

Хронічний панкреатит. Хвороби селезінки

1. Хворий 40 років поступив зі скаргами на болі в верхній половині живота з іррадіацією в спину, загальну слабкість, метеоризм, закрепи, які чергуються з проносами. Зловживав алкоголем, періодично лікувався в гастроентеролога. УСГ: печінка побільшена, без видимих об'ємних змін. Жовчевий міхур без конкрементів. Холедох не розширений. Підшлункова залоза з горбистим контуром, неоднорідної структури, дещо потовщена, в паренхімі чисельні кальцинати. Вірсунгова протока 10-11 мм на всьому протязі. Сформулюйте діагноз?

- A. Цироз печінки
- B. Гострий панкреатит
- C. Хронічний холецистит
- D. Рак підшлункової залози
- E. Хронічний панкреатит

2. Хворий 56 років знятий з поїзда і шпиталізований в ургентне хірургічне відділення з явищами перитоніту. З анамнезу відомо, що 2 роки тому була виявлена кіста селезінки, яка поступово збільшилася до 6 x 12 см. При УСГ на момент поступлення в стаціонар селезінка не візуалізується, а в черевній порожнині визначається вільна рідина. Про який діагноз треба думати при визначенні діагнозу в хворого?

- A. Асцит-перитоніт
- B. Гострий панкреатит
- C. Вісцеральна ішемія
- D. Перфораційна виразка
- E. Розрив кісти селезінки

3. Яка кількість панкреатичного соку виділяється в нормі протягом доби?

- A. 200 мл
- B. 400 мл
- C. 800-1000 мл
- D. 300 мл
- E. 500-600 мл

4. У хворого В., 47 р., через 2 місяці після перенесеного оперативного втручання з приводу загострення хронічного панкреатиту, нагноєної псевдо- кісти хвоста підшлункової залози (санация та дренивання псевдокісти підшлункової залози) – залишається панкреатична нориця через яку виділяється до 120 мл панкреатичного соку. Яка подальша лікувальна тактика буде оптимальною?

- A. Панкреатектомія
- B. Продовжити консервативну терапію
- C. Панкреатикоєюностомія за Puestow
- D. Каудальна резекція підшлункової залози
- E. Ендоскопічна вірсунготомія

5. В санпропускник доставлений хворий 40 років зі скаргами на незначні болі в животі, слабкість, головокружіння, миготіння «мурашок» перед очима. З анамнезу відомо, що 2 тижні тому була травма ділянки лівого підребер'я. За медичною допомогою не звертався. Сьогодні, під час піднімання тягара, з'явилися вище вказані скарги. Хворий блідий, АТ 70/50 мм рт.ст., пульс – 110 уд./хв., слабого наповнення, еритроцити – $2,5 \cdot 10^{12}$, гемоглобін – 70 г/л. Яка найбільш імовірна патологія?

- A. Інфаркт міокарда
- B. Гострий панкреатит

C. Гостре порушення мозкового кровообігу

D. Шлунково-кишкова кровотеча

E. Розрив селезінки

6. Жінка 23 років отримала тупу травму живота. При огляді: бліда, вкрита холодним потом, скаржиться на біль у животі та грудній клітці. У лежачому положенні біль посилюється. Виявлено болючість, крепітація та патологічна рухомість ІХ-Х ребер зліва, Частота серцевих скорочень – 130 за хв., АТ 90/50 мм рт. ст. ЦВТ – 15 мм вод ст. Дихальні шуми вислуховуються. При Rtg-графії грудної клітки та живота підтверджено перелом ребер, вільного газу в черевній порожнині не виявлено. Ваш діагноз:

- A. Розрив легені, гемоторакс
- B. Розрив товстої кишки
- C. Розрив діафрагми
- D. Розрив селезінки
- E. Гідроторакс

7. Хворий Р., 45 р. скаржиться на ниючий біль в епігастрії, правому та лівому підребер'я, нудоту, загальну слабкість, зниження апетиту, втрату маси тіла. Зловживає алкоголем. При УСГ в проекції тіла та хвоста підшлункової залози виявлено гіпоехогенне утворення до 10 см в діаметрі. Стінка його товщиною до 1,0 см, гіперехогенна. В паренхімі підшлункової залози множинні кальцинати. Який ваш діагноз?

