

Тестові завдання  
Кардіологія

1. Синусова брадикардія може з'являтися при:
  - A. Жовтусі.
  - B. Черевному тифі.
  - C. набряку Квінке.
  - D. Внутрішньочерепній гіпертензії.
  - E. Всіх перелічених станах.
2. Причиною брадикардії може бути:
  - A. Атріовентрикулярна блокада II ст.
  - B. Атріовентрикулярна блокада III ст.
  - C. Синоатріальна блокада II ст.
  - D. Будь-яка з перелічених причин.
  - E. Жодна з перелічених причин.
3. При лікуванні хворих із синдромом слабкості синусового вузла, вираженою брадикардією застосовують:
  - A. Хінідин.
  - B. Дигоксін.
  - C. Верапаміл.
  - D. Бісопролол.
  - E. Імплантацію кардіостимулятора.
4. При синдромі слабкості синусового вузла показанням до імплантування кардіостимулятора є:
  - A. Виникнення брадикардії менше 55 скорочень на хвилину з погіршенням гемодинаміки.
  - B. Виникнення тахікардії більше 150 скорочень на хвилину.
  - C. Зомління.
  - D. Миготіння передсердь із скороченням шлуночків 60 на хвилину.
  - E. Постійний несинусовий ритм.
5. При пароксизмі миготіння передсердь на тлі синдрому WPW протипоказане застосування:
  - A. Хінідину.
  - B. Серцевих глікозидів, верапамілу.
  - C. Аміодарону.
  - D. Новокаїнамідну.
  - E. Пропранололу.
6. Безумовним показанням для імплантації постійного водія ритму є:
  - A. Атріовентрикулярна блокада III ст. з нападами Морган'ї-Адамса-Стокса.
  - B. Атріовентрикулярна блокада III ст., I тип.
  - C. Атріовентрикулярна блокада III ст. (проксимальна, з ЧСС 55 ударів на хвилину) при гострому інфаркті міокарда.
  - D. Шлуночкова екстрасистоля.
  - E. Пароксизмальна тахікардія.
7. Якими патологічними станами частіше всього зумовлене виникнення передсердної пароксизмальної тахікардії з АВ блокадою?
  - A. Хронічним захворюванням легень.
  - B. Дигіталісною інтоксикацією.
  - C. Інфарктом міокарда.

- D. Дилітаційною кардіоміопатію.
  - E. Гіпокаліємією.
8. Які з вказаних ЕКГ змін при штучній стимуляції шлуночків вказують на наявність інфаркту міокарда?
- A. Зазубреність початкової частини комплексу QRS.
  - B. Зміщення вгору сегмента ST.
  - C. Зниження сегмента ST.
  - D. Подовження інтервала стимул – QRS.
  - E. Всі вказані.
9. Найбільш часта форма порушення ритму у хворих з синдромом WPW:
- A. Фібриляція передсердь.
  - B. Тріпотіння передсердь.
  - C. Реципрокні АВ-тахікардії.
  - D. Фібриляція шлуночків.
  - E. Екстрасистоля.
10. У поняття синдром слабкості синусового вузла включаються вказані порушення ритму, крім одного. Що невірно?
- A. Синусова брадикардія.
  - B. Відмова синусового вузла.
  - C. Синоатріальна блокада.
  - D. Синдром брадикардії-тахікардії.
  - E. Прискорений ектопічний ритм.
11. Вживання серцевих глікозидів може вести до вказаних змін ритму і провідності, крім:
- A. Зниження автоматизму синусового вузла.
  - B. Погіршення синоаурикулярної провідності.
  - C. Появи парасистолії.
  - D. Погіршення атріовентрикулярної провідності.
  - E. Підвищення автоматизму ектопічних водіїв ритму.
12. Застосування  $\beta$ -адреноблокаторів у терапевтичних дозах може приводити до вказаних нижче змін, крім однієї:
- A. Розвитку синусової брадикардії.
  - B. Подовження інтервала PQ.
  - C. Відносного скорочення інтервала QT.
  - D. Пароксизмів шлуночкової тахікардії.
  - E. Збільшення амплітуди зубця T.
13. Домінуючий клінічний симптом при «тахі-браді» синдромі:
- A. Стенокардія.
  - B. Недостатність кровообігу.
  - C. Епізоди церебро-судинної недостатності.
  - D. Тромбоемболії.
  - E. Дефіцит пульса.
14. При поєднанні «тахі-браді» синдрому Морган'ї-Адамса-Стокса лікувальними заходами є:
- A. Почергове застосування серцевих глікозидів і  $\beta$ -адреноблокатора.
  - B. Почергове застосування ізопроterenолу та  $\beta$ -адреноблокатора.
  - C. Імплантування штучного водія ритму із застосуванням антиаритмічних засобів.
  - D. Почергове застосування атропіну та  $\beta$ -адреноблокаторів.

