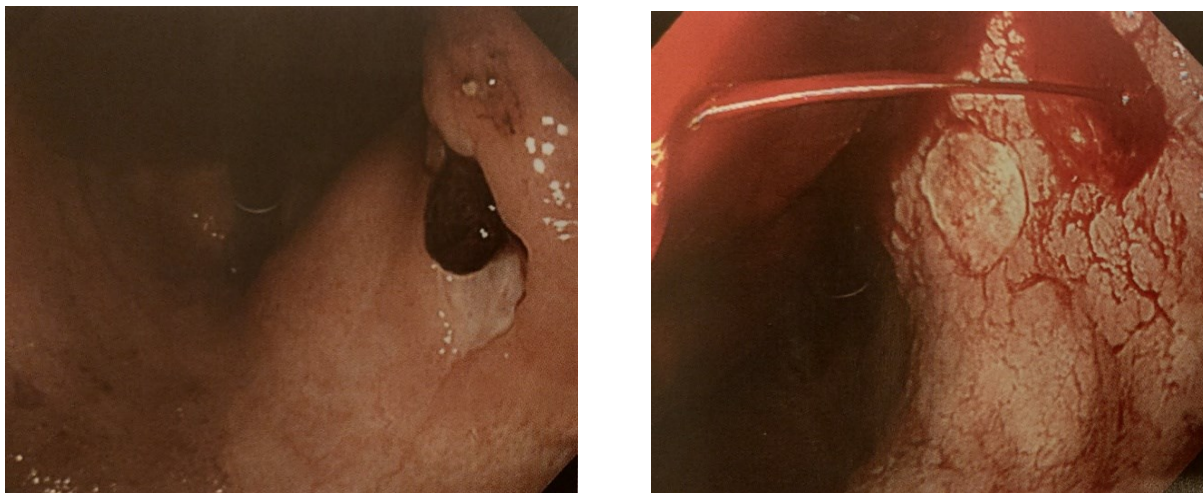
1. Опишите фото 1,2. Составьте протокол и эндоскопическое заключение.
2. Определите тактику..

Фото 3,4



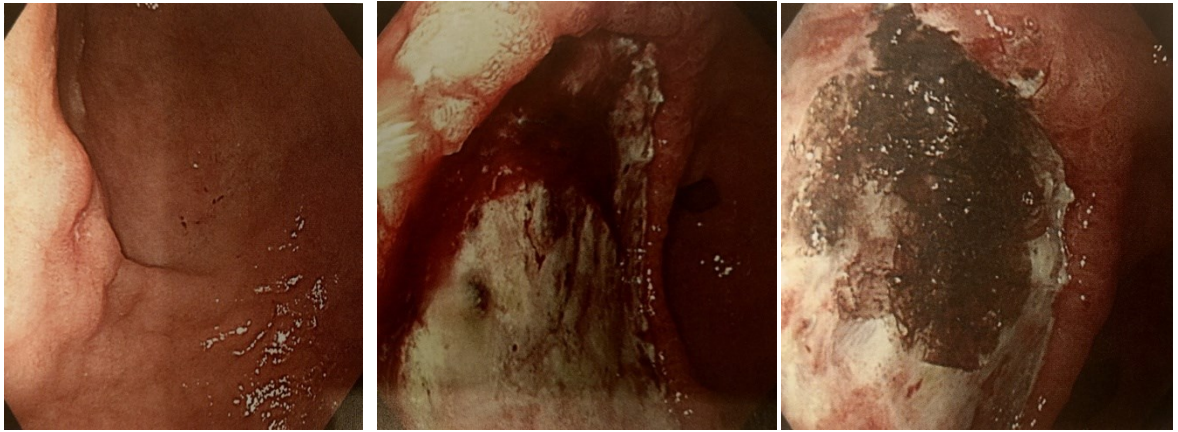
3. Опишите фото 3,4. Составьте протокол и эндоскопическое заключение.
4. Определите тактику..

Фото 5,6.



5. Опишите фото 5,6.. Составьте протокол и эндоскопическое заключение.
6. Определите тактику..

Фото 7,8,9



1. Определите, что изображено на фото 7.
2. В зависимости от Вашего ответа определите, что у этого же пациента на фото 8,9.
3. Обоснуйте эндоскопическое лечение и тактику.

