

Больная, 30 лет, эмоционально лабильная, холецистэктомия 2 года назад. После операции через 6 месяцев появились боли в правом подреберье, тяжесть в эпигастрии после еды, периодически рвота с примесью желчи, особенно после стрессов. При рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки - маятникообразные движения бария в нижнегоризонтальной ветви 12-перстной кишки. Ваш диагноз?

1. Холедохолитиаз
2. Стеноз БДС
3. Стриктура холедоха
4. Язвенная болезнь 12-перстной кишки
5. -Хроническая дуоденальная непроходимость

2. Больная перенесла холецистэктомию 2 месяца назад. В послеоперационном периоде по дренажу из брюшной полости подтекала желчь, дренаж удален на 8-е сутки. Истечение желчи прекратилось, отмечалось повышение температуры ежедневно до 37,5-37,8°C, иногда ознобы. В течение последней недели темная моча, иктеричность кожи, ухудшение самочувствия. Поступила с механической желтухой. При ЭРХПГ имеется блок гепатикохоледоха на уровне бифуркации, холедох 1 см, выше препятствия контраст не поступает. Метод диагностики?

1. Экстренная операция
2. -Чрескожная чреспеченочная холангиография
3. УЗИ
4. Сцинтиграфия печени
5. Реогепатография

3. Два года назад больной перенес холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через 6 месяцев стали появляться боли в правом подреберье, темная моча. При поступлении билирубин 120 мкмоль/л. Метод диагностики для определения уровня препятствия?

1. УЗИ
2. Сцинтиграфия печени
3. Внутривенная холеграфия
4. -ЭРХПГ
5. ЧЧХГ

4. Больной 4 года назад перенес холецистэктомию. Через 1 год после операции возобновились боли в правом подреберье, иногда опоясывающего характера. При поступлении больного в стационар билирубин 21 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 346 Ед/л. Имеется непереносимость йодистых препаратов. Методы диагностики патологии желчного дерева:

1. Сцинтиграфия печени
 2. УЗИ
 3. -ЭРХПГ
 4. Пероральная холеграфия
 5. Реогепатография
5. У больной резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, рвота без примеси желчи. Легкая иктеричность кожи и склер. При осмотре мышечная защита в эпигастрии и умеренная

болезненность, живот вздут. Амилаза 90 Ед/л. Год назад перенесла холецистэктомию. Наиболее вероятная причина данного состояния:

1. Стеноз большого дуоденального соска
2. -Вклиненный камень в БДС
3. Рубцовая стриктура холедоха
4. Хронический панкреатит
5. Острый гепатит
6. Больному 67 лет. 5 лет назад перенес холецистэктомию, был выписан с диагнозом ЖКБ, калькулезный холецистит, хронический панкреатит. После операции беспокоили умеренные боли в эпигастрии и периодические расстройства стула.

Злоупотребляет алкоголем. При поступлении механическая желтуха легкой степени тяжести. При УЗИ - хронический панкреатит, увеличение размеров поджелудочной железы в области головки. При ЭРХПГ – дистальная часть холедоха сужена на протяжении 2, 5 см, сброс в 12-перстную кишку резко затруднен, холедох расширен до 2 см. Вид лечения:

1. -Холедоходуоденоанастомоз
2. ЭПСТ
3. Холедохоэнтеростомия
4. Консервативная терапия
5. Трансдуоденальная папиллотомия
7. У больной ПХЭС, холедохолитиаз, механическая желтуха средней степени тяжести. Консервативное лечение, ЭПСТ - не эффективны. Желтуха нарастает. Лечебная тактика:

1. Форсированный диурез
2. -Срочная операция на 5-7-е сутки лечения
3. Операция на 10-12-е сутки интенсивной терапии
4. Операция на 2-3-и сутки консервативной терапии
5. Назобилиарный зонд
8. У больной ПХЭС, поступила с жалобами на боли в эпигастрии. 3 года назад оперирована по поводу ЖКБ, холедохолитиаза, на операции выявлен хронический панкреатит. Поступила для дообследования в связи с рецидивом болей. Какая патология у больной с ПХЭС может быть противопоказанием для проведения ЭРХПГ:

1. Холедохолитиаз
2. Хронический панкреатит
3. -Кисты поджелудочной железы
4. Недостаточность БДС
5. Рак фатерова соска
9. У больной ПХЭС, поступила с механической желтухой тяжелой степени, явлениями интоксикации. Произведена чрескожная чреспеченочная холангиография. Через 3 часа у больной боли в правой половине живота, тахикардия усилилась, АД 100/60 мм рт. ст. Диагноз осложнения после ЧЧХГ:

1. Острый панкреатит
2. Острый холангит

3. Гепатаргия

4. -Желчеистечение в брюшную полость

5. Болевой шок

10. У больной ПХЭС, 2 года назад холецистэктомия. Боли возобновились через 5-6 месяцев после операции. При поступлении состояние средней тяжести, истеричность кожи и склер. Наиболее достоверный метод диагностики заболевания:

1. Исследование билирубина крови, мочи, кала

2. Исследование ферментов крови

3. Лапароскопия с биопсией печени

4. -ЭРХПГ

5. Фистулография

11. Выбрать из перечисленных основные рентгенологические признаки ХДН:

1. Замедленная эвакуация бария по 12-перстной кишке до 1-3 мин

2. Расширение диаметра 12-перстной кишки

3. Ускорение эвакуации бария

4. Увеличение ретрогастрального пространства

5. Оттеснение желудка извне

6. Дефект наполнения

7. Маятникообразные движения бария в 12-перстной кишке

Правильным будет

а) 1, 2, 3

б) -1, 2, 7

в) 3, 4, 5

г) 5, 6, 7

д) 2, 5, 7

12. Мужчина, 33 лет, астеник. Холецистэктомия 2 года назад.

После операции через 6 месяцев появились изжога, боли в эпигастрии через 1,5 часа после еды с иррадиацией в спину, принимает соду. Наиболее вероятная причина ПХЭС:

1. Гастрит

2. Хроническая дуоденальная непроходимость

3. -Язвенная болезнь 12-перстной кишки

4. Стеноз БДС

5. Панкреатит

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. Наиболее оптимальный вид лечения холедохолитиаза у больных с ПХЭС:

1. -Эндоскопическая папиллосфинктеротомия

2. Холедохотомия

3. Холедоходуоденоанастомоз

4. Камнедробление

5. Холедохоэнтеростомия

15. Больная, 50 лет, длительное время страдает желчнокаменной болезнью. Год назад по поводу хронического холецистита ей произведена холецистэктомия. В течение 10 дней больная отметила появление желтухи, гипертермию с вечерним подъемом температуры тела до 39-40°C. При эндоскопической ретроградной холангиографии верифицирован холедохолитиаз, признаки гнойного холангита. Указать наиболее вероятное осложнение в случае неэффективного, неадекватного лечения:

1. Пилефлебит

2. Желчный перитонит

3. -Абсцессы печени

4. Поддиафрагмальный абсцесс

5. Панкреонекроз

16. Больной, 46 лет, 4 года назад в плановом порядке по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита была выполнена операция холецистэктомии. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка страдала приступами острых болей в правом подреберье, которые иногда сопровождались потемнением мочи. Послеоперационный период протекал без осложнений. 2 недели тому назад после погрешности в диете у больной возникли острые боли в верхней половине живота, повышение температуры тела до 37,5°C, озноб и субфебриальность склер. Больная госпитализирована в экстренном порядке в хирургическое отделение с диагнозом: Постхолецистэктомический синдром. Острый панкреатит?». При обследовании, по данным УЗИ, выявлено умеренное расширение гепатикохоледоха. Выберите наиболее вероятный предварительный диагноз:

1. Острый панкреатит

2. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)

3. -Постхолецистэктомический синдром. Резидуальный холедохолитиаз

4. Подпеченочный абсцесс

5. Стеноз большого сосочка 12-перстной кишки

17. Какое дополнительное диагностическое вмешательство необходимо провести больной с ПХЭС и резидуальным холедохолитиазом:

1. Сцинтиграфия желчевыводящих путей

2. Компьютерная томография органов брюшной полости

3. -Ретроградная холецистопанкреатография (РХПГ)

4. Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ)

18. Пациентка, 50 лет, перенесла 3 года назад следующие операции на желчных путях: холецистэктомию, через 7 дней - релапаротомию по поводу прогрессирующей механической желтухи, во время которой выявлено ятрогенное высокое повреждение гепатикохоледоха, произведено формирование бигепатикоеюноанастомоза на сменных транспеченочных

дренажах. В послеоперационном периоде проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная терапия, санация желчных путей через дренажи, которые были пережаты на 10 сут. В дальнейшем больная была обучена уходу за дренажными трубками и находилась на амбулаторном наблюдении по месту жительства с рекомендациями повторного осмотра через 3 мес. Через какой срок можно удалить транспеченочные дренажи:

1. 3 мес
2. 6 мес
3. 12 мес
4. -2 года
5. Когда перестанут функционировать

19. Какие осложнения могут возникнуть у пациентки с транспеченочными дренажами, оперированной по поводу ятрогенного повреждения желчных протоков?