- Е. Імплантування штучного водія ритму.
15. Гіпертензія при повній АВ блокаді, як правило є наслідком:
- А. Застосування ліків.
  - В. Збільшення ударного об'єму.
  - С. Ниркової гіпоксії.
  - Д. Вторинного гіперальдостеронізму.
  - Е. Зниження периферійного опору.
16. Анамнестична діагностика пароксизмальної тахікардії ґрунтується на:
- А. Раптовому початку.
  - В. Тривалості нападу більше 2-х хвилин.
  - С. Позитивному ефекті проби Вальсальви.
  - Д. Зомліннях.
  - Е. Все вірно.
17. При пароксизмі суправентрикулярної тахікардії можуть застосовуватися всі вказані засоби, крім:
- А. Масажа каротидного синуса.
  - В. Внутрішньовенного введення верапамілу.
  - С. Внутрішньовенного введення аденозину.
  - Д. Введення атропіну.
  - Е. Електричної кардіовесії.
18. При суправентрикулярній тахікардії з падінням АТ і ознаками шоку лікувальним заходом є:
- А. Аміодарон в/в крапельно.
  - В. Лідокаїн в/в крапельно.
  - С. Верапаміл в/в.
  - Д. Дигоксин в/в.
  - Е. Електрична кардіоверсія.
19. Діапазон частоти хвиль F при тріпотінні передсердь складає:
- А. Від 150 до 200.
  - В. Від 175 до 250.
  - С. Від 250 до 300.
  - Д. Від 250 до 350.
  - Е. Більше 350.
20. Для диференціальної діагностики СА блокади 2:1 і синусової брадікардії застосовують:
- А. Атропінові пробу.
  - В. Пробу Вальсальви.
  - С. Синокаротидну пробу.
  - Д. Пробу з β-адреноблокатором.
  - Е. Всі перелічені проби.
21. АВ блокаду 2:1 відрізняють від синусової брадікардії за допомогою ЕКГ на основі:
- А. Збільшення інтервалу PQ.
  - В. Наявності зубців Р, після яких немає комплексу QRS.
  - С. Широких комплексів QRS.
  - Д. Двофазних зубців Р.
  - Е. Частіше всього ці стани неможливо розрізнити.

22. Атріовентрикулярна блокада II ст. типу Мобітц I характеризується:
- A. Збільшенням інтервалу PQ більше 0,21 сек.
  - B. Поступовим збільшенням інтервалу PQ у наступних циклах і періодичним випадінням зубця P.
  - C. Нормальним інтервалом PQ і періодичним випадінням комплексу QRS.
  - D. Нормальним інтервалом PQ і періодичним випадінням зубця P.
  - E. Поступовим збільшенням інтервалу PQ у наступних циклах і періодичним пропаданням комплексу QRS.
23. Повну АВ блокаду діагностують за ЕКГ на основі:
- A. Незалежної діяльності передсердь і шлуночків.
  - B. Збільшення інтервала PQ.
  - C. Збільшення інтервала QT.
  - D. Відсутності зубців P.
  - E. Ширини комплексу QRS.
24. При синдромі Морган'ї-Адамса-Стокса лікування починають з:
- A. Зовнішнього масажу серця.
  - B. Введення атропіну.
  - C. Введення гідрокортизону.
  - D. Введення адреналіну.
  - E. Імплантації водія серцевого ритму.
25. При пароксизмі тахісistolічної миготливої аритмії з широкими комплексами QRS і рівні систолічного АТ менше 90мм.рт.ст. краще всього призначити:
- A. В-блокатор.
  - B. Дигоксин.
  - C. Аміодарон.
  - D. Електроімпульсну терапію.
  - E. Хінідин.
26. При нападі шлуночкової пароксизмальної тахікардії, що супроводжується розвитком гострої серцевої недостатності методом вибору є:
- A. Аміодарон в/в краплинно.
  - B. Електрична кардіоверсія.
  - C.  $\beta$ -адреноблокатор.
  - D. Лідокаїн в/в краплинно.
  - E. Бретилій.
27. При нападі шлуночкової пароксизмальної тахікардії із стабільною гемодинамікою може бути застосований:
- A. Лідокаїн.
  - B. Аміодарон.
  - C. Новокаїнамід.
  - D. Бретилій.
  - E. Все вказане.
28. Найбільш часта причина миготіння шлуночків:
- A. Хронічна аневризма серця.
  - B. Артеріальна гіпертензія.
  - C. Гострий інфаркт міокарда.
  - D. Мітральна вада серця.

Е. Ревматичний процес.

