

## ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ

1. Атеросклероз. Етіологія, патогенез.
2. Ішемічна хвороба серця. Етіологія, патогенез. Класифікація.
3. Ішемічна хвороба серця. Визначення. Класифікація. Фактори ризику.
4. Стенокардія. Визначення. Етіологія, патогенез. Класифікація.
5. Гіпертонічна хвороба. Етіологія, патогенез. Класифікація.
6. Вторинні артеріальні гіпертензії. Визначення. Класифікація.
7. Ниркові артеріальні гіпертензії. Етіологія, патогенез. Класифікація.
8. Ендокринні артеріальні гіпертензії. Етіологія, патогенез. Класифікація.
9. Інфекційний ендокардит. Етіологія, патогенез. Класифікація.
10. Мітральні вади серця. Етіологія. Порушення гемодинаміки. Класифікація.
11. Міокардит. Етіологія, патогенез. Класифікація.
12. Дилатаційна кардіоміопатія. Етіологія, патогенез.
13. Гіпертрофічна кардіоміопатія. Етіологія, патогенез.
14. Нейроциркуляторна дистонія. Етіологія, патогенез. Класифікація.
15. Перикардити. Етіологія, патогенез. Класифікація.
16. Легеневе серце. Етіологія, патогенез. Класифікація.
17. Порушення ритму серця. Етіологія, патогенез. Класифікація.
18. Серцева недостатність. Етіологія, патогенез. Класифікація.
19. Основні симптоми ревматологічної патології та методи дослідження в ревматології.
20. Ревматизм. Етіологія, патогенез.
21. Системний червоний вовчак. Етіологія, патогенез. Класифікація.
22. Системна склеродермія. Етіологія, патогенез. Класифікація.
23. Остеоартроз. Етіологія, патогенез. Клінічні форми.
24. Гломерулонефрит. Етіологія, патогенез. Класифікація.
25. Пієлонефрит. Етіологія, патогенез.
26. Тубуло-інтерстиціальний нефрит. Етіологія, патогенез.
27. Хронічна хвороба нирок. Визначення поняття. Класифікація.
28. Амілоїдоз. Етіологія, патогенез. Класифікація.
29. Гостра та хронічна ниркова недостатність. Етіологія, патогенез.
30. Ожиріння. Визначення. Класифікація. Основні медичні наслідки ожиріння.
31. Атеросклероз. Клініка. Діагностика залежно від переважної локалізації.
32. Гострий коронарний синдром. Клініка. Діагностика.
33. Гострий інфаркт міокарда. Клініка. Діагностика.
34. Нестабільна стенокардія. Клініка. Діагностика.
35. Ішемічна хвороба серця. Хронічні форми. Клініка. Діагностика.
36. Гіпертонічна хвороба. Клініка. Діагностика.
37. Гемодинамічні артеріальні гіпертензії. Коарктація аорти. Клініка. Діагностика.
38. Інфекційний ендокардит. Клініка. Діагностика.
39. Мітральні вади. Зміни гемодинаміки. Клініка. Діагностика.
40. Аортальні вади. Зміни гемодинаміки. Клініка. Діагностика.
41. Трикуспідальні вади. Зміни гемодинаміки. Клініка. Діагностика.
42. Відкрита артеріальна протока. Зміни гемодинаміки. Клініка. Діагностика.
43. Дефект міжпередсердної перегородки. Зміни гемодинаміки. Клініка. Діагностика.
44. Дефект міжшлуночкової перегородки. Зміни гемодинаміки. Клініка. Діагностика.
45. Міокардит. Клініка. Діагностика.
46. Дилатаційна кардіоміопатія. Клініка. Діагностика.
47. Гіпертрофічна кардіоміопатія. Клініка. Діагностика.
48. Нейроциркуляторна дистонія. Клініка. Діагностика.
49. Перикардити. Клініка. Діагностика.

50. Тромбоемболія легеневої артерії. Клініка. Діагностика.
51. Порушення ритму. Клініка. Діагностика.
52. Порушення провідності. Клініка. Діагностика.
53. Серцева недостатність. Клініка. Діагностика.
54. Гостра ревматична лихоманка. Клініка. Діагностика.
55. Ревматоїдний артрит. Клініка. Діагностика.
56. Системний червоний вовчак. Клініка. Діагностика.
57. Системна склеродермія. Клініка. Діагностика.
58. Дерматоміозит. Клініка. Діагностика.
59. Системні васкуліти. Клініка. Діагностика.
60. Анкілозуючий спондилоартрит. Клініка. Діагностика.
61. Реактивні артропатії. Клініка. Діагностика.
62. Остеоартроз. Клініка. Діагностика.
63. Подагра. Клініка. Діагностика.
64. Гломерулонефрит. Клініка. Діагностика.
65. Нефротичний синдром. Клініка. Діагностика.
66. Пієлонефрит. Клініка. Діагностика.
67. Тубуло-інтерстиціальний нефрит. Клініка. Діагностика.
68. Амілоїдоз. Клініка. Діагностика.
69. Ниркова недостатність. Клініка. Діагностика.
70. Діагностика захворювань у людей похилого віку. Клініка. Діагностика.
71. Диференціальний діагноз при інфаркті міокарда.
72. Диференціальний діагноз при стенокардії.
73. Диференціальний діагноз при хронічних формах ішемічної хвороби серця.
74. Диференціальний діагноз при ниркових артеріальних гіпертензіях.
75. Диференціальний діагноз при ендокринних артеріальних гіпертензіях.
76. Диференціальний діагноз при відкритій артеріальній потіці.
77. Диференціальний діагноз при дефекті міжпередсердної перегородки.
78. Диференціальний діагноз при дефекті міжшлуночкової перегородки.
79. Диференціальний діагноз при інфекційному ендокардиті.
80. Диференціальний діагноз при міокардиті.
81. Диференціальний діагноз при дилатаційній кардіоміопатії.
82. Диференціальний діагноз при гіпертрофічній кардіоміопатії.
83. Диференціальний діагноз при нейроциркуляторній дистонії.
84. Диференціальний діагноз при перикардитах.
85. Диференціальний діагноз при легеневому серці.
86. Диференціальний діагноз при миготливій аритмії.
87. Диференціальний діагноз при екстрасистолії.
88. Диференціальний діагноз при порушеннях провідності.
89. Диференціальний діагноз при застійній серцевій недостатності.
90. Диференціальний діагноз при ревматизмі.
91. Диференціальний діагноз при ревматоїдному артриті.
92. Диференціальний діагноз при системному червоному вовчаку.
93. Диференціальний діагноз при склеродермії.
94. Диференціальний діагноз при васкулітах.
95. Диференціальний діагноз реактивних аартропатій.
96. Диференціальний діагноз при остеоартрозі.
97. Диференціальний діагноз при подагрі.
98. Диференціальний діагноз при гломерулонефриті.
99. Диференціальний діагноз при нефротичному синдромі.
100. Диференціальний діагноз при пієлонефриті.
101. Лікування гострого інфаркту міокарда.

102. Лікування ускладнень гострого інфаркту міокарда.
103. Лікування гострого коронарного синдрому.
104. Лікування хронічних форм ІХС.
105. Лікування гіпертонічної хвороби.
106. Лікування гіпертонічних кризів.
107. Лікування інфекційного ендокардиту.
108. Лікування міокардиту.
109. Лікування дилатаційної кардіоміопатії.
110. Лікування гіпертрофічної кардіоміопатії.
111. Лікування нейроциркуляторної дистонії.
112. Лікування перикардитів.
113. Лікування екстрасистолії.
114. Лікування пароксизмальної тахікардії.
115. Лікування миготливої аритмії.
116. Лікування і профілактика порушень провідності.
117. Лікування і профілактика хронічної серцевої недостатності.
118. Лікувальна тактика при тромбоемболії легеневої артерії.
119. Лікування і профілактика ревматизму.
120. Лікування і профілактика ревматоїдного артрити.
121. Лікування і профілактика системного червоного вовчак.
122. Лікування системних васкулітів
123. Лікування і профілактика остеоартрозу.
124. Лікування і профілактика подагри.
125. Лікування і профілактика гломерулонефриту.
126. Лікування і профілактика хронічного пієлонефриту.
127. Лікування і профілактика амілоїдозу.
128. Лікування і профілактика ниркової недостатності.
129. Лікування ожиріння.
130. Лікування людей похилого віку.

#### Ситуаційні задачі

1. 48-річний водій маршрутного таксі проходить профілактичний огляд. Він має помірну артеріальну гіпертензію, викурює по 20 сигарет щодня. Жодних ліків не приймає. Батько пацієнта переніс інсульт у віці 53 роки. Під час дослідження ліпідного спектру пацієнта отримано наступні результати: загальний холестерин 7,8 ммоль/л, холестерин ліпопротеїнів високої щільності 0,88 ммоль/л, тригліцериди 1,3 ммоль/л, холестерин ліпопротеїнів низької щільності 7,2 ммоль/л, індекс атерогенності 7,9 у.о.

1. Інтерпретуйте кожен параметр ліпідограми пацієнта та визначте фенотип гіперліпідемії.
2. Яке порушення ліпідного обміну спричинило гіперліпідемію у даного пацієнта?
3. Опишіть підходи до корекції кожного фактора ризику атеросклерозу в даного пацієнта.

2. У виписному епікризі 61-річного пацієнта, якому була проведена первинна ангіопластика та стентування вінцевої артерії з приводу гострого коронарного синдрому, зазначений рівень загального холестерину сироватки 4,2 ммоль/л. Лікуючий лікар стаціонару рекомендував тривалий прийом аторвастатину.

1. Які стадії розвитку атеросклеротичного процесу Ви знаєте? На якій стадії знаходиться даний пацієнт?
2. З якою метою призначений ліпідознижуючий засіб? Які механізми дії статинів опосередковують їхні сприятливі ефекти при атеросклерозі?
3. Яким чином контролюватимете ефективність та безпечність лікування аторвастатином у даного пацієнта?

3. У 59-річного чоловіка о 7<sup>30</sup> год. ранку виник інтенсивний за груднинний біль, пітливість. Швидкою допомогою доставлений у приймальне відділення о 10<sup>00</sup>. Під час огляду: стан середньої важкості, діафорез, АТ 116/86 мм рт. ст., пульс 104 уд./хв., ритмічний, тони серця ослаблені, шумів та галопів немає; над легеньми – везикулярне дихання. ЕКГ – див. на додатковому аркуші.

1. Інтерпретуйте ЕКГ даного пацієнта.
2. Сформулюйте клінічний діагноз.
3. Який процес лежить в основі виникнення даного стану? Яка вінцева артерія найбільш імовірно уражена у пацієнта?
4. Перерахуйте обов'язкові елементи лікування пацієнта.

4. У хворого З., 49 років, який знаходиться на обліку з діагнозом «стабільна стенокардія ІІ ФК», раптово виникли типові стенокардитичні болі, які не знялися нітрогліцерином, але минули через 15 хв. Об'єктивно: АТ 120/80 мм рт.ст., пульс 104 уд. за хв., поодинокі екстрасистоли. На ЕКГ: ЧСС - 104 /хв., рідкі лівошлуночкові екстрасистоли, депресія сегменту ST у I, aVL, V5-6 відведеннях. КФК загальна 2,14 мккат/л (норма до 3,16 мккат/л), КФК-МВ 0,34 мккат/л (норма до 0,41 мккат/л).

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Який патофізіологічний механізм лежить в основі даної форми ішемічної хвороби серця?
3. Проведіть диференціальний діагноз цього випадку з гострим інфарктом міокарда.
4. Складіть план лікування пацієнта.

5. У 60-річної жінки 6 годин тому з'явився інтенсивний пекучий біль в епігастральній ділянці. В анамнезі жовчнокам'яна хвороба. При огляді температура тіла 37,2 °С. Діяльність серця аритмічна. Пульс 60 за 1 хв., неправильний, АТ 110/76 мм рт. ст. Живіт м'який, незначна болючість при пальпації в епігастральній ділянці. ЕКГ – див. доданий аркуш.

1. Інтерпретуйте ЕКГ пацієнтки.
2. На якому рівні має місце порушення провідності у даному випадку?
3. Який підхід до лікування порушення провідності у цієї пацієнтки?
4. Проведіть диференціальний діагноз між жовчною колькою та гострим інфарктом міокарда.

6. Хворий віком 63 роки протягом 15 днів знаходиться у кардіологічному відділенні з приводу великовогнищового інфаркту міокарда. Турбують болі у грудній клітці, особливо при глибокому диханні, болі у суглобах, гарячка до 38 °С. Над легеньми двобічно вислуховуються дрібнопухирчасті вологі хрипи. У крові: еозинофіли 10%, ШОЕ 35 мм/год, С-реактивний білок (3+). На ЕКГ спостерігаються зубці QS та елевація сегмента ST у відведеннях V1-4.

1. Про що свідчить наявність зубців QS та елевація сегмента ST у даного хворого?
2. У чому полягає зміст ремодельовання лівого шлуночка при гострому інфаркті міокарда та які можливі наслідки цього процесу?
3. Який механізм виникнення болю в грудній клітці у даному випадку? Як найкраще лікувати цей біль?

7. 44-річний охоронець банку протягом трьох останніх місяців відзначає щоденні епізоди пекучого болю за грудниною під час помірних фізичних навантажень (переважно у першій половині дня), які минають спонтанно після припинення навантаження. Пацієнт має артеріальну гіпертензію, з приводу якої приймає лізиноприл. Родинний анамнез не обтяжений. Індекс маси тіла 33,4 кг/м<sup>2</sup>. Фізикальний огляд без патології. На ЕКГ у стані спокою: синусовий ритм з ЧСС 66 уд./хв., нормальне положення осі, патологічних зубців Q та змін ST-T немає, S<sub>V3</sub> + R<sub>aVL</sub> 24 мВ. Гемоглобін 155 г/л, загальний холестерин сироватки 6,2 ммоль/л, тригліцериди 3,4 ммоль/л. Велоергометрія: навантаження 25Вт протягом 2 хв. – косонизхідна депресія сегмента ST на 2 мм у відведеннях V1-4.

1. Які чинники ризику ішемічної хвороби серця наявні у пацієнта?

2. Сформулюйте клінічний діагноз.
3. Якими мають бути наступні кроки у обстеженні пацієнта?
4. Складіть план лікування пацієнта.

8. Чоловік 54 років скаржиться на періодичний біль у ділянці серця у нічний час, що триває до 5 хв., знімається нітрогліцерином. Вчора біль виник удень, після ситного обіду. На знятій сьогодні в поліклініці ЕКГ змін немає. На попередньо знятій під час нападу ЕКГ зафіксовано підйом сегмента ST на 3 мм.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Якими є очікувані результати коронароангіографії у даного пацієнта?
3. Які особливості медикаментозного лікування хворого?

9. Хворий Н., 65 років, звернувся з приводу періодичного відчуття дискомфорту грудях при звичних фізичних навантаженнях (ходьба по рівному місцю на відстань 600 м). Курить по 10 сигарет на день протягом 40 років. Об'єктивно: стан задовільний. Над легеньми везикулярне дихання, верхівковий поштовх не зміщений, серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені, вислуховується дмухаючий систолічний шум над верхівкою. ЧСС = частоті пульсу і складає 76 уд./хв. АТ 160/110 мм рт. ст. нижній край печінки не пальпується. На ЕКГ: глибокі зубці Q та інверсія зубця T у відведеннях II, III та aVF.

1. На що вказують зміни на ЕКГ?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Який імовірний механізм виникнення систолічного шуму в пацієнта?
4. Які додаткові дослідження необхідні для остаточної верифікації діагнозу? Якими будуть очікувані дані ехокардіографії та коронарної ангіографії?
5. Складіть план лікування пацієнта.

10. Під час добового моніторингу ЕКГ у 57-річного чоловіка, котрий недавно переніс інфаркт міокарда і хворіє на цукровий діабет, протягом активного (денного) періоду запису виявлено часті епізоди горизонтальної депресії сегменту ST. При співставленні даних ЕКГ із записами у щоденнику виявлено, що більшість епізодів супроводжувалася задишкою та дискомфортом за грудниною.

1. Про що свідчать епізоди депресії сегменту ST, які не були пов'язані з симптомами?
2. Якою має бути подальша тактика ведення пацієнта?
3. Назвіть обов'язкові складові медикаментозного лікування цього пацієнта.

11. Перед вами ЕКГ 77-річної жінки, яка знепритомніла у церкві і доставлена швидкою допомогою у приймальне відділення.

1. Інтерпретуйте ЕКГ пацієнтки.
2. Якого лікування потребує пацієнтка?

12. На прийом до лікаря звернулася 60-річна жінка зі скаргами на прискорене нерегулярне серцебиття, задишку та втомлюваність, які вона відмічає протягом останніх 3 місяців. В анамнезі цукровий діабет, артеріальна гіпертензія. Об'єктивно: АТ 146/100 мм рт. ст., ЧСС 124 удари за хвилину, частота пульсу 95 за хвилину; серцева діяльність аритмічна, тони різної звучності. ЕКГ – див. доданий аркуш.

1. Яке порушення ритму наявне у пацієнтки? Який механізм виникнення цієї аритмії?
2. Які можливі ускладнення аритмії у хворої та як їм запобігти?
3. Які препарати можна використати для відновлення нормального синусового ритму при цьому порушенні ритму?

13. На прийом до сімейного лікаря звернувся 25-річний пацієнт зі скаргами на рецидивуючі напади прискореного серцебиття. Напади супроводжуються відчуттям дискомфорту

в грудях, незначною задишкою, однак ніколи не призводять до втрати свідомості. ЕКГ на прийомі – див. доданий аркуш 1, ЕКГ під час нападу серцебиття – див. доданий аркуш 2.

1. Яка патологія ЕКГ наявна на прийомі та під час нападу серцебиття?
2. Опишіть механізм виникнення нападів серцебиття у пацієнта.
3. Яким чином усунути причину виникнення нападів серцебиття у пацієнта?

14. Хворий 35 років протягом 5 років скаржиться на запаморочення, біль стискуючого характеру в ділянці серця, задишку при фізичному навантаженні. Батько пацієнта помер раптово у віці 38 років. Об'єктивно: АТ 120/80 мм рт. ст., ЧСС 72 уд./хв., верхівковий поштовх гіпердинамічний, вислуховується систолічний шум уздовж лівого краю груднини. ЕКГ: ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, глибокий негативний зубець Т в V3-V6, депресія ST на 4 мм в V3-V6. Ехокардіографія: порожнина лівого шлуночка зменшена, товщина міжшлуночкової перетинки 27 мм, задньої стінки лівого шлуночка – 15 мм, фракція викиду лівого шлуночка – 68%, визначається передній систолічний рух передньої стулки мітрального клапана, високий градієнт тиску у вихідному тракті лівого шлуночка.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Який механізм виникнення гіпертрофії лівого шлуночка при даній патології?
3. Складіть план лікування пацієнта.

15. Чоловік віком 50 років вже протягом 7 років страждає на застійну серцеву недостатність. Скаржиться на задишку при помірних фізичних навантаженнях, втомлюваність, нічний кашель. Об'єктивно: систолічний шум над верхівкою серця, розширення яремних вен, нижній край печінки пальпується на 3 см нижче правої реберної дуги, пастозність гомілок. На ЕКГ: фібриляція передсердь з ЧСС 134 уд./хв., блокада лівої ніжки пучка Гіса. Ехокардіографія: дилатація усіх камер серця, дифузний гіпокінез стінок лівого шлуночка, кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка 300 мл, кінцево-систолічний об'єм лівого шлуночка 210 мл.

1. Яка причина хронічної серцевої недостатності у хворого?
2. Обчисліть та оцініть фракцію викиду лівого шлуночка.
3. Складіть план лікування хворого.

16. Хвора віком 28 років скаржиться на задишку, кволість, біль у області серця, слабкість, підвищення температури тіла до 38,3°C. Своє захворювання пов'язує з перенесеною 10 днів тому пневмонією. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, ціаноз губ. АТ 110/70 мм рт. ст. ЧД 24 за хв. У легенях – дихання везикулярне. Межі серця не розширені, тони ослаблені, у V міжребер'ї зліва по середньоключичній лінії вислуховується помірний систолічний шум. ЧСС = 96 за хв. Печінка + 1 см. Ехокардіографія: помірний дифузний гіпокінез стінок лівого шлуночка, фракція викиду лівого шлуночка 48%. У крові – лейкоцити  $11,2 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ 38 мм/год, позитивний тест та тропонін Т.

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Проведіть диференціальний діагноз із ішемічною хворобою серця.
3. Складіть план лікування пацієнтки.

17. Чоловік віком 79 років знаходиться в урологічному відділенні. Шість днів тому йому виконали простатектомію. В анамнезі артеріальна гіпертензія, тромбоз глибоких вен гомілок, посттромбофлебітичний синдром. Після першого вставання з ліжка стан пацієнта різко погіршився: виникло запаморочення, потемніння в очах, ціаноз, пацієнт знепритомнів. АТ 86/40 мм.рт. ст., ЧСС 120/хв. На ЕКГ: синусова тахікардія, зниження вольтажу у стандартних відведеннях, електрична вісь типу S<sub>I</sub>-Q<sub>III</sub>, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса.

1. Які чинники ризику тромбоемболії гілок легеневої артерії наявні у хворого?
2. Які додаткові методи дослідження слід використати для підтвердження діагнозу легеневої емболії та якими будуть їхні очікувані результати?
3. Яких методів профілактики емболії легеневої артерії слід було вжити у даному випадку?

18. Жінка, віком 63 роки скаржиться на задишку при найменших фізичних навантаженнях, важкість у правому підребер'ї, набряки гомілок. Чотири місяці тому перенесла емболію легеневої артерії. В анамнезі постійна форма фібриляції передсердь, артеріальна гіпертензія, варикозне розширення вен нижніх кінцівок. При огляді виявлено ціаноз шкіри, розширення та позитивну пульсацію яремних вен, підсилену епігастральну пульсацію, гепатомегалію та набряки нижніх кінцівок до рівня колін. Ехокардіографія: дилатація правих відділів серця, трикуспідальна недостатність, систолічний тиск у легеневій артерії 60 мм рт. ст.

1. Яке ускладнення тромбоемболії легеневої артерії виникло у пацієнтки?
2. Які підходи до лікування цього ускладнення?

19. У хворої В., 60 років, має місце задишка при незначних фізичних навантаженнях, втома, серцебиття, набряки. Захворіла 6 років тому після перенесеної пневмонії, коли почала прогресувати задишка. До цього нічим не хворіла. Менопауза протягом 12 років. Об'єктивно: стан середньої важкості, ортопноє, акроціаноз. Над легенями у нижніх відділах – різнокаліберні вологі хрипи. Верхівковий поштовх пальпується у 6 міжребер'ї на 3 см латеральніше лівої середньоключичної лінії. Вислуховується чотиричленний ритм галопу. АТ 112/68 мм рт. ст., пульс 80 уд./хв., ритмічний. Печінка +6 см. Набряки гомілок. ЕКГ – див. доданий аркуш. За даними ехокардіографічного дослідження фракція викиду лівого шлуночка склала 21%.

1. Яка стадія, функціональний клас та гемодинамічний варіант хронічної серцевої недостатності у хворої?
2. Інтерпретуйте ЕКГ пацієнтки.
3. Складіть план лікування хворої.

20. Хвора Н., віком 75 років скаржиться на задишку при навантаженнях, втому та набряки гомілок. Протягом 22 років хворіє на артеріальну гіпертензію, перенесла інсульт. Об'єктивно: верхівковий поштовх пальпується по лівій середньоключичній лінії, посилений, резистентний; авскультативно тони серця збережені, діяльність ритмічна, пресистолічний галоп. АТ 184/66 мм рт. ст. Пульс 80 уд./хв., ритмічний, твердий. На ЕКГ: гіпертрофія та систолічне перевантаження лівого шлуночка. Під час ехокардіографічного дослідження виявлено концентричну гіпертрофію лівого шлуночка, нормальні розміри лівого шлуночка, дилатацію лівого передсердя, порушення релаксації міокарда. Фракція викиду лівого шлуночка 68%.

