

1. Пациент к, 45л поступил в клинику с диагнозом цирроз печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л. Ваш предварительный диагноз. Тактика лечения?

2. Ребенок 6 лет, находится в клинике с диагнозом «цирроз печени», портальная гипертензия. Состояние стало прогрессивно ухудшаться. Умеренная тахикардия и нормальное артериальное давление сменились выраженной тахикардией и снижением АД до 75/40 мм рт.ст.. Увеличилась одышка, значительно уменьшился диурез. Кожные покровы бледные, холодные, обильно покрыты липким холодным потом. Тоны сердца глухие. Пульс очень частый, слабый. Дважды отмечалась кровавая рвота. Нв упал до 52 г/л, Н Что произошло с больным? Назначьте обследование.

3. Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали по-степенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2х месяцев. Мать 36 лет -больна гастритом; отец 38 лет -язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) -язвенная болезнь желудка. Предположите диагноз.

4. Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области. В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. АД – 100 и 60 мм.рт. ст., пульс – 110 уд. в 1 мин. Живот болезненный в эпигастриальной области. Нв- 81 г/л, Нт – 0,28, эр.- 2,6 x 10. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование. В желудке большое количество свежей крови. Установите диагноз. План лечения?

5. Больной 38 лет, с жалобами на рвоту кофейной гущей, боли в эпигастриальной области. Из анамнеза: язвенная болезнь желудка в течение 8 лет. Пациенту выполнено ФГДС. Установлен диагноз: Кровотоочащая язва желудка. Стадия кровотечения FIIВ. Кровотечение скрытое, подтверждено реакцией Грегерсена. Состояние пациента средней тяжести. Какая тактика лечения?

6. Больной 44 года. При обследовании у больного выявлены варикозно расширенные вены (ВРВ) пищевода III степени, васкулопатия, при инверсионной кардиоскопии ВРВ в кардиальном отделе желудка нет. В анамнезе отмечено кровотечение из ВРВ пищевода, поступил в клинику с признаками состоявшегося кровотечения. По данным биохимического анализа крови функция печени субкомпенсирована. Установите диагноз. Какое лечение показано больному для профилактики рецидивов кровотечения из ВРВ пищевода?

7. Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослаб. Утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул – кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение. Чем вызвано подобное состояние больного? С помощью каких исследований можно уточнить диагноз? Что следует предпринять?

8. Больная 21 год, в перинатальном периоде перенесла омфалит. В 15-летнем возрасте клиническая картина пищеводно-желудочного кровотечения. Была обследована, выявлена тромбофилия, тромбоз воротной вены. В детской клинике было произведено прошивание ВРВ пищевода и желудка. В течение 6 лет рецидивов кровотечения не отмечено. Однако в 21 год поступила в клинику с клинической картиной состоявшегося пищеводно-желудочного кровотечения.

Для профилактики рецидивов ПЖК, решено больную оперировать. На операционном столе выполнена возвратная мезентерикопортография. Ваше мнение о характере патологического процесса? План оперативного лечения?

9. При обследовании больного с желудочным кровотечением установлено, что его причиной является распадающийся рак выходного отдела желудка. В левой надключичной области определяется плотный, увеличенный лимфатический узел ("вирховская железа"). Несмотря на проведение активных консервативных мероприятий, кровотечение продолжается.

1. Какую тактику должен избрать эндоскопист?

10. У больного, 26 лет, 4 ч назад появилась резкая слабость, головокружение, рвота алой кровью. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыт холодным потом.

Пульс - 110 ударов в мин, слабого наполнения, АД - 90/60 мм рт.ст. При гастроскопии установлено, что в просвете желудка кровь, на задней стенке двенадцатиперстной кишки имеется язва с крупным кровоточащим сосудом. Гемоглобин крови - 70 г/л.

Больному предложена экстренная операция.

1. Почему больного нужно экстренно оперировать?

11. Больной жалуется на выделение стула темнокоричневого цвета в течение 5 дней. Гемоглобин при поступлении 90 г/л. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 90 ударов в мин.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Предпочтительные методы исследования?

12. У больного появилась кровавая рвота. Объективно: имеются отеки, асцит, расширение поверхностной венозной сети на передней брюшной стенке.

Вопросы:

1. Ваше предположение о источнике и причине кровотечения?

2. Тактика лечения?

13. Больной жалуется на дегтеобразный стул, боли в правом подреберье. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: желтуха, небольшая гепатомегалия.

Вопросы: Тактика эндоскописта? Предположительный диагноз.

14. Больная С., 54 года, в течение последних 2 дней был жидкий стул обычного цвета, сегодня кал приобрел ярко-красный цвет.

Источник кровотечения?

Тактика эндоскописта?

15. При обследовании больного с желудочным кровотечением установлено, что его причиной является распадающийся рак выходного отдела желудка. В левой надключичной области определяется плотный, увеличенный лимфатический узел ("вирховская железа"). Несмотря на проведение активных консервативных мероприятий, кровотечение продолжается.

1. Какую тактику должен избрать эндоскопист?