- A. Хронічний панкреатит, кіста підшлункової залози
- B. Заочеревинна кіста
- C. Перфорація виразки задньої стінки шлунка
- D. Рак підшлункової залози
- E. Аневризма черевного відділу аорти

8. Хворий 48 років поступив в хірургічне відділення зі скаргами на болі в лівому підребер'я, де пальпується помірно болючий утвір. В анамнезі спленектомія з приводу травматичного розриву селезінки. Лейкоцити в крові – $7,5 \cdot 10^9$ /л, амілаза – 32 г/г-л. УСГ: підшлункова залоза з чіткими контурами, в проекції хвоста круглий рідинний утвір розміром до 70 мм. Вірсунгова протока не розширена. При пункції отримано до 500 мл жовтуватої прозорої рідини з вмістом амілази 740 г/г-л, проте протягом 3-4 діб рідинне утворення відновлюється в повному об'ємі. Який ваш діагноз?

- A. Лівобічний гідронефроз
- B. Кіста хвоста підшлункової залози
- C. Заочеревинна кіста
- D. Піддіафрагмальний абсцес
- E. Цистаденокарцинома підшлункової залози

9. Жінка, 31 р., доставлена у приймальний покій після падіння з висоти 3-х метрів. Скаржиться на біль у верхній половині живота, більше зліва. Об'єктивно: положення хворої вимушене – напівсидячи. Шкірні покриви бліді, покриті липким потом, пульс – 112/хв., слабого наповнення, АТ – 90/60 мм.рт.ст., в легенях везикулярне дихання з обох сторін, живіт під час пальпації напружений, болючий на всьому протязі. По лівому фланку притуплення перкуторного звуку. Слабко позитивні симптоми подразнення очеревини. Ваш попередній діагноз?

- A. Розрив кишки
- B. Розрив сечового міхура
- C. Розрив печінки

- D. Розрив діафрагми
- E. Розрив селезінки

10. У хворого, який переніс півроку тому панкреонекроз, з'явився в епігастрії та лівому підребер'ї мало болючий пухлиноподібний утвір розмірами 15 x 20 см. Нудоти, блювання, втрати ваги немає. Температура 36,8 °С. При рентгеноскопії шлунка спостерігається відтиснення його допереду, петля дванадцятипалої кишки розгорнута, евакуація сульфату барію з шлунка сповільнена. Ваш попередній діагноз?

- A. Хронічний панкреатит, кіста підшлункової залози
- B. Пухлина селезінкового кута товстої кишки
- C. Парапанкреатичний абсцес
- D. Рак шлунка
- E. Субкомпенсований стеноз шлунка

11. Хворий 54 років скаржиться на болі в лівому підребер'ї, де пальпується помірно болючий еластичний утвір, підйом температури до 39 °С. В анамнезі спленектомія з приводу травматичного розриву селезінки. Лейкоцити в крові – $12,1 \cdot 10^9/\text{л}$, амілаза – 30 г/г-л. УСГ: підшлункова залоза з чіткими контурами, в проекції хвоста круглий рідинний утвір розміром до 90 мм. Вірсунгова протока не розширена. При пункції отримано до 500 мл бурого кольору рідини з вмістом амілази 280 г/г-л, проте протягом 3-4 діб рідинне утворення відновлюється в повному об'ємі. Який ваш діагноз?

- A. Заочеревинна кіста
- B. Піддіафрагмальний абсцес
- C. Цистаденокарцинома підшлункової залози
- D. Нагноєна кіста хвоста підшлункової залози
- E. Лівобічний гідронефроз

12. Хворий скаржиться на ниючий біль в епігастрії та правому підребер'ї, нудоту, загальну слабкість, зниження апетиту, маси тіла. Хворіє алкоголізмом. При сонографії в проекції тіла підшлункової залози виявлено гіпоехогенне утворення до 8 см в діаметрі. Стінка його товщиною до 1,2 см, гіперехогенна. В проекції тканини підшлункової залози кальцинати. Який ваш діагноз?

- A. Перфорація виразки задньої стінки шлунка
- B. Рак підшлункової залози
- C. Аневризма черевного відділу аорти
- D. Заочеревинна кіста
- E. Хронічний панкреатит, кіста підшлункової залози

13. Хворий 45 років, скаржиться на біль в надчеревній ділянці, лівому підребер'ї, що супроводжується багаторазовим блюванням без полегшення, здуття живота, проноси, схуднення. Хворіє протягом 5 років. Об'єктивно: язик вологий, обкладений білим нашаруванням біля кореня; при глибокій пальпації живота виявляється невеликий біль в надчеревній ділянці і точці Мейо - Робсона. Печінка на 1 см виступає з-під краю реберної дуги, неболюча. Селезінка не пальпується. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- A. Хронічний ентерит
- B. Виразкова хвороба ускладнена стенозом
- C. Гострий панкреатит
- D. Хронічний панкреатит
- E. Хронічний холецистит

14. Який синдром не характерний для хронічного панкреатиту?