29. При лікуванні тріпотіння передсердь з проведенням 2:1, що веде до серцевої недостатності, краще всього:
- А. Введення  $\beta$ -блокатора в/в.
  - В. Введення новокаїнамід у в/в.
  - С. Введення дигоксину в/в.
  - Д. Електроімпульсна терапія.
  - Е. Масаж каротидного синуса.
30. Який із перелічених антиаритмічних препаратів має найслабшу негативну інотропну дію:
- А. Аміодарон.
  - В. Хінідин.
  - С.  $\beta$ -адреноблокатор.
  - Д. Новокаїнамід.
  - Е. Вплив усіх препаратів на інотропну функцію серця майже однаковий.
31. При якій ваді аускультативно виявляється безперервний гучний, дмухаючий систоло-діастолічний шум (шум тунеля, шум паровоза) в II-III міжребер'ї зліва від груднини:
- А. Дефект міжпередсердної перегородки.
  - В. Незарощення артеріальної (боталової) протоки.
  - С. Синдром Лютенбаше.
  - Д. Дефект міжшлуночкової перегородки.
  - Е. Тріада Фалло.
32. ЕхоКГ ознаками незарощення артеріальної (боталової) протоки є всі вказані, крім однієї:
- А. Дилатація лівого шлуночка.
  - В. Дилатація лівого передсердя.
  - С. У низці випадків дилатація правого шлуночка.
  - Д. Допплер-дослідження виявляє потік крові з аорти у легеневої стовбур.
  - Е. Систолічний рух уперед передньої та/або задньої стулки мітрального клапана у середині систоли.
33. При дефекті міжпередсердної перегородки аускультативно виявляються:
- А. Систолічний шум в II міжребер'ї зліва від груднини, може бути діастолічний шум Грехема Стілла, акцент II тону над легеневим стовбуром.
  - В. Систолічний шум над верхівкою, акцент II тону над легеневим стовбуром.
  - С. Систолічний шум над верхівкою, ослаблений I тон над верхівкою.
  - Д. Діастолічний шум в II міжребер'ї зліва.
  - Е. Систолічний шум в III-IV міжребер'ї зліва від груднини, акцент та роздвоєння II тону.
34. ЕхоКГ ознаки дефекта міжпередсердної перегородки всі вказані, крім однієї. Що неправильно?
- А. Дилатація правого шлуночка.
  - В. Дилатація правого передсердя.
  - С. Однонаправлений рух ступок мітрального клапана.
  - Д. Дефект міжпередсердної перегородки.
  - Е. Відносна недостатність трикуспідального клапана.
35. Для якої вади характерні наступні дані аускультативні: грубий систолічний шум в III-IV міжребер'ї зліва від груднини, акцент та розщеплення II тону над легеневим стовбуром, діастолічний шум Грехема Стілла, систолічний та мезодіастолічний шум над верхівкою, III тон?

- A. Дефект міжпередсердної перегородки.
- B. Незарощення артеріальної (боталової) протоки.
- C. Дефект міжшлуночкової перегородки.
- D. Мітральна вада.
- E. Синдром Лютенбаше.

36. ЕхоКГ ознаки дефекта міжшлуночкової перегородки всі вказані, крім однієї. Що неправильно?

- A. Дилатація та гіпертрофія лівого шлуночка.
- B. Дилатація лівого передсердя.
- C. Дилатація правого шлуночка.
- D. Обмеження руху стулок мітрального клапана.
- E. Дефект міжшлуночкової перегородки.

37. При якій ваді аускультативно над верхівкою I тон ослаблений, систолічний шум, іноді III тон, акцент та розщеплення II тона над легеневим стовбуром?

- A. Мітральна вада.
- B. Недостатність мітрального клапана.
- C. Дефект міжпередсердної перегородки.
- D. Стеноз легеневої артерії.
- E. Дефект міжшлуночкової перегородки.

38. При ЕхоКГ – дослідженні достовірною ознакою недостатності мітрального клапана є:

- A. Збільшення розмірів лівого передсердя.
- B. Гіпертрофія та дилатація лівого шлуночка.
- C. Допплер-ЕхоКГ виявлення систолічного току крові, що регургітує з лівого шлуночка у ліве передсердя.
- D. Гіперкінезія задньої стінки лівого передсердя.
- E. Збільшення ударного об'єму.

39. При якій ваді аускультативно виявляють над верхівкою посилений та ляскаючий I тон, гучний тон відкриття мітрального клапана (мітральний щиглик), діастолічний шум, акцент та роздвоєння II тона над легеневим стовбуром?

- A. Дефект міжшлуночкової перегородки.
- B. Тетрада Фалло.
- C. Мітральний стеноз.
- D. Мітральна вада.
- E. Синдром Лютенбаше.

40. ЕхоКГ ознаки мітрального стенозу всі вказані, крім однієї. Що неправильно?