1. Який гемодинамічний варіант серцевої недостатності у хворої?
2. Визначте причину серцевої недостатності у даному випадку. Які особливості патогенезу серцевої недостатності у даному випадку?
3. У чому полягають особливості лікування хворої?

21. Чоловік 30 років, скаржиться на сильний біль, почервоніння шкіри, набряк в області гомілкового суглоба, підвищення температури до 39 °С. Захворів раптово. В минулому були подібні напади тривалістю до 5-6 днів без залишкових змін зі сторони суглоба. Шкіра над суглобом гіперемована без чітких контурів та інфільтративного валу на периферії.

1. Який найбільш вірогідний діагноз?
2. З якими захворюваннями слід проводити диференціальний діагноз у даному випадку?
3. Які додаткові методи дослідження слід використати для підтвердження діагнозу?
4. Складіть план лікування пацієнта.

22. Хвора П., віком 56 р. скаржиться на біль у колінних суглобах, особливо під час спускання сходами. Хворіє 8 років. Температура тіла нормальна. Обсяг рухів у колінних суглобах знижений, хруст у суглобах при згинанні. Рентгенографія колінних суглобів: остеосклероз, звуження суглобової щілини, незначні крайові остеофіти. У крові: лейкоцити 6,2 Т/л, ШОЕ - 13 мм/год. Ревматоїдний фактор від'ємний.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Проведіть диференціальний діагноз захворювання пацієнтки з ревматоїдним артритом.

### 3. Опишіть принципи лікування захворювання.

23. Чоловік 58 років скаржиться на біль в правих кульшовому та колінному суглобах, хруст при рухах в них. Хворіє 4 роки. Об'єктивно: активні та пасивні рухи в уражених суглобах не в повному обсязі за рахунок больового синдрому. Правий колінний суглоб збільшений, на його рентгенограмі звуження суглобової щілини, остеофіти.

1. Опишіть механізми розвитку захворювання у пацієнта.
2. Проведіть диференціальний діагноз захворювання пацієнта з реактивним артритом.
3. Опишіть підходи до лікування захворювання.

24. Хворий, 49 років, скаржиться на біль та набряк дрібних суглобів правої стопи, почервоніння шкіри над ними, підвищення температури тіла до 38 °С, що з'явилися три дні тому. За останні 6 років було декілька нападів артриту, що тривали до 7-10 днів. В анамнезі – хронічний тонзиліт. При огляді: плесново-фалангові суглоби правої стопи збільшені в об'ємі, дефігуровані, рухи в суглобах різко болючі. Інші суглоби без патологічних змін. ШОЕ - 26 мм/год.

1. Який механізм розвитку цього захворювання?
2. Які ускладнення цього захворювання можливі у майбутньому?
3. Опишіть підходи до лікування захворювання.

25. Хворий В., 23 років. Скарги на загальну слабкість, головний біль, набряки обличчя. Два тижні тому переохворів ангіною. Погіршення стану зауважує 2 дні тому. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, обличчя набрякле, гомілки пастозні. Пульс 64 уд. за хв., ритмічний. АТ – 170/100 мм.рт.ст. Симптом Пастернацького негативний. Аналіз крові: гемоглобін-120 г/л, еритроцитів- $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $5,0 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-25 мм/год. Аналіз сечі: відносна густина-1,020, білок-0,66 г/л, еритроцитів вилужених - до 100 в п/зору, циліндри гіалінові - поодинокі в препараті.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

26. Хвора Б., 32 роки, поступила зі скаргами на задишку, набряки, болі в поперековій ділянці, слабкість. Хворіє на протязом останніх 5 років, коли після переохолодження з'явилися набряки на обличчі і ногах, болі в поперековій ділянці. Два рази знаходилась на стаціонарному лікуванні, тривалий час отримувала преднізолон. Об'єктивно: місяцеподібне обличчя, виражені набряки н/к, стрії на череві і стегнах. Пульс 84 уд. за 1 хв., ритмічний. АТ-140/90 мм.рт.ст. Аналіз крові: гемоглобін-95 г/л, еритроцитів- $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $5,6 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-54 мм/год. Загальний білок крові-56 г/л, холестерин-6,7 ммоль/л. Аналіз сечі: відносна густина-1012, білок-6,6 г/л, еритроцитів вилужених - 10-15 в п/зору, циліндри зернисті поодинокі в препараті.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

27. Хвора Т., 23 років. Скарги на слабкість, головний біль, набряки кінцівок. Хворіє протягом 6 років, коли після застуди з'явилися набряки на ногах, обличчі, виявлено зміни в сечі. Два рази лікувалась стаціонарно з періодичними покращеннями. Об'єктивно: стан задовільний, набряки на стопах і гомілках. Лице набрякле. Пульс-80 уд. за 1 хв. АТ-165/100 мм.рт.ст. Маса тіла 52 кг. Аналіз крові: гемоглобін-95 г/л, еритроцитів- $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $7,5 \cdot 10^9$ /л, еозинофілів-1%, нейтрофілів паличкоядерних-5%, сегментоядерних-71%, лімфоцитів-20%, моноцитів-2%, ШОЕ-25 мм/год. Креатинін-95 мкмоль/л, холестерин загальний-8,6 ммоль/л, загальний білок-56 г/л, альбумінів-45%,  $\alpha_1$  глобулінів-14,8%,  $\alpha_2$  глобулінів-6,2%,  $\beta$  глобулінів-17,8%,  $\gamma$  глобулінів-20,2%. Аналіз сечі:



відносна щільність-1,007, білок-85 мг/добу, еритроцитів-1-3 у п/зору, лейкоцитів-5-6-10 у п/зору, циліндри гіалінові, зернисті-поодинокі.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

28. Хвора Л., 29 років. Скарги на головний біль, погіршення зору, слабкість, болі в попереку. У віці 17 років виявляли підвищення АТ до 150/90мм.рт.ст., зміни в сечі. Погіршення стану протягом останнього року. З дитинства – постійні ангіни. Об'єктивно: блідість шкірних покривів. Серце розширено вліво на 3см, тони ясні, ритмічні. Акцент II тону над аортою. Пульс 76уд. за хв., напружений. АТ-210/120мм.рт.ст. Маса тіла 62кг. Аналіз крові: гемоглобін-95 г/л, еритроцитів- $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $7,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-38 мм/хв. Аналіз сечі: відносна густина-1,010-1,012 (за Зимницьким), білок-85 мг на добу, еритроцити вилужені-10-16 в п/зору, циліндри гіалінові-поодинокі в полі зору, ніктурія. Загальний білок крові-46 г/л, креатинін крові-489мкмоль/л, холестерин крові-6,9 ммоль/л. ЕКГ: відхилення електричної осі серця вліво, високі зубці R в лівих грудних відведеннях.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

29. Хворий Р., 42 років. Скарги на головний біль, тупий біль у попереку, підвищення температури тіла. Протягом 6 років зауважує різання під час сечовипускання, біль у попереку. Об'єктивно: стан задовільний. Серце розширено вліво на 2см, акцент II тону над аортою. Пульс 76уд за 1 хв., ритмічний. АТ-190/110мм.рт.ст. Симптом Пастернацького позитивний справа. Аналіз крові: гемоглобін-105 г/л, еритроцитів- $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $8,3 \cdot 10^9$ /л, еозинофілів-2%, паличкоядерних-5%, сегментоядерних-62%, лімфоцитів-25%, моноцитів-6%, ШОЕ-32 мм/год. Аналіз сечі: відносна густина-1,014, білок-33 мг на добу, лейкоцитів-до 40-50 в п/зору, циліндри гіалінові-поодинокі в препараті. Бактеріурія, клітини Штейнгеймера-Мальбіна. Очне дно: звуження артеріол, розширення вен.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

30. Хвора К., 27 років, скарг не висловлює. Під час диспансерного обстеження виявлено зміни в сечі. В минулому – повторні ангіни, діагностували хронічний тонзиліт. Об'єктивно: стан задовільний. Патологічних змін з боку внутрішніх органів не виявлено. АТ-120/70мм.рт.ст. Аналіз крові: гемоглобін-125 г/л, лейкоцитів- $6,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-32 мм/год. Аналіз сечі: відносна густина-1,024, білок-45 мг на добу, лейкоцитів-6-8 в п/зору, еритроцитів-12-15 в п/зору вилужені, циліндри гіалінові - поодинокі в препараті. Очне дно – норма. Консультація ЛОР – мигдалики рихлі, містять – гній.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

31. Хворий Б., 42 років. Скарги на кашель із виділенням значної кількості гнійного харкотиння, інколи з домішками крові, слабкість, головний біль. В анамнезі повторні гострі пневмонії. Протягом останніх 5 років – постійний гнійний кашель, періодично – підйоми температури тіла. Об'єктивно: зниженого живлення (маса тіла 60кг), бліді шкірні покриви і видимі

слизові оболонки. Обличчя набрякле, набряки гомілок. Пальці рук у вигляді “барабаних паличок” В легенях коробковий звук при перкусії, справа під лопаткою жорстке дихання, вологі дзвінкі дрібно- і середньопухирчасті хрипи. Частота дихання 22 за хвилину. Пульс 80 уд. за 1 хвилину, АТ – 95/70 мм.рт.ст. Аналіз крові: гемоглобін-90 г/л, еритроцитів- $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $9,0 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-43 мм/год. Аналіз сечі: відносна густина-1,013, білок в добовій сечі-90 мг, лейкоцитів-10-15 в п/зору, еритроцитів-поодинокі в п/зору. Білок крові (загальний)-65 г/л, холестерин кров-4,0 ммоль/л, креатинін крові-125 мкмоль/л.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

32. Хвора С., 60 років. Скарги на головний біль, нудоту, блювання, різку слабкість, рідкий стілець, судомні посмикування м'язів рук і ніг. Хворіє протягом 20 років. Вказані скарги виникли і поступово наростали протягом останнього місяця. Об'єктивно: стан важкий. Хвора загальмована, в контакт вступає важко. Шкіра бліда, з подряпинами, лице набрякле. Дихання шумне, 20 за хвилину. При аускультатії легень вислуховують розсіяні сухі хрипи. Межі серцевої тупості розширені вліво на 2 см., тони ослаблені, вислуховується шум тертя перикарду. Пульс ритмічний, 80 уд. за 1 хвилину. АТ-170/100 мм.рт.ст. Язик обкладений білим нальотом, живіт м'який, болючий при пальпації в епігастральній ділянці. Сечовипускання прискорене, невеликими порціями. Аналіз крові: гемоглобін-45 г/л, еритроцитів- $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, ШОЕ-26 мм/хв. Аналіз сечі: відносна густина-1,005, білок-35 мг за добу, еритроцитів-20-30 в п/зору, циліндрів гіалінових-8-10 в п/зору, зернистих-поодинокі в препараті.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

33. Хвора Т., 34 років, вагітна 5-місяців. Після значного фізичного навантаження відійшли навколоплідні води, а через 12 годин народила мертвий плід, після чого почалася кровотеча. Об'єктивно: стан надзвичайно важкий, різка блідість шкірних покривів, задишка, озноб, температура тіла 39°C. Анурія від моменту родів, обличчя набрякле. АТ-105/90 мм.рт.ст. Креатинін крові-650 мкмоль/л. Аналіз крові: лейкоцитів- $15,6 \cdot 10^9$ /л, гемоглобін 53 г/л, ШОЕ-52 мм/год.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

34. Хвора В., 19 років, скаржиться на біль у колінних суглобах і суглобах кистей, у м'язах кінцівок, загальну слабкість, зменшення маси тіла. Два роки тому після ангіни розвився артрит, розцінений як ревматичний. Через 2 тижні з'явилися еритематозні висипання на шиї, грудях, шиї і спинці носа. Останнє загострення пов'язано з переохолодженням: знову з'явилась артралгія, субфебрильна температура, біль у лівій половині грудної клітки. Об'єктивно: стан середньої важкості, температура 38,6°C. На шкірі обличчя еритематозна висипка. У правій підпахвовій ділянці пальпуються збільшені лімфатичні вузли. Має місце незначне згладження контурів міжфалангових суглобів, рухи в повному об'ємі. В легенях – шум тертя плеври в правій підпахвовій ділянці нижче 5 ребра. Пульс 88 уд. за 1 хвилину, АТ-110/70 мм.рт.ст. Аналіз крові: гемоглобін-75 г/л, еритроцитів- $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $4,2 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-68 мм/год, загальний білок-55 г/л, альбумінів-38,7%,  $\alpha$ 2-глобулінів-20,7%,  $\gamma$ -глобулінів-31,8%, ДФА-0,34. ЕКГ: синусова тахікардія.

1. Який ваш попередній діагноз?

2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?

3. Складіть план лікування хворої.

35. Хвора А., 24 років, скаржиться на головний біль, нудоту, виразну слабкість, біль у суглобах. Хворіє 3 роки. Захворювання почалося з високої температури, появи еритематозної висипки на тулубі, кінцівках і макрогематурії. Через рік виник артрит, генералізоване збільшення лімфатичних вузлів. Хвора знаходилась на стаціонарному лікуванні з приводу інтенсивного болю в ділянці серця, виставлено діагноз перикардиту. Останні два місяці зауважує загострення захворювання. Об'єктивно: загальний стан хворої важкий. Маса тіла знижена, шкірні покриви сухі. Пальпуються збільшені лімфатичні вузли розміром до 1см в діаметрі. Пальпування м'язів стегна супроводжується болючістю. Маса тіла – 52кг. Поперечний розмір серця 14,5см, тони різко ослаблені, систолічний шум над верхівкою. Пульс 108уд. за хвилину, ритмічний. АТ-150/90мм.рт.ст. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5см. Аналіз крові: еритроцитів- $1,8 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобіну-45 г/л, лейкоцитів- $4,2 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-56 мм/год. Аналіз сечі: відносна густина-1,010, білок-80 мг на добу, в осаді до 40 еритроцитів в п/зору, циліндри гіалінові-поодинокі в п/зору. Холестерин сироватки крові-8,5 ммоль/л, креатинін-225мкмоль/л, загальний білок-50 г/л.

1. Який ваш попередній діагноз?

2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?

3. Складіть план лікування хворої.

36. Хвора Л., 54 років. Скаржиться на наростаючу загальну слабкість, біль у суглобах і м'язах при русі, підвищену мерзлякуватість рук і ніг, відчуття скутості у всьому тілі, втрату маси тіла, відсутність апетиту, безсоння. Хворіє протягом року. Хвороба почалась із мерзлякуватості, побіління й оніміння пальців рук, в подальшому з'явився щільний набряк кистей і стоп. У наступні місяці набряк поширився на обличчя й тулуб, з'явився субфебрилітет, біль у руках і ногах, втрата маси тіла. За період хвороби втратила у масі 12 кг. Об'єктивно: стан хворої середньої важкості, ходить важко через різку слабкість і біль у суглобах. Шкірні покриви щільні, у складку не беруться. Лице маскоподібне, рот відкриває не повністю. Кисті й передпліччя набрякли, пальці у напівзігнутому стані. М'язи дещо ущільнені й атрофічні. В легенях: дзвінки дрібнопухирчасті хрипи в задньо-нижніх відділах. ЖЕЛ-52% від належної. Серце: помірно розширене вліво, тони ослаблені. АТ-120/80мм.рт.ст. Пульс 64 уд. за хвилину, ритмічний. Аналіз крові: гемоглобін-85 г/л, лейкоцитів- $11,0 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-21мм/год,  $\alpha_2$ -глобуліни-5,4 г/л,  $\gamma$ -глобуліни-25 г/л.

1. Який ваш попередній діагноз?

2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?

3. Складіть план лікування хворої.

37. Хвора Т., 45 років. Скарги: на загальну слабкість, задишку в спокої, набряки, біль у ділянці серця, мерзлякуватість і оніміння пальців рук. Хворіє протягом 16 років. Захворювання почалось із оніміння й побіління пальців рук ("мертвий палець"), особливо на холоді. Через 2 роки з'явилися болі в м'язах і поступово стала розвиватись їх атрофія. В останні 2 роки стала наростати задишка, ціаноз, набряки на ногах. Об'єктивно: стан важкий, ортопноє, ціаноз. Обличчя амімічне. Шкіра на пальцях рук і ніг атрофічна, місцями дещо ущільнена. Набряки на ногах і в поперековій ділянці. М'язи атрофічні і щільні. Задишка, частота дихання 36 за хвилину. Справа, нижче 4 ребра, притуплення перкуторного звуку, ослаблене дихання. Розміри серця значно збільшені у всі сторони. При аускультатії I тон ослаблений, систолічний шум над верхівкою, акцент і розщеплення II тону на легеневій артерії. Пульс 80-92 ударів за хвилину, аритмічний. Живіт збільшений за рахунок асцити. Печінка щільна, болюча, виступає з-під краю реберної дуги на 4см. Олігурія. Ренгенологічно: лівий шлуночок розширений, контрастований стравохід відхиляється в I косому положенні по дузі великого радіуса. ЕКГ: PQ-0,23 сек., зубці T в грудних відведеннях

знижені. Аналіз крові: гемоглобін-90 г/л, лейкоцитів- $6,8 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ-15 мм/год. Загальний білок-72 г/л, альбумінів-38,2%,  $\alpha_2$  глобулінів-11,6%,  $\gamma$  глобулінів-30,1%. Аналіз сечі: відносна густина-1,009, білок-сліди.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

38. Хвора Ч., 22 років. Скарги: на виразну загальну м'язову слабкість, набряки обличчя, порушене ковтання, зміна голосу. Захворіла близько трьох місяців тому, коли на тлі важкої ангіни з'явився головний біль, біль у м'язах кінцівок. Через місяць стало важко підіймати руки вгору, потім з'явився набряк обличчя з почервонінням навколо очей. За 2 тижні до госпіталізації з'явилась охриплість голосу і утруднення ковтання. Об'єктивно при поступленні: стан важкий, температура  $38^\circ\text{C}$ . Лице набрякле, маскоподібне, навколо очей набряк і еритема, волосся рідке, у тім'яній ділянці облісіння. Активні рухи різко обмежені: не може відірвати голову від подушки, підняти праву ногу. М'язи ущільнені, різко болючі при пальпації, особливо м'язи плечового пояса. Набряки тверді, після надавлювання не залишається ямки, розповсюджені на обличчі, шиї, руках. Жорстке дихання, хрипи не вислуховуються. Границі серця розширені вліво, тони ослаблені, тахікардія. АТ-140/80мм.рт.ст.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

39. Хворий Ш., 34 років. Скарги: на значний головний біль, біль у суглобах і м'язах ніг, загальну слабкість, миготіння мушок перед очима. 7 років тому переніс напад різкого болю в животі, після чого з'явилась стійка лихоманка. Через два роки до вищезгаданих скарг приєднався головний біль, АТ підвищився до 220/140мм.рт.ст. За період захворювання втратив у масі 11кг. При поступленні: стан хворого важкий, шкірні покриви бліді. Гомілки і стопи пастозні. Незначна дефігурація лівого гомілковостопного суглобу. Зниженого живлення. Температура тіла  $38,4^\circ\text{C}$ . Пальпуються пахвинні і пахвові лімфовузли розміром 1,5x2 см. Границі серця розширені вліво на 1,5см. Тони серця звучні, акцент II тону над аортою, на верхівці м'який систолічний шум. Печінка на 3см нижче краю правої реберної дуги. Аналіз крові: еритроцитів- $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобіну-86 г/л, лейкоцитів- $14,8 \cdot 10^9$ /л, еозинофілів-10%, поличкоядерних-9%, сегментоядерних-60%, лімфоцитів-18%, моноцитів-3%, ШОЕ-65 мм/год. Загальний білок-70 г/л, альбумінів-32,4%,  $\alpha$ -глобулінів-17,8%,  $\gamma$ -глобулінів-30,2%. Аналіз сечі: відносна щільність-1,015, білок-45 мг на добу, лейкоцитів-0-2 в п/зору, еритроцитів-10-12 в п/зору, поодинокі зернисті і восковидні циліндри. ЕКГ: ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, поодинокі шлуночкові екстрасистоли.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

40. Хворий Б., 19 років. Скарги на приступи задухи з затрудненим видихом, хрипами і свистом в грудях, загальну слабкість, втрату ваги. Чотири роки тому з'явився біль у м'язах ніг, потім в суглобах без їх припухлості. Останні 2 роки турбують напади ядухи, які знімаються атропіном з дімедролом або адреналіном. За весь час захворювання у хворого була лихоманка, яка інколи супроводжувалась ознобом. При поступленні в стаціонар хворий різко ослаблений, зниженого живлення, блідий. Відмічається м'язова атрофія з контрактурами суглобів кінцівок, виражений поліневрит. По ходу судин на нижніх кінцівках присутні утворення величиною з горошину, щільно-еластичної консистенції. Температура субфебрильна. Грудна клітина бочкоподібної форми. Перкуторно над легенями коробковий звук, при аускультатії жорстке

дихання з розсіяними сухими хрипами на видосі. Тони серця ослаблені, пульс 82 уд. за хвилину, АТ 150/80 мм.рт.ст. Печінка біля краю реберної дуги. Лімфатичні вузли збільшені. Аналіз крові: еритроцитів- $3,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін-85 г/л, лейкоцитів- $14,4 \times 10^9$ /л, еозинофілів-14%, ШОЕ-24 мм/год. Аналіз сечі: відносна щільність-1,022, білок-33 мг на добу, еритроцитів-5-8 в п/зору.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

41. Хвора А., 34 роки. Скарги: на біль у великих суглобах верхніх і нижніх кінцівок, свербіж шкіри гомілок, приступоподібний розлитий біль у животі. Хворіє протягом 5 місяців. Через 2 тижні після ангіни на шкірі гомілок з'явився геморагічний дрібноплямистий висип. Пізніше спостерігався біль по всьому животі. Через 3 місяці від початку захворювання з'явився біль у суглобах рук і ніг, а також припухлість колінних суглобів. Об'єктивно: стан задовільний, лімфовузли підпахвової западини незначно збільшені. На шкірі гомілок геморагічна мілкоплямиста висипка. Температура субфебрильна. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см. Аналіз крові: еритроцитів- $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін-72 г/л, лейкоцитів- $8,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ-22 мм/год. Аналіз сечі-відносна щільність-1,020, білок-55 мг на добу, еритроцитів-4-6 в п/зору.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

42. Хворий С., 25 років. Скарги: на різкий біль, припухлість і обмеження рухів у великих і малих суглобах кінцівок, високу лихоманку з ознобом, загальну слабкість, втрату маси тіла. Два роки тому після перенесеного грипу з'явилися болі і припухлість лівого променево-зап'ясткового суглобу, а в подальшому і суглобів кистей, ранкова скутість. Лікування бутадіоном, аспірином, делагілом було неефективним. Місяць тому виникла висока лихоманка з ознобом і підвищеною пітливістю, значна слабкість. При поступленні: стан хворого середньої важкості, знижена маса тіла, дещо збільшені периферійні лімфовузли. Температура від  $37,0^{\circ}\text{C}$  зранку до  $39,5-40^{\circ}\text{C}$  ввечері. Значні запально-ексудативні зміни в суглобах (за винятком дистальних міжфалангових суглобів кистей) рук і ніг з обмеженням рухливості в них. Виражена атрофія м'язів передпліч, кистей, гомілок. Тони серця ослаблені, систолічний шум над верхівкою. Пульс 92 удари за 1 хвилину, АТ-80/60 мм.рт.ст. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, край її щільний, загострений. Селезінка розміром 10x12 см, щільна. Аналіз крові: еритроцитів- $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобіну-70 г/л, лейкоцитів- $18,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ-62 мм/год. Загальний білок 62 г/л, альбумінів-32,1%,  $\gamma$ -глобулінів-32,8%, ДФА-0,54, СРП-++++. Аналіз сечі: відносна густина-1,012-1,018, білок-80 мг на добу, гіалінові і восковидні циліндри. При біопсії печінки виявлено явища амілоїдозу. На рентгенограмі кистей – значний остеопороз, звуження суглобових щілин.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

43. Хвора А., 33 років. Скарги: на припухлість і болючість міжфалангових суглобів кистей, променево-зап'ясткових і колінних суглобів, ранкову скутість. Захворіла 5 років тому. Після ангіни з'явився сильний біль, припухлість і почервоніння п'ястково-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобів II і III пальців кистей. Лікувалась саліцилатами і бутадіоном з позитивним ефектом. В подальшому залишалась дефігурація міжфалангових суглобів. В останні 3 роки в процес залучились променево-зап'ясткові і колінні суглоби. Об'єктивно: гіпергідроз кистей і стоп. Атрофія м'язів тилу кисті. Міжфалангові, променево-зап'ясткові, колінні суглоби припухлі, деформовані, рухи в них обмежені і болючі. Пульс 78 ударів за хвилину, АТ-120/80 мм.рт.ст.

