**Контрольные вопросы:**

1*. Патогенез острого холецистита*

2.*Клинико-морфологическая классификация острого холецистита*

3.*Антибиотикотерапия при остром холецистите*

**Тесты:**

1. Назовите основные функции желчного пузыря?

а) Моторно-эвакуаторная.

б) Концентрационная.

в) Гормональная (антихолецистокенин).

г) Ферментативная (ускоряет действие панкреатической липазы).

Д) Всё перечисленное.

2. Назовите пути проникновения инфекции в желчный пузырь.

а) Лимфогенный.

б) Гематогенный.

в) Из печени.

г) Из ДПК.

д) Всё перечисленное.

3. Назовите основной субъективный симптом острого холецистита.

а) Рвота.

б) Острая боль в правом подреберье, иррадиирущая в правую подключичную область, лопатку, плечо.

в) Боль в эпигастрии, отдающая в спину.

г) Повышение температуры, озноб.

д) Задержка стула, газов.

4. Назовите опорные персонифицированные объективные симптомы острого холецистита:

а) Ортнера.

б) Боаса.

в) Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом).

г) Мерфи.

д) Все выше изложенные.

5. Как определяется симптом Ортнера?

а) Появлением боли в проекции желчного пузыря при надавливании справа от VIII-X грудных позвонков.

б) Появлением боли в животе при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

в) Усилением боли при поколачивании по правой рёберной дуге.

г) Усилением боли в зоне желчного пузыря при глубоком вдохе и при давлении большим пальцем левой руки, расположенным по краю рёберной дуги.

д) Боль при вдохе во время пальпации правого подреберья в проекции желчного пузыря.

6. Как определяется симптом Кера?

а) Появлением боли в проекции желчного пузыря при надавливании справа от VIII-X грудных позвонков.

б) Появлением боли в животе при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

в) Усилением боли при поколачивании по правой рёберной дуге.

г) Усилением боли в зоне желчного пузыря при глубоком вдохе и при давлении большим пальцем левой руки, расположенным по краю рёберной дуги.

д) Боль при вдохе во время пальпации правого подреберья в проекции желчного пузыря.

7. Как определяется симптом Боаса?

а) Появлением боли в проекции желчного пузыря при надавливании справа от VIII-X грудных позвонков.

б) Появлением боли в животе при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

в) Усилением боли при поколачивании по правой рёберной дуге.

г) Усилением боли в зоне желчного пузыря при глубоком вдохе и при давлении большим пальцем левой руки, расположенным по краю рёберной дуги.

д) Боль при вдохе во время пальпации правого подреберья в проекции желчного пузыря.

8. Как определяется симптом Мэрфи?

а) Появлением боли в проекции желчного пузыря при надавливании справа от VIII-X грудных позвонков.

б) Появлением боли в животе при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

в) Усилением боли при поколачивании по правой рёберной дуге.

г) Усилением боли в зоне желчного пузыря при глубоком вдохе и при давлении большим пальцем левой руки, расположенным по краю рёберной дуги.

д) Боль при вдохе во время пальпации правого подреберья в проекции желчного пузыря.

9. Наиболее характерное количество лейкоцитов крови (в 1 мкл) при остром катаральном холецистите:

а) 4-8 тыс.

б) 9-12 тыс.

в) 12-15 тыс.

г) 16-20 тыс.

д) Более 20 тыс.

10. Наиболее характерное количество лейкоцитов крови (в 1 мкл) при остром флегмонозном холецистите:

а) 4-8 тыс.

б) 9-12 тыс.

в) 12-15 тыс.

г) 16-20 тыс.

д) Более 20 тыс.

11. Наиболее характерные УЗИ-признаки острого бескаменного холецистита:

а) Утолщение стенки желчного пузыря.

б) Размытость его контуров.

в) Наличие двойного контура желчного пузыря.

г) Увеличение размеров желчного пузыря.

д) Всё перечисленное.

12. Температура тела, более характерная для острого катарального холецистита:

а) В пределах нормы.

б) Субфебрильная (37-38).

в) Фебрильная (38-39).

г) Пиретическая (39-40).

д) Гиперпиретическая (свыше 40).

13. Температура тела, более характерная для острого флегмонозного холецистита:

а) В пределах нормы.

б) Субфебрильная (37-38).

в) Фебрильная (38-39).

г) Пиретическая (39-40).

д) Гиперпиретическая (свыше 40).

14. Лечение больных острым холециститом может быть:

а) Консервативное.

б) Экстренная операция.

в) Срочная операция (в течение 24-48 часов).

г) Отсроченная операция в фазе ремиссии (в «холодном» периоде).

д) Всё вышеизложенное.

15. Задачи консервативной терапии острого холецистита:

а) Восстановить отток желчи.

б) Купировать болевой синдром.

в) Снять спазм сфинктера желчного пузыря.

г) Инфузионная, дезинтоксикационная, антибактериальная терапия.

д) Все изложенные.

16. Больных с острым холециститом необходимо оперировать под:

а) Местной анестезией по А.В. Вишневскому.

б) Внутривенным наркозом.

в) Масочным наркозом.

г) Спинномозговой анестезией.

д) Комбинированным наркозом.

17. Оптимальный вариант завершения операции при остром холецистите?

а) Глухой шов лапаротомной раны.

б) Дренирование подпечёночной зоны марлевым дренажём.

в) Дренирование подпечёночной зоны трубкой с активной аспирацией.

г) Дренирование подпечёночной зоны трубкой без активной аспирации.

д) Дренирование подпечёночной зоны «сигарообразным» дренажём.

18. Какова среднестатистическая ёмкость желчного пузыря?

а) 20 мл.

б) 50 мл.

в) 75 мл.

г) 100 мл.

д) 150 мл.

**Ситуационные задачи:**

**Ситуационная задача №1:** К хирургу поликлиники обратилась больная Е. 57 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, боль в правом подреберье. Желтухи нет. При осмотре: состояние больной средней степени тяжести, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, симптомы Ортнера, Мерфи – положительные, Щеткина-Блюмберга - отрицательный. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз.

1) Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?

2) Какие обследования необходимо выполнить больной для уточнения диагноза?

3) Какие изменения характерны для этой патологии по данным УЗИ брюшной полости?

4) Вид и объем лечения?

5) Профилактика?

**Ситуационная задача №2:** В поликлинику обратилась больная С., 55 лет, с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей с примесью желчи, Заболела после приема жирной пищи. Ранее подобных симтомов не отмечала. При осмотре: состояние больной средней степени тяжести, язык сухой, густо обложен белым налетом. Пульс 110 уд/мин. АД 125/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, умеренно вздут. При пальпации живот умеренно болезненный и напряженный в правом подреберье и эпигастральной области. Симптомы Мюсси – Георгиевского, Мерфи положительные, Мейо-Робсона, Мондора, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Газы отходят. УЗИ брюшной полости: желчный пузырь размером 8х6 см, стенка желчного пузыря с двойным контуром, конкрементов в желчном пузыре и холедохе не определяется. Холедох – 6 мм. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

1) Ваш диагноз?

2) Тактика врача поликлиники?

3) Какие обследования необходимо выполнить больному в стационаре?

4) Объем лечебных мероприятий?

5) Перечислите методы профилактики данной патологии?

**Практические навыки:**

1. Определить и интерпретировать симптомы острого холецистита: Курвуазье, Образцова, Мерфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского
2. Провести перкуссию живота, интерпретировать результаты