

1. Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:

- 1. растворение конкрементов литолитическими препаратами;
- 2. микрохолецистостомия;
- 3. дистанционная волновая литотрипсия;
- 4. холецистэктомия;
- 5. комплексная консервативная терапия.

2. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадирующими в лопатку. В анамнезе: хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш диагноз:

- 1. эмпиема желчного пузыря;
- 2. рак головки поджелудочной железы;
- 3. водянка желчного пузыря;
- 4. острый перфоративный холецистит;
- 5. эхинококкоз печени.

3. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

- 1. выраженный диспепсический синдром;
- 2. длительный анамнез;
- 3. сопутствующие изменения печени;
- 4. наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
- 5. наличие конкрементов в желчном пузыре.

4. Больной 76 лет поступил в клинику на седьмые сутки после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повторную рвоту, повышение температуры тела до 38°C. При осмотре: общее состояние средней тяжести, бледен. Пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Какой метод лечения предпочтителен?

- 1. экстренная холецистэктомия;
- 2. срочная холецистэктомия;
- 3. срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или ла-пароскопии как окончательный этап;
- 4. дистанционная литотрипсия;
- 5. срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или ла-пароскопии с последующей отсроченной холецистэктомией.

5. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

- 1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;
- 2. холедохолитиаз;
- 3. рак головки поджелудочной железы;

- 4. эхинококкоз печени;
- 5. метастазы в печень опухолей различной локализации.

6. Больная 56 лет, длительное время страдающая желчнокаменной болезнью, поступила на 3-й сутки от начала обострения заболевания. Проведение комплексной консервативной терапии не привело к улучшению состояния больной. В процессе наблюдения отмечены: значительное вздутие живота, схват-кообразный характер болей, повторная рвота с примесью желчи. При аускультации выявлена усиленная перистальтика. При рентгенографии брюшной полости пневматоз тонкой кишки, аэрохолия. Диагноз:

- 1. острый деструктивный панкреатит;
- 2. острый деструктивный холецистопанкреатит;
- 3. динамическая непроходимость кишечника;
- 4. желчнокаменная кишечная непроходимость;
- 5. острый гнойный холангит.

7. Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

- 1. увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой;
- 2. увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки;
- 3. желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления;
- 4. отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости;
- 5. выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия.

8. Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника?

- 1. комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения;
- 2. терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тонкой кишки;
- 3. срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия с разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удаление конкремента;
- 4. срочное хирургическое вмешательство: энтеротомия, удаление желчного конкремента;
- 5. паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой.

9. Больной 70 лет оперирован в плановом порядке по поводу калькулезного холецистита. При интраоперационной холангиографии патологии не выявлено. На 3-й сутки после операции отмечено появление желтухи, боли в области операции. Диагноз:

- 1. нагноение послеоперационной раны;
- 2. острый послеоперационный панкреатит;
- 3. интраоперационная травма желчных протоков;
- 4. рубцовая стриктура холедоха;
- 5. внутрибрюшное кровотечение.

10. Больной 70 лет страдает частыми приступами калькулезного холецистита с выраженным болевым синдромом. В анамнезе: два инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь III Б стадии. Два месяца назад перенес расстройство мозгового кровообращения. В настоящее время поступил с клиникой острого холецистита. Какой метод лечения следует предпочесть?

- 1. отказаться от хирургического лечения, проводить консервативную терапию;
- 2. холецистэктомия под интубационным наркозом;
- 3. холецистэктомия под перидуральной анестезией;
- 4. хирургическая холецистостомия;
- 5. дистанционная волновая литотрипсия.

11. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным и безопасным при интенсивной длительной желтухе?

- 1. внутривенная инфузионная холангиография;
- 2. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- 3. чрескожная чреспеченочная холангиография;
- 4. УЗИ;
- 5. пероральная холецистохолангиография.

12. Больная 62 лет оперирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. В течение первых суток после операции отмечено снижение артериального давления, уровня гемоглобина, бледность кожных покровов, тахикардия. Какое послеоперационное осложнение следует заподозрить?

- 1. инфаркт миокарда;
- 2. тромбоэмболия легочной артерии;
- 3. острый послеоперационный панкреатит;
- 4. динамическая кишечная непроходимость;
- 5. внутрибрюшное кровотечение.