- A. Однонаправлений рух (П-подібний) передньої та задньої стулок мітрального клапана (М-модальний режим).
- B. Діастолічне вибухання передньої стулки мітрального клапана у порожнину лівого шлуночка – «парусіння».
- C. Збільшення діастолічного градієнту тиску між лівим передсердям та лівим шлуночком (доплерівське дослідження).
- D. Ознаки дилатації та гіпертрофії лівого передсердя та правого шлуночка.
- E. Зменшення фракції викиду.

41. Специфічними ознаками тетради Фалло при двохмірній ЕхоКГ є всі вказані, крім однієї. Що неправильно?

- A. Дилатація правого передсердя.

- В. Гіпертрофія правого шлуночка.
- С. Збільшення розмірів правого шлуночка.
- Д. Транспозиція аорти.
- Е. Розширення в'їстя легеневої артерії.

42. Для мітрального стенозу характерні усі нижче вказані ускладнення крім одного. Що нехарактерно?

- А. набряк легень.
- В. Фібриляція передсердь.
- С. Тромбоемболії великого та малого кола кровообігу.
- Д. Шлуночкова тахікардія.
- Е. Легенева гіпертензія та правошлуночкова недостатність.

43. ЕхоКГ ознаки стенозу гирла аорти включають всі вказані, крім однієї. Яка ознака хибна?

- А. Визначення градієнту тиску між лівим шлуночком та аортою (доплер-ЕхоКГ-дослідження).
- В. Підрахунок площі аортального отвору.
- С. Збільшення порожнини лівого передсердя.
- Д. Систолічне прогинання стулок клапана в бік аорти або розташування стулок під кутом (ознаки неповного систолічного розкриття аортального клапана).
- Е. Значна гіпертрофія лівого шлуночка, постстенотичне розширення аорти, виражений кальциноз стулок аортального клапана.

44. ЕхоКГ ознаки недостатності аортального клапана включають всі вказані, крім однієї. Яка ознака хибна?

- А. Діастолічне тремтіння передньої стулки мітрального клапана.
- В. Незмикання стулок аортального клапана в діастолу.
- С. Значне розширення лівого шлуночка, гіпертрофія лівого шлуночка.
- Д. Збільшення порожнини лівого передсердя.
- Е. Зворотний потік у аорті в діастолу (доплер-ЕхоКГ-дослідження).

45. При якій з вказаних вад в рентгенологічній картині відмічається підвищення прозорості легневих полів:

- А. Недостатності аортального клапана.
- В. Мітральному стенозі.
- С. Незрощенні артеріальної протоки.
- Д. Стеноз легеневої артерії.
- Е. Дефект міжшлуночкової перегородки.

46. При імплантованому штучному клапані адекватною дозою непрямих антикоагулянтів рахується доза, при якій протромбіновий індекс дорівнює:

- А. 40 – 50%
- В. 30 – 90%
- С. 15 – 35%
- Д. Його величина не грає ролі.
- Е. 90%

47. Ускладненнями у хворих із штучними клапанами серця є:

- А. Тромбоемболії.
- В. Інфекційний ендокардит.
- С. Порушення функції штучного клапана.
- Д. Внутрішньосудинний гемоліз.

- Е. Все правильно.
48. Показанням для невідкладної імплантації штучного мітрального клапана є:
- А. Значне збільшення лівого передсердя.
  - В. Дилатація лівого шлуночка.
  - С. Значна мітральна регургітація.
  - Д. Легенева гіпертензія.
  - Е. Прогресуюча лівошлуночкова недостатність.
49. Протипоказання для комісуротомії:
- А. Перенесена емболія мозкових артерій.
  - В. Правошлуночкова недостатність.
  - С. Фібриляція передсердь.
  - Д. Супутня недостатність мітрального клапана.
  - Е. Вік більше 45 років.
50. Якій із вказаних вад не показано хірургічне лікування?
- А. Мітральний стеноз з легеневою гіпертензією І ст.
  - В. Дефект міжшлуночкової перегородки з переважаючим право-лівим скидом.
  - С. Значна недостатність аортального клапана з недостатністю кровообігу ІІІ ст.
  - Д. Дефект міжпередсердної перегородки із значним ліво-правим скидом.
  - Е. Тетрада Фалло із значною синюшністю.
51. При імплантації біопротезів клапанів серця антикоагулянтна терапія потрібна:
- А. До 3-х місяців після операції.
  - В. Не потрібна зовсім.
  - С. Все життя.
  - Д. До 5-ти років.
  - Е. До 1-го року.
52. Показанням для хірургічного лікування при аортальному стенозі є систолічний градієнт (лівий шлуночок – аорта), що дорівнює:
- А. 10-20мм.рт.ст.
  - В. 20-30мм.рт.ст.
  - С. 30-40мм.рт.ст.
  - Д. 40-50мм.рт.ст.
  - Е. 50-100мм.рт.ст.
53. При якій із вказаних вад серця частіше всього реєструється блокада правої ніжки пучка Гіса?
- А. Мітральному стенозі.
  - В. Мітральній недостатності.
  - С. Аортальному стенозі.
  - Д. Недостатності клапана аорти.
  - Е. Дефекті міжпередсердної перегородки.
54. Посилення систолічного шуму при пробі Вальсальви характерно для:
- А. Аортального стенозу.
  - В. Мітральної недостатності.
  - С. Обструктивної гіпертрофічної кардіоміопатії.
  - Д. Тристулкової недостатності.
  - Е. Стенозу гирла легеневої артерії.