- A. Больовий
- B. Недостатність зовнішньосекреторної функції
- C. Гепатолієнальний
- D. Недостатність внутрішньосекреторної функції
- E. Диспепсичний

15. Вкажіть правильний варіант впадіння Санторінієвої протоки в дванадцятипалу кишку

- A. на 2 см проксимальніше Вірсунгової протоки
- B. разом з Вірсунговою протокою
- C. Санторінієва протока в дванадцятипалу кишку не впадає
- D. разом із загальною жовчною протокою
- E. на 2 см дистальніше Вірсунгового протоку

16. Які судини кровопостачають підшлункову залозу?

- A. Черевний стовбур аорти
- B. Верхня брижова артерія
- C. Черевний стовбур аорти і верхня брижова артерія
- D. Черевний стовбур аорти і поясничні артерії
- E. Черевний стовбур аорти, верхня і нижня брижові артерії

17. Якого виду хронічного панкреатиту немає?

- A. Набряковий
- B. Фіброзно-індуративний
- C. Кальцифікуючий
- D. Псевдотуморозний
- E. Обструктивний

18. Чоловік 24 років, отримав травму внаслідок ДТП. Під час об'єктивного обстеження виявлено патологічну рухомість нижніх ребер зліва і ознаки гіповолемічного шоку. Дихання з обох сторін вислуховується. Найбільш ймовірно це є симптоми:

- A. Пошкодження товстої кишки
- B. Пошкодження тонкої кишки
- C. Забій легень з кровотечею в плевральну порожнину
- D. Пошкодження черевної аорти
- E. Пошкодження селезінки

19. Яким повинен бути об'єм операції при неопластичних кістах підшлункової залози?

- A. зовнішнє дренивання кісти
- B. резекція підшлункової залози
- C. внутрішнє дренивання кісти
- D. енуклеація кісти
- E. видалення вмісту кісти

20. Хвора 41 року скаржиться на наявність пухлиноподібного утвору в верхній половині живота, який поступово збільшується в розмірах, помірний постійний біль. Із анамнезу відомо, що рік тому перенесла оперативне втручання з приводу важкого гострого білярного панкреатиту – холецистектомія, зовнішнє дренивання холедоха. Стан хворої задовільний. В епігастрії і лівому підребер'ї пальпується щільноеластичний пухлиноподібний утвір розмірами 20x15x10 см. При рентгеноскопії шлунка спостерігається відтиснення його допереду і вправо, «підкова» дванадцятипалої кишки розгорнута, попереково-ободова кишка відтиснута вниз. Який діагноз можна поставити?

- A. Спленомегалія
- B. Абсцес печінки
- C. Пухлина поперековоободової кишки

- D. Хронічний панкреатит, кіста підшлункової залози
- E. Кіста брижі товстої кишки

21. Хворий П., 36 років, скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї, після прийому жирної та копченої їжі, блювання, яке приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом. Хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато палить. Об'єктивно: вгодованість знижена. Шкіра бліда і суха. Язик з білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, відзначається біль в зоні Шоффара, Губерґріца - Скульського, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Спленомегалія
- B. Хронічний холецистит
- C. Хронічний ентероколіт
- D. Хронічний панкреатит
- E. Виразкова хвороба

22. Що не є ускладненням хронічного панкреатиту?

- A. Псевдокісти і абсцеси підшлункової залози
- B. Хронічна дуоденальна непрохідність
- C. Механічна жовтяниця
- D. Рак підшлункової залози
- E. Хронічний гепатит

23. Який оптимальний об'єм оперативного втручання при кістах (псевдо-кістах) підшлункової залози?

- A. зовнішнє дренування кісти
- B. марсупіалізація
- C. резекція підшлункової залози
- D. внутрішнє дренування кісти
- E. висічення стінок кісти

24. У хворого з явищами порушеного травлення, стеатореї, через 4 години після їжі виникають болі в животі, особливо вище пупка і лівише. Поноси можуть змінюватися закрепамми по 3-5 днів. Пальпаторно - помірна болючість у холедохопанкреатичній зоні. Рівень амілази в крові не підвищується. Рентгенологічне виявлені кальцинати, розташовані вище пупка. Який попередній діагноз?