Пальпується неболючий край печінки. Аналіз крові: Нв-84 г/л, еритроцитів- $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $6,3 \times 10^9$ /л, тромбоцитів- $350 \times 10^9$ /л, ШОЕ-45 мм/год. Альбумінів-54%, глобулінів-20%, фібриногену-11,7мкмоль/л. Реакція Ваалера-Роуза позитивна в титрі 1:64. На рентгенограмах кісток і суглобів відмічається помірний остеопороз, звуження суглобових щілин і поодинокі узурі.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

44. Хворий Р, 34 роки. Скарги на біль у суглобах рук і ніг з порушенням рухів, ранкову скутість, періодичний колючий біль в ділянці серця, серцебиття, задишку при ходьбі. Хворіє протягом 2 років, коли після ангіни з'явилися біль і припухлість проксимальних міжфалангових суглобів кистей, потім променево-зап'ясткових, колінних і гомілковостопних суглобів. Об'єктивно: зниженого живлення. Дефігурація міжфалангових суглобів кистей, п'ястково-фалангових, променево-зап'ясткових і колінних суглобів за рахунок ексудативно-проліферативних явищ. Суглоби на дотик гарячі, рухи в них обмежені за рахунок болю. Серце розширено вліво на 1,5 см. Тони ослаблені, над верхівкою дуючий систолічний шум, розщеплення II тону над легеневою артерією. Пульс 88 ударів за хвилину, АТ-110/70мм.рт.ст. Рентгенологічно: серце розширене вліво, зниження скоротливої здатності міокарда. ЕКГ: інтервал PQ-0,22 сек. Аналіз крові: Нв-56 г/л, еритроцитів- $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $3,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ-30мм/год. Реакція Ваалера-Роуза 1:256. При рентгенографії кистей і променево-зап'ясткових суглобів виявлено остеопороз і звуження міжсуглобової щілини.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

45. Хвора В., 48 років. Скарги на біль, припухлість, обмеження рухів у суглобах верхніх і нижніх кінцівок, втрату маси тіла. Хворіє 2 роки. Захворювання перебігало з частими загостреннями. При поступленні: хвора зниженого живлення (зауважує зниження маси тіла на 12кг.). Шкірні покриви бліді. Пальпуються підпахвові, кубітальні, пахвинні лімфовузли розміром до лісового горіха, рухливі, неболючі. Виражена атрофія м'язів тилу кистей. Деформація міжфалангових суглобів і підвихи у плесно-фалангових суглобах ("плавники моржа"). Обмеження рухів у міжфалангових суглобах. Пульс 84 ударів за хвилину. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4см, селезінка на 5см, щільно-еластичної консистенції, не болюча. Аналіз крові: еритроцитів- $3,3 \times 10^{12}$ /л, Нв-75 г/л, кольоровий показник-0,9, лейкоцитів- $2,7 \times 10^9$ /л, ШОЕ-54мм/год, тромбоцитів- $220 \times 10^9$ /л. Загальний білок-78 г/л, альбумінів-34,2%, глобулінів-28,5%. Реакція Ваалера-Роуза позитивна в титрі 1:128.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

46. Хворий І., 32 роки. Скарги на постійний біль у хребті зі значним обмеженням рухів. Хворіє протягом 8 років. Лікування гормональними і негормональними препаратами, сірководневими ваннами дало тимчасовий позитивний ефект. Останній час з'явився біль у кульшових суглобах. При поступленні: характерна поза "прохача", зниженого живлення. Виражений кіфоз грудного відділу хребта, нормальний поперековий лордоз відсутній. Атрофія м'язів спини і стегна. Активні і пасивні рухи в хребті і кульшових суглобах різко обмежені. Пульс 78уд. за хвилину, ритмічний. АТ-125/80мм.рт.ст. Аналіз крові: еритроцитів- $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитів- $9,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ-33 мм/год. АСЛ-О-313 ОД. На рентгенограмі хребта відсутність міжхребцевих щілин, остеопороз.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворого.

47. Хвора Ш., 29 років. Скарги на різкий біль у суглобах і м'язах, озноби, високу температуру тіла, серцебиття. Шість років тому, через 6 місяців після родів, виникла загальна слабкість і артралгії. Останні чотири роки зауважує значне посилення болю в суглобах, постійну лихоманку (від 37,3 до 39,0°C), появу еритематозної висипки на шкірі. Виставили діагноз ревматоїдного поліартриту. Лікувалась негормональними і гормональними препаратами. Ця терапія давала тільки тимчасовий позитивний ефект. При поступленні стан важкий. На передній поверхні грудної клітки, в ділянці ліктьових суглобів і передпліч блідо-рожевий плямистий висип. Еритематозні висипання в ділянці спинки носа і щік (вовчаковий "метелик"). Збільшені шийні, пахові, ліктьові і підпахвові лімфовузли до розмірів грецького горіха. Помірна атрофія м'язів кінцівок. Дефігурація за рахунок ексудативних явищ ліктьових, колінних, променево-зап'ясткових суглобів і суглобів кистей. Їх пальпація різко болісна, рухи обмежені у зв'язку із різким болем. Дихання везикулярне, дрібнопухирчасті хрипи в задньонижніх відділах легенів. Тони серця ослаблені, систолічний шум над верхівкою. Пульс 80 ударів за хвилину, АТ-105/80мм.рт.ст. Печінка збільшена, на 4 см нижче краю правої реберної дуги. Селезінка пальпується біля краю реберної дуги. Аналіз крові: гемоглобін-83 г/л, лейкоцитів- $4,8 \times 10^9$ /л, плазматичних клітин-2:100, ШОЕ-54 мм/год. Загальний білок-65 г/л, альбумінів-44,6%, глобулінів-36,8%. С-реактивний білок ++++. Реакція Ваалера-Роуза негативна. Аналіз сечі: відносна густина-1,012, білок-45 мг на добу, еритроцитів-30-40 в п/зору, циліндри гіалінові і зернисті. Рентгеноскопія органів грудної клітини: серце збільшене в поперечному розмірі головним чином за рахунок лівого шлуночка. В легенях патології не виявлено.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження або уточнення клінічного діагнозу?
3. Складіть план лікування хворої.

48. Хвора, 35 років, відчуває тремтіння всього тіла, пульсацію в голові, періодичні синкопальні стани. Ліва межа серця – по лівій передній паховій лінії, у точці Боткіна – діастолічний шум. АТ – 150/20мм.рт.ст. Яке захворювання найбільш імовірне у хворої?

- А Гіпертонічна хвороба.
- В Гіпертрофічна кардіоміопатія.
- С Тиреотоксичне серце.
- Д Недостатність клапанів аорти.
- Е Стеноз мітрального отвору.

49. Чоловік, 58 років, звернувся до терапевта зі скаргами на ниючий біль у ділянці серця, періодичний головний біль, зниження працездатності. Скарги виникли близько 3 місяці тому. Об'єктивно: тони серця приглушені, ритм правильний, у точці Боткіна м'який систолічний шум, ЧСС відповідає величині пульсу – 64 за 1 хв., АТ – 170/100мм.рт.ст. В аналізі сечі за Нечипоренком: л. – 2000/мл, ер. – 500/мл. На ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка. Яка найбільш імовірна причина артеріальної гіпертензії?

- А Атеросклероз аорти.
- В Гіпертонічна хвороба.
- С Хронічний гломерулонефрит.
- Д Хронічний пієлонефрит.
- Е Аортальна вада.

50. Жінка, 32 років, скаржиться на запаморочення, головний біль, серцебиття, тремор. Вже кілька місяців перебуває на амбулаторному спостереженні з приводу підвищення АТ. Останнім часом такі напади почастишали, стали тяжчими. Об'єктивно: хвора вкрита липким потом, тремор кінцівок, ЧСС – 110 за 1 хв., АТ – 220/140 мм.рт.ст. Серцеві тони ослаблені. В крові: л. –  $9,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 22 мм/год. Глюкоза в крові – 9,8 ммоль/л. Яке захворювання найімовірніше спричинило виникнення подібної кризи?

- A** Феохромоцитома.
- B** Гіпертонічна хвороба.
- C** Прееклампсія.
- D** Первинний гіперальдостеронізм.
- E** Діабетичний гломерулосклероз.

51. Хвора Ж., 68 років, скаржиться на часті безпричинні напади серцебиття, головного болю, які супроводжуються ознобом, страхом смерті, блідістю шкіри, підвищенням АТ до 300/200 мм.рт.ст. (зазвичай АТ – 160/100 мм.рт.ст.). Який найбільш імовірний діагноз у хворой?

- A** Синдром Іценка – Кушінга.
- B** Коарктація аорти.
- C** Хвороба Конна.
- D** Феохромоцитома.
- E** Нейрогенна артеріальна гіпертензія.

52. Хвора З., 62 років, скаржиться на біль у потиличній ділянці, який поступово стихає до середини дня, серцебиття, задишку під час фізичних навантажень, погіршення зору. АТ на правій плечовій артерії становить 180/120 мм.рт.ст., на лівій – 150/95 мм.рт.ст., під час аускультативної визначається систолічний шум справа вище від пупка. На ЕКГ та ЕхоКГ без істотних змін, аналіз сечі також без змін. Який діагноз можна встановити у даному випадку?

- A** Гіпертензивна хвороба II стадії.
- B** Первинний альдостеронізм.
- C** Хвороба Іценка – Кушінга.
- D** Ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія.
- E** Реноваскулярна артеріальна гіпертензія.

53. На амбулаторний прийом до терапевта звернувся хворий А., 66 років, якого до цього 5 років спостерігав уролог з приводу аденоми передміхурової залози, зі скаргами на головний біль, запаморочення, відчуття мерзлякуватості ввечері, підвищення температури тіла до  $37,6 - 38,1^{\circ}\text{C}$ , каламутну сечу. АТ – 180/110 – 200/120 мм.рт.ст. Аналіз сечі: помірна протеїнурія, л. – 18-20 у полі зору, ер. – 1-2 в полі зору. Як слід трактувати підвищення АТ у даного хворого?

- A** Гіпертензивна хвороба III стадії.
- B** Реноваскулярна артеріальна гіпертензія.
- C** Ренопривна артеріальна гіпертензія.
- D** Ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія.
- E** Діабетична нефропатія.

54. У хворой Ж., 57 років, яка впродовж 8 років хворіє на гіпертензивну хворобу II стадії, в останні дні змінився перебіг захворювання: з'явилися сильний біль у потиличній ділянці, який згодом локалізувався ретроорбітально, нудота, блювання, світлобоязнь. Об'єктивно: хвора гіперстенічної конституції, обличчя бліде, набрякле, визначається ін'єкція склер, АТ – 190/100 мм.рт.ст. (зазвичай 180/105 мм.рт.ст.), під час аускультативної серця над аортою визначається виражений акцент II тону. Дані ЕхоКГ: фракція викиду – 76%. Глюкоза крові – 8,1 ммоль/л. Про яке ускладнення гіпертензивної хвороби йдеться у даному випадку?

- A** Транзиторну ішемічну атаку мозку.
- B** Кардіальний гіпертензивний криз.



- C Генералізований ангіодистонічний криз.
- D Церебральний ішемічний криз.
- E Церебральний ангіогіпотензивний криз.

55. Хворий Д., 60 років, упродовж останніх 10 років відзначає підвищення АТ до 180/100 – 190/110мм.рт.ст. Періодично його турбує головний біль у потиличній ділянці, особливо зранку, який стихає до середини дня. Упродовж останньої доби головний біль значно посилюється, з'явився шум та дзвін у вухах, запаморочення, дезорієнтація у просторі й часі. Через добу ці ознаки спонтанно минули. Про яке ускладнення йдеться у даному випадку?

- A Мозковий ішемічний інсульт.
- B Крововилив у мозок.
- C Церебральний ішемічний криз.
- D Церебральний ангіогіпотензивний криз.
- E Транзиторну ішемічну атаку мозку.

56. У хворого Б., 56 років, із стабільним АТ на рівні 190-200/100-110мм.рт.ст. під час офтальмоскопії виявлено виражений склероз і нерівномірне звуження артеріол, великі й дрібні крововиливи у вигляді вогнищ яскраво-червоного кольору, ексудати за типом грудок вати. Про яку стадію гіпертензивної хвороби у хворого йдеться?

- A I.
- B II.
- C III.
- D IV.
- E Недостатньо інформації.

57. У пацієнта З., 55 років, який хворіє на артеріальну гіпертензію II стадії, під час електрокардіографії виявлено такі зміни: високоамплітудні комплекси QRS у лівих грудних відведеннях, тривалість внутрішнього відхилення у відведеннях  $V_{5-6}$  – 0,6с, сегмент ST у відведеннях I, aVL,  $V_{5-6}$  має косо низхідний характер, комплекси QS у відведеннях  $V_{1-3}$ , елевація сегмента ST у відведеннях III, aVF, aVR,  $V_{1-3}$ . Про який тип ЕКГ слід думати в даному випадку?

- A I.
- B II.
- C III.
- D IV.
- E V.

58. Хворий Д., 50 років, хворіє на гіпертензивну хворобу протягом 10 років. Його часто турбують головний біль, серцебиття, надмірне потіння. Об'єктивно: хворий гіперстенічної конституції, біомас-індекс – 35, обличчя гіперемоване; під час аускультатії серця – тони серця ритмічні, ЧСС становить 105 за 1 хв.; АТ у межах 180/100 – 190/105 – 200/100мм.рт.ст. Яку клінічну форму гіпертензивної хвороби можна запідозрити у хворого?

- A Гіперадренергічну.
- B Ангіотензин II-залежну.
- C Гіпергідратаційну.
- D Кальційзалежну.
- E Цереброішемічну.

59. У хворого М., 59 років, який страждає на артеріальну гіпертензію II ступеня, під час ехокардіографії виявлено, що товщина задньої стінки лівого шлуночка становить 2,5см, діаметр лівого шлуночка – 5см, товщина міжшлуночкової перегородки – 1см. вкажіть тип гіпертрофії лівого шлуночка?

- A Концентрична без дилатації порожнини лівого шлуночка.

- B** Диспропорційна септальна.
- C** Ексцентрична недилатаційна.
- D** Ексцентрична дилатаційна.
- E** Невизначений.

60. Хворий Л., 52 років, скаржиться на головний біль, особливо вночі, часті запаморочення, серцебиття. Вказані скарги турбують його упродовж останніх 8 років. АТ коливається в межах 160/100 – 180/110 мм.рт.ст. Під час проведення добового моніторингу АТ визначено, що добовий індекс артеріальної гіпертензії становить 5%, тобто середній рівень АТ вночі на 5% менший, ніж у день. Об'єктивно: хворий гіперстенічної конституції, біомас-індекс – 32; під час аускультативної серця визначається акцент II тону над аортою. ЕхоКГ: індекс маси міокарда – 180 г/м<sup>2</sup>. Установіть профіль артеріальної гіпертензії у хворого.

- A** Dipper.
- B** Non dipper.
- C** Over dipper.
- D** Night peaker.
- E** Невизначений.

61. У хворого Д., 67 років, з альвеолярним набряком легенів на фоні не-Q-інфаркту міокарда з локалізацією в нижньобічній стінці лівого шлуночка при АТ 180/100 мм.рт.ст. і ЧСС 140 за 1 хв. доцільно застосувати:

- A** Осмотичні діуретики.
- B** Еуфілін.
- C** Добутамін.
- D** Фуросемід.
- E** Гідрокортизон.

62. У хворої Д., 56 років, спостерігається стійка артеріальна гіпертензія (АТ – 180/120 – 190/130 мм.рт.ст.), яку не вдається усунути призначенням клофеліну, коринфару, гіпотіазиду, естуліку. Який з наведених лікарських засобів найдоцільніше призначити в даному випадку?

- A** Фуросемід.
- B** Метилдопу.
- C** Еналаприл.
- D** Дибазол.
- E** Папаверину гідрохлорид.

63. Хвора Б., 37 років, скаржиться на головний біль, серцебиття, які посилюються при психоемоційних перевантаженнях. Об'єктивно: хвора гіперстенічної конституції, біомас-індекс становить 33, АТ – 190/100 мм.рт.ст., обличчя гіперемоване, шкіра волога, ЧСС – 105-110 за 1 хв. Препаратом вибору в даному випадку є:

- A** Празозин.
- B** Атропіну сульфат.
- C** Ніфедипін.
- D** Еуфілін.
- E** Метопролол.

64. У пацієнтки Б., 49 років, яка хворіє на гіпертензивну хворобу III стадії, тривалий час не вдавалося нормалізувати рівень АТ призначенням великих доз інгібіторів АПФ (ренітек по 20 мг на добу), атенололу (200 мг на добу), гіпотіазиду (150 мг на добу) як у вигляді монотерапії, так і в поєднаній терапії. АТ знизили за допомогою препаратів – антагоністів рецепторів ангіотензину II першого типу. Який механізм утворення ангіотензину II можна запідозрити в цієї хворої?

- A** АПФ – залежний.

- В** АПФ – незалежний.
- С** Ренінзалежний.
- Д** Альдостеронзалежний.
- Е** Кальційзалежний.

65. Виберіть найдоцільніший, на Вашу думку, лікарський засіб для хворої Д., 54 років, в якій на фоні гіпертензивної хвороби прогресує застійна серцева недостатність (фракція викиду за даними ЕхоКГ становить 20%):

- А** Пропранолол.
- В** Верапаміл.
- С** Фізіотенз.
- Д** Клофелін.
- Е** Карведилол.

66. Препаратом вибору для хворого Б., 57 років, з діагнозом «Гіпертензивна хвороба III стадії. Гіпертензивна кардіоміопатія. Цукровий діабет II типу у фазі декомпенсації. Хронічний обструктивний бронхіт у фазі неповної ремісії. Гіперліпідемія II Б типу» є:

- А** Пропранолол.
- В** Верапаміл.
- С** Кордарон.
- Д** Небіволол.
- Е** Гіпотіазид.

67. Жінка, 61 року, протягом 2 років приймала едельфан для лікування гіпертонічної хвороби. В останні півроку АТ залишався постійно підвищеним, з'явилися задишка і серцебиття під час ходьби. Рік тому був виявлений цукровий діабет, хвора приймає манініл. Об'єктивно: підвищеного харчування, ЧД – 20 за 1 хв, пульс – 80 за 1 хв., АТ – 180/105мм.рт.ст. Тони серця приглушені, акцент II тону над аортою. У легенях вислуховується везикулярне дихання. Печінка не збільшена, набряків немає. Що найбільш доцільно призначити хворій для подальшого лікування артеріальної гіпертензії?

- А** Препарати центральної дії.
- В**  $\beta$ -адреноблокатори.
- С** Діуретики.
- Д** Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту.
- Е** Гангліоблокатори.

68. Жінка, 35 років, яка хворіє на гіпертонічну хворобу, через кілька годин після видалення краніофарингіоми відчула спрагу, розвинулась поліурія, посилюється головний біль. Об'єктивно: зріст – 164см, маса тіла – 55кг, пульс – 96 за 1 хв., АТ – 20/100мм.рт.ст. Відносна густина сечі – 1004. Яке ускладнення хірургічного втручання найбільш імовірно має місце?

- А** Цукровий діабет.
- В** Нецукровий діабет.
- С** Неврогенна полідипсія.
- Д** Дисциркуляторна енцефалопатія.
- Е** Гіпертонічний криз.

69. Хворий, 63 років, скаржиться на запаморочення, біль у потилиці, підвищену дратівливість, погане самопочуття. Хворіє 5 років, з того часу, коли вперше АТ підвищився до 160/100мм.рт.ст. Періодично приймав адельфан. Об'єктивно: межі серця під час перкусії розширені вліво на 2 – 2,5см. Тони серця приглушені. Акцент II тону над аортою. Пульс ритмічний, 64 за 1 хв, АТ – 195/115мм.рт.ст. Органи черевної порожнини без змін. На ЕКГ вісь

серця відхилена вліво. Дифузні склеротичні зміни в міокарді. На очному дні визначається генералізоване звуження артерій сітківки. Кров та сеча без змін. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** Гіпертонічна хвороба II ст.
- B** Хронічний гломерулонефрит.
- C** Коарктація аорти.
- D** Синдром Конна.
- E** Феохромоцитома.

70. Хворий, 38 років, який переніс 10 років назад гострий гломерулонефрит, скаржиться на набряки обличчя, ніг, попереку, головний біль, ниючий біль у попереку. АТ – 220/130мм.рт.ст. Аналіз сечі: білок – 9,9г/л, л. – 3-4 у полі зору, ер. – 10-12 у полі зору, циліндри соскоподібні – 2-3 у полі зору, гіалінові – 3-4 у полі зору. Рівень креатиніну в сироватці крові становить 0,13-0,14 моль/л. Який із перерахованих антигіпертензивних препаратів доцільно застосувати в даного хворого?

- A** Празозин.
- B** Анаприлін.
- C** Резерпін.
- D** Каптоприл.
- E** Клофелін.

71. У чоловіка, 68 років, уранці виникла слабкість у лівих руці та нозі. Об'єктивно: температура тіла – 36,6<sup>0</sup>С, пульс – 56 за 1 хв., напружений, ритмічний, АТ – 200/140мм.рт.ст. Свідомість збережена. Згладженість носо-губної складки й опущення кута рота зліва. Язик відхиляється вліво. Парез лівих кінцівок. Тонус м'язів лівих руки та ноги підвищений. Сухожилкові й надкiсткові рефлекси підвищені зліва. Черевні рефлекси зліва пригнічені. Викликаються патологічні рефлекси Бабінського й Оппенгейма зліва. На очному дні: диски зорових нервів блідо-рожеві, контури їх чіткі, артерії різко звужені, звивисті. У крові: л. -  $7 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 11 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** Пухлина головного мозку.
- B** Геморагічний інсульт.
- C** Ішемічний інсульт.
- D** Абсцес головного мозку.
- E** Гострий менінгіт.

72. Хворий, 66 років, 5 років назад переніс інфаркт міокарда. Вночі гостро розвинулася задишка змішаного типу, з'явився сухий кашель, серцебиття. Об'єктивно: хворий збуджений, ЧД – 34 за 1 хв. Над легеньми в нижніх відділах вислуховується невелика кількість вологих не звучних хрипів, поодинокі сухі хрипи. Ліва межа серця зміщена вліво на 3см, тахікардія до 120 за 1 хв. Тони ритмічні, акцент II тону над легеневою артерією. АТ – 245/105мм.рт.ст. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** Гіпертонічна хвороба II ст., гіпертонічний криз, гостра шлуночкова недостатність.
- B** Гіпертонічна хвороба III ст., гіпертонічний криз, гостра лівошлуночкова недостатність.
- C** Гіпертонічна хвороба II ст., гіпертонічний криз.
- D** Гіпертонічна хвороба II ст., напад бронхіальної астми.
- E** Гіпертонічна хвороба III ст., гостра двобічна пневмонія.