55. Для ЕКГ хворого «чистим» мітральним стенозом характерні такі ознаки гіпертрофії:
- A. Лівого шлуночка.
  - B. Обоих шлуночків.
  - C. Правого шлуночка і лівого передсердя.
  - D. Лівого шлуночка і лівого передсердя.
  - E. Лівого шлуночка і обоих передсердь.
56. Показання для термінової комісуротомії:
- A. Гострий набряк легень.
  - B. Кровохаркання.
  - C. Діастолічний шум.
  - D. Молодий вік хворого.
  - E. Вагітність.
57. Після імплантації механічного мітрального протеза антикоагуляційна терапія проводиться протягом:
- A. До 1-го місяця.
  - B. До 1-го року.
  - C. До 10-ти років.
  - D. Все життя.
  - E. Не проводять зовсім.
58. Яких хворих з вродженими вадами серця направляють на МСЕК?
- A. Із легеневою гіпертензією.
  - B. Із серцевою недостатністю.
  - C. Із симптоматичною гіпертензією.
  - D. Із інфекційним ендокардитом, що приєднався.
  - E. Все вірно.
59. Вагітність та пологи хворим мітральним стенозом дозволені:
- A. При I ст. вади.
  - B. При I та II ст. вади.
  - C. При I-III ст. вади.
  - D. При I-IV ст. вади.
  - E. У всіх випадках необхідна попередня хірургічна корекція вади.
60. Причиною недостатності аортального клапану може бути:
- A. Інфекційний ендокардит.
  - B. Сифіліс аорти.
  - C. Ревматичний процес.
  - D. Розшаровуючи аневризма аорти.
  - E. Всі перелічені фактори.
61. По відношенню до яких антиангінальних препаратів доведений вплив на показники виживання хворих ІХС?
- A. Нітрати.
  - B. Синоніміки.
  - C.  $\beta$ -адреноблокатори.
  - D. Антагоністи кальцію.
  - E. Комбінована терапія.

62. Які методи вторинної профілактики ІХС існують в теперішній час?
- A. Медикаментозний.
  - B. Хірургічний.
  - C. Вплив на фактори ризику.
  - D. Все вірно.
  - E. Все невірно.
63. Які умови необхідні для утворення атероматозної бляшки на стінці судини?
- A. Генетична схильність.
  - B. Пошкодження стінки артерії.
  - C. Гіперхолестеринемія.
  - D. Утворення тромбоцитарного тромбу.
  - E. Все перераховане.
64. Яке перевищення маси тіла слід розглядати як суттєвий фактор ризику атеросклерозу?
- A. На 5%.
  - B. На 10%.
  - C. На 20%.
  - D. На 30%.
  - E. На 40%.
65. Важливими ознаками атеросклеротичного кардіосклерозу, що визначають ступінь серцевої недостатності, є:
- A. Аневризма серця.
  - B. Недостатність мітрального клапана.
  - C. Ділянки асинергії лівого шлуночка.
  - D. Значне збільшення розмірів серця.
  - E. Все перераховане.
66. Яке куріння сигарет слід вважати суттєвим фактором ризику атеросклерозу?
- A. Більше 1 сигарети на день.
  - B. Більше 5 сигарет на день.
  - C. Більше 10 сигарет на день.
  - D. Більше 20 сигарет на день.
  - E. Куріння мольки.
67. Одним із факторів ризику ІХС є:
- A. Тіреотоксикоз.
  - B. Цукровий діабет.
  - C. Ревматоїдний артрит.
  - D. Легеневе серце.
  - E. Цироз печінки.
68. Призначення якого  $\beta$ -адреноблокатора має переваги для хворого ІХС при супутньому бронхіті?
- A. Пропранололу.
  - B. Піндололу.
  - C. Метопрололу.
  - D. Надололу.
  - E. Жодного з перерахованих вище.
69. Від чого залежить ризик розвитку ускладнень при діагностичній коронароангіографії?