13. Больная 55 лет, перенесшая 2 года назад холецистэктомию, поступила с клинической картиной механической желтухи. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлен холедохолитиаз. Какой метод лечения предпочтителен?

- 1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия;
- 2. комплексная консервативная терапия;
- 3. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика;
- 4. холедохотомия с наружным дренированием холедоха;
- 5. экстракорпоральная литотрипсия.

14. Больной 67 лет поступил в клинику с картиной механической желтухи, которая длится в течение 1 месяца. При обследовании выявлен рак головки поджелудочной железы без отдаленных метастазов. Больной страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Какой вид лечения предпочтителен?

- 1. холецистостомия под контролем УЗИ;
- 2. панкреатодуоденальная резекция в один этап;
- 3. наложение билиодигестивного анастомоза;
- 4. декомпрессия желчных путей, после разрешения желтухи - панкреатодуоденальная резекция;
- 5. симптоматическая консервативная терапия.

15. У больной, перенесшей эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выражен болевой синдром в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу, повторная рвота,

напряжение мышц передней брюшной стенки. Выражен лейкоцитоз и увеличен уровень амилазы сыворотки. О каком осложнении следует думать?

- 1. перфорация 12-перстной кишки;
 - 2. острый холангит;
 - 3. желудочно-кишечное кровотечение;
 - 4. острый панкреатит;
 - 5. непроходимость кишечника.
-

16. Какое исследование наиболее информативно для диагностики калькулезного холецистита?

- 1. пероральная холецистохолангиография;
 - 2. лапароскопия;
 - 3. обзорный рентгеновский снимок брюшной полости;
 - 4. УЗИ;
 - 5. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.
-

17. Какое сочетание симптомов наиболее характерно для холангита? а) желтуха; б) лихорадка; в) анемия; г) лейкоцитоз; д) асцит. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1. а, б, в;
 - 2. а, б, г;
 - 3. в, г, д;
 - 4. б, д;
 - 5. б, в, д.
-

18. Больной 64 лет поступил с клинической картиной острого калькулезного холецистита, что было подтверждено данными УЗИ. Начата консервативная терапия, на фоне которой через 6 часов после поступления резко усилились боли в правом подреберье, распространившиеся по всему животу. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, тахикардия. Отмечаются напряжение мышц живота и перитонеальные явления во всех его отделах. О каком осложнении следует думать?

- 1. острый деструктивный панкреатит;
 - 2. подпеченочный абсцесс;
 - 3. перфорация желчного пузыря, перитонит;
 - 4. желчнокаменная непроходимость кишечника;
 - 5. тромбоз мезентериальных сосудов.
-

19. Больной 58 лет произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, извлечены конкременты из холедоха. На 2-е сутки после вмешательства отмечены повторная мелена, бледность кожных покровов, снижение артериального давления. О каком осложнении следует думать?

- 1. острый панкреатит;
 - 2. перфорация 12-перстной кишки;
 - 3. холангит;
 - 4. кровотечение из области вмешательства;
 - 5. острая кишечная непроходимость.
-

20. У больного 40 лет, длительно страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, на фоне очередного обострения появилась желтуха. По данным УЗИ - увеличение головки поджелудочной железы, билиарная гипертензия, при ЭРХПГ выявлен стеноз терминального отдела холедоха до 2 мм на протяжении 3 см, проксимальнее проток расширен до 18 мм. Какое оперативное вмешательство следует предпочесть?

- 1. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика;
- 2. супрадуоденальная холедоходуоденостомия;
- 3. эндоскопическая папилосфинктеротомия;
- 4. гепатикоеюностомия;
- 5. операция Микулича.

21. Во время операции по поводу калькулезного холецистита при интраоперационной холангиографии выявлено расширение желчевыводящих путей, сброс контраста в 12-перстную кишку замедлен, высказано предположение о наличии конкрементов. Какой метод интраоперационного обследования является наиболее информативным для подтверждения диагноза?

- 1. пальпация желчного протока;
- 2. трансиллюминация;
- 3. зондирование протоков;
- 4. фиброхолангиоскопия;
- 5. ревизия корзинкой Дормиа.