1. Гемобилия
2. Механическая желтуха
3. Рецидивирующий холангит
4. Неполный тонкокишечный свищ
5. Стриктура билиодигестивного анастомоза
6. -Все перечисленные выше

20. У больной с транспеченочным дренированием желчных протоков сформировалась билиососудистая фистула, которая проявлялась эпизодами гемобилии различной интенсивности. Какой должна быть начальная диагностическая и лечебная тактика:

1. Операция для ревизии раневого хода и создания устойчивого гемостаза
2. Удаление транспеченочного дренажа
3. Удаление транспеченочного дренажа и проведение его вновь через прокол другого сегмента печени
4. Назначение консервативной гемостатической терапии
5. -Выполнение ангиографии печени для подтверждения билиососудистой фистулы и селективной эмболизации кровоточащего сосуда

21. Укажите наиболее простой метод оценки состояния желчевыводящих протоков у больного с наружным желчным свищом:

1. УЗИ
2. РХПГ
3. Чрескожная чреспеченочная холангиография
4. -Фистулохолангиография
5. Сцинтиграфия печени

22. К восстановительным операциям при стриктурах желчных путей относятся следующие вмешательства:

1. Пластика по Гейнеке-Микуличу
2. -Формирование бигепатикоеюноанастомоза
3. -Регепатикоеюноанастомоз
4. -Билиобилиарный анастомоз
5. -Чрескожная чреспеченочная дилатация стриктуры

23. Какое осложнение не связано с перемещением камня из желчного пузыря в желчные протоки?

1. Печеночная колика
2. Желтуха
3. Гнойный холангит
4. Стенозирующий папиллит
5. -Портальная гипертензия

24. Чем может быть обусловлен постхолецистэктомический синдром?

1. Рубцовым стенозом общего желчного протока
2. Просмотренным при операции раком большого дуоденального соска
3. Стенозом большого дуоденального соска
4. Резидуальным камнем холедоха
5. Длинной культей пузырного протока.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

- а) 2, 3, 5
- б) 1, 2, 4
- в) 3, 4, 5
- г) 2, 3, 4, 5
- д) -Все верно

25. Что не относится к интраоперационным методам обследования внепеченочных желчных путей?

1. Пальпация холедоха
2. Холангиоманометрия
3. -Внутривенная холеграфия
4. Холедохоскопия
5. Интраоперационная холангиография

26. В каких ситуациях показано интраоперационное обследование желчных путей?

1. Холангит
2. Расширение холедоха
3. Желтуха в момент операции
4. Множественные мелкие конкременты в желчном пузыре
5. Механическая желтуха в анамнезе.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4, 5
- б) 2, 3, 4
- в) 2, 5
- г) 1, 2, 4
- д) -Все верно

27. Что не может обусловить механическую желтуху?

1. Рак головки поджелудочной железы
2. Опухоль большого дуоденального соска
3. Хронический индуративный панкреатит
4. -Камень пузырного протока
5. Камень общего желчного протока

28. У больной, 50 лет, через 6 месяцев после холецистэктомии, выполненной по поводу хронического калькулезного холецистита, вновь стали возникать боли в правом подреберье,

периодически сопровождающиеся пожелтением склер. При ультразвуковом исследовании брюшной полости явной патологии со стороны внепеченочных желчных путей выявить не удалось. Какой из перечисленных методов наиболее информативен для диагностики в данном случае?

1. Инфузионная холеграфия
2. Пероральная холецистография
3. -Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
4. Сканирование печени
5. Компьютерная томография

29. Назовите причины постхолецистэктомического синдрома, обусловленные дефектами первичного оперативного вмешательства:

1. Резидуальный камень общего желчного протока
2. Длинная культя пузырного протока
3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
4. Стеноз большого дуоденального соска
5. Сужение общего желчного протока лигатурой при перевязке пузырного протока

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) -2, 5
- б) 1, 2, 4, 5
- в) 4, 5
- г) 1, 2
- д) Все верно

30. Какие признаки характерны для механической желтухи?

1. Повышение прямого билирубина сыворотки крови
2. Повышение непрямого билирубина сыворотки крови
3. Билирубинурия
4. Гиперхолестеринемия
5. Повышение стеркобилина в кале

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

31. Какая симптоматика характерна для механической желтухи, вызванной обтурацией терминального отдела общего желчного протока?