- A. Тяжкості ураження коронарного русла.
- B. Функціонального стану лівого шлуночку.
- C. Віку хворого.
- D. Досвіду та майстерності лікаря, що виконує дослідження.
- E. Все правильно.

70. Характерною ознакою спонтанної (варіантної) стенокардії на ЕКГ слід вважати:

- A. Елевачію сегменту ST на 1мм та більше.
- B. Формування монофазної кривої.
- C. Депресію сегменту ST на 1мм.
- D. Появу зубця Q та загострення зубця T.
- E. Все перераховане.

71. Сцинтиграфія міокарда з  $^{201}\text{Tl}$  – це метод, що дозволяє визначити перфузію міокарда за допомогою радіонукліду, тропного до:

- A. Здорової тканини міокарда.
- B. Ішемізованої тканини міокарда.
- C. Ребцевої тканини міокарда.
- D. Некротичної тканини міокарда.
- E. Запального міокарда.

72. Які ознаки при моніторингу ЕКГ за Холтером дозволяють визначити участь вазоспазму у хворих зі стенокардією?

- A. Наявність депресії сегменту ST.
- B. Наявність депресії сегменту ST ішемічного типу під час нападу стенокардії.
- C. Минущі підйоми сегменту ST.
- D. Наявність частої шлуночкової екстрасистолії.
- E. Пробіжки шлуночкової тахікардії.

73. Ураження якої судини системи коронарного кровообігу за прогнозом найменш благочинно?

- A. Лівої коронарної артерії.
- B. Передньої міжшлуночкової гілки ЛКА.
- C. Правої коронарної артерії.
- D. Огинаючої гілки ЛКА.
- E. Стовбуру ЛКА.

74. Який препарат подібний за дією до нітратів?

- A. Кордарон.
- B. Ніфедіпін.
- C. Сиднофарм.
- D. Верапаміл.
- E. Бісопролол.

75. Які специфічні фармакодинамічні властивості притаманні  $\beta$ -адреноблокаторам?

- A. Внутрішня симпатоміметична активність.
- B. Кардіоселективність.
- C. Мембраностабілізуюча дія.
- D. Вазодилатуюча дія.
- E. Все перераховане.

76. Яке звуження коронарних артерій слід вважати гемодинамічно значущим, що викликає у хворого клінічні симптоми?

- A. 25%.
- B. 30%.
- C. 40%.
- D. 50%.
- E. 75%.

77. Назвіть основну причину прогресування ІХС:

- A. Дилатація порожнин серця.
- B. Збільшення розмірів атеросклеротичної бляшки і поява нових уражень.
- C. Інфаркт міокарда.
- D. Збільшення в'язкості крові.
- E. Зниження діастолічного розслаблення міокарда.

78. Які методи обстеження дозволяють виявити присутність вазоспастичного компонента у формуванні клінічного синдрому стенокардії?

- A. Холодова проба.
- B. Проба з ергометрином.
- C. Амбулаторне моніторування ЕКГ.
- D. Коронароангіографія.
- E. Все перераховане.

79. Який метод використовують для верифікації результатів проб з навантаженням?

- A. Ехокардіографія.
- B. Стрес-ЕхоКГ з добутаміном.
- C. Коронаровентрикулографія.
- D. Моніторування ЕКГ за Холтером.
- E. Черезстравохідна ЕКС.

80. Які дані анамнезу хворого ІХС мають неблагоприємне прогностичне значення?

- A. Інфаркт міокарда, що нещодавно відбувся (до 1 року).
- B. Успішна реанімація з приводу раптової коронарної смерті.
- C. Стенокардія, що вперше виникла.
- D. Прогресуюча стенокардія.
- E. Все перераховане.

81. Вкажіть показники, які використовують при визначенні субмаксимального навантаження за таблицею Шефарда:

- A. Ріст.
- B. Вага.
- C. Рівень тренуваності.
- D. Вік і ріст.
- E. Вік і вага.

82. Вкажіть пробу, яка підвищує потребу міокарда в кисні, але не потребує виконання фізичного навантаження:

- A. Нітрогліцеринова проба.
- B. Діпірідамолова проба.
- C. Проба з гіпервентиляцією.
- D. Черезстравохідна ЕКС.
- E. Ергометринова проба.