22. Больной 28 лет поступил с иктеричностью склер и кожных покровов, появление желтухи отметил 4 дня назад. В течение последних 2-х недель - слабость, повышенная утомляемость, бо-ли в суставах. При пальпации: умеренное увеличение печени, незначительная болезненность в правом подреберье, в биохимическом анализе крови - билирубинемия до 68 мкмоль/л за счет прямой фракции, АСТ - 204, АЛТ - 189, ЩФ - 145, При УЗИ изменений печени, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы не обнаружено. Ваш диагноз:

- 1. механическая желтуха вследствие холедохолитиаза;
- 2. цирроз печени;
- 3. инфекционный гепатит;
- 4. синдром Жильбера;
- 5. гемохроматоз.

23. Через 12 суток после холецистэктомии и холедохотомии с удалением конкрементов по дренажу Кера продолжает поступать до 1 литра желчи в сутки. При фистулографии выявлен кон-кремент устья холедоха. Вмешательство, с которого следует начать лечение:

- 1. повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента;
- 2. проведение литолитической терапии через дренаж;
- 3. дистанционная волновая литотрипсия;
- 4. эндоскопическая папиллосфинктеротомия;
- 5. чрескожное чреспеченочное эндобилиарное вмешательство.

24. У больной 47 лет, перенесшей 6 месяцев назад срочную холецистэктомию, через 3 месяца после операции появилась ин-термиттирующая желтуха, периодически отмечается гипертермия до 38°C с ознобами. В клинику поступила в тяжелом состоянии с

интенсивной желтухой (общий билирубин - 285 мкмоль/л), лихорадкой до 40°C, сопровождавшейся ознобами и проливными потами. При ЭРПХГ обнаружена стриктура общего печеночного протока в области культы пузырного протока до 2 мм.

Вмешательство, наиболее предпочтительное в данной ситуации:

- 1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия;
- 2. гепатикоеюностомия;
- 3. эндоскопическое проведение назобилиарного дренажа выше стриктуры;
- 4. холедоходуоденостомия;
- 5. чрескожная чреспеченочная гепатикостомия.

25. Больной 62 лет переведен из инфекционной больницы с диагнозом механической желтухи. Проведение комплекса лабораторноинструментальных исследований выявило, что причиной желтухи являются объемные изменения поджелудочной железы, характер которых не вполне ясен. Какой из лабораторных показателей наиболее информативен для дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы?

- 1. показатели СОЭ;
- 2. уровень активности щелочной фосфатазы;
- 3. активность панкреатических ферментов;
- 4. показатели опухолевого маркера СА-19-9;
- 5. результаты копрологического исследования.

26. На 7 сутки после холедохолитотомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение - умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия:

- 1. экстренная операция - повторное дренирование протока;
- 2. лапароскопия с диагностической и лечебной целью;
- 3. наблюдение за больным, УЗИ-контроль;
- 4. попытаться ввести дренаж вслепую;
- 5. фистулография.

27. Какое из указанных обстоятельств является противопоказанием для наложения микрохолецистостомы?

- 1. внутрипеченочное расположение желчного пузыря;
- 2. пожилой и старческий возраст больных;
- 3. перфоративный холецистит с развитием перитонита;
- 4. отсутствие конкрементов в желчном пузыре;
- 5. развитие эмпиемы желчного пузыря.

28. Больному 42 лет с предположительным диагнозом холедохолитиаз, механическая желтуха была произведена операция. На операции патологических изменений желчевыводящих путей и желчного пузыря не выявлено. Обнаружена увеличенная печень красно-коричневого цвета. Поставлен диагноз: ге-патит. Какие лечебные мероприятия целесообразны?

- 1. наружное дренирование желчных протоков;
- 2. холецистостомия;
- 3. десимпатизация печеночной артерии;

- 4. ничего не предпринимать, рану ушить;
 - 5. холецистэктомия, дренирование брюшной полости.
-

29. Больная 43 лет, длительно страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье, эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожных покровов. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращают на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови. Какой из методов инструментального исследования следует применить в первую очередь?

- 1. лапароскопия;
 - 2. эндоскопическая ретроградная холангиография;
 - 3. чрескожная чреспеченочная холангиография;
 - 4. спленопортография;
 - 5. селективная ангиография ветвей чревного ствола.
-

30. Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологических изменений желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать?

- 1. холецистэктомия в срочном порядке;
 - 2. консервативная терапия;
 - 3. микрохолецистостомия под контролем УЗИ;
 - 4. наложение хирургической холецистостомы;
 - 5. дистанционная волновая литотрипсия.
-