1. Приступообразные боли типа печеночной колики
2. Постепенное развитие желтухи
3. Быстрое развитие желтухи после болевого приступа
4. Отсутствие болевого синдрома
5. Появление неинтенсивного кожного зуда
6. Ахоличный стул

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) -1, 3, 5, 6
- б) 1, 3, 4
- в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 4, 5, 6

д) 2, 3

32. При высокой обтурации желчных протоков на первый план выступает:

1. Быстрое появление желтухи
2. Светло-желтая моча
3. Сильный кожный зуд
4. Выраженная лихорадка
5. Темный стул
6. Диспептические расстройства

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5

б) -1, 3, 4, 6

в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 4, 5

д) 2, 3

33. К чему приводит развитие рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков?

1. Развивается застой желчи
2. Развитие желчной гипертензии
3. Образование конкрементов и замазки
4. Механическая желтуха
5. Развитию панкреатита

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5

б) -1, 2, 3, 4

в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 4, 5

д) 2, 3

34. Когда возникают показания для интраоперационной холангиографии?

1. При механической желтухе
2. При гепатите
3. Расширении общего желчного протока
4. При гангренозном холецистите
5. При клинике холедохолитиаза
6. При стриктурах или новообразованиях большого дуоденального сосочка

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) -1, 3, 5, 6

б) 1, 3, 5

в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 4, 5

д) 2, 3

35. Какие возникают показания для интраоперационной холедохотомии?

1. Пальпаторное обнаружение камня
2. Увеличение диаметра протока
3. Эпизоды желтухи
4. Холангит

5. Мелкие камни в желчном пузыре при широком пузырном протоке.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5
- б) 1, 3, 4
- в) 2, 3, 4
- г) 2, 3, 4, 5
- д) -Все верны

36. Какие цели наружного дренирования желчных путей?

- 1. С целью декомпрессии кишечника
- 2. Для удаления инфицированной желчи при холангите
- 3. С целью временной декомпрессии желчных путей при воспалительных изменениях гепатикохоледоха, поджелудочной железы и фатерова сосочка
- 4. При невозможности завершить холедохотомию другими способами
- 5. Для предупреждения рубцовых изменений желчных протоков после наложения на них швов, билиодигестивных анастомозов и пластических операций
- 6. У больных с желтухой для отведения желчи.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5
- б) 1, 3, 4
- в) 2, 3, 4
- г) -2, 3, 4, 5, 6
- д) 2, 3

37. Какие существуют основные методы наружного дренирования желчных путей?

- 1. Т-образной трубкой по Керу
- 2. По Юрашу
- 3. По Вишневскому
- 4. По Финстереру
- 5. Керте
- 6. По Холстеду-Пиковскому
- 7. Наружное транспапиллярное дренирование по Долиотти

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) -1, 3, 5, 6, 7
- б) 1, 3, 4
- в) 2, 3, 4
- г) 2, 3, 4, 5
- д) 2, 3

38. Какая клиническая картина характерна для холангита?

- 1. Лихорадка, нередко гектического типа
- 2. Учащенное мочеиспускание
- 3. Ознобы, потливость
- 4. Неукротимая рвота
- 5. Жажда
- 6. Сухость во рту, увеличение селезенки

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) -1, 3, 5, 6
- б) 1, 3, 4
- в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 4, 5

д) 2, 3

39. Назовите классическую триаду Шарко:

1. Увеличенный желчный пузырь

2. Диспептические расстройства

3. Лихорадка

4. Желтуха

5. Боли

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5

б) 1, 3, 4

в) 2, 3, 4

г) -3, 4, 5

д) 2, 3

40. Какие причины могут привести к повреждениям магистральных желчных протоков?

1. Применение электрокоагуляции вблизи протоков

2. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков

3. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печечно-12-перстной связки

4. Грубое исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами

5. Технические и тактические ошибки хирурга

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5

б) 1, 3, 4

в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 4, 5

д) -Все верны

41. Назовите методы ликвидации повреждения внепеченочных желчных протоков:

1. Пластика протока аутовеной

2. Ушивание места повреждения протока отдельными швами атрауматической иглой

3. Пластика желчных протоков синтетическими протезами

4. Сшивание протока на Т-образном или Г-образном дренаже

5. Наложение билиодигестивных анастомозов с двенадцатиперстной или тощей кишкой.