83. Абсолютними протипоказаннями до проведення тестів з навантаженням є всі перераховані стани, виключаючи:
- A. Застійну серцеву недостатність.
  - B. Розширюючи аневризму аорти.
  - C. Політопну шлуночкову екстрасистолію.
  - D. Стенокардію напруги III ФК.
  - E. Виразний аортальний стеноз.
84.  $\beta$ -адреноблокатори застосовуються при ІХС, тому що:
- A. Знижують потребу міокарда в кисні.
  - B. Розширяють коронарні судини.
  - C. Викликають спазм периферійних судин.
  - D. Збільшують потребу міокарда в кисні.
  - E. Збільшують скоротливу здатність міокарда.
85. Сучасна класифікація стабільної стенокардії напруги включає таку кількість функціональних класів:
- A. Два.
  - B. Три.
  - C. Чотири.
  - D. П'ять.
  - E. Десять.
86. При яких станах коронарографія є обов'язковим компонентом обстеження хворих:
- A. Підготовка до аорто-коронарного шунтування.
  - B. Резистентність стенокардії до медикаментозного лікування.
  - C. Неможливість встановити діагноз іншими методами.
  - D. Експертна оцінка стану здоров'я у осіб певних професій (водії транспорту, льотчики).
  - E. У всіх перерахованих випадках.
87. Який препарат має перевагу при лікуванні хворих стенокардією напруги, що поєднується із синусовою тахікардією, передсердною екстрасистолією чи миготливою аритмією:
- A. Кардікет-ретард.
  - B. Сіднофарм.
  - C. Бісопролол.
  - D. Верапаміл.
  - E. Амлодипін.
88. Назвіть абсолютні протипоказання до проведення коронароангіографії:
- A. Стани лихоманки.
  - B. Тяжкі ураження паренхіматозних органів.
  - C. Тяжкі порушення ритму серця.
  - D. Різка кардіомегалія з тотальною недостатністю.
  - E. Всі перераховані.
89. Які переваги хірургічного лікування ІХС?
- A. Це радикальний метод лікування ІХС.
  - B. Не змінюючи суттєво тривалість життя хворих на ІХС, покращує його якість.
  - C. Попереджує прогресування атеросклерозу.
  - D. Значно збільшує тривалість життя хворих на ІХС.
  - E. Дозволяє хворим зовсім не приймати антиангінальних препаратів.

90. Кому показане проведення балонної дилатації коронарних артерій?
- A. Хворим з проксимальним, ізольованим, недовгим, концентричним, некальцифікованим стенозом.
  - B. Хворим з ураженням стовбуру лівої коронарної артерії.
  - C. Хворим з ураженням всіх основних гілок коронарних артерій.
  - D. Хворим зі спонтанною стенокардією.
  - E. Все вірно.
91. Який основний ризик при балонній дилатації коронарних артерій?
- A. Оклюзія судини, перфорація судини.
  - B. Рестеноз судини.
  - C. Перфорація судини.
  - D. Тромбоемболія легеневої артерії, рестеноз судини.
  - E. Розвиток синдрому мінучої кульгавості.
92. Тест із черезстравохідною ЕКС передсердь проводять при:
- A. Необхідності підібрати оптимальний антиангінальний препарат.
  - B. Застійній серцевій і дихальній недостатності.
  - C. Неможливості провести пробу з фізичним навантаженням чи її неінформативності.
  - D. Захворюваннях, пов'язаних з порушенням ритму серця.
  - E. Всіх перерахованих станах.
93. Для діагностики ІХС у хворих з підозрою на нестабільну стенокардію найбільш доцільно використовувати:
- A. Велоергометрію.
  - B. Діпірідамову пробу.
  - C. Черезстравохідну ЕКС.
  - D. Добутамінову пробу.
  - E. Пробу з ергометрином.
94. При діагностиці ІХС у хворих з порушеннями серцевого ритму слід надати перевагу:
- A. Велоергометрії.
  - B. Тредміл-тесту.
  - C. Пробі з діпірідамом.
  - D. Черезстравохідній ЕКС.
  - E. Пробі з ергометрином.
95. За даними тесту з навантаженням вірогідність стенозу двох-трьох коронарних судин досить велика при:
- A. Косонизхідному зміщенні сегменту ST більше 2мм.
  - B. Появі ознак ішемії міокарда при навантаженні 25-50 Вт.
  - C. Появі ішемії міокарда в трьох відведеннях і більше.
  - D. Збереженні депресії сегменту ST більше 5 хв. у відновному періоді.
  - E. Всіх перерахованих ознаках.
96. Існує зв'язок між кількістю ваніліл-міндальної кислоти в сечі і артеріальною гіпертензією при:
- A. Синдромі Кона.
  - B. Адреногенітальному синдромі.
  - C. Синдромі Іценко-Кушинга.
  - D. Феохромцитомі.
  - E. Тіреотоксикозі.