73. Хворий, 70 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, короткочасні періоди непритомності, біль у ділянці серця. Дані аускультатії серця: ЧСС – 40 за 1 хв., тони ритмічні, I тон глухий, періодично значно посилений. АТ – 180/90мм.рт.ст. Яка найбільш імовірна причина гемодинамічних порушень?

- A** Брадисистолічна форма миготливої аритмії.
- B** Атріовентрикулярна блокада I ст.

- C** Атріовентрикулярна блокада III ст.
- D** Синусова брадикардія.
- E** Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса.

74. Чоловік, 52 років, звернувся до лікаря зі скаргами на періодичний головний біль, запаморочення, відчуття оніміння кінцівок. В анамнезі: хронічний обструктивний бронхіт. Об'єктивно: пульс – 78 за 1 хв., ритмічний, АТ – 160/95мм.рт.ст. Перкуторно: ліва межа серця зміщена на 1см назовні від лівої середньо ключичної лінії. Тони серця ритмічні, акцент II тону над аортою. Печінка не збільшена. Набряків немає. Який препарат найдоцільніше призначити хворому в якості монотерапії?

- A** Клофелін.
- B** Пропранолол.
- C** Гіпотіазид.
- D** Допегіт.
- E** Раунатин.

75. Хворий, 62 років, протягом 10 років хворіє на гіпертонічну хворобу. 2 роки тому діагностовано хронічний обструктивний бронхіт. Об'єктивно: пульс – 64 за 1 хв., АТ – 210/130мм.рт.ст., ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 2,5см вліво від лівої середньоключичної лінії, I тон над верхівкою послаблений, акцент II тону над аортою. На ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка. Призначення якого препарату найбільш доцільне в цьому випадку?

- A** Гіпотіазид.
- B** Обзидан.
- C** Атенолол.
- D** Ніфедипін.
- E** Резерпін.

76. Хворий, 18 років, скаржиться на високий, резистентний до ліків АТ. Об'єктивно: пульс – 100 за 1 хв., АТ – 210/130мм.рт.ст. Ритм серцевої діяльності правильний, акцент II тону у другому міжребровому проміжку справа від груднини. Вислуховується систолічний шум у ділянці проекції лівої ниркової артерії. Аналіз сечі: білок – 0,033г/л, поодинокі лейкоцити та змінені еритроцити. Який додатковий метод дослідження дозволить верифікувати діагноз?

- A** Пункційна біопсія нирок.
- B** Аортографія.
- C** Внутрішньовенна урографія.
- D** Визначення рівня реніну плазми.
- E** Ехографія нирок.

77. Чоловік, 52 років, хворіє на гіпертонічну хворобу II ст. Палить. Регулярно не лікується. Об'єктивно: АТ – 175/105мм.рт.ст., ЧСС – 92 за 1 хв., у легенях розсіяні сухі хрипи на фоні ослабленого везикулярного дихання. Печінка на 2см, виступає з-під краю ребрової дуги, набряки в ділянці гомілково-стопних суглобів. Який оптимальний гіпотензивний препарат?

- A** Еналаприл.
- B** Пропранолол.
- C** Ніфедипін.
- D** Адельфан.
- E** Клофелін.

78. Хвора, 49 років, скаржиться на біль у ділянці серця, швидку втомлюваність, розгубленість. Біль виник 3 роки назад і пов'язаний з порушенням менструального циклу, появою «приливів». Об'єктивно: серце не збільшене, тони приглушені. АТ – 155/90мм.рт.ст. На ЕКГ:

згладженість зубців Т у відведенні  $V_5 - V_6$ . Повторне ЕКГ без динаміки. Який найбільш імовірний діагноз?

- А Нейроциркуляторна дистонія.
- В Гіпертонічна хвороба.
- С Стенокардія напруження.
- Д Дисгормональна міокардіодистрофія.
- Е Міокардитичний кардіосклероз.

79. Хворий, 68 років, доставлений машиною швидкої допомоги в тяжкому стані зі скаргами на запаморочення, періодичну непритомність, судоми. Пульс – 36 за 1хв., ритмічний. АТ – 170/85мм.рт.ст. І тон на верхівці послаблений, акцент ІІ тону над аортою. Дихання везикулярне, у нижніх відділах невелика кількість дрібно пухирчастих вологих хрипів. На ЕКГ: передсердні й шлуночкові комплекси виникають незалежно, кількість шлуночкових комплексів – 33 за 1 хв. Який із способів невідкладної допомоги необхідно застосувати в даному випадку?

- А Електричну дефібриляцію.
- В Строфантин внутрішньовенно.
- С Обзидан внутрішньовенно.
- Д Електрокардіостимуляцію.
- Е Панангін внутрішньовенно.

80. У хворого з гіпертонічною хворобою під час лікування з'явився сухий кашель. Клінічних проявів пошкодження дихальної і серцево-судинної систем, що можуть зумовити кашель, немає. Лікар припустив побічну дію ліків. До якої групи найбільш імовірно належить препарат, що спричинив цей ефект?

- А Препарати раувольфії.
- В Діуретики.
- С Блокатори кальцієвих каналів.
- Д Гангліоблокатори.
- Е Інгібітори АПФ.

81. Чоловік, 30 років, скаржитися на сильний головний біль, серцебиття. Хворіє протягом 2 років, коли вперше було встановлено підвищення АТ, що періодично супроводжувалося вищенаведеними симптомами. Об'єктивно: хворий збуджений, обличчя гіперемоване, шкірні покриви зволожені. Пульс – 95 за 1 хв., АТ – 180/95мм.рт.ст. Який препарат найдоцільніше призначити хворому?

- А Арфонад.
- В Лазикс.
- С Каптоприл.
- Д Пропранолол.
- Е Ніфедипін.

82. У хворої, 52 років, яка страждає на гіпертонічну хворобу, після стресу раптово з'явилися головний біль, серцебиття, біль у ділянці серця, відчуття тривоги, страху. Об'єктивно: хвора збуджена, пульс – 120 за 1 хв., АТ – 210/110мм.рт.ст. Тони серця ритмічні, акцент ІІ тону над аортою. Призначення яких препаратів є найбільш доцільним в даному випадку?

- А Інгібіторів АПФ.
- В Ніфедипіну.
- С  $\beta$ -адреноблокаторів.
- Д Адельфану.
- Е Папаверину.

83. Студент звернувся до лікаря зі скаргами на безсоння, дратівливість, серцебиття. Мати хвора на гіпертонічну хворобу. Під час обстеження: пітливість долонь, дрібний тремор рук, стійкий червоний дермографізм. У легенях – везикулярне дихання, межі серця в нормі, серцева діяльність ритмічна, 80 за 1 хв., АТ – 150/65мм.рт.ст. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** Тиреотоксикоз.
- B** Нейроциркуляторна дистонія за гіпертонічним типом.
- C** Гіпертонічна хвороба.
- D** Феохромочитома.
- E** Вузликосий періартеріт.

84. Хворий, 57 років, скаржиться на головний біль, запаморочення, дратівливість, поганий сон. Хворіє 10 років. Батько помер від інсульту. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Щитоподібна залоза збільшена до I ст.. Акцент II тону в другому міжребровому проміжку справа. Пульс ритмічний, 68 за 1 хв., АТ – 195/115мм.рт.ст. Периферійних набряків немає. Пульс на периферійних артеріях кінцівок палькується. Загальний аналіз крові та сечі без змін. Загальний холестерин крові – 5,6ммоль/л, глюкоза крові – 7,2ммоль/л. Консультація офтальмолога: на очному дні артерії сітківки звужені. Який найімовірніший діагноз?

- A** Гіпертонічна хвороба II ст.
- B** Хронічний гломерулонефрит.
- C** Коарктація аорти.
- D** Синдром Іценка - Кушінга.
- E** Тиреотоксикоз.

85. Жінка, 75 років, скаржиться на запаморочення, шум у вухах. Об'єктивно: межі серця поширені вліво на 1см, тони приглушені, вислуховується гарматний тон Стражеска, над аортою – систолічний шум та акцент II тону, ЧСС відповідає величині пульсу і становить 40 за 1 хв., АТ – 160/70мм.рт.ст. Печінка не збільшена, набряків немає. Яка найкраща тактика ведення хворої?

- A** Призначення холінолітиків.
- B** Тимчасова кардіостимуляція.
- C** Спостереження в динаміці.
- D** Постійна кардіостимуляція.
- E** Терапія адреноміметиками.

86. Хворий, 32 років, скаржиться на періодичне запаморочення, головний біль, носові кровотечі, ниючий біль у ділянці серця, судоми м'язів ніг, відчуття похолодання стоп. Об'єктивно: фізичний розвиток супроводжується диспропорцією м'язової системи (м'язи верхньої половини тіла гіпертрофовані при відносній гіпотрофії м'язів таза та нижніх кінцівок), ноги на дотик холодні. Пульс – 86 за 1 хв., ритмічний, АТ – на руках – 200/100мм.рт.ст., на ногах – 140/90мм.рт.ст. Поро яке захворювання необхідно думати в першу чергу?

- A** Гіпертонічну хворобу.
- B** Коарктацію аорти.
- C** Нейроциркуляторну дистонію.
- D** Хворобу Такаюсу.
- E** Облітеруючий ендартеріт судин нижніх кінцівок.

87. Хвора Т., 30 років, неодноразово госпіталізується із скаргами на раптові напади ядухи, яка супроводжується кашлем, клекотом у грудях. Такі напади частіше виникають удень, після незначних фізичних навантажень. В анамнезі – ревматизм. Об'єктивно: характерний вираз обличчя (facies mitralis), положення ортопное, визначаються дистанційні хрипи в легенях, під час аускультатії вислуховуються середньо- та великопухирчасті хрипи майже на всій площі обох легень. Серце: посилений I тон над верхівкою, у цьому місці вислуховується пресистолічний

шум, виражений тон відкриття мітрального клапана, шум Грехема Стілла у другому міжребровому проміжку зліва.

Про яке захворювання йдеться в даному випадку:

- А) набрякову форму мітрального стенозу;
- В) афонічний мітральний стеноз;
- С) status cardioepilepticus;
- Д) гіперадренергічну форму мітрального стенозу;
- Е) атріомегалічну форму мітрального стенозу?

88. На диспансерному обліку в сімейного лікаря перебуває хвора М., 42 років, яка скаржиться на задишку, кровохаркання, відчуття важкості у правому підребер'ї, набряки стоп. Хворіє з 20-річного віку. У дитинстві часто хворіла на ангіну. Об'єктивно: під час аускультатії – у нижніх відділах легенів вислуховуються вологі хрипи, тони серця аритмічні, посилений I тон над верхівкою серця, у цьому місці визначається пресистоличний шум, акцент II тону над легеневою артерією. ЧСС становить 80 – 92 – 110 за 1 хв. ЕКГ: відсутній зубець Р, тривалість інтервалів R – R різна, електрична вісь серця відхилена вправо. Дані ЕхоКГ – дослідження: фракція викиду – 39%, діаметр лівого передсердя – 6см, діаметр лівого шлуночка – 5см.

Про яку набуту ваду серця йдеться:

- А) комбіновану мітральну ваду з переважанням недостатності;
- В) комбіновану мітральну ваду з переважанням стенозу;
- С) мітральний стеноз – «чистий»;
- Д) мітральну недостатність;
- Е) поєднану мітрально-аортальну ваду серця?

89. Хворий Н., 27 років, скаржиться на задишку, запаморочення та епізоди непритомності під час фізичних навантажень. Сімейний лікар звернув увагу на блідість шкіри, малий і частий пульс, низький АТ – 90/60мм.рт.ст. Під час аускультатії серця у другому міжребровому проміжку справа вислуховується виражений систоличний шум, пальпаторно визначається систоличне тремтіння грудної клітки, що нагадує котяче муркотіння.

Сімейний лікар встановив такий діагноз:

- А) мітральна недостатність;
- В) аортальну недостатність;
- С) мітральний стеноз III ступеня;
- Д) мітральний стеноз;
- Е) недостатність клапана легеневої артерії?

90. На амбулаторний прийом до терапевта звернувся хворий Л., 49 років, який скаржився на біль у ділянці серця, що зменшується під час фізичного навантаження, але посилюється вночі, задишку, серцебиття, відчуття пульсації у скронях. АТ – 200/60мм.рт.ст., пульс швидкого наповнення і швидкого спаду. У другому міжребровому проміжку справа від краю грудини вислуховується протодіастолічний шум. ЕхоКГ: діаметр лівого передсердя – 4см, діаметр лівого шлуночка – 8см, визначається високочастотна осциляція передньої стулки мітрального клапана.

Терапевт поліклініки встановив хворому діагноз:

- А) аортальний стеноз;
- В) аортально – мітральна вада серця;
- С) аортальна недостатність;
- Д) гіпертрофічна кардіоміопатія із субаортальною обструкцією;
- Е) трикуспідальна недостатність?

91. Хворий І., 36 років, звернувся до дільничного терапевта зі скаргами на задишку, серцебиття, швидку втомлюваність, кровохаркання. Об'єктивно: на щоках рум'янець із ціанотичним відтінком, який посилюється під час фізичного навантаження; під час аускультатії;



над верхівкою серця посилений I тон, пресистолічний шум, над аортою визначається систолічне дрижання пальпаторно і систолічний шум аускультативно; ЧСС – 80 за 1 хв., ритм правильний, АТ - 100/60мм.рт.ст.

Дільничний терапевт направив хворого на ехокардіографічне дослідження після встановлення попереднього діагнозу:

- А) мітральний стеноз у поєднанні з аортальною недостатністю;
- В) комбінована аортальна вада з переважанням недостатності;
- С) мітрально – трикуспідальний стеноз;
- Д) мітрально – аортальний стеноз;
- Е) мітрально – аортально – трикуспідальний стеноз?

92. Хворому П., 40 років, встановлено діагноз: «Ревматизм, неактивна фаза. Аортальна недостатність III стадії, часті епізоди серцевої астми. Хронічна застійна серцева недостатність ІІА стадії, систолічний варіант, III функціональний клас».

Яке лікування показане хворому:

- А) консервативне - медикаментозне;
- В) протезування клапана аорти;
- С) операція Бенгала;
- Д) балонна дилатація клапана аорти;
- Е) санаторно-курортне?

93. Хворий П., 50 років, скаржиться на задишку, серцебиття, знижену працездатність, швидку втомлюваність. Упродовж 6 років хворіє на гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: межі серця розширені вліво та вгору, під час аускультатії: тони серця ритмічні, ослаблені; над аортою вислуховується акцент II тону. АТ – 160/100мм.рт.ст. Дихання везикулярне, в нижніх відділах легенів – дрібно-пухирчасті хрипи. Живіт м'який, болючий у правому підребер'ї, печінка на 2см. виступає з-за краю ребрової дуги, пастозність гомілок. ЕКГ: ритм синусовий, правильний, відхилення електричної осі вліво, високі зубці R у відведеннях V<sub>5-6</sub>. ЕхоКГ: товщина задньої стінки лівого шлуночка та міжпередсердної перегородки – 1,2см., кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка становить 145 мл., діаметр лівого передсердя – 6см., фракція викиду – 58%.

Вкажіть варіант серцевої недостатності:

- А) систолічна;
- В) діастолічна;
- С) змішана;
- Д) невизначена;
- Е) норма?

94. Хворий К., 28 років, скарги відсутні. П'ять років тому лікувався з приводу інфекційного-алергічного міокардиту. Інколи під час огляду на прийомі у терапевта виявляли порушення серцевого ритму за типом екстрасистолії. Об'єктивно: межі серця не розширені, тони серця ритмічні, чисті. ЧСС – 70 за 1 хв., АТ – 120/80 мм.рт.ст. Печінка не збільшена, набряків немає. ЕКГ: помірне зниження біоелектричної активності міокарда, ознаки внутрішньошлуночкової блокади у відведеннях III та aVF. ЕхоКГ: ознаки кардіосклерозу, фракція викиду становить 45%.

Який метод дослідження буває найбільш інформативним для виявлення у пацієнта безсимптомної дисфункції міокарда:

- А) проба Мастера;
- В) холтерівське моніторування;
- С) коронарографія;
- Д) спірометрія;
- Е) стрес – ехокардіографія, добутамін – ЕхоКГ – стрес-тест?

95. Хворий 18 років обстежений в період проходження медичного огляду. Скарж немає. ЧСС-70 уд. за хв., ЧД -14 за хв. АТ-120/70мм рт.ст. При аускультатії- систолічний шум, акцент II тону і роздвоєння II тону над легеневою артерією. При ЕКГ дослідженні виявлені ознаки гіпертрофії правого шлуночка, блокада правої ніжки пучка Гіса. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- А) Дефект міжпередсердної перетинки.
- В) Мітральний стеноз.
- С) Аортальний стеноз.
- Д) Тетрада Фалло.
- Е) Недостатність митрального клапана.

96. У хворого 20 років на ЕхоКГ: ознаки перегрузки ЛШ, діаметр аорти – 3,2 см, відкриття клапанів аорти – 1,8см. Доплер ЕхоКГ: в супрастернальній позиції – прискорений турбулентний ток крові в низхідному відділі дуги аорти. Ці зміни характерні для:

- А) Субаортального стенозу.
- В) Коарктації аорти.
- С) Гіпертрофічної кардіоміопатії.
- Д) Стеноз гирла аорти.
- Е) Недостатність митрального клапана.

97. До дільничного терапевта звернувся пацієнт В., 20 років, в якого відзначалися відставання у фізичному розвитку, швидка втомлюваність, часті респіраторні захворювання. Об'єктивно: шкіра бліда, під час аускультатії серця визначається грубий систолічний шум у четвертому та п'ятому міжребрових проміжках зліва біля краю груднини. Рентгенологічно: посилення легеневого судинного малюнка, збільшення лівого шлуночка. ЕКГ: Р-mitrale, відхилення електричної осі серця вліво. Лікар направив хворого на ехокардіографічне дослідження після встановлення попереднього діагнозу:

- А) нейроциркуляторна дистонія;
- В) ревматизм, поворотний ревмокардит;
- С) гіпертрофічна кардіоміопатія без обструкції;
- Д) природжена вада серця – дефект міжшлуночкової перегородки;
- Е) природжена вада серця – відкрита артеріальна боталова протока?

98. Сімейний лікар звернула увагу на дівчинку 12 років, яка відставала у фізичному розвитку, швидко втомлювалася, скаржилася на відчуття нестачі повітря. Дівчинка бліда, пальці кистей малі, у другому міжребровому проміжку зліва виявляється пульсація легеневої артерії, у цьому місці визначаються розщеплення II тону та систолічний шум.

Лікар направила хвору на ехо- та електрокардіографічне дослідження з діагнозом:

- А) природжена вада серця - дефект міжшлуночкової перегородки;
- В) природжений синдром пролабування мітрального клапана;
- С) природжена вада серця – відкрита артеріальна протока;
- Д) природжена вада серця – дефект міжпередсердної перегородки за типом ostium secundum;
- Е) коарктація аорти?

99. При ЕхоКГ дослідженні у хворої 32 роки виявлено ЛП – 4,5 см, КДР – 4,8см, КСР – 3,1 см, ТМЖП – 1,15 см, ТЗС – 1,0 см і одно направлений рух стулок мітрального клапану. Ваше заключення:

- А) Стеноз лівого АВ – отвору.
- В) Недостатність аортального клапану.
- С) Гіпертрофічна кардіоміопатія.
- Д) Відсутність змін.

100. При проведенні ЕхоКГ у дитини 10 років знайдено: дилатація правих відділів серця і лівого передсердя, парадоксальний рух МЖП, збільшення амплітуди відкриття трикуспідального клапану у порівнянні з мітральним. Ваше заключення:

- A) Відкрита артеріальна протока.
- B) Стеноз устя легеневої артерії.
- C) Дефект міжпередсердної перегородки.
- D) Стеноз правого АВ – отвору.

101. При ЕхоКГ дослідженні дитини 10 років з вродженою вадою серця виявлено: дилатація правого шлуночку, розширення кореня аорти, відсутність переходу передньої стінки аорти в МШП, звуження випотного тракту правого шлуночку. Ваше заключення:

- A ) Відкрита артеріальна протока.
- B ) Дефект міжшлуночкової перегородки.
- C ) Дефект міжпередсердної перегородки.
- D ) Тетрада Фалло.

102. Якому методу ультразвукової діагностики ви віддасте перевагу для діагностики дефекту міжпередсердної перегородки:

- A) Одномірної ЕхоКГ.
- B) Двомірної ЕхоКГ.
- C) Доплер ЕхоКГ.

103. При ЕхоКГ дослідженні дитини виявлено: гіпертрофія стінок ЛШ, передчасне відкриття і вибухання потовщених стулок клапана легеневої артерії в просвіт судин, гіпертрофія МШП. Ці зміни характерні для:

- A ) Відходження крупних судин від правого шлуночка.
- B ) Тетради Фалло.
- C ) Загального артеріального стовбура.
- D ) Стеноз легеневої артерії.

104. У хворі 31р. при ЕхоКГ обстеженні виявлено голосистолічне провисання задньої стулки мітрального клапану на 10мм. Якої ступені пролапсу мітрального клапану не відповідає:

- A ) I ст.
- B ) II ст.
- C ) III ст.

105. У хворі 35р. при ЕхоКГ обстеженні виявлено провисання задньої стулки мітрального клапану на 4мм. Якої ступені пролапсу мітрального клапану відповідають ті зміни:

- A ) I ст.
- B ) II ст.
- C ) III ст.

106. Хворий 19 років скаржиться на кровохаркання і задишку при підйомі вгору. Хворіє з дитинства. Об'єктивно: ціанотичний рум'янець. Діастолічне тремтіння в області верхівки серця. Границі серця зміщені вгору і вправо. Миготлива аритмія, тахисистолічна форма. Печінка 4 см. На рентгенограмі: зладжена талія серця, дилатація правих відділів серця. Який діагноз буде найбільше ймовірним?

- A) Відкритий артеріальний проток.
- B) Дефект міжпередсердної перетинки.
- C) Дефект міжшлуночкової перетинки.
- D) Стеноз легеневої артерії.

Е) Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору.

107. Дівчина 18 років скаржиться на задуху і кашель. З анамнезу відомо що в період новонародженості в неї встановлений грубий систолічний шум у серці. Об'єктивно: шкіра бліда, порушення границь серця в лівий бік і вверх, грубий систолодіастолічний шум ІІ міжребер'ї з лівого боку, який проводиться до верхівки серця, на шийні судини, аорти, міжлопаточний простір, посилення ІІ тону на легеневій артерії. Над легенями жорстке дихання, різнокаліберні вологі хрипи. Печінка +3см. Який попередній діагноз?

- А) Дефект міжпередсердної перетинки.
- В) Двостороння бронхопневмонія.
- С) Легенева гіпертензія.
- Д) Відкритий артеріальний протік.
- Е) Стеноз легеневої артерії.

108. У хворого, 47 років, через півроку після лобектомії з приводу периферичного раку нижньої долі правої легені та рецидивуючої тромбоемболії легеневої артерії в зв'язку із мігруючим тромбофлебітом нижніх кінцівок відмічено посилення задишки, неприємні відчуття за грудиною, виявлено збільшення тіні серця, зниження вольтажу ЕКГ, при ЕхоКГ: сепарація листків перикарду 2 – 2,2см та біля 1л рідини в порожнині перикарду. Гістологічний варіант пухлини – аденокарцинома. У зв'язку з встановленням кава-фільтра постійно приймав сінкумар по 1г на день; протромбін 60%. Назвіть найбільш імовірну причину накопичення рідини в перикарді:

- А Неінфекційний гідроперикардит.
- Б Інфекційний випітний перикардит (неспецифічний).
- В Туберкульозний перикардит.
- Г Метастатичне ураження перикарду.
- Д Геміперикард, як ускладнення терапії антикоагулянтами.