Оценочная часть

1. Емкость желудка в среднем составляет

- а) 1 л
- б) 2 л
- в) 3 л
- г) 4 л
- д) 5 л

2. Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе

- а) 0,5 см
- б) 1 см
- в) 2 см
- г) 3 см
- д) 4 см

3/ Зона привратника в норме имеет протяженность

- а) 0,5 см

- б) 1 см
- в) 1,5 см
- г) 2 см
- д) 2,5 см

4. При раздувании воздухом складки желудка

- а) расправляются полностью
- б) не расправляются
- в) расправляются в области свода и антрального отдела и сохраняются по большой кривизне в теле желудка
- г) расправляются в антральном отделе и сохраняются в теле и своде желудка
- д) расправляются в своде и сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе

5. Наиболее отчетливо желудочные поля видны

- а) в своде желудка
- б) на большой кривизне тела желудка
- в) на задней стенке тела желудка
- г) в области угла желудка
- д) в антральном отделе

6.Париеетальные клетки фундальных желез желудка секретируют

- а) пепсиноген
- б) соляную кислоту и внутренний фактор
- в) биогенные амины
- г) пепсиноген и биогенные амины
- д) соляную кислоту и пепсиноген

7. Гипертрофия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачествлением
- д) структурной перестройкой

- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

8. Гиперплазия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачиванием
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

9. Метоплазия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачиванием
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

10. Атрофия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачиванием
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

11. Дисплазия характеризуется

- а) уменьшением размеров

- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачиванием
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

12. Острое воспаление морфологически характеризуется наличием в инфильтрате большого количества

- а) нейтрофильных лейкоцитов
- б) лимфоцитов
- в) эритроцитов
- г) плазмоцитов
- д) эозинофилов

13. При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют

- а) нейтрофильные лейкоциты
- б) лимфоциты и плазмоциты
- в) эритроциты
- г) эозинофилы
- д) базофилы

14. Наибольшее значение среди фоновых предопухолевых изменений эпителия желудочно-кишечного тракта придают

- а) дистрофии
- б) атрофии
- в) гиперплазии
- г) дисплазии
- д) метаплазии

15. Язвы кардиальной и медиастальной локализации характеризуются

- а) сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастальной

и 12-перстной кишки области

б) отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений

в) несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды

г) различной интенсивности поздними (через 1-3 часа после еды), ночными болями в правой половине эпигастрия и выше пупка с иррадиацией в правую половину грудной клетки

16. Язвы антрального отдела характеризуются

а) сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области

б) отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений

в) несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды

г) различной интенсивности поздними (через 1-3 часа после еды), ночными болями в правой половине эпигастрия и выше пупка с иррадиацией в правую половину грудной клетки

17. Гигантскими считаются язвы желудка, превышающие в диаметре

а) 1 см

б) 2 см

в) 3 см

г) 4 см

18. Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является:

кровотечение

пенетрация

перфорация

болевого синдром

малигнизация

19. По современным представлениям основным этиопатогенетическим фактором развития язвенной болезни является:

хронический активный гастрит и дуоденит, ассоциированный с Нр

конституционально-наследственный фактор

стрессовые ситуации

курение и алкоголь

алиментарный фактор

20. Массивным кровотечением чаще осложняется:

доброкачественная подслизистая опухоль желудка

рак желудка

полип желудка

саркома желудка

болезнь Менетрие

21. Чаще изъязвляются полипы, имеющие:

длинную ножку при большой головке

большие размеры и широкое основание

цилиндрическую форму и большую длину

полусферическую форму с бугристой поверхностью

22. Наиболее частой причиной кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта является

а) пептическая язва и стрессовая язва

б) распадающаяся опухоль

в) варикозное расширение вен пищевода

г) эрозивный эзофагит

д) сосудистая эктазия

23. Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при котором появляется мелена, равно

а) 25 мл

б) менее 60 мл

в) 60-100 мл

г) 250 мл

д) 500 мл

24. Достоверными признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются

а) слабость

б) тахикардия

в) кровавая рвота и мелена

г) холодный пот

д) падение артериального давления

25. . Язва - это

а) дефект слизистой оболочки, не выходящий за пределы собственной мышечной пластинки

б) дефект в патологической ткани

в) доброкачественный дефект в стенке органа

г) узкий дефект в нормальной ткани

д) узкий дефект в измененной ткани

26. При болезни Дьюлафуа (простое изъязвление) кровотечение развивается из

а) острой язвы

б) изъязвившегося полипа

в) плоского образования, обусловленного пороком развития сосудов подслизистого слоя желудка

г) множественных телеангиэктазий желудка

д) глубоких траншееподобных язв малой кривизны желудка

27. .Изъязвления Дьюлафуа чаще осложняются

а) скрытым кровотечением

б) перфорацией

в) профузным кровотечением

г) пенетрацией

д) малигнизацией

28. У больного имеется безоар желудка больших размеров в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано

а) хирургическое лечение

б) эндоскопическое лечение

в) консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим

г) эндоскопическое лечение в сочетании с хирургическим

29. Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять через

а) 2-3 часа

б) 4-5 часов

в) 6-8 часов

г) 10-12 часов

д) через одни сутки

30. Из проглоченных волос образуются

а) фитобезоары

б) трихобезоары

в) себобезоары

г) шеллакобезоары

д) пиксобезоары

31. После рассечения безоара на небольшие фрагменты следует

а) извлечь фрагменты петель через пищевод

б) оставить в желудке мелкие части для самостоятельного отхождения

в) оставить в желудке мелкие части и назначить внутрь 5% раствор питьевой соды

г) назначить слабительное

д) назначить мотилиум

32. Способами лечения трихобезоара большого размера являются

а) рассечение петель

б) рассечение электроножом

в) удаление через пищевод

г) растворение

д) операция

33. Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 1:

а) полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы

б) приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом

в) плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки

г) изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем

д) плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки

34. Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 2а:

а) приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом

б) полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы

в) плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки

г) изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем

д) плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки

35. Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 3:

а) изъязвление неправильной формы с плоским нодулярным краем

б) приподнятый над поверхностью слизистой, участок с четкими контурами и перестроенным рельефом

в) полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы

г) пятно с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой

д) плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки

36. Макроскопическая характеристика полиповидного рака желудка:

а) полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью

б) плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует

в) глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким нодулярным краем

г) экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью.

37. Макроскопическая характеристика язвенной формы рака желудка:

а) глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким ригидным нодулярным краем

б) плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует

в) полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью

г) экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью

38. Макроскопическая характеристика инфильтративного рака желудка:

а) плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует

б) полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью

в) глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем

г) экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью.

39. Характерными эндоскопическими признаками злокачественного поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются:

- а)очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки
- б)ригидность участка слизистой
- в)множественные петехии
- г)папулезность слизистой оболочки

40. Риск возобновления кровотечения должен быть признан высоким при наличии:

- а)видимого сосуда на поверхности язвы в виде белесоватого бугорка или фиксированного тромба
- б)фиксированного тромба или мелких сосудов в виде черных точек
- в)мелких сосудов в виде черных точек или крови и сгустков в просвете желудка
- г)крови и сгустков в просвете желудка или геморрагических эрозий
- д)геморрагических эрозий или фиксированного тромба

41. Причиной развития папулезности слизистой оболочки антрального отдела желудка, в основном, служит

- а) очаговая гиперплазия покровно-ямочного эпителия
- б) узелковая лимфоидная гиперплазия
- в) очаговая гиперплазия железистого эпителия
- г) формирование хронических эрозий
- д) воспалительная инфильтрация слизистой оболочки

42. Морфологическим подтверждением болезни Менетрие служит

- а) фовиальная гиперплазия и гиперплазия желез
- б) фовиальная гиперплазия и атрофия желез
- в) атрофия желез и гиперплазия лимфоидных фолликулов
- г) гиперплазия лимфоидных фолликулов и инфильтрация эозинофилами
- д) инфильтрация эозинофилами и атрофия желез

43. Причиной развития папулезности слизистой оболочки антрального отдела желудка, в основном, служит

- а) очаговая гиперплазия покровно-ямочного эпителия
- б) узелковая лимфоидная гиперплазия
- в) очаговая гиперплазия железистого эпителия
- г) формирование хронических эрозий

д) воспалительная инфильтрация слизистой оболочки

44. Морфологическим признаком специфичным для рефлюкс-гастрита является:

а) атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка

б) кишечная метаплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка

в) дисплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка

г) массивная лимфоплазмочитарная инфильтрация антрального отдела

д) наличие в инфильтрате эозинофилов

45. Слизистая оболочка при лимфоидной гиперплазии:

а) папулезная

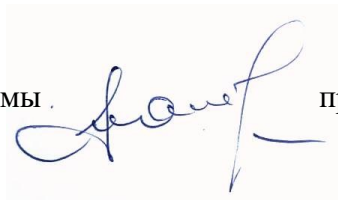
б) зернистая

в) узловатая

г) в виде булыжной мостовой

д) не изменена

Руководитель образовательной программы .



проф. Мандриков В.В.