- A. Синдром Золінгера - Еллісона
- B. Пенетруюча виразка дванадцятипалої кишки
- C. Хронічний калькульозний холецистит
- D. Хронічний панкреатит
- E. Хронічний гастродуоденіт

25. 42-річний хворий скаржиться на нудоту, іноді блювання, приступи болей в животі перед актом дефекації, проноси, часте здуття живота. В анамнезі - систематичне вживання алкоголю; 10 років тому оперований з приводу перфоративної виразки. Вважає себе хворим 6 років. При об'єктивному обстеженні: зниженого живлення, пульс - 98/хв., ритмічний. Язик обкладений білим нашаруванням. Живіт м'який, чутливий при пальпації в навколо пупкової ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. В аналізі калу - стеаторея, креаторея. В аналізі сечі: активність діастази - 128 мг/мл*год. Який з перерахованих діагнозів найбільш імовірний?

- A. Виразковий стеноз
- B. Хронічний холецистит
- C. Хвороба Крона
- D. Спайкова кишкова непрохідність

E. Хронічний панкреатит

26. Який об'єм оперативного втручання показаний при підозрі на малігнізацію кісти головки підшлункової залози?

- A. Накладання білідигестивного анастомозу
- B. Цистогастростомія
- C. Енуклеація кісти
- D. Цистогастростомія
- E. Панкреатодуоденальна резекція за Whipple

27. Вкажіть найчастішу причину розвитку абсцесу селезінки:

- A. Черевний тиф
- B. Пенетрація раку товстої кишки в селезінку
- C. Малярія
- D. Травма селезінки
- E. Деструктивний гнійний панкреатит

28. У хворої 53 років діагностовано хронічний панкреатит, псевдокісту тіла підшлункової залози розміром 9x11 см, яка в антральному відділі вип'ячується в просвіт шлунка. При пункції кісти отримується до 500-550 мл прозорої рідини з вмістом амілази 760 г/г-л. Через 2-3 доби кіста відновлюється в повному об'ємі. Яке оперативне втручання буде оптимальним?

- A. Панкреатектомія
- B. Каудальна резекція підшлункової залози
- C. Ендоскопічна цистогастростомія
- D. Цистогастростомія за Юрашем
- E. Продовжити пункцій не лікування кісти під контролем УЗД

29. Чоловік 35 років потрапив у автомобільну аварію. Блідий, скаржиться на біль у животі та грудній клітці. У лежачому положенні біль посилюється. При огляді виявлена болючість, крепітація та патологічна рухомість нижніх ребер зліва, частота серцевих скорочень - 120/хв, АТ - 100/60 мм. рт. ст., ЦВТ - 20 мм вод ст, кінцівки холодні, аускультативно дихання вислуховується. Під час рентгенографії грудної клітки та живота виявлено ознаки перелому ребер. Симптом „серпа” від'ємний. Який Ваш діагноз?

- A. Розрив тонкої кишки
- B. Пошкодження черевного відділу аорти
- C. Ураження легені з кровотечею в плевральну порожнину
- D. Розрив селезінки
- E. Гідроторакс

30. Для зменшення больового синдрому при хронічному панкреатиті поряд із анальгетиками та спазмолітинами доцільно призначити:

- A. Антикоагулянти
- B. Інгібітори протонної помпи
- C. H2-блокатори
- D. Панкреатичні ферменти
- E. Антацидні препарати

31. Чоловік 48 років, скаржиться на постійний ниючий біль у верхній половині живота, більше зліва, що підсилюється після прийому їжі; проноси, схуднення. Зловживає алкоголем. 2 роки тому переніс гострий панкреатит. Амілаза крові - 24 мг/(мл*год). Копрограма - стеаторея, креаторея. Цукор крові - 6,0 ммоль/л.

Яке лікування показане хворому?

- A. Спазмолітики
- B. Інсулінотерапія
- C. Контрикал
- D. H2-блокатори
- E. Замісна ферментна терапія

32. Який фермент не входить в склад панкреатичного соку?