109. У хворого, 39 років, який у минулому переніс інфаркт міокарда, через 3 тижні після АКШ на фоні прийому антикоагулянтів посилилась задишка, з'явилися набряки, значно збільшились розміри серця та згладились дуги контуру. Назвіть найбільш імовірні причини:

- А Гідроперикард.
- Б Гемоперикард.
- В Повторний інфаркт міокарда.
- Г Інфекційний ексудативний перикардит (неспецифічний).
- Д Туберкульозний перикардит.

110. У хворого з діагнозом гострий трансмуральний інфаркт міокарда на 2-гу добу перебування в стаціонарі з'явився систолічний шум в області абсолютної серцевої тупості без проведення на інші області, шум посилюється від тиску стетоскопа і має скребучий характер. Про яке ускладнення слід думати:

- А Розрив міокарда.
- Б Перфорація міжшлуночкової перегородки.
- В Відрив сосочкових м'язів мітрального клапана.
- Г Епістенокардитичний перикардит.
- Д Синдром Дресслера.

111. Хворий, 52 років, скаржиться біль у лівій половині грудної клітки з іррадіацією в ліву половину шиї, ІV-V пальці лівої кисті, який почався 2 дні тому. Біль хвилеподібний, з'являється, триває близько 20 хвилин, вщухає після прийому 1-2 таблеток нітрогліцерину. Температура тіла 37,8<sup>0</sup>С. Під час аускультатії серця – шум тертя перикарда. На ЕКГ: ритм синусовий, у відведеннях V<sub>4</sub>-V<sub>6</sub> елевація сегменту ST. У крові: рівень АсАТ-3,2ммоль/л. Хворіє протягом 3 діб. Імовірний діагноз:

- А** Медіастиніт.
- Б** Сухий перикардит.
- В** Епістенокардитичний перикардит на фоні інфаркту міокарда.
- Г** Гостра плевропневмонія.
- Д** Гострий панкреатит.

112. Хворий, 46 років, поступив у терапевтичне відділення з діагнозом: гостра позагоспітальна вогнищева пневмонія лівобічна нижньодольова, парапневмонічний сухий фібринозний перикардит. В анамнезі 3 місяці тому – гострий Q-інфаркт передньо-перетинково-верхівковий. Рентгенологічно: у нижній частині лівої легені інфільтрація легеневої тканини, випіт у плевральну порожнину. Аускультация серця: шум тертя перикарда. ЕКГ та ЕхоКГ: рубцеві зміни на передній стінці лівого шлуночка. Імовірний діагноз:

- А** Полісерозит.
- Б** Туберкульоз.
- В** Системний червоний вовчак.
- Г** Епістенокардитичний перикардит.
- Д** Постінфарктний синдром Дресслера.

113. Хвора, 43 років, скаржиться на задишку, біль у ділянці серця стискаючого характеру, підвищення температури до 38<sup>0</sup>С, серцебиття, загальну слабкість. Захворіла 2 дні тому після переохолодження. Об'єктивно: шкіра бліда, волога, акроціаноз. У легенях вислуховуються поодинокі вологі хрипи. Аускультация серця: тони ритмічні, різко ослаблені. ЧСС – 100 за 1 хв. У 3 міжребер'ї біля краю грудини вислуховується шум, не пов'язаний із серцевими тонами, посилюється на вдиху, при давленні фонендоскопом. На ЕКГ: підняття сегмента ST на 3мм у відведеннях II, III, aVF, V<sub>2-6</sub>. Імовірний діагноз:

- А** Інфекційно-алергічний міокардит.
- Б** Гострий коронарний синдром.
- В** ГРВІ, синдром ранньої реполяризації.
- Г** Гострий перикардит.
- Д** Гострий не-Q-інфаркт міокарда.

114. Хворий, 50 років, госпіталізований зі скаргами на задишку, важкість у правому підребер'ї, набряк стоп. В анамнезі – туберкульоз легень. Об'єктивно: загальний стан важкий, при аускультацияі легень визначається ослаблене везикулярне дихання, вологі дрібнопухирцеві хрипи, перкуторно над ділянкою серця «дерев'яниста» тупість, тони серця майже не вислуховуються. Печінка на 6см виступає з-за краю реберної дуги, край щільний. Визначається набряк стоп. ЕхоКС: сепарація листків перикарду – 3см. Який діагноз у хворого?

- А** Міокардит Абрамова – Фідлера.
- Б** Ексудативний перикардит.
- В** Інфекційний ендокардит.
- Г** Дилатаційна кардіоміопатія.
- Д** Констриктивний перикардит.

115. Хворий, 58 років, госпіталізований зі скаргами на задишку, відчуття важкості у правому підребер'ї, збільшення живота. При огляді: набухання шийних вен, чистий малий пульс, асцит, під час аускультацияі серця визначається перикард-тон. ЕхоКГ: сепарація листків перикарду 0,6см, діаметр правого передсердя – 6см. Рентгенологічно: серце нормальних розмірів, вздовж краю правих відділів серця визначається рентгеноконтрастний контур. Яке захворювання необхідно запідозрити в даному випадку?

- А** Інфаркт міокарда в стадії рубцювання.
- Б** Ексудативний перикардит.
- В** Недостатність мітрального клапану.

- Г Констриктивний перикардит.
- Д Дилатаційна кардіоміопатія.

116. У хворого, 62 років, який лікувався з приводу туберкульозу легень, почала посилюватись задишка, з'явилося відчуття важкості в правому підребер'ї, збільшилась кількість рідини в черевній порожнині, набухли шийні вени. Пульс став парадоксальним, АТ знизився до 70/100мм.рт.ст. ЕхоКГ: розширення нижньої порожнистої вени, що утримується на вдиху, діастолічна стиснення правих відділів серця на видиху, сепарація листків перикарду – 8см. Вказані ознаки характерні:

- А Фібринозний перикардит.
- Б Ревматичний перикардит.
- В Пухлина серця.
- Г Міксома правого передсердя.
- Д Тампонада серця.

117. Хворий, 30 років, 8 днів тому лікувався у стоматолога з приводу гнійного пульпіту. Скаржиться на підвищення температури тіла до  $39,8^{\circ}\text{C}$ , яке супроводжується ознобом, надмірним потовиділенням. Об'єктивно: загальний стан важкий, задишка в стані спокою, АТ 160/50мм.рт.ст., ЧСС 110 за 1 хв., під час аускультатії серця над аортою визначається протодіастолічний шум. Аналіз крові: ер.- $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нb-72г/л, л- $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ-46мм/год. Імовірний діагноз:

- А Міокардит Абрамова – Фідлера
- Б Лептоспіроз.
- В Інфекційний ендокардит.
- Г Ревматичний ендоміокардит.
- Д Гнійний перикардит.

118. Хворий, 18 років, госпіталізований зі скаргами на виражену задишку, серцебиття, збільшення живота, загальну слабкість. З анамнезу життя: 6 місяців тому раптово помер його 20-річний брат. Об'єктивно: значне відставання у фізичному розвитку, шкіра бліда, під час аускультатії у легенях нижче від кутів лопаток дихання відсутнє, тони серця ослаблені, вислуховується систолічний шум з епіцентром у точці Боткіна, ЧСС-130 за 1 хв., асцит. Рентгенологічно: ознаки кардіомегалії, наявна рідина в обох плевральних порожнинах. ЕхоКС: фракція викиду-27%, діаметр лівого шлуночка 9см, товщина задньої стінки лівого шлуночка – 0,65см. Імовірний діагноз:

- А Екссудативний перикардит.
- Б Ревматичний ендоміокардит.
- В Міокардіофіброз.
- Г Дилатаційна кардіоміопатія.
- Д Міокардит Абрамова – Фідлера.

119. Хвора, 25 років, скаржиться на болі в області серця, колючі, ниючі, з віддачею у ліву руку, задишку, відчуття клубка у горлі, серцебиття, головні болі, поганий сон, підвищення температури до  $37,3^{\circ}\text{C}$ . Появу скарг пов'язує із втомою та перенесеною ГРВІ. Об'єктивно: блискучі очі, тремор рук, плямиста гіперемія шкіри верхньої половини грудної клітки, пульсація сонних артерій. Серце – межі в нормі, систолічний шум з епіцентром в точці Боткіна; пульс 96 уд/хв., АТ 120/80 мм рт. ст. На ЕКГ: зубець Т слабо від'ємний в грудних відведеннях. При рентгенологічному дослідженні патології не виявлено. ЕхоКГ: пролапс мітрального клапана, порожнини нормальні, скоротлива здатність збережена. Лабораторні показники в нормі. Ваш діагноз?

- А. Гострий міокардит.
- Б. Нейроциркуляторна дистонія.
- В. Метаболічна кардіоміопатія.
- Г. Ревматизм.

#### Д. Гіпертиреоз.

120. Хвора, 45 років, пред'являє скарги на болі в області серця, за грудиною, з ірадіацією в ліву руку, під ліву лопатку, серцебиття та перебої в роботі серця, задишку при фізичному навантаженні, епізоди жару, пітливості, головокружіння. Із анамнезу: порушення менструального циклу протягом останнього року; скарги турбують останні 6 місяців, седативні препарати дещо поліпшують стан. Об'єктивно: межі серця в нормі, при аускультативі І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум в т.Боткіна, на верхівці; ЧСС 92 уд/хв., АТ 120/80 мм рт. ст. На ЕКГ: передсерді екстрасистоли, депресія ST та слабодіємний зубець Т в грудних відведеннях. ЕхоКС: порожнин в нормі, фракція викиду 50%. Холестерин 5,3ммоль/л, ШОЕ 9мм/г. Найбільш імовірний діагноз?

- А. ІХС, стенокардія.
- Б. Міокардит.
- В. Метаболічна (дисгормональна) кардіоміопатія
- Г. Нейроциркуляторна дистонія.
- Д. Патологічний клімакс.

121. Хвора, 52 роки, скаржиться на давлячі болі за грудиною, з ірадіацією під ліву лопатку, виникають при ході, тривають 2-3хв, проходять при зупинці ходи, головні болі, головокружіння, задишку при фізичному навантаженні. Відмічає порушення менструального циклу протягом останніх 6 міс. Із анамнезу: протягом 7 років відмічає підвищення АТ. Мати хворіла на гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: межа серця зміщена вліво на 1см, І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум на верхівці, пульс 72 уд/хв., АТ 170/100 мм рт.ст. На ЕКГ: депресія сегмента ST та відємний Т у відведеннях V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>. ЕхоКГ: порожнини в нормі, товщина стінки лівого шлуночка 1,3, фракція викиду 51%. Холестерин 6,1ммоль/л. Найбільш імовірний діагноз?

- А. Нейроциркуляторна дистонія по змішаному типу.
- Б. ІХС, стенокардія.
- В. Метаболічна (дисгормональна) кардіоміопатія.
- Г. Коронарний Х-синдром.
- Д. ІХС, стенокардія. Гіпертонічна хвороба II ст.

122. Хворий, 35 років, скаржиться на колючі, ниючі болі в області серця, серцебиття, задишку, відчуття затрудненого вдиху, клубка в горлі, головні болі, головокружіння, похолодання кінцівок, порушення сна, підвищення температури до 37,3°C. Із анамнезу: хворіє 10 років, коли вперше з'явилися подібні скарги, в подальшому захворювання перебігало хвилеподібно з періодами погіршення та поліпшення стану. Стан погіршився після перенесеної ГРВІ. Об'єктивно: межі серця в нормі, І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум на верхівці, пульс 80 уд/хв., АТ 110/70 мм рт. ст. На ЕКГ: поодинокі екстрасистоли, знижена амплітуда зубця Т. ЕхоКГ: порожнини в нормі. Лабораторні показники в нормі. Найбільш імовірний діагноз?

- А Бронхіт, легенева недостатність.
- Б ІХС, стенокардія.
- В Метаболічна кардіоміопатія
- Г Нейроциркуляторна дистонія.
- Д Ревматизм, ендоміокардит.

123. Хвора, 32 роки, з діагнозом НЦД відмічає в нічний час напади інтенсивного головного болю, які супроводжуються відчуттям тривоги, тремтінням, серцебиттям, підвищенням АТ, відчуттям похолодання кінцівок, нестачі повітря, страхом смерті. Такий стан триває до 30 хвилин, проходить після прийому седативних препаратів, закінчується частим сечовиділенням, інколи рідким стільцем. Який тип криза має місце у хворої?

- А. Тип Барре.
- Б. Тип Говерсла.
- В. Тип Польцера.

- Г. Гіпервентиляційний.
- Д. Вегетативно-вестибулярний.

124. Хворий, 29 років, з діагнозом НЦД 1-2 рази місяць відмічає у нічний час напади, що починаються із загальної слабкості, нудоти, відчуття завмирання серця, потім розвивається брадикардія, знижується АТ, виникає блювота без відчуття полегшення. Стан поліпшується в горизонтальному положенні. Який тип криза має місце у хворого?

- А. Тип Барре.
- Б. Тип Говерса.
- В. Тип Польцера.
- Г. Гіпервентиляційний.
- Д. Вегетативно-вестибулярний.

125. У хвої, 37 років, яка знаходилась на лікування з приводу НЦД, раптово різко погіршився стан: з'явилося відчуття нестачі повітря, клубка в горлі, поверхнєве часте дихання (36 за хв.) виникла тахікардія, підвищився АТ (160/90 мм рт. ст.), розвинулась тетанія (рука акушера, нога балерини). Який тип криза розвинувся у хворої?

- А. Тип Барре.
- Б. Тип Говерса.
- В. Тип Польцера.
- Г. Гіпервентиляційний.
- Д. Вегетативно-вестибулярний.

126. Хвора, 51 рік, скаржиться на болі стискаючого характеру в області серця з ірадіацією під ліву лопатку, в ліву руку, виникають при фізичному навантаженні, проходять після зупинки ходи, серцебиття, епізоди відчуття жару, пітливості, головокружіння, відчуття нестачі повітря по 2-3 рази на день, нерегулярність місячних протягом останніх 2 років. Об'єктивно: серце – межі в нормі, І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум на верхівці. Пульс 84 уд/хв., АТ 120/80 мм рт. ст. Холестерин 6,0 ммоль/л. ЕКГ: депресія сегмента ST, від'ємний Т у відведеннях V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>. Яке дослідження буде найбільш ефективним для уточнення діагнозу?

- А. Велоергометрія.
- Б. Проба з діпірідамолом.
- В. Через стравохідна електростимуляція.
- Г. Холтеровське моніторування.
- Д. Коронарографія.

127. Хвора, 27 років, скаржиться на болі в області серця, ниючі, колючі, задишку, серцебиття, головні болі, головокружіння, поганий сон, подразливість, підвищену збудливість. Із анамнезу: має місце порушення менструального циклу; подібні скарги відмічала і раніше, рахує себе хворою років 5, погіршення стану пов'язує із перенесеною ГРВІ. Об'єктивно: тремор рук, блиск очей, серце – межі в нормі, І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум на верхівці, пульс 96 уд/хв., АТ 100/70 мм рт. ст. На ЕКГ: зменшення амплітуди зубця Т в грудних відведеннях, поодинокі суправентрикулярна екстрасистоли. Найбільш імовірний діагноз?

- А. Міокардит.
- Б. Ревматизм, ендоміокардит.
- В. Гіпертиреоз.
- Г. Метаболічна кардіоміопатія.
- Д. Нейроциркуляторна дистонія.

128. Хвора, 32 років, скаржиться на болі в області серця, задишку (часте поверхнєве дихання) відчуття затрудненого вдоху, бажання періодичного глибоко вдихнути повітря, відчуття клубка в горлі, здавлення горла, тривогу, неспокій, понижений настрій, слабкість, поганий сон. Хворіє 3



роки, погіршення стану пов'язує із перенесеною ГРВІ. При фізикальному обстеженні: посилений, змішаний дермографізм, серце – межі в нормі, тони звучні, ритмічні, пульс 92 уд/хв., АТ 120/80 мм рт .ст. В легенях дихання везикулярне, хрипів нема. ЕКГ: патології не виявлено. Який клінічний синдром ведучий у хворої на НЦД?

- А Кардіалгічний.
- Б. Тахікардіальний.
- В. Астенічний.
- Г. Синдром респіраторних розладів.
- Д. Гіперкінетичний.

129. Хвора, 23 роки, скаржиться на болі в області серця, ниючі, колючі серцебиття, перебої, відчуття клубка в горлі, слабкість, постійну втому, головні болі, головокружіння, підвищення температури до 37,4°C. Скарги пов'язує з перенесеною 2 тижні тому ГРВІ. Проте подібні скарги турбували і раніше, роки 2 назад. Об'єктивно: серце – межі в нормі, І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум на верхівці, пульс 92 удари /хв., АТ 110/70 мм. рт. ст. На ЕКГ: слабовідємні зубці Т в усіх грудних відведеннях. Найбільш імовірний діагноз?

- А . Нейроциркуляторна дистонія
- Б. Міокардит.
- В. Ревматизм, ендоміокардит.
- Г. Гіпертиреоз.
- Д. Метаболічна кардіоміопатія.

Тестові завдання

1. Атерогенними фракціями ліпопротеїнів сироватки є:

- А) Ліпопротеїни низької щільності
- Б) Ліпопротеїни високої щільності
- В) Хіломікрони
- Г) Ліпопротеїни дуже низької щільності
- Д) Усі зазначені

2. Атерогенним фенотипом гіперліпідемії є:

- А) I
- Б) II
- В) III
- Г) IV
- Д) V

3. Вкажіть препарат, який найсильніше підвищує рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності:

- А) Аторвастатин
- Б) Нікотинова кислота
- В) Гемфіброзил
- Г) Фенофібрат
- Д) Симвастатин

1. При гострому інфаркті міокарда у крові підвищується вміст:

- А) Креатинфосфокінази
- Б) Аланінамінотрансферази
- В) Тропоніну I
- Г) Аспартатамінотрансферази
- Д)  $\gamma$ -глутамілтранспептидази

5. „Терапевтичне вікно” для проведення тромболізи при гострому інфаркті міокарда складає:

- А) До 6 год з моменту початку симптомів
- Б) До 8 год з моменту початку симптомів
- В) До 10 год з моменту початку симптомів
- Г) До 12 год з моменту початку симптомів

6. При нижньому інфаркті міокарда на ЕКГ спостерігаються наступні зміни:

- А) Елевація сегмента ST у відведеннях V1-4
- Б) Патологічні зубці Q у відведеннях I, aVL, V5-6
- В) Патологічні зубці Q у відведеннях II, III, aVF
- Г) Депресія сегмента ST у відведеннях V1-2
- Д) Елевація сегмента ST у відведеннях II, III, aVF

7. ЕКГ-проявами гострої стадії великовогнищового інфаркту міокарда є:

- А) Ізоелектричний сегмент ST
- Б) Патологічні зубці Q
- В) Елевація сегмента ST
- Г) Високий загострений зубець T
- Д) Інверсія зубця T

8. Назвіть хронічні форми ішемічної хвороби серця:

- А) Стабільна стенокардія
- Б) Варіантна стенокардія
- В) Прогресуюча стенокардія
- Г) Коронарний синдром Х
- Д) Безбольова форма

9. У пацієнта з епізодами болю в грудях під час нападу болю на ЕКГ зареєстровано елевацію сегмента ST. Які препарати можна використати для лікування?

- А) Амлодипін
- Б) Метопролол
- В) Тіотриазолін
- Г) Ізосорбїду динїтрат
- Д) Ніфедипін

10. Назвіть фармакологічні особливості органічних нітратів:

- А) Тахіфілаксія
- Б) Значний пресистемний метаболізм
- В) Синдром відміни
- Г) Виникнення толерантності
- Д) Психічна залежність

11. Назвіть характерні риси больового синдрому при стабільній стенокардії:

- А) Біль провокується фізичним або психоемоційним навантаженням
- Б) Біль має ниючий характер
- В) Біль іррадіює у ліву руку
- Г) Біль минає через 20-30 хвилин після прийому нітрогліцерину
- Д) Тривалість болю – до 15 хвилин

12. Стосовно шлуночкових екстрасистол вірним є:

- А) Супроводжуються повною (компенсаторною) паузою
- Б) Екстрасистолічні комплекси QRS завжди менше 0,12 сек
- В) Не впливають на регулярність синусового ритму
- Г) Екстрасистола зв'язана з деформованим зубцем Р

13. Виберіть порушення провідності, при яких спостерігається неправильний пульс:

- А) AV-блокада I ст.
- Б) AV-блокада II ст. типу Мобітц-1
- В) AV-блокада II ст. типу Мобітц-2
- Г) AV-блокада III ст.
- Д) Повна блокада правої ніжки пучка Гіса
- Е) Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса

14. Виберіть правильне твердження:

- А) Для фібриляції передсердь характерна наявність на ЕКГ хвиль f
- Б) Для фібриляції передсердь характерне правильне чергування довгих і коротких інтервалів R-R на ЕКГ
- В) Для фібриляції передсердь характерна відсутність зубців Р на ЕКГ
- Г) Для фібриляції передсердь характерне правильне співвідношення хвиль F та комплексів QRS на ЕКГ
- Д) Для фібриляції передсердь характерні неоднакові інтервали R-R на ЕКГ

15. Опишіть характеристики пульсу при фібриляції передсердь:

- А) Неритмічний
- Б) Малий
- В) Різного напруження і наповнення
- Г) Твердий
- Д) Високий
- Е) Дефіцитний

16. Для міокардиту характерні наступні зміни лабораторних показників:

- А) Зростання АЛТ
- Б) Зниження співвідношення АЛТ/АСТ сироватки
- В) Підвищення серцевих тропонінів
- Г) Нормальний рівень КФК-МВ
- Д) Помірний лейкоцитоз

17. Звуження вихідного тракту лівого шлуночка при гіпертрофічній кардіоміопатії зумовлена:

- А) Гіпертрофією базальних сегментів міжшлуночкової перегородки
- Б) Концентричною гіпертрофією міокарда
- В) Переднім систолічним рухом передньої стулки мітрального клапана
- Г) Звуженням отвору аортального клапана

18. Назвіть ускладнення дилатаційної кардіоміопатії:

- А) Гіпертензивний криз
- Б) Раптова смерть
- В) Емболічний інсульт
- Г) Серцева недостатність
- Д) Інфаркт міокарда

19. Перерахуйте чинники ризику тромбоемболії легеневої артерії:

- А) Мутація фактору V (Лейден)
- Б) Дисліпідемія
- В) Ожиріння
- Г) Нефротичний синдром
- Д) Артеріальна гіпертензія

20. Вкажіть симптоми тромбоемболії легеневої артерії:

- А) Шум тертя перикарду
- Б) Біль у грудях
- В) Гіпотензія
- Г) Тахікардія
- Д) Ціаноз

21. Виберіть вірне твердження:

- А) Для лікування легеневої тромбоемболії використовують тромболізис
- Б) Рентгенографія органів грудної клітки – низькочутливий діагностичний тест при легеневій емболії
- В) При емболії легеневої артерії на ЕКГ виявляють блокаду лівої ніжки пучка Гіса
- Г) Легенева емболія зазвичай супроводжується анемією
- Д) При легеневій емболії в крові зростає рівень серцевих тропонінів

22. Які побічні ефекти можуть виникнути у хворих із гломерулонефритом при застосуванні інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту?
- А. Зниження креатинину крові.
  - Б. Підвищення креатинину крові.
  - В. Підвищення рівня калію сироватки крові.
  - Г. Зниження рівня калію сироватки крові.
  - Д. Підвищення кількості лейкоцитів крові.
23. Які з перерахованих синдромів властиві нефротичному синдрому?
- А. Масивна протеїнурія.
  - Б. набряки.
  - В. Макрогематурія.
  - Г. Гіпопротеїнемія.
  - Д. Гіперхолестеринемія.
24. До інкреторної функції нирок відносять:
- А. Азотовидільну функцію.
  - Б. Регуляцію артеріального тиску.
  - В. Регуляцію водно-сольового обміну.
  - Г. Регуляцію кислотно-лужної рівноваги.
  - Д. Регуляцію еритропоезу.
25. Яка лабораторна ознака повинна насторожити лікаря запідозрити гломерулонефрит?
- А. Лейкоцитурія.
  - Б. Протеїнурія.
  - В. Циліндрурія.
  - Г. Поєднання протеїнурії і гематурії.
  - Д. Поєднання протеїнурії і лейкоцитурії.
26. У патогенезі гломерулонефриту беруть участь наступні фактори:
- А. Активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи.
  - Б. Пригнічення ренін-ангіотензин-альдостеронової системи.
  - В. Імунне запалення базальної мембрани.
  - Г. Відкладення комплексів антиген-антитіло на фільтруючій поверхні клубочка.
  - Д. Утворення капілярних мікротромбів.
27. Ускладненнями гострого гломерулонефриту можуть бути наступні:
- А. Гостра лівошлуночкова недостатність.
  - Б. Гіперкаліємія.
  - В. Еклампсія.
  - Г. Анемія.
  - Д. Гостра ниркова недостатність.
28. Найбільше властивими гострому гломерулонефриту ознаками є:
- А. Лихоманка.
  - Б. Сечовий синдром.
  - В. Біль в поперековій ділянці.
  - Г. набряки.
  - Д. Гіпертензивний синдром.
29. набряковий синдром при гломерулонефриті виникає внаслідок:
- А. Порушення клубочкової фільтрації.

