

Госп. хирургия: «Заболевания желчевыводящих путей и печени»

1

Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:

- растворение конкрементов литолитическими препаратами
- микрохолецистостомия
- дистанционная волновая литотрипсия
- холецистэктомия
- комплексная консервативная терапия.

2

Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадиирующими 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:

- эмпиема желчного пузыря
- рак головки поджелудочной железы
- водянка желчного пузыря
- острый перфоративный холецистит
- эхинококкоз печени.

3

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

- выраженный диспепсический синдром
- длительный анамнез
- сопутствующие изменения печени
- наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита
- наличие конкрементов в желчном пузыре.

4

Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

- рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
- холедохолитиаз
- рак головки поджелудочной железы
- эхинококкоз печени
- метастазы в печень опухолей различной локализации.

5

Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

- увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой

- увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки
- желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перинеальные явления
- отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости
- выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия.

6

Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника?

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

7

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

- внутривенная инфузионная холангиография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- чрескожная чреспеченочная холангиография
- УЗИ
- пероральная холецистохолангиография.

8

Какое исследование наиболее информативно для диагностики калькулезного холецистита?

- пероральная холецистохолангиография
- тапароскопия
- обзорный рентгеновский снимок брюшной полости
- УЗИ
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

9

Наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ у больного с острым деструктивным холециститом показано при:

- сочетании холецистита с дивертикулум двенадцатиперстной кишки
- первом приступе острого холецистита
- наличии местного перитонита
- декомпенсации сопутствующих заболеваний
- возрасте больного старше 65 лет.

10

Для дифференциального диагноза у больного 50 летс жидкостным образованием в печени необходимо выполнить:

- лапароскопию
- каваграфию
- скintiграфию печени
- УЗИ с диагностической пункцией
- аортографию.

11

Выберите наиболее частую причину абцесса печени:

- первичный рак печени
- рак головки поджелудочной железы с обтурацией общего желчного протока
- острый калькулезный холецистит
- гнойный холангит
- вирусный гепатит.

12

К симптомам характерным для обтурационной желтухи возникшей на почве калькулезного холецистита относится все кроме

- приступообразных болей типа печеночной колики
- быстрого развития желтухи после болевого приступа
- желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна
- похудания, резкой слабости
- неинтенсивного зуда кожи

13

Рациональным лечением ЖКБ:

- диетотерапия
- медикаментозное
- хирургическое
- санаторно-курортное
- лечение минеральными водами

14

Переменяющуюся желтуху можно объяснить:

- камнем пузырного протока
- камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- вклиненным камнем большого дуоденального соска
- вентильным камнем холедоха
- опухолью внепеченочных желчных протоков

15

К наиболее частым причинам, обуславливающим острую гипертензию:

- Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области
- Стеноз большого дуоденального сосочка
- Холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни
- Дуоденальная гипертензия
- Глистная инвазия

16

Во время операции по поводу ЖКБ обнаружен орщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 общий желчный проток. Больному показано:

- Произвести холецистэктомию
- Произвести холецистэктомию, затем холангиографию
- Произвести холецистэктомию, холангиографию, ревизию протока
- Наложить холецистостому
- Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

17

Острый холецистит необходимо:

- С прободной язвой желудка
- С пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
- С правосторонней базальной пневмонией
- С острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
- Со всем перечисленным

18

Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям, кроме:

- Разлитому желчному перитониту
- Ограниченным гнойникам брюшной полости
- Абсцессу печени
- Холангиту
- Водянке желчного пузыря

19

Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом позволяющим диагностировать:

- Абсцесс печени
- Внутрипеченочный сосудистый блок
- Билиарный цирроз печени
- Непроходимость желчных путей при механической желтухе
- Хронический гепатит

20

Распознаванию причины механической желтухи более всего соответствует:

- пероральная холецистография
- внутривенная холецистохолангиография
- ретроградная (восходящая) панкреатохолангиография
- сцинтиграфия печени
- прямая спленопортография

21

Противопоказанием к лапароскопической операции на билиарной системе является:

- камень в пузырном протоке
- холедохолитиаз
- несколько операций на органах брюшной полости в анамнезе,
- выраженный спаечный процесс в брюшной полости
- эмпиема желчного пузыря

22

Для клиники острого обтурационного холангита характерно: а) желтуха;б) озноб;в) повышение щелочной фосфатазы в крови;г) в крови лейкоцитоз со сдвигом влево; д) увеличение печени. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а, б, в, д
- а, б, в, г
- а, б, г, д
- все верно
-

23

К осложнениям острого холецистита не относится:

- механическая желтуха
- перихоледохеальный лимфаденит
- перитонит
- варикозное расширение вен пищевода

24

ЖКБ чаще болеют:

- молодые мужчины
- молодые женщины
- пожилые мужчины
- пожилые женщины

25

При ЖКБ показано:

- плановая холецистэктомия
- консервативное лечение
- холецистостомия
- экстренная холецистэктомия

26

При обнаружении камней в ЖП показана:

- во всех случаях
- при латентной форме заболевания
- при наличии клинических признаков
- при достижении 50-летнего возраста

27

Оптимальным методом диагностики ЖКБ:

- лапароскопия
- УЗИ
- холецистография
- компьютерная томография брюшной полости

28

Основной причиной ЖКБ:

- гипопропротеинемия
- гипогликемия
- гиперхолестеринемия
- азотемия

29

Самым простым методом диагностики:

- лапароскопия
- УЗИ
- транспеченочная гепатохолангиография
- дуоденальное зондирование

30

Камнеобразованию в ЖП способствует:

- застой желчи в пузыре
- климат.
- вид труда
- заболевания желудка

31

Синдром Курвуазье характерен для:

- опухоли головки поджелудочной железы
- инсулиномы
- желчнокаменной болезни
- ферментативного панкреатита

32

Для холецистэктомии оптимальным доступом является:

- нижнесрединная лапаротомия
- параректальный разрез
- верхнесрединная лапаротомия
- косой разрез в правом подреберье

33

Больной с желтухой нуждается в :

- экстренной операции
- отсроченная операция
- плановой операции
- в операции не нуждается

34

Наиболее тяжелым осложнением механической желтухи является:

- нарушение всасывательной функции кишечника
- снижение белковосинтезирующей функции печени
- печеночно-почечная недостаточность
- водянка желчного пузыря

35

Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

- с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
- со стенозирующим папиллитом
- с опухолью головки поджелудочной железы
- с псевдотуморозным панкреатитом

36

Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость попадает в просвет кишечника через фистулу между ЖП и:

- слепой кишкой
- малой кривизной желудка

двенадцатиперстной кишкой

тощей кишкой

37

Желчные камни состоят:

из холестерина

из цистина

из оксалатов

из солей желчных кислот

38

Для холангита характерными является все перечисленное кроме:

лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа

потрясающие ознобы

повышение потливости, жажда, сухость во рту

частый жидкий стул

39

Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного:

холедохолитиаза

обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока

отека головки поджелудочной железы

холангита