97. Найбільш поширеним ускладненням вагітності і родів у жінок з есенціальною гіпертензією є:
- A. Невиношування плода.
  - B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
  - C. Внутрішньостовбурна гіпоксія плода.
  - D. Внутрішньоутробна гіпотрофія плода.
  - E. Все вказане.
98. Існує зв'язок між артеріальною гіпертензією та наступними станами, крім:
- A. Гіперреніемії.
  - B. Гіперангіотензіемії.
  - C. Гіперкаліємії.
  - D. Гіперальдостеронізма.
  - E. Гіперсимпатикотонії.
99. Клінічні прояви феохромоцитомі:
- A. Паросизмальний перебіг гіпертонії.
  - B. Резистентність гіпертонії до всіх гіпотензивних препаратів, крім  $\alpha$ -блокаторів (фентоламін).
  - C. Блідість, пітливість, запаморочення.
  - D. Неспокій, тремор.
  - E. Все вірно.
100. При феохромоцитарному кризі необхідно призначити:
- A. Верапаміл.
  - B. Гідралазин.
  - C. Магнія сульфат.
  - D. Фентоламін.
  - E. Клонідин.
101. Яке дослідження підтверджує діагноз феохромоцитомі:
- A. Добова екскреція адреналіну, норадреналіну.
  - B. Добова екскреція ванілін-мигдалевої кислоти.
  - C. УЗД наднирників.
  - D. КТ, МРТ.
  - E. Все вірно.
102. Для синдрому Конна характерні всі ознаки, крім однієї. Що невірно?
- A. Різка адинамія, м'язева слабкість.
  - B. Підвищений вміст 17-ОКС в добовій сечі.
  - C. Підвищений вміст натрія та зниження калія в плазмі крові.
  - D. Поліурія, гіпоізостенурія.
  - E. Депресія сегмента ST, зниженої амплітуди, двофазний, від'ємний зубець T, порушення серцевого ритму на ЕКГ.
103. Для синдрому Іценко-Кушинга характерні всі ознаки, крім однієї. Що невірно?
- A. Місяцеподібне обличчя, гірсутизм.
  - B. Буйволиний тип ожиріння, АГ.
  - C. Гіперглікемія та глюкозурія.
  - D. Анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія.
  - E. Гіперхолестеринемія, остеопороз.

104. Показання до переривання вагітності в пізні строки у жінок з артеріальною гіпертензією:
- A. Злоякісний перебіг АГ.
  - B. Поява чи посилення гіпертензивної енцефалопатії.
  - C. Важка (за рівнем АТ) АГ при неефективному лікуванні.
  - D. Повторні гіпертензивні кризи під час вагітності.
  - E. Все вірно.
105. Для тривалого використання у вагітних з АГ рекомендовано препарати, крім одного:
- A. Метилдопа.
  - B. Нормодипін (амлодипін).
  - C. Ніфедипін-ретард.
  - D. Корінфар-уно.
  - E. Еналапріл.
106. Для феохромоцитомних кризів типові:
- A. Гігантські позитивні або негативні зубці Т, високі зубці U.
  - B. Порушення серцевого ритму (синусова і пароксизмальна тахікардія, екстрасистолія, миготлива аритмія).
  - C. Подовження QT, скорочення PQ.
  - D. Депресія сегмента ST у відведенні V<sub>1</sub>.
  - E. Все вказане.
107. Лікування неоперабельних феохромоцитом:
- A. Діуретики.
  - B. Інгібітори АПФ.
  - C. Блокатори рецепторів ангіотензину II.
  - D. β-адреноблокатори.
  - E. α-адреноблокатори.
108. Яка лабораторна ознака не типова для синдрому Іценко-Кушинга?
- A. Гіперглікемія, глюкозурія.
  - B. Анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія.
  - C. Поліцитемія, тромбоцитоз, лейкоцитоз.
  - D. Гіпокаліємія.
  - E. Гіперхолестеринемія.
109. При лікуванні хворих на АГ із супутнім цукровим діабетом слід уникати:
- A. Верошпірон.
  - B. Ділтiazем.
  - C. Тiazидні діуретики.
  - D. Амлодипін.
  - E. Індопамід.
110. Який із протигіпертензивних препаратів не веде до брадикардії?
- A. Бісопролол.
  - B. Верапаміл.
  - C. Амлодипін.
  - D. Ділтiazем.
  - E. Метопролол.
111. Провокує напад підвищення АТ у хворих з феохромоцитомою:



- A. Гістамін.
- B. Груба пальпація живота.
- C. Сульфат магнія.
- D. Еуфілін.
- E. Все перелічене.

112. Метод вибору для лікування феохромоцитом:

- A.  $\beta$ -адреноблокатори.
- B. Інгібітори АПФ.
- C. Верапаміл.
- D.  $\alpha$ -адреноблокатори.
- E. Хірургічне лікування.

113. Для верифікації діагнозу первинного альдостеронізму використовують:

- A. Комп'ютерну томографію.
- B. МРТ.
- C. УЗД.
- D. Визначення рівня калію в плазмі.
- E. Все перелічене.

114. Збільшення діастолічного тиску характерно для:

- A. Коарктації аорти.
- B. Атеросклерозу