- A. ліпаза
- B. трипсин
- C. амілаза
- D. еластаза E-1
- E. пепсин

33. Хворий 44 років скаржиться на болі в верхній половині живота з іррадіацією в спину, загальну слабкість, метеоризм, закрепи, які чергуються з проносами. Зловживав алкоголем, періодично лікувався в гастроентеролога. УСГ: печінка побільшена, однорідна. Жовчевий міхур конкрементів не містить. Холедох 5-6 мм. Підшлункова залоза з горбистим контуром, неоднорідної структури, дещо потовщена, в паренхімі чисельні кальцинати. Вірсунгова протока 9-10 мм на всьому протязі. Сформулюйте діагноз?

- A. Хронічний панкреатит
- B. Цироз печінки
- C. Хронічний ентероколіт
- D. Рак підшлункової залози
- E. Рак підшлункової залози

34. Хвора 44 років, скаржиться на інтенсивний біль у верхній половині живота з іррадіацією у ліве підребер'я, зниження апетиту, відрижку. У дитинстві хворіла на вірусний гепатит В. Чотири роки тому прооперована з приводу жовчнокам'яної хвороби. При обстеженні виявлено: склери субіктеричні, болісність при пальпації над пупком та в т. Мейо - Робсона. Аналіз крові: Л - $9,7 \times 10^9$ /л, формула не змінена, ШОЕ - 18 мм/год. Діастаза - 256 мг/мл*год. Загострення якого захворювання має місце:

- A. Хронічного холангіту
- B. Хронічного панкреатиту
- C. Хронічного гепатиту
- D. Хронічного коліту
- E. Хронічного гастриту

35. Хворий, 60 років, звернувся до лікаря зі скаргами на відсутність апетиту, значну загальну слабкість, відразу до жирної їжі, відрижку, нудоту, здуття живота, нестійкий стілець, біль та переповнення в епігастрії. Хворіє хронічним панкреатитом 15 років, загострення кожні 1-2 роки. Печінка незбільшена. Підшлункова залоза пальпується у вигляді щільного тіла. Який метод обстеження треба застосувати першочергово?

- A. Комп'ютерна томографія підшлункової залози, печінки
- B. ФГДС
- C. Рентгеноскопія шлунку та 12п.к.
- D. Діагностична лапароскопія
- E. УСГ органів черевної порожнини

36. Який з методів не є необхідним для діагностики нориць підшлункової залози?

- A. Фістулографія
- B. Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія

C. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія

D. Дослідження виділень з нориць на наявність в них панкреатичних ферментів

E. Ультразвукове дослідження

37. У хворого напередодні, під час згинання з'явилися сильні болі в животі. Госпіталізований в ургентному порядку зі скаргами на сильні болі в животі. 4 місяці тому переніс гострий деструктивний панкреатит. При контрольному УЗД виявлено псевдокісту підшлункової залози. При огляді: живіт напружений, болочий у всіх відділах. В проекції підшлункової залози визначається помірної щільності інфільтрат. В нижніх відділах позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Лейкоцити в крові - $4,5 \cdot 10^9$ /л, амілаза - 30 г/г-л. УСГ: печінка без об'ємних змін. Жовчаний міхур застійний. Конкрементів не містить. Визначаються скупчення рідини в малому сальнику, малому тазу, між петлями. Діагноз?

- A. Вісцеральна ішемія
- B. Гострий панкреатит
- C. Цироз печінки, асцит-перитоніт
- D. Перфораційна виразка
- E. Розрив псевдокісти підшлункової залози

38. Оптимальний неінвазивний метод діагностики та диференціальної діагностики хронічного панкреатиту

- A. Комп'ютерна томографія
- B. Селективна ангіографія
- C. УЗД
- D. ЕРХПГ
- E. Оглядова рентгенографія

39. У хворої 75 років діагностовано хронічний панкреатит, псевдокісту підшлункової залози розміром 7x10 см, яка в антральному відділі випячується в просвіт шлунка. Під час пункцій кисти отримують до 400-450 мл прозорої жовтуватої рідини з вмістом амілази 550 г/г-л, однак протягом 2 діб кіста відновлюється в повному обсязі. Яка лікувальна тактика буде оптимальною?

- A. Динамічне спостереження за хворою в амбулаторних умовах
- B. Консервативна терапія
- C. Продовжити пункції не лікування кисти під контролем УЗД
- D. Ендоскопічна цистогастростомія
- E. Цистогастростомія за Юрашем

40. Які кисти підшлункової залози (за походженням) зустрічаються найчастіше?