- Б. Підвищеної проникливості капілярів.
- В. Зниження онкотичного тиску.
- Г. Збільшення секреції антидіуретичного гормону.
- Д. Затримки в організмі натрію і води.

30. Яка мінімальна величина мікробного числа в 1 мл сечі свідчить про істинну бактеріурію і має діагностичне значення:

- А. 20 000.
- Б. 50 000.
- В. 75 000.
- Г. 100 000.
- Д. 200 000.

31. За допомогою якого із перерахованих методів дослідження визначають клубочкову фільтрацію?

- А. За результатами ЗАС.
- Б. За результатами УЗД нирок.
- В. За кліренсом ендogenous креатиніну.
- Г. За результатами екскреторної урографії.
- Д. За результатами сцинтиграфії нирок.

32. У хворої А., 45 років, за даними клініко-лабораторних досліджень виставлено діагноз хронічного пієлонефриту у фазі загострення. Для оцінки стану концентраційної функції нирок потрібно призначити:

- А. Аналіз сечі за Нечипоренком.
- Б. Пробу Зимницького.
- В. Кліренс ендogenous креатиніну.
- Г. Визначення добової протеїнурії.
- Д. Екскреторну урографію.

33. Хворий К., 38 років, скаржиться на генералізовані набряки по всьому тілу, особливо рук і ніг. В анамнезі хвороба Бехтерева протягом 6 років. На УЗД: нирки збільшені в об'ємі, ущільнені, "велика сальна нирка", збільшеної ехогенності. Аналіз сечі: еритроцитів – 3-5 у п/зору, лейкоцитів – 2-3 у п/зору, добова протеїнурія – 4 г/л. У хворої виявлено нефротичний синдром, який виник після тривалої протеїнурії. Два дні тому було проведено біопсію ясен, при забарвленні біоптату конго червоним виявлено рожеве світіння, яке у поляризованому світлі стає зеленуватим, після додавання розчину калію перманганату – зеленувате світіння зникає. Поставте попередній діагноз:

- А. АА-амілоїдоз нирок.
- Б. AL-амілоїдоз нирок.
- В. Хронічний мембранозний гломерулонефрит.
- Г. Медикаментозний тубулоінтерстиціальний нефрит.
- Д. Хронічний гломерулонефрит з мінімальними змінами.

34. Схема лікування тубулоінтерстиціального нефриту включає:

- А. Відміну лікарських препаратів, які спричинили захворювання.
- Б. Строгий ліжковий режим.
- В. Обмеження кухонної солі.
- Г. Обмеження вживання рідини.
- Д. Вживання кухонної солі і рідини зазвичай не обмежують.

35. Хвора звернулася в лікарню із скаргами на нудоту, блювання, понос, виділення незначної кількості сечі протягом доби. В аналізах крові виявлено підвищення кількості сечовини,

креатиніну, калію, магнію, зниження-натрію, кальцію, хлору. Які клініко-лабораторні прояви характерні для початкового періоду гострої ниркової недостатності?

- А. Олігурія (анурія).
- Б. Поліурія.
- В. Зміна електролітів крові.
- Г. Підвищення кількості аміаку у крові.
- Д. Підвищення кількості сечовини і креатиніну в крові.

36. При яких захворюваннях нирок завжди спостерігається ніктурія?

- А. Гострий гломерулонефрит.
- Б. Тубулоінтерстиціальний нефрит.
- В. Хронічний гломерулонефрит без ниркової недостатності.
- Г. Хронічний пієлонефрит.
- Д. Хронічна ниркова недостатність.

37. Найбільш ефективним методом корекції азотемії при гострій нирковій недостатності є:

- А. Вуглеводно-жирова дієта.
- Б. Обмеження білка в раціоні.
- В. Пероральний прийом глюкози.
- Г. Прийом анаболічних стероїдних гормонів.
- Д. Гемодіаліз.

38. Хворому К., 34 років, поставлено діагноз хронічної хвороби нирок (ХХН) II стадії. Хронічний гломерулонефрит із нефротичним синдромом, фаза ремісії, артеріальна гіпертензія. Яка швидкість клубочкової фільтрації у цій стадії ХХН?

- А. <15 мл/хв.
- Б. 15-29 мл/хв.
- В. 30-59 мл/хв.
- Г. 60-89 мл/хв.
- Д.  $\geq 90$  мл/хв.

39. Назвіть препарати, які знижують показники смертності при хронічній серцевій недостатності:

- А) Дигоксин
- Б) Триметазидин
- В) Фуросемід
- Г) Карведилол
- Д) Спіронолактон
- Е) Раміприл

40. Які гемодинамічні варіанти хронічної серцевої недостатності Ви знаєте?

- А) Систолічний
- Б) Діастолічний
- В) Змішаний
- Г) Зі збереженим серцевим викидом
- Д) З високим серцевим викидом

41. Назвіть групи засобів, що використовуються для лікування хронічної серцевої недостатності:

- А) Антиагреганти
- Б) Діуретики

- В) Антагоністи альдостерону
- Г) Гіполіпідемічні засоби
- Д) Антикоагулянти
- Е) Бета-адреноблокатори

42. Вкажіть препарати, що здатні уповільнювати процес деградації суглобового хряща при деформуючому остеоартрозі:

- А) Диклофенак
- Б) Глюкозамін
- В) Бетаметазон
- Г) Хондроїтинсульфат
- Д) Хлорохін

43. Вкажіть типові рентгенологічні ознаки деформуючого остеоартрозу:

- А) Остеофіти
- Б) Узурація суглобових поверхонь
- В) Наявність субхондральних кіст
- Г) Субхондральний остеосклероз
- Д) Навколосуглобовий остеопороз

44. Назвіть типові симптоми деформуючого остеоартрозу:

- А) Гіперемія ураженого суглобу
- Б) Біль у суглобах при навантаженні
- В) Біль у суглобах у стані спокою
- Г) Ранкова скутість понад 1 годину
- Д) Хрускіт у суглобах

45. При гострому подагричному артриті небажано використовувати:

- А) Аллопуринол
- Б) Стероїди внутрішньосуглобово
- В) Колхіцин
- Г) Диклофенак
- Д) Целекоксиб

46. Перерахуйте ускладнення хронічної подагри:

- А) Утворення тофусів
- Б) Нефролітіаз
- В) Амілоїдоз
- Г) Еритроцитоз
- Д) Уремія

47. Які показання для призначення D-пеніцилінаміну хворим на ревматоїдний артрит?

- А. Вагітність.
- Б. Гематурія, тромбоцитопенія.
- В. Резистентність до протизапальних препаратів.
- Г. Резистентність до глюкокортикоїдів.
- Д. Непереносимість препаратів золота.

48. Назвіть тип деформації кистей при ревматоїдному артриті:

- А. «Шия лебедя».
- Б. Тофуси.
- В. Редископодібна дефігурація пальців.



- Г. Вузлики Гебердена.
- Д. Ульнарна девіація.

49. Назвіть клінічні симптоми ревматоїдного артриту:

- А. Летючий характер ураження суглобів.
- Б. Еритема.
- В. Обмеження функції суглобів.
- Г. М'язова слабкість.
- Д. Деформація суглобів.

50. Які з перерахованих клінічних показників добре корелюють з активністю ревматоїдного процесу?

- А. Анемія, тромбоцитоз.
- Б. Еритроцитоз, лейкоцитоз.
- В. Гіперальбумінемія, тромбоцитопенія
- Г. Збільшення ШОЕ.
- Д. Зниження ШОЕ.

51. Які ураження нирок найчастіше розвивається при ревматоїдному артриті?

- А. Амілоїдоз нирок.
- Б. Туберкульоз нирок.
- В. Гломерулонефрит.
- Г. Пієлонефрит.
- Д. Тубулоінтерстиціальний нефрит.

52. Хворий Д., 34 років, скаржиться на біль у суглобах стоп, підвищення температури тіла до 38°C, пітливість. Хворіє протягом тижня. Проходить лікування з приводу кон'юнктивіту у офтальмолога. Під час огляду суглоби стоп припухлі, рухи в них (активні та пасивні) різко болючі. Пульс 90 за хв., АТ-120/80мм.рт.ст., патології внутрішніх органів не виявлено. Лейкоцити 4,2 Г/л, ШОЕ-38 мм/год. Які захворювання потрібно виключити?

- А. Ревматизм.
- Б. Системний червоний вовчак.
- В. Ревматоїдний артрит
- Г. Гонококовий артрит
- Д. Подагру.

53. Що є характерними ознаками ревматоїдного артриту:

- А. Кісткові узури.
- Б. Кальцифікація сухожилків.
- В. Ураження суглобової капсули.
- Г. Ревматоїдні вузлики.
- Д. Все перераховане.

54. Які клінічні симптоми властиві ревматоїдному артриті?

- А. Ексудативний плеврит.
- Б. Ранкова скутість.
- В. Остеопороз кісток.
- Г. Переважне ураження дрібних суглобів.
- Д. Метелик на щоках.

55. Назвіть клініко-рентгенологічні ознаки ревматоїдного артриту?

- А. Мітральний стеноз.

- Б. Пневмонія.
- В. Остеопороз кісток.
- Г. Перелом шийки стегнової кістки.
- Д. Кісткові узури.

56. Протипоказанням до терапії препаратами золота при ревматоїдному артриті є:

- А. Псевдосептичний синдром.
- Б. Ожиріння.
- В. Важкий перебіг із вісцеропатіями.
- Г. Вагітність, грудне вигодовування.
- Д. Усі варіанти правильні.

57. Що з перерахованих критеріїв властиве для системного червоного вовчка?

- А. Еритема.
- Б. Потовщення та ущільнення шкіри.
- В. Дискоїдна еритема.
- Г. Фотосенсибілізація.
- Д. Виразки на слизовій оболонці ротової порожнини.

58. Яка клінічна картина ураження шкіри властива системному червоному вовчку?

- А. Симптом “метелика”.
- Б. Капілярит.
- В. Ексудативна еритема.
- Г. Пурпура.
- Д. Livedo reticularis.

59. Системний червоний вовчак – це полісиндромне захворювання, яке розвивається на тлі генетично обумовленої недостатності імунорегуляторних процесів і характеризується тріадою клінічних проявів. Які це?

- А. Дерматит.
- Б. Полісерозит.
- В. Геморагічний синдром.
- Г. Артрит.
- Д. Артеріальна гіпертензія.

60. Які внутрішні органи уражаються при системній склеродермії?

- А. Серце.
- Б. Легені.
- В. Травний канал.
- Г. Нирки.
- Д. Усі перераховані.

61. Які ураження кістково-суглобої системи найбільше властиві системному червоному вовчку?

- А. Гемартрози.
- Б. Артралгії.
- В. Контрактури.
- Г. Тендиніти, тендовагініти
- Д. Анкілози.

62. Назвіть компоненти CREST-синдрому при системній склеродермії?

- А. Кальциноз + синдром Рейно + екхімози + спленомегалія + телеангіектазії
- Б. Кальциноз + синдром Рейно + еритема + солярит + телеангіектазії

- В. Контрактури + синдром Рейно + езофагіт + спленомегалія + телеангієктазії
- Г. Кальциноз + синдром Рейно + езофагіт + склеродактилія + телеангієктазії.
- Д. Контрактури + синдром Рейно + еритема + склеродактилія + телеангієктазії

63. Який клінічний симптом характерний для дерматомиозиту?

- А. Периорбітальний набряк і еритема у ділянці верхніх повік.
- Б. Кашель.
- В. Болі в м'язах.
- Г. Слабкість проксимальних відділів м'язів кінцівок.
- Д. Брадикардія.

64. Геморагічному васкуліту (пурпурі Шенлейн-Геноха) властиве наступне:

- А. Підвищення в сироватці крові IgA і ЦІК.
- Б. Розвиток запального процесу у дрібних судинах.
- В. Розвиток запального процесу у крупних і середніх судинах.
- Г. Розвиток клінічних проявів на шкірі, в кишечнику, нирках.
- Д. Зв'язок хвороби з перенесеним респіраторним захворюванням.

65. Які з перерахованих синдромів трапляються при вузликовому поліартеріїті (ВП)?

- А. Судинної нефропатії.
- Б. Коронариту із артеріальною гіпертензією.
- В. Легеневого васкуліту
- Г. Шлунково-кишковий.
- Д. Кістково-м'язовий.

66. Які вирізняють клінічні варіанти анкілозуючого спондилоартриту (хвороби Бехтерева):

- А. Центральна форма.
- Б. Ризомелічна форма.
- В. Периферійна форма.
- Г. Скандинавська форма.
- Д. Середземноморська форма.
- Е. Вісцеральна форма.

67. Хворий Ш., 28 років, упродовж 2 років скаржить на болючість та обмеження рухів у поперековому відділі хребта, біль і скутість у грудній клітці, біль у крижах та кульшових суглобах. Рентгенологічно виявлено ознаки двобічного сакроілеїту. Що найімовірніше буде виявлено в крові у хворого?

- А. LE-клітини.
- Б. Антитіла до ДНК.
- В. АСЛ-О, АСК.
- Г. Антиген гістосумісності HLA-B<sub>27</sub>.
- Д. Анти-DNS-гопоізомераза.

68. Клінічними проявами реактивного артрити бувають:

- А. Симетричний артрит дрібних суглобів кистей.
- Б. Асиметричний артрит суглобів нижніх кінцівок.
- В. Ентезопатії
- Г. Двобічний сакроілеїт
- Д. Симетричний артрит суглобів нижніх кінцівок.

69. Ураження яких суглобів найбільше властиво реактивному артрити?

- А. П'ястково-фалангових.

- Б. Плесно-фалангових.
- В. Ліктьових.
- Г. Кульшових.
- Д. Гомілковостопних.

70. Найчастішою причиною симптоматичних артеріальних гіпертензій є:
- А Захворювання нирок.
  - Б Захворювання ендокринної системи.
  - В Захворювання нервової системи.
  - Г Захворювання серцево-судинної системи.
  - Д Захворювання органів дихання.
71. Клінічна картина захворювань, які є причиною ниркових артеріальних гіпертензій, може проявлятися поєднанням всіх перерахованих синдромів, крім:
- А. Артеріальна гіпертензія і сечовий синдром.
  - Б. Артеріальна гіпертензія з різкою м'язовою слабкістю і сечовим синдромом.
  - В. Артеріальна гіпертензія з лихоманкою.
  - Г. Артеріальна гіпертензія з пальпаторно виявляємою пухлиною черевної порожнини.
  - Д. Артеріальна гіпертензія з шумом над нирковими артеріями.
72. Найбільш характерним клінічним симптомом реноваскулярної гіпертензії є:
- А Висока стійка діастолічна гіпертензія.
  - Б Носові кровотечі.
  - В Резистентність до гіпотензивної терапії.
  - Г Систолічний шум справа чи зліва від пупка.
  - Д Болі в попереково-крижових відділах.
73. Показання до проведення ангіографії нирок при артеріальній гіпертензії є:
- А Похилий вік хворого.
  - Б Гіпертензія компресійної.
  - В Стійка діастолічна гіпертензія у молодих.
  - Г Лейкоцитурія.
  - Д Стабільна стенокардія.
74. Клініку ангіотензин залежного варіанту гіпертонічної хвороби найбільш повно характеризує:
- А Висока стабільна діастолічна гіпертензія, ангіоспазми.
  - Б Наявність важкої ангіонейроретинопатії, часті інфаркти, інсульты.
  - В Високий рівень реніну плазми.
  - Г Зв'язок гіпертонії з прийомом солі і води.
  - Д Сукупність всіх симптомів, крім зв'язку з прийомом солі і води.
75. Для якої форми артеріальної гіпертензії характерним є абдомінальний систолічний шум?
- А Первинна артеріальна гіпертензія.
  - Б Нирково-паренхіматозна.
  - В Ендокринна.
  - Г Гемодинамічна.
  - Д Вазоренальна.
76. При ангіотензин залежній формі гіпертонічної хвороби ефективний:
- А Дібазол з папаверином.
  - Б Резерпін.
  - В Каптоприл з гіпотіазидом.

- Г Допегіт
- Д Клофелін.

77. Препарат, який знімає гіперкінетичний тип кризи:

- А Лазикс.
- Б Дібазол.
- В Сульфат магнію.
- Г Анаприлін.
- Д Клофелін.

78. Гіпертонічна хвороба є найбільш частим фактором ризику:

- А Ожиріння.
- Б Цукрового діабету.
- В Інфаркту міокарда.
- Г Нейроангіосклерозу.
- Д Виразкової хвороби.

79. Артеріальна гіпертензія, зумовлена альдостеронізмом супроводжується:

- А Гіпокальціємією.
- Б Гіпокаліємією.
- В Гіперкаліємією.
- Г Гіпохлоремією.
- Д Зменшення натрій калієвого коефіцієнту.

80. Які клітини нирок продукують ренін?

- А Подоцити.
- Б Клітини ЮГА.
- В Ендотелій капілярів.
- Г Хвостаті клітини.
- Д Нирковий епітелій.

81. Метод верифікуючий діагноз гіпертензивної форми паренхіматозного нефриту:

- А Екскреторна урографія.
- Б Ізотопна урографія.
- В Хромоцистоскопія.
- Г Біопсія нирок.
- Д Ангіографія.

82. Гіпердинамічна форма гіпертонічної хвороби характеризується збільшенням наступних показників, крім одного:

- А Ударного об'єму серця.
- Б Хвилинного об'єму серця.
- В Об'ємної швидкості викиду.
- Г Об'єму внутрішньо-судинної рідини.
- Д Загального периферичного опору.

83. Основний патогенетичний механізм артеріальної гіпертензії при гіперальдостеронізмі:

- А Підвищення активності ангіотензину.
- Б Зміна трансмембранного градієнта для електролітів.
- В Гіперволемія.
- Г Підвищення периферичного опору (первинна).
- Д Ураження барорецепторів.

84. Яка частота пульсу при тиреотоксикозі II ступені:
- А 60 – 80 уд/хв.
  - Б 80 – 100 уд/хв.
  - В 100 – 120 уд/хв.
  - Г 120 – 140 уд/хв.
  - Д 140 – 160 уд/хв.
85. Особливості тиреотоксикозу у людей похилого віку:
- А Приступи синусової тахікардії.
  - Б Приступи пароксизмальної тахікардії.
  - В Ефективність препаратів наперстянки.
  - Г Рефрактерність препаратів наперстянки.
  - Д Приступи миготливої аритмії.
86. При якій хворобі в сечі знаходять клітини Штернгеймера-Мельбна:
- А Гострий гломерулонефрит.
  - Б Хронічний пієлонефрит.
  - В Гіпернефрома.
  - Г Хронічний гломерулонефрит.
  - Д Діабетичний нефросклероз.
87. Яка форма хронічного нефриту протікає найбільш доброякісно:
- А Змішана.
  - Б Нефротична.
  - В Гематурична.
  - Г Гіпертонічна.
  - Д Латентна.
88. Найбільш характерні лабораторні ознаки гострого пієлонефриту:
- А Тромбоцитопенія.
  - Б Еритроцитоз.
  - В Підвищення активності ферментів в крові.
  - Г Лейкоцитурія.
  - Д Глюкозурія.
89. Найбільш ефективний метод лікування вазоренальної гіпертензії:
- А Дієтотерапія.
  - Б Санаторно-курортне лікування.
  - В ЛФК.
  - Г Хірургічне лікування.
  - Д Медикаментозна терапія.
90. Артеріальний тиск при коарктації аорти підвищений:
- А На правій руці.
  - Б На обох руках.
  - В На лівій руці.
  - Г На ногах.
  - Д На ногах і руках.
91. Найбільш характерні лабораторні ознаки гострого пієлонефриту:
- А Тромбоцитопенія.

- Б Еритроцитоз.
- В Підвищення активності ферментів крові.
- Г Лейкоцитурія.
- Д Глюкозурія.

92. Найбільш ефективний метод лікування вазоренальної гіпертензії:

- А Дієтотерапія.
- Б Санаторно-курортне лікування.
- В ЛФК.
- Г Хірургічне лікування.
- Д Медикаментозна терапія.

93. Артеріальна гіпертензія, зумовлена альдостеронізмом супроводжується:

- А Гіпокальціємією.
- Б Гіпокаліємією.
- В Гіперкаліємією.
- Г Гіпохлоремією.
- Д Зменшення натрій калієвого коефіцієнту.

94. Які клітини нирок продукують ренін?

- А Подоцити.
- Б Клітини ЮГА.
- В Ендотелій капілярів.
- Г Хвостаті клітини.
- Д Нирковий епітелій.

95. Медот верифікуючий діагноз гіпертензивної форми паренхіматозного нефриту:

- А Екскреторна урографія.
- Б Ізотопна урографія.
- В Хромоцистоскопія.
- Г Біопсія нирок.
- Д Ангіографія.

96. Гіпердинамічна форма гіпертонічної хвороби характеризується збільшенням наступних показників, крім одного:

- А Ударного об'єму серця.
- Б Хвилинного об'єму серця.
- В Об'ємної швидкості викиду.
- Г Об'єму внутрішньо-судинної рідини.
- Д Загального периферичного опору.

97. Основний патогенетичний механізм артеріальної гіпертензії при гіперальдостеронізмі:

- А Підвищення активності ангіотензину.
- Б Зміна трансмембранного градієнта для електролітів.
- В Гіперволемія.
- Г Підвищення периферичного опору (первинна).
- Д Ураження барорецепторів.

98. Яка частота пульсу при тиреотоксикозі II ступені:

- А 60 – 80 уд/хв.
- Б 80 – 100 уд/хв.
- В 100 – 120 уд/хв.

Г 120 – 140 уд/хв.

Д 140 – 160 уд/хв.

99. Особливості тиреотоксикозу у людей похилого віку:

А Приступи синусової тахікардії.

Б Приступи пароксизмальної тахікардії.

В Ефективність препаратів наперстянки.

Г Рефрактерність препаратів наперстянки.

Д Приступи миготливої аритмії.

100. При якій хворобі в сечі знаходять клітини Штернгеймера-Мельбна:

А Гострий гломерулонефрит.

Б Хронічний пієлонефрит.

В Гіпернефрома.

Г Хронічний гломерулонефрит.

Д Діабетичний нефросклероз.

101. Яка форма хронічного нефриту протікає найбільш доброякісно:

А Змішана.

Б Нефротична.

В Гематурична.

Г Гіпертонічна.

Д Латентна.

102. Яка форма артеріальної гіпертензії найчастіше зустрічається у віці 40 років і більше:

А Погранична.

Б Атеросклеротична.

В Есенціальна.

Г Вазоренальна.

Д Юнацька.

103. Вазоренальна гіпертензія у молодих жінок частіше наслідок:

А Пієлонефриту.

Б Атеросклерозу.

В Нефроптозу.

Г Хвороби Такаюсу.

Д Фіброзно - м'язової дисплазії.

104. Найбільш характерним клінічним симптомом реноваскулярної гіпертензії є:

А Висока стійка діастолічна гіпертензія.

Б Носові кровотечі.

В Резистентність до гіпотензивної терапії.

Г Систолічний шум в епігастральній області.

Д Болі в попереково-крижових відділах.

105. Показанням до проведення ангіографії нирок при артеріальній гіпертензії є:

А Похилий вік хворого.

Б Гіпертензія компресійної камери.

В Стійка діастолічна гіпертензія у молодих.

Г Лейкоцитурія.

Д Стабільна стенокардія.



106. Клініку ангіотензин залежного варіанту гіпертонічної хвороби найбільш повно характеризує:
- А Висока стабільна діастолічна гіпертензія з ангіоспазмами.
  - Б Наявність важкої ангіонейроретинопатії, часті інфаркти міокарду, інсульту.
  - В Високий рівень реніну плазми.
  - Г Зв'язок гіпертонії з прийомом солі води.
  - Д Сукупність всіх симптомів, крім зв'язку у
107. Для якої форми артеріальної гіпертензії характерним є абдомінальний систолічний шум:
- А Первинна артеріальна гіпертензія.
  - Б Нирковопаренхіматозна артеріальна гіпертензія.
  - В Ендокринна артеріальна гіпертензія.
  - Г Гемодинамічна артеріальна гіпертензія.
  - Д Вазоренальна артеріальна гіпертензія.
108. При ангіотензин залежній формі гіпертонічної хвороби ефективний:
- А Дібазол з папаверином.
  - Б Резерпін.
  - В Каптоприл з гіпотіазидом.
  - Г Допегіт
  - Д Клофелін.
109. Препарат, який знімає гіперкінетичний тип кризи:
- А Лазикс.
  - Б Дібазол.
  - В Сульфат магнію.
  - Г Анаприлін.
  - Д Клофелін.
110. Гіпертонічна хвороба є найбільш частим фактором ризику:
- А. Ожиріння.
  - Б. Цукрового діабету.
  - В. Інфаркту міокарда.
  - Г. Нефроангіосклерозу.
  - Д. Виразкової хвороби.
111. Артеріальна гіпертензія може бути виявлена по наступних клінічних ознаках і симптомах:
- 1) короточасні епізоди втрати свідомості;
  - 2) порушення серцевого ритму і провідності;
  - 3) наявність периферійних набряків;
  - 4) біль в тім'яній і потиличній областях;
  - 5) порушення ритму дихання.
112. Зниження рівня АТ при асиметрії АТ на правій і лівій руках до нормальних цифр описано в плані:
- 1) розвиток коронарного тромбозу;
  - 2) розвиток гострої аневризми грудного відділу аорти;
  - 3) порушення функції стравоходу і шлунку;
  - 4) розвиток ішемічного інсульту і інфаркту міокарда;
  - 5) зниження еритропоетинсинтезуючої функції нирок.
113. Позитивним ефектом антагоністів кальцієвих каналів, крім гіпотензивного, є:

- 1) коронаролітичний;
- 2) зниження рівня сечової кислоти в крові;
- 3) діуретичний.

114. Тривалість гіпотензивної терапії при есенціальній гіпертензії визначається:

- 1) наявністю судинистих ускладнень;
- 2) станом органів, які регулюють артеріальний тиск;
- 3) усуненням патогенетичних механізмів гіпертензії.

115. Який із гіпотензивних препаратів при тривалому застосуванні може викликати депресію?

- 1) резерпін;
- 2) гідралазин;
- 3) празозин.

116. Які цифри артеріального тиску у дорослих приймаються за границю норми:

- 1) систолічний тиск дорівнює або нижчий 140мм.рт.ст, а діастолічний – дорівнює або нижчий 90мм.рт.ст.;
- 2) систолічний тиск нижчий 140мм.рт.ст, а діастолічний нижчий 90мм.рт.ст.;
- 3) систолічний тиск нижчий 150мм.рт.ст, а діастолічний тиск дорівнює 90мм.рт.ст.

117. Виберіть найбільш значимі фактори ризику розвитку артеріальної гіпертензії:

- 1) надмірна маса тіла;
- 2) вживання алкогольних напоїв;
- 3) надмірне вживання білків;
- 4) рівень щорічного вживання повареної солі.

118. Перерахуйте ЕКГ - ознаки, найбільш характерні для хворих гіпертонічною хворобою:

- 1) гострокінцевий зубець Р у відведеннях II, III;
- 2) гіпертрофія лівого шлуночка;
- 3) блокада правої ніжки пучка Гіса;
- 4) розширений двогорбий зубець Р у відведеннях I, II.

119. Які зміни в аналізі сечі характерні для хворих гіпертонічною хворобою:

- 1) зниження питомої ваги;
- 2) лейкоцитурія;
- 3) мікрогематурія;
- 4) підвищення питомої ваги.

120. Які зміни очного дна характерні для хворих артеріальною гіпертензією:

- 1) звуження вен;
- 2) звивистість судин;
- 3) розширення артерій сітківки;
- 4) крововиливи в сітківку і плазморагії;
- 5) правильна відповідь 2 і 4.

121. Які із вказаних класів ліпопротеїдів є атерогенними:

- 1) ЛПВП;
- 2) ЛПОНП;
- 3) ХМ.

122. При якому типі гіперліпопротеїнемії підвищений вміст в крові холестерину, тригліцеридів, ЛПНП і ЛПОНП:

- 1) I;
- 2) IIa;
- 3) IIb;
- 4) III;
- 5) IV.

123. Набуті вади серця зумовлені:

- A. Ревматизмом.
- Б. Інфекційним ендокардитом.
- В. Сифілісом, атеросклерозом.
- Г. Травмою.
- Д. Всім перерахованим.

124. Набуті вади серця зумовлені:

- A. Інфекційним міокардитом.
- Б. Перикардитом.
- В. Недостатністю кровообігу.
- Г. Гіпертонічною хворобою.
- Д. Травмою.

125. Яке з перерахованих захворювань є найчастішою недостатністю мітрального клапану?

- A. Ревматизм.
- Б. Інфекційний ендокардит.
- В. Сифіліс.
- Г. Атеросклероз.
- Д. Травми.

126. Виберіть:

A, якщо правильно 1,2	Б, якщо правильно 1,2,3	В, якщо правильно 2,3,4	Г, якщо правильно 3,4,5	Д, якщо правильно все
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Які гемодинамічні зміни розвиваються при недостатності мітрального клапану?

1. Переповненням кров'ю лівого передсердя під час систоли.
2. Переповненням кров'ю лівого шлуночку під час діастоли.
3. Розтягненням фіброзного кільця мітрального клапану.
4. Гіпертензія малого кола кровообігу.
5. Перевантаження правих відділів серця.

127. Виберіть:

A, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 1,2,3,4	В, якщо правильно 2,3,4	Г, якщо правильно 3,4,5	Д, якщо правильно все
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Патоморфологічні зміни клапанного апарату, викликані ревматичним ендокардитом?

1. Неповне змикання країв клапану внаслідок ригідності, зморщення і деформації стулок.
2. Утовщення і укорочення сухожильних хорд, які фіксують стулки.
3. Запальні і рубцеві зміни фіброзного кільця.
4. Гіперпластичні зміни стулок.
5. Розростання фіброзно-еластичної тканини.

128. Хворі з недостатністю мітрального клапана скаржаться:

- A. Задишка.
- Б. Серцебиття.

- В. Кашель.
- Г. Набряки.
- Д. Всі перераховані.

129. Хворі з недостатністю мітрального клапана скаржаться:

- А. Ядуху.
- Б. Кровохаркання.
- В. Болі в області серця.
- Г. Важкість болі в правому підребер'ї.
- Д. Всі перераховані.

130. Набуті вади серця це:

- А. Вроджені морфологічні зміни клапанного апарату, перегородок серця і від ходячих від нього великих судин.
- Б. Набуті морфологічні зміни клапанного апарату серця і від ходячих від нього великих судин.
- В. Гіперфункція і гіпертрофія лівого шлуночку.
- Г. Жодне з перерахованих.
- Д. Всі перераховані.

131. Для недостатності мітрального клапана характерно все, крім:

- А. Акроціаноз.
- Б. Діастолічний шум.
- В. Серцевий горб.
- Г. Серцевий поштовх справа від грудини.
- Д. Посилений і розлитий серцевий горб.

132. Границі серця при недостатності мітрального клапану зміщені:

- А. Вниз і вліво.
- Б. Вниз.
- В. Вліво, вверху і вправо.
- Г. Вверх і вліво.
- Д. Все правильно.

133. Ознаками недостатності мітрального клапану є всі, крім:

- А. Акцент I тону над верхівкою серця.
- Б. Систолічний шум над верхівкою.
- В. Акцент II тону над легеневою артерією.
- Г. Розщеплення II тону над легеневою артерією.
- Д. На ЕКГ ознаки гіпертрофії лівого шлуночку і передсердя.

134. Виберіть:

А, якщо правильно	Б, якщо правильно	В, якщо правильно	Г, якщо правильно	Д, якщо правильно
1,2,3	2,3,4	3,4,5	1,5	все

ФКГ ознаки недостатності мітрального клапану:

1. Збільшення амплітуди I тону над верхівкою серця.
2. Зменшення амплітуди I тону над верхівкою серця.
3. Збільшення інтервалу Q – I тон.
4. Систолічний шум над верхівкою серця.
5. Пресистолічний шум над верхівкою серця.

135. Ехокардіографічними ознаками недостатності мітрального клапану є всі, крім:

- А. Відсутність періоду повного змикання стулок мітрального клапану.
- Б. Ознаки розширення порожнини лівого шлуночку.
- В. Ознаки збільшення порожнини лівого шлуночку.
- Г. Однонаправленість руху обох стулок мітрального клапану.
- Д. Збільшення амплітуди руху передньої стулки мітрального клапану.

136. Для недостатності мітрального клапану характерні всі ознаки (ступені) крім:

- А. Систолічний шум над верхівкою серця.
- Б. Мезосистолічний щиголь на верхівці і пізній систолічний шум.
- В. Ослаблення I тону, систолічний шум над верхівкою, акцент II тону над легеневою артерією.
- Г. Застій і підвищення тиску у малому колі кровообігу.
- Д. Венозний застій в результаті ослаблення правого шлуночку.

137. Виберіть:

А, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 4,5	В, якщо правильно 3,4,5	Г, якщо правильно 1,2,3,4	Д, якщо правильно все
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Ускладнення при недостатності мітрального клапану:

1. Кровохаркання.
2. Серцева астма.
3. Тромбоемболії.
4. Легенева гіпертензія.
5. Миготлива аритмія.

138. Виберіть:

А, якщо правильно 1,4	Б, якщо правильно 2,5	В, якщо правильно 3,4	Г, якщо правильно 1,5	Д, якщо правильно все
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Найчастішу причину і стать у яких виявляється мітральний стеноз:

1. Ревматизм.
2. Травма.
3. Вроджений.
4. Жінки.
5. Чоловіки.

139. Нормальна площа лівого передсердно-шлуночкового отвору:

- А. 7 – 9 см<sup>2</sup>.
- Б. 4 – 6 см<sup>2</sup>.
- В. 2 – 3 см<sup>2</sup>.
- Г. 1 – 1,5 см<sup>2</sup>.
- Д. 0,5 – 1 см<sup>2</sup>.

140. Виберіть:

А, якщо правильно 1,3,5	Б, якщо правильно 2,3	В, якщо правильно 4,5	Г, якщо правильно 1,5	Д, якщо правильно все
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Які механізми компенсації при ранніх стадіях стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору:

1. Зниження тиску у лівому передсерді.
2. Підвищення тиску у лівому передсерді.
3. Збільшення тривалості систоли лівого передсердя.
4. Зменшення тривалості систоли лівого передсердя.
5. Зниження тиску у малому колі кровообігу.

141. Причини гіпертрофії лівого шлуночку при стенозі лівого передсердно-шлуночкового отвору:
- А. Зниження тиску у лівому шлуночку.
  - Б. Підвищення тиску у лівому шлуночку.
  - В. Зниження тиску у малому колі кровообігу.
  - Г. Підвищення тиску у малому колі кровообігу.
  - Д. Все правильно.
142. Скільки типів патанатомічних змін клапанного апарату виділяються при стенозі лівого передсердно-шлуночкового отвору:
- А. 0.
  - Б. 2.
  - В. 3.
  - Г. 5.
  - Д. 6.
143. Причина болі в області серця у хворих стенозом лівого передсердно-шлуночкового отвору:
- А. Збільшення (розтягнення) лівого передсердя.
  - Б. Розширення легеневого стовбуру.
  - В. Дисоціацією між роботою правої половини серця і її кровопостачанням.
  - Г. Здавленням лівої коронарної артерії збільшеним лівим передсердям.
  - Д. Всім перерахованим.
144. Характерною ознакою мітрального стенозу є:
- А. Ослаблення I тону над верхівкою серця.
  - Б. Симптом «двох молоточків» (по В.С. Несторову).
  - В. Систолічний шум над аортою.
  - Г. Акцент II тону над аортою.
  - Д. Пульс хорошого наповнення і напруження.
145. Характерними ознаками мітрального стенозу є всі, крім:
- А. Хлопаючий I тон над верхівкою серця.
  - Б. Акцент II тону над легеневою артерією.
  - В. Діастолічний шум над верхівкою серця.
  - Г. Систолічний шум над аортою.
  - Д. Діастолічний шум над легеневою артерією.
146. Як змінюється відносна серцева тупість при стенозі лівого передсердно-шлуночкового отвору:
- А. Не змінюється.
  - Б. Розширена вліво і вверх.
  - В. Розширена вверх і вправо.
  - Г. Розширена вліво, вверх і вправо.
  - Д. Розширена вправо.
147. Які з перерахованих симптомів характерні для стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору:
- А. Малий і м'який пульс,
  - Б. Афонія.
  - В. Зменшення розмірів лівої половини грудної клітки.
  - Г. Позитивний симптом Попова-Савельєва.
  - Д. Всі перераховані.

148. ЕКГ ознаки стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору:

- А. Розширення зубця Р і розщеплення його верхівки у I і II стандартних відведеннях.
- Б. Двохфазний зубець Р у III і правих грудних відведеннях.
- В. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночку.
- Г. Відхилення електричної осі серця вправо.
- Д. Всі перераховані.

149. Скільки ступенів мітрального стенозу виділяють згідно класифікації А.Н. Вакулева і Е.А. Дамірова:

- А. Жодної.
- Б. Дві.
- В. Три.
- Г. Чотири.
- Д. П'ять.

150. Виберіть:

А, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 1,2	В, якщо правильно 3,4,5	Г, якщо правильно 4,5	Д, якщо правильно все
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Варіанти клінічного перебігу стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору:

1. Мітральний стеноз з судомним синдромом.
2. Мітральний стеноз з порушенням внутрішньошлуночкової провідності.
3. Афонічний мітральний стеноз.
4. Мітральний стеноз з артеріальною гіпертензією.
5. Мітральний стеноз із «серцевою» епілепсією.

151. Ускладнення мітрального стенозу:

- А. Кровохаркання.
- Б. набряк легенів.
- В. Легенева гіпертензія.
- Г. Аневризми легеневого стовбуру.
- Д. Все перераховане.

152. Виберіть:

А, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 3,4	В, якщо правильно 3,4,5	Г, якщо правильно 2,3,4	Д, якщо правильно все
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Ускладнення мітрального стенозу:

1. Порушення серцевого ритму.
2. Тромбоемболія.
3. Дисфагія.
4. Анізокорія.
5. Кровохаркання.

153. Виберіть:

А, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 4,5	В, якщо правильно	Г, якщо правильно	Д, якщо правильно
-------------------------------	-----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ознаки характерні для мітрального стенозу:

1. Серцевий горб в області нижньої частини грудини.
2. Границі відносної серцевої тупості зміщені вгору і вправо.

3. Зменшення систолічного викиду серця.
4. «Пляска каротид».
5. Підвищення систолічного тиску.

154. Виберіть:

А, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 2,3,4	В, якщо правильно 4,5	Г, якщо правильно 3,4,5	Д, якщо правильно все
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Ознаки стенозу лівого атріо-вентрикулярного отвору:

1. Акцент II тону над аортою.
2. Коробочний відтінок перкуторного звуку над легенями.
3. Бронхіальне дихання над легенями.
4. Хлопаючий I тон над верхівкою.
5. Ознаки гіпертрофії і розширення лівого передсердя.

155. У яких випадках показане оперативне лікування при стенозі передсердно-шлуночкового отвору?

- А. Стеноз передсердно-шлуночкового отвору у поєднанні з приступами серцевої астми.
- Б. Стеноз передсердно-шлуночкового отвору з кровохарканням.
- В. Стеноз передсердно-шлуночкового отвору з тромбоемболією в ущі лівого передсердя.
- Г. Стеноз передсердно-шлуночкового отвору з миготливою аритмією.
- Д. У всіх випадках.

156. Виберіть:

А, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 4,5	В, якщо правильно 2,3	Г, якщо правильно 3,4,5	Д, якщо правильно все
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Компенсаторні механізми при недостатності клапанів аорти:

1. Подовження фази ізометричного скорочення.
2. Укорочення фази ізометричного скорочення.
3. Збільшення тривалості фази вигнання.
4. Зменшення тривалості фази вигнання.
5. Збільшення тривалості асинхронного скорочення.

157. Симптом недостатності мітрального клапана.

158. Симптом стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору.

159. Який з перерахованих симптомів ознака складної мітральної вади.

160. Який з перерахованих симптомів ознака недостатності клапанів аорти.

161. Який з перерахованих симптомів ознака стенозу устя аорти.

- А. Шум Грехема-Стілла (діастолічний шум над легеневим стволем).
- Б. ЕКГ ознаки гіпертрофії лівого шлуночку, лівого передсердя і правого шлуночку.
- В. Розширення границь серця вліво і вверх.
- Г. Звуження зіниць під час систоли і їх розширення під час діастоли (симптом Ландольфі)
- Д. Систолічний шум у II міжребер'ї з права від грудини.

162. Куди зміщується верхівковий поштовх при недостатності клапанів аорти:

- А. Вниз і вліво.
- Б. Вліво.
- В. Вверх.
- Г. Вліво і вверх.
- Д. Вправо.



163. Який шум над аортою вислуховується при недостатності клапанів аорти.
164. Який шум над аортою вислуховується при стенозі устя аорти.
165. Який шум над верхівкою серця вислуховується при складному мітральному пороці.
166. Який шум над верхівкою серця вислуховується при стенозі лівого передсердно-шлуночкового отвору.
167. Який шум над верхівкою серця вислуховується при недостатності мітрального клапану.
- Систолічний і пресистолічний (протодіастолічний) шум над верхівкою.
  - Систолічний над аортою.
  - Діастолічний над аортою.
  - Діастолічний над верхівкою.
  - Систолічний над верхівкою.
168. Ехокардіографічні ознаки недостатності клапанів аорти:
- Зниження швидкості раннього діастолічного прикриття стулок мітрального клапану.
  - Збільшення розмірів лівого передсердя.
  - Значне збільшення розмірів лівого шлуночку.
  - Гіпертрофія міжшлуночкової перегородки.
  - Зменшення амплітуди руху задньої стінки лівого шлуночку.
169. Який з перерахованих пороків найчастіше ускладнюється септичним ендокардитом:
- Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору.
  - Недостатність аортального клапану.
  - Недостатність трьохстулкового клапану.
  - Недостатність двостулкового клапану.
  - Всі перераховані.
170. Яке оперативне втручання показано при поєднанні недостатності клапанів аорти і стенозі лівого передсердно-шлуночкового отвору:
- Ніяке.
  - Протезування обох клапанів.
  - Протезування аортального клапану.
  - Протезування мітрального клапану.
  - Аортальна вальвулотомія.

171. Виберіть:

А, якщо правильно 1,2,3	Б, якщо правильно 4,5	В, якщо правильно 2,3,4	Г, якщо правильно 3,4,5	Д, якщо правильно все
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Які компенсаторні механізми включаються при звуженні аортального отвору:

- Збільшення тривалості систоли лівого шлуночку.
  - Підвищення тиску у порожнині лівого шлуночку.
  - Великий градієнт тиску у порожнині лівого шлуночку і аорті.
  - Зниження тиску у порожнині лівого шлуночку.
  - Підвищення хвилинного об'єму серця.
172. Як змінюється верхівковий поштовх при стенозі устя аорти:
- Ніяк.
  - Ослаблений, прискорений, зміщений вправо.
  - Посилений, високий, зміщений вліво.
  - Ослаблений, прискорений, зміщений ввверх.
  - Нормальних властивостей, зміщений вправо.

173. Основною аускультативною ознакою аортального стенозу є:
- А. Систолічний шум над верхівкою.
  - Б. Систолічний шум у II міжребер'ї справа від грудини.
  - В. Систолічний шум у II міжребер'ї зліва від грудини.
  - Г. Діастолічний шум над верхівкою.
  - Д. Діастолічний шум у II міжребер'ї з права від грудини.
174. Для якого пороку характерним є пульс неправильний:
- А. Недостатність мітрального клапану.
  - Б. Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору.
  - В. Складна мітральна вада.
  - Г. Недостатність клапану аорти.
  - Д. Стеноз устя аорти.
175. Для якого пороку характерним є пульс неправильний:
- А. Недостатність мітрального клапану.
  - Б. Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору.
  - В. Складна мітральна вада.
  - Г. Недостатність клапанів аорти.
  - Д. Стеноз устя аорти.
176. Для якого пороку характерна пульсація артерій («танець артерій»):
- А. Недостатність мітрального клапану.
  - Б. Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору.
  - В. Складна мітральна вада.
  - Г. Недостатність клапанів аорти.
  - Д. Стеноз устя аорти.
177. Типовим для вродженої вади серця є все, крім:
- А. Ціаноз.
  - Б. Пальці у вигляді барабаних паличок.
  - В. Гіпертрофія правого шлуночку.
  - Г. Правограма.
  - Д. Гіперпротеїнемія.
178. Найбільший ціаноз шкіри зустрічається при:
- А. Відкритій артеріальній протоці.
  - Б. Дефекті МШП.
  - В. Дефекті МПП.
  - Г. Коарктації аорти.
  - Д. Тетраді Фалло.
179. Ціанотичність при вроджених вадах серця зумовлена:
- А. Порушення газообміну в легенях.
  - Б. Зниження скоротливих властивостей міокарду.
  - В. Обідненням киснем крові внаслідок підвищеного його поглинання тканинами.
  - Г. Правильно «А» і «В».
  - Д. Все правильно.
180. Ціаноз при відкритому артеріальному протоці розвивається:
- А. Дуже швидко.
  - Б. Швидко.

- В. Повільно.
- Г. В пізній період.
- Д. В віддалений період.

181. При пальпації серцевий поштовх:

- А. Не визначається.
- Б. Визначається досить рано.
- В. Визначається в пізній період.
- Г. Визначається в епігастральній області.
- Д. Визначається в II міжребір'ї.

182. Порушення кровообігу при дефекті МПП характеризується:

- А. Скидом крові (шунтуванням) зліва направо.
- Б. Відсутністю шунтування.
- В. Скидом крові справа наліво.
- Г. Зростанням хвилинного об'єму крові в малому колі кровообігу проти такого у великому в 2 – 4 рази.
- Д. Правильно «А» і «Г» пункти відповіді.

183. Відносно тривала компенсація кровообігу при дефекті МПП характеризується:

- А. Не зміною діаметру отвору легеневого стовбуру тривалий час.
- Б. «Відносна» стабільність діаметру легеневого стовбуру захищає мале коло кровообігу від підвищення тиску в ньому.
- В. Розвивається відносний стеноз отвору легеневого стовбуру, що веде до раннього підвищення САТ; ДАТ в правому шлуночку (ПШ).
- Г. Підвищення тиску в ПШ веде до підвищення АТ в ПП і веде до зменшення скиду зліва направо.
- Д. Всі відповіді правильні.

184. Клініка пороку дефекту МПП залежить:

- А. Величини дефекту МПП.
- Б. Величини скиду крові.
- В. Наявності вторинних змін в міокарді.
- Г. Стану периферичної судинної системи.
- Д. Всі відповіді правильні.

185. Основними скаргами при дефекті МПП є:

- А. Відсутність скарг.
- Б. Задуха і кашель.
- В. Відставання у фізичному розвитку.
- Г. Відставання у статевому розвитку.
- Д. Всі відповіді правильні.

186. При обстеженні границі серця знаходимо:

- А. Розширення вправо.
- Б. Розширення вліво.
- В. Розширення вправо і вліво.
- Г. Розширення вверх і вниз.
- Д. Правильно «В» і «Г».

187. При аускультатії при дефекті МПП вислуховується:

- А. Систолічний шум на верхівці серця.

- Б. Систолічний шум у II міжребір'ї.
- В. Акцент II тону над легеневою артерією (ЛА).
- Г. Розщеплення II тону над ЛА.
- Д. Правильно «Б», «В» і «Г».

188. Одним із важливих аускультативних ознак дефекту МПП є:

- А. Систолічний шум на верхівці.
- Б. Діастолічний шум на верхівці.
- В. Мезодіастолічний шум над 3-х стулковим клапаном.
- Г. Пресистолічний шум над 3-х стулковим клапаном.
- Д. Правильно «Г» і «В».

189. Рентгенологічна картина дефекту МПП характеризується:

- А. Збільшенням ПП.
- Б. Збільшенням ПШ.
- В. Розширенням і пульсацією легеневого стовбуру.
- Г. Застійними явищами в легенях.
- Д. Всі відповіді правильні.

190. ЕКГ картина при дефекті МПП характеризується:

- А Відхиленням електричної осі вліво.
- Б. Відхиленням електричної осі вправо.
- В. Р –
- Г. Нерідко ознаки блокади.
- Д. Правильно «Б», «В» і «Г».

191. При катетеризації порожнин серця відмічають:

- А. Підвищення  $PO_2$  в крові з ПП.
- Б. Різниця  $PO_2$  крові в передсерді і верхній порожнинній вені.
- В. Зниження  $PO_2$  в крові з ПП.
- Г. Підвищення  $PO_2$  в крові з верхньої порожнинної вени.
- Д. Правильно «А» і «Б».

192. ЕхоКГ ознаками дефекту МПП є:

- А. Ознаки об'ємної перегрузки правих відділів серця.
- Б. Збільшення ПМ і ПП.
- В. Парадоксальний рух МШП.
- Г. Збільшення амплітуди руху 3-х стулкового клапану і ЗСПП.
- Д. Всі ЕхоКГ ознаки вірні.

193. Клінічні прояви і ступінь порушення кровообігу при дефекті МШП залежить від:

- А. Об'єму крові який рухається через дефект.
- Б. Направлення руху крові через отвір між шлуночками.
- В. Від розміру дефекту.
- Г. Від градієнту тиску в шлуночках.
- Д. Всі відповіді правильні.

194. При скиді крові при дефекті МШП:

- А. Кровопотік в малому колі зростає.
- Б. Кровопотік в малому колі зменшується.
- В. Кровопотік у великому колі зменшується.
- Г. Кровопотік у великому колі збільшується.

Д. Кровопотік у малому колі збільшується, у великому зменшується.

195. При подальшому прогресуванні хвороби:

А. Легеневий кровопотік домінує над системним.

Б. ПШ працює з перевантаженням.

В. Падає градієнт тиску між ПШ і ЛШ.

Г. Периферичний судинний опір в малому колі домінує над системним і розвивається скид крові справа наліво.

Д. Всі відповіді вірні.

196. Аускультативна картина хвороби Толочінова – Роже характеризується:

А. Систолічним шумом на верхівці серця.

Б. Систолічним шумом який вислуховується у віці 13-15 років.

В. Грубий скребучий шум над всіма точками серця.

Г. Грубий систолічний шум який проводиться на судини ший.

Д. Всі відповіді правильні.

197. При ФКГ відмічають:

А. Наявність III тону в результаті збільшення крові в діастолу в ЛШ.

Б. Мезодіастолічний шум.

В. Діастолічний шум на верхівці.

Г. Систолічний шум на судинах ший.

Д. Вірно «А» і «Г».

198. Рентгенологічна картина при дефекті МШП характеризується:

А. Ізольоване збільшення лівої границі.

Б. Ізольоване збільшення правої границі.

В. С-м Денека (збільшений ПШ займає місце ПП).

Г. Збільшення П і ЛШ, застійні явища в легенях.

Д. Правильно «В» і «Г».

199. На ЕКГ при дефекті МШП відмічають:

А. Відхилення електричної осі вліво.

Б. Відхилення електричної осі вправо.

В. Миготлива аритмія.

Г. блокади.

Д. Всі відповіді можуть бути правильні.

200. Для лікування дефекту МШП використовують:

А. Медикаментозне.

Б. Променево.

В. Санаторно-курортне.

Г. Хірургічне.

Д. Всі відповіді правильні крім «Б».

201. При відкритому артеріальному протоці спостерігають:

А. Шунт між П і ЛШ.

Б. Шунт між П і ЛП.

В. Стеноз отвору ЛА.

Г. Стеноз гирла аорти.

Д. Шунт між аортою (Ао) і ЛА.

202. Аускультативна картина відкритого артеріального протоку характеризується:
- А. Систолічним шумом на верхівці серця.
  - Б. Діастолічним шумом на верхівці серця.
  - В. Систоло-діастолічним шумом.
  - Г. Систолічним шумом над ЛА.
  - Д. Правильно «В» і «Г».
203. На ЕКГ при відкритому артеріальному протоці відмічають:
- А. Гіпертрофію ЛШ.
  - Б. Гіпертрофію ПП.
  - В. Гіпертрофію ЛП.
  - Г. Гіпертрофію ПШ.
  - Д. Всі відповіді можуть бути вірними.
204. При ЕхоКГ відмічають:
- А. Гіпертрофію ПШ.
  - Б. Специфічні ЕхоКГ ознаки відсутні.
  - В. Об'ємну перегрузку лівих відділів серця.
  - Г. Збільшення екскурсії МШП і ЗСЛШ.
  - Д. Всі відповіді можуть бути вірними.
205. Лікування відкритого артеріального протоку в основному:
- А. Медикаментозне.
  - Б. Хірургічне.
  - В. Санаторно-курортне.
  - Г. Променева.
  - Д. Правильні «Б» і «В».
206. Найбільш частою групою серед основних причин ХЛС є:
- А. Захворювання паренхіми легень.
  - Б. Захворювання повітроносних шляхів.
  - В. Ураження легеневого судинного русла.
  - Г. Торакодифрагмальні захворювання.
  - Д. Порушення функції дихального центру.
207. Серед захворювань паренхіми легень найбільш частою причиною ХЛС є:
- А. Пневмосклерози.
  - Б. Фіброз легень внаслідок туберкульозу.
  - В. Фіброз легень внаслідок пневмоконіозів.
  - Г. Фіброзний альвеоліт.
  - Д. Хронічні пневмонії і фіброз легень при дифузних хворобах сполучної тканини.
208. Серед захворювань повітроносних шляхів найбільш частою причиною ХЛС є:
- А. Бронхіальна астма.
  - Б. Бронхоектази.
  - В. Хронічний обструктивний бронхіт.
  - Г. Хронічна обструктивна емфізема легень.
  - Д. Стеноз трахеї.
209. Серед уражень легеневого судинного русла найбільш частою причиною ХЛС є:
- А. Первинна легенева гіпертензія.
  - Б. Васкуліти при дифузних хворобах сполучної тканини.

- В. Вузликівий пери артеріїт та інші генералізовані васкуліти.
- Г. Рецидивні тромбоемболії і тромбози дрібних гілок легеневої артерії.
- Д. Основна не названа.

210. Серед торакодіафрагмальних захворювань найбільш частою причиною ХЛС є:

- А. Великі плевральні спайки (шварти).
- Б. Фіброторакс.
- В. Кіфосколиоз.
- Г. Нейром'язові захворювання.
- Д. Основна не вказана.

211. Серед порушень функції дихального центру найбільш частою причиною ХЛС є:

- А. Ожиріння (синдром Піквіка).
- Б. Ідіопатична альвеолярна гіповентиляція.
- В. Синдром нічного апное центрального походження.
- Г. Тривале перебування у високогірній місцевості.
- Д. Основна не вказана.

212. Основним механізмом легеневої артеріальної гіпертензії у хворих з ХЛС є:

- А. Гіпоксична легенева вазоконстрикція.
- Б. Вплив гіперкапнії і ацидозу.
- В. Анатомічні зміни легеневого судинного русла.
- Г. Порушення бронхіальної прохідності.
- Д. Всі разом взяті.

213. До додаткових факторів, що впливають на формування легеневої артеріальної гіпертензії відносять:

- А. Підвищену в'язкість крові.
- Б. Агрегацію тромбоцитів.
- В. Збільшення хвилинного об'єму.
- Г. Тахікардію.
- Д. Всі перелічені.

214. Основними змінами гемодинаміки при ХЛС є:

- А. Гіпертрофія правого шлуночка.
- Б. Поступове зниження систолічної функції правого шлуночка.
- В. Тенденція до збільшення об'єму циркулюючої крові, затримки натрію і води в організмі.
- Г. На пізніх стадіях захворювання – зниження серцевого викиду і рівня артеріального тиску.
- Д. Всі разом взяті.

215. Найбільш характерним суб'єктивним проявом легеневої АГ є:

- А. Тахікардія.
- Б. Кардіалгії.
- В. Задишка.
- Г. Слабкість, підвищена втома.
- Д. набряки на ногах.

216. Доцільним є проведення антибіотикопрофілактики у хворого з:

- А. Імплантованим кардіостимулятором.
- Б. Ревматичною лихоманкою в анамнезі без вади.
- В. Інфекційним ендокардитом в анамнезі.
- Г. Оперованим дефектом міжпередсердної перетинки.

Д. Оперованим дефектом міжшлуночкової перетинки.

217. Доцільним є проведення антибіотикопрофілактики у хворого з:

- А. «Невинним» серцевим шумом.
- Б. Ізольованим вторинним дефектом міжшлуночкової перетинки.
- В. Оперованою відкритою артеріальною протокою.
- Г. Імплантованим штучним клапаном.
- Д. Пропалсом мітрального клапана без регургітації.

218. У хворих на інфекційний ендокардит глюкокортикоїди є препаратами:

- А. Специфічної етіотропної терапії при відомому збуднику.
- Б. Неспецифічної протизапальної терапії.
- В. Симптоматичної терапії.

219. У хворих на інфекційний ендокардит стрептококової етіології (*S. viridans*, *S. bovis*), чутливими і помірно стійкими до пеніциліну, препаратом вибору є комбінації:

- А. Цефазолін + гентаміцин.
- Б. Оксоцилін + гентаміцин.
- В. Бензинпеніцилін або цефтріаксон або бензинпеніцилін + гентаміцин.

220. У хворих на інфекційний ендокардит стафілококової етіології власних клапанів серця препаратами вибору є комбінації:

- А. Чутливих до метициліну: оксоцилін + гентаміцин.
- Б. Цефазолін + гентаміцин.
- В. Ванкоміцин.

221. У хворих на інфекційним ендокардитом стафілококової етіології за наявності штучного клапана серця препаратами вибору є комбінації:

- А. Чутливих до метициліну: нафцилін або оксоцилін + рифампіцин + гентаміцин.
- Б. Ванкоміцин + рифампіцин + гентаміцин.
- В. Цефазолін + гентаміцин.

222. У лікуванні інфекційного ендокардиту стафілококової етіології користь якого антибіотика не доведена?

- А. Пеніциліну.
- Б. Ванкоміцину.
- В. Оксоциліну.
- Г. Гентаміцину.
- Д. Рифампіцину.

223. Які показання до призначення глюкокортикоїдів при інфекційному ендокардиті є недостатньо обґрунтованими?

- А. Інфекційно-токсичний шок.
- Б. Алергія на антибіотики.
- В. Вторинна резистентність до антибіотиків.
- Г. Імунозапальна фаза з високим рівнем циркулюючих імунних комплексів, полісерозитів.
- Д. Посилення протизапального ефекту антибіотиків.

224. Вилікуваним від інфекційного ендокардиту (у момент відміни антибіотиків) є клінічний стан з відсутньою клінікою, нормальними аналізами крові, враховуючи посіви на стерильність в період:

- А. До 1 місяця.
- Б. До 2 місяців.



- В. Більше 2 місяців.
- Г. Більше 4 місяців.
- Д. Більше 6 місяців.

225. Що є показанням до термінового хірургічного лікування при інфекційному ендокардиті:

- А. Гостра руйнація клапана.
- Б. Утворення абсцесів міокарда, клапанного кільця, внутрішньосерцевих гнійних фістул.
- В. Рухливі вегетації.
- Г. Резистентність до етіотропної антибактеріальної терапії протягом 3-4 тижнів.
- Д. Рефракторна застійна серцева недостатність.

226. Найбільш частою причиною ТЕЛА з нижчеперелічених є:

- А. Тромбози глибоких вен гомілки.
- Б. Тромбози венозних розгалужень таза.
- В. Пристінкові тромби в порожнинах правої частини серця.
- Г. Тромбоз глибоких вен іліофemorального сегмента.
- Д. Тромбофлебіти поверхневих вен.

227. Яка усереднена частота ТЕЛА при тромбозі глибоких вен гомілки?

- А. 1-5% випадків.
- Б. 6-10% випадків.
- В. 11-15% випадків.
- Г. 16-20% випадків.
- Д. > 20% випадків.

228. Яка усереднена частота ТЕЛА при тромбозах іліофemorальних вен?

- А. До 15% випадків.
- Б. Від 15 до 30% випадків.
- В. До 50% випадків.
- Г. До 75% випадків.
- Д. До 100% випадків.

229. У патогенезі ТЕЛА чільне місце відводиться організації флотувального тромбу. Яка його характеристика?

- А. Такий, що має єдину точку фіксації в проксимальному сегменті.
- Б. Такий, що має єдину точку фіксації в дистальному сегменті.
- В. Такий, що має декілька точок фіксації по всій довжині судин.
- Г. Такий, що здійснює оклюзію судин.
- Д. Жоден з перелічених не названий.

230. Який з перелічених нижче факторів є найбільш частим в етіології тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок?

- А. Гіподинамія і тривалий ліжковий режим.
- Б. Переломи кісток або травми ніг.
- В. Хірургічні операції, першочергово на органах черевної порожнини і нижніх кінцівок.
- Г. Злоякісні новоутворення.
- Д. Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок.

231. Чим пояснити множинну оклюзію декількох гомілок легеневої артерії, часто двосторонню при тромбозі глибоких вен нижніх кінцівок:

- А. Повторними тромбоутвореннями і перенесенням їх в мале коло кровообігу.
- Б. Запізнілим лікуванням патогенетичними засобами.

- В. Частковим руйнуванням тромбу у міру свого прямування в мале коло кровообігу.
- Г. Генералізовані спазмом артеріол малого кола.
- Д. Жодним з наведених факторів.

232. Гемодинамічними наслідками ТЕЛА є:

- А. Гостра дихальна недостатність.
- Б. Артеріальна гіпоксемія.
- В. Легенева артеріальна гіпертензія.
- Г. Гостра правошлуночкова недостатність.
- Д. Всі перелічені.

233. Головним фактором, що визначає ступінь гемодинамічних розладів і порушення вентиляційно-перфузійних співвідношень при ТЕЛА, є обструкція легенево-артеріального русла, ступінь якої залежить від:

- А. Об'єму самого тромбоемболу.
- Б. Вираженості генералізованого спазму легневих артеріол.
- В. Вираженості і швидкості утворення вторинного місцевого тромбу, що формується в зоні локалізації тромбоемболу.
- Г. Всіх перелічених факторів.
- Д. Локалізації тромбоемболу.

234. Причинами дихальної недостатності і артеріальної гіпоксемії при ТЕЛА є:

- А. Припинення кровообігу по вентиляльованих альвеолах, що веде до збільшення легеневого «мертвого простору».
- Б. Бронхоспазм.
- В. Розвиток ателектазів.
- Г. Ішемія легеня, зниження вентиляції і артеріовенозне шунтування крові.
- Д. Всі перелічені.

235. Наслідками легеневої гіпертензії при ТЕЛА є:

- А. Синдром малого серцевого викиду зі зниженим хвилинним об'ємом і гіпотензією з порушенням кровопостачання мозку, серця, нирок та ін.
- Б. Гостра правошлуночкова недостатність з підйомом кінцево-діастолічного тиску правого шлуночка.
- В. Підйомом центрального венозного тиску.
- Г. У тяжких випадках застій крові в венах великого кола кровообігу.
- Д. Всі наведені.

236. Яка рентгенологічна ознака є спільною для міокардиту та ексудативного перикардиту?

- А. Кардіомегалія.
- Б. Відсутність дуг по контурам серцевої тіні.
- В. Відсутність застою в легенях.
- Г. Переважання поперечника серця над довжиною
- Д. Укорочення тіні судинного пучка.

237. Найбільш часта причина констриктивного перикардиту:

- А. Травма.
- Б. Системне захворювання сполучної тканини.
- В. Оперативне втручання на серці.
- Г. Туберкульоз.
- Д. Уремія.

238. Які ознаки характерні для констриктивного перикардиту?
- А Зниження серцевого викиду.
  - Б Парадоксальний пульс.
  - В Нормальні розміри серця.
  - Г Кальциноз перикарду.
  - Д Все перераховане.
239. До аутоімунних перикардитів відноситься:
- А Посттравматичний.
  - Б Постінфарктний (синдром Дресслера).
  - В Посткомісуральний.
  - Г Постперикардіотомний.
  - Д Все перераховане.
240. Яке дослідження необхідно провести в першу чергу при підозрі на ексудативний перикардит?
- А Пункція перикарду.
  - Б Вимірювання ЦВТ.
  - В Рентгенографія грудної клітки.
  - Г ФКГ.
  - Д ЕхоКГ.
241. Захворювання, з яким найчастіше проводиться диференціальна діагностика сухого перикардиту:
- А Діафрагмальна кила.
  - Б Гострий панкреатит.
  - В Пептична виразка стравоходу.
  - Г Інфаркт міокарда.
  - Д Міокардит.
242. Яка ознака найбільш характерна для серцевої недостатності, що обумовлена ексудативним перикардитом?
- А Кардіомегалія.
  - Б Характерна поза з нахилом тіла вперед або колінно-ліктьове положення.
  - В Відсутність шумів в серці.
  - Г Асцит.
  - Д набряки.
243. Для ексудативного перикардиту характерно:
- А Зглаженість дуг.
  - Б Пониження пульсації контурів.
  - В Переважання поперечника над довжиною серця.
  - Г Укорочення судинного пучка.
  - Д Все перераховане.
244. Показання до проведення пункції перикарда:
- А Тампонада серця.
  - Б Підозра на гнійний процес.
  - В Сповільнення розсмоктування ексудату.
  - Г Діагностична пункція.
  - Д Все перераховане.
245. Ваша тактика при перикардитах неясного генезу:

- А Пробне протиревматичне лікування.
- Б Лікування антибіотиками широкого спектру дії.
- В Пробне лікування протитуберкульозними препаратами.
- Г Пробне лікування кортикостероїдами.
- Д Лікування не стероїдними протизапальними препаратами.

246. Підйом сегмента ST – характерна ознака:

- А Сухого перикардиту.
- Б Ексудативного перикардиту.
- В Констриктивного перикардиту.
- Г Всіх варіантів перикардиту.
- Д Інших захворювань.

247. Фактори, що схиляють до НЦД, крім:

- А. Спадково-конституціональні особливості організму;
- Б. Особливості особистості;
- В. Неблагоприємні соціально-економічні умови;
- Г. Радіація;
- Д. Періоди гормональної перебудови організму.

248. Фактори, що викликають НЦД, крім:

- А. Психогенні;
- Б. Фізичні та хімічні;
- В. Порушення обміну речовин;
- Г. Дисгормональні;
- Д. Інфекція.

249. Згідно класифікації НЦД виділяють наступні етіологічні форми, крім:

- А. Обумовлена порушенням опорно-рухового апарату;
- Б. Психогенна;
- В. Інфекційно-токсична;
- Г. Есенціальна;
- Д. Обумовлена фізичними та професійними факторами.

250. Згідно класифікації НЦД виділяють наступні клінічні синдроми, крім:

- А. Кардіалгічний;
- Б. Гіперкінетичний;
- В. Астенічний;
- Г. Синдром термічних розладів;
- Д. Синдром респіраторних розладів.

251. Для болей в області серця при НЦД притаманно, все крім:

- А. Ірадіація в ліву руку;
- Б. Загрудинна локалізація;
- В. Прекардіальна або верхівкова локалізація;
- Г. Зв'язок болі із фізичним навантаженням
- Д. Зникають після прийому нітрогліцерину або після зупинки ходи.

252. Для респіраторних розладів у хворих на НЦД притаманно все, крім:

- А. Затруднений видих;
- Б. Часте поверхневе дихання;
- В. Бажання періодично глибоко вдихнути (тоскний вдих);

- Г. Відчуття клубка у горлі;
- Д. Хворий не може знаходитись у душному приміщенні.

253. При НЦД розрізняють такі типи кризів, крім:

- А. Тип Барре (симпатико-адреналовий);
- Б. Тип Говерсла (вагоінсулярний);
- В. Тип Польцера (змішаний);
- Г. Кардіалгічний;
- Д. Вегетативно-вестибулярний.

254. При фізикальному обстеженні хворого на НЦД спостерігається наступне, крім:

- А. Тремор пальців;
- Б. Посилений змішаний дермографізм;
- В. Пульсація сонних артерій;
- Г. Систолічний шум;
- Д. Діастолічний шум.

255. Для НЦД характерно все, крім:

- А. Множинність та поліморфізм скарг;
- Б. Тривалий анамнез, що указує на хвилеподібний перебіг захворювання;
- В. Доброякісний перебіг;
- Г. «дисоціація» між скаргами та даними фізикального обстеження.
- Д. Неблагоприятний прогноз.

256. Ознаки, які виключають діагноз НЦД, крім:

- А. Блокада лівої ніжки пучка Гіса
- Б. Блокада правої ніжки пучка Гіса
- В. Стійка форма миготливої аритмії
- Г. А-в блокада II-III ст.
- Д. Пароксизмальна шлуночкова тахікардія.

257. Лікування НЦД може включати наступне, крім:

- А. Психотерапія.
- Б. Анаприлін.
- В. Верапаміл.
- Г. Преднізолон.
- Д. Триметазидин.