- A. неопластичні
- B. ехінококові
- C. вродженні
- D. паразитарні
- E. запальні

41. Чоловік, 45 р., доставлений в хірургічний стаціонар, після падіння з висоти 5-х метрів. Скарги на біль у верхній половині живота, більше з лівого боку. Положення хворого вимушене - напівсидячи. Шкірні покриви бліді, покриті липким потом. PS-120 за 1 хв., слабого наповнення. АТ 80/50 мм рт.ст. В легенях дихання везикулярне. Живіт при пальпації напружений, болочий на всьому протязі. По лівому фланку притуплення перкуторного звуку. Слабо позитивні симптоми подразнення очеревини. Ваш попередній

діагноз?

- A. Розрив кишки
- B. Розрив легені зліва
- C. Розрив діафрагми
- D. Розрив сечового міхура
- E. Розрив селезінки

42. Хвору, після падіння з велосипеда, доставлено через годину зі скаргами на біль в животі, переважно ліворуч. Стан середньої важкості, стогне, дихання 32 на 1 хвилину, за грудним типом. Живіт м'який, різко болучий у лівій половині. Симптом Пастернацького ліворуч – слабо позитивний. Біль у лежачому положенні підсилюється, тому приймає сидяче положення. Який Ваш попередній діагноз?

- A. Гострий панкреатит
- B. Ниркова коліка
- C. Черепно-мозкова травма
- D. Розрив селезінки
- E. Перфораційна виразка

43. Які результати зовнішнього дренивання кіст підшлункової залози?

- A. 35-40% утворюється нориця, 60-65% – виздоровлення
- B. 100% виздоровлення
- C. 10% утворюється кіста
- D. 100% утворюється панкреатична нориця
- E. 10% виздоровлення

44. Хворий Ч., 51 рік, скаржиться на періодичне блювання з домішками їжі та жовчі, яке не приносить полегшення, ниючий біль у верхній половині живота з іррадіацією в спину, помірне здуття живота, підвищення температури тіла до 37,5 С, схуднення на 7 кг за останні місяці. Тривалий час зловживав алкоголем. Стан хворого середньої важкості, пульс – 100 уд./хв., ритмічний, слабкого наповнення, АТ 110/60 мм.рт.ст., тони серця приглушені, ЧД 18/хв., живіт помірно болучий в епігастрії, симптоми подразнення очеревини від'ємні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Загострення хронічного панкреатиту
- B. Пептична виразка дванадцятипалої кишки
- C. Хронічний ентероколіт
- D. Хронічний гепатит
- E. Гельмінтоз

45. Хвора 64 років поступила в хірургічне відділення з скаргами на періодичні болі в лівому підребер'ї, підвищенням температури до 38оС. В анамнезі 2 місяці тому травма лівої половини тіла. При об'єктивному обстеженні виявляється значне збільшення селезінки. При УСГ в проекції селезінки визначається рідинний утвір 15 x 10 см, неоднорідної структури. Про який діагноз треба думати?

- A. Ехінококова кіста селезінки
- B. Лівобічний ексудативний плеврит
- C. Нагноєна гематома селезінки
- D. Гемангіома селезінки
- E. Абсцес хвоста підшлункової залози

46. Хворий 46 років скаржиться на наявність пухлиноподібного утвору в верхній половині живота, який поступово збільшується в розмірах, помірний постійний біль. Із анамнезу відомо, що рік тому переніс важкий приступ гострого панкреатиту. Стан хворого

задовільний. В епігастрії і лівому підребер'ї пальпується щільноеластичний пухлиноподібний утвір розмірами 18x15x10 см. При рентгеноскопії шлунка спостерігається відтиснення його допереду і вправо, «підкова» дванадцятипалої кишки розгорнута, попереково-ободова кишка відтиснута вниз. Який діагноз можна поставити?

- A. Пухлина поперековоободової кишки
- B. Спленомегалія
- C. Хронічний панкреатит, кіста підшлункової залози
- D. Кіста брижі товстої кишки
- E. Рак шлунка

47. Диспепсичний синдром при панкреатиті характеризується наступним, крім:

- A. Гіперсалівацією
- B. Відразою до жирної, солодкої їжі
- C. Підвищенням апетиту
- D. Стійким метеоризмом
- E. Проносом

48. У хворого скарги на біль в лівому підребір'ї, слабкість, блювання, запаморочення, які з'явилися 5 годин тому, гіпотензія, тахікардія. В анамнезі 10 днів тому тупа травма живота. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Двохмоментний розрив селезінки
- B. Розрив печінки
- C. Розрив кишківника
- D. Проривна виразка шлунка
- E. Перитоніт

49. У хворого 45 років діагностовано хронічний панкреатит. Скаржиться на постійну ниючу біль в епігастрії, правому та лівому підребер'ї з іррадіацією в спину, загальну слабкість, зниження апетиту, втрату маси тіла. Періодично лікується у гастроентеролога, проте за останній час больовий синдром неопіодними анальгетиками не знімався. УСГ: печінка незначно побільшена, однорідна. Жовчевий міхур конкрементів не містить. Холедох 4-5 мм. Підшлункова залоза з горбистим контуром, неоднорідної структури, дещо потовщена, в паренхімі чисельні кальцинати. Вірсунгова протока 9-10 мм на всьому протязі. При ФГДС патологічних змін не виявлено. Яка лікувальна тактика буде оптимальною?

- A. Ендоскопічна цистогастростомія
- B. Продовжити консервативну терапію
- C. Панкреатикоєюностомія за Puestow
- D. Панкреатектомія
- E. Цистогастростомія за Юрашем

50. Хвора 48 років, скаржиться на періодичні інтенсивні болі у правому підребер'ї з іррадіацією в попереки, нудоту після будь-якої їжі, часті рідкі випорожнення, схудла на 12 кг протягом 2 місяців, загальну слабкість. При огляді - зниженої вгдованості, живіт м'який, інтенсивний біль у точці Дежардена. Печінка виходить з-під краю реберної дуги на 1,0 см, безболісна. Випорожнення 3-4 рази на добу, з домішками нейтрального жиру. Аналіз шлункового соку - вільна соляна кислота - 30 од. Діастаза сечі - 16 од.

Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Хронічний холецистит
- B. Пухлина товстої кишки
- C. Глутенова ентеропатія

- D.** Хронічний панкреатит
- E.** Хронічний гепатит

51. Який синдром не є характерним для хронічного панкреатиту?

- A.** Больовий
- B.** Диспепсичний
- C.** Астено-невротичний
- D.** Ендокринний
- E.** Геморагічний

52. Хвора 37 років, скаржиться на постійні тупі болі в підребер'ях з іррадіацією в спину, які посилюються після їжі. Турбує здуття живота, часті випорожнення з домішками неперетравленої їжі. Хворіє більше 5 років, схудла на 15 кг. Об'єктивно: помірне здуття живота, болючість в зоні Шоффара, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Який з методів дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози?

- A.** УЗД органів черевної порожнини
- B.** Визначення рівнів амілази та ліпази крові
- C.** ЕФГДС
- D.** Ретроградна панкреатографія
- E.** Копрограма

53. Хворий К., 49 року, скаржиться на ниючий біль у верхній половині живота з іррадіацією в спину, помірне здуття живота, періодично виникає блювання з домішками їжі та жовчі, що не приносить полегшення, підвищення температури тіла до 37,5-37,7 °С, схуднення на 8 кг за останній рік. З анамнезу відомо, що тривалий час зловживав алкоголем. Стан хворого середньої важкості, пульс-110 за 1 хв., ритмічний, слабкого наповнення, АТ 110/55 мм рт.ст., тони серця приглушені, ЧД 18 за 1 хв., живіт помірно болючий в епігастрії, симптоми подразнення очеревини від'ємні. Найбільш ймовірний діагноз?

- A.** Гастроезофагеальна рефлексна хвороба
- B.** Хронічний гепатит
- C.** Загострення виразкової хвороби шлунка
- D.** Хронічний ентероколіт
- E.** Загострення хронічного панкреатиту

54. Хворий К., 35 років, був госпіталізований у хірургічне відділення з діагнозом: Падіння з висоти, пошкодження органів черевної порожнини? Стан хворого на час госпіталізації розцінено, як задовільний. Через 3 доби під час кашлю стан хворого різко погіршився: шкіра та слизові оболонки бліді, АТ – 85/30 мм рт.ст., пульс – 120 уд/хв. Яка найбільш вірогідна причина погіршення стану?

- A.** Ниркова колька
- B.** Тромбоемболія легеневої артерії
- C.** Гостра серцева недостатність
- D.** Кровотеча внаслідок двомоментного розриву селезінки
- E.** Розрив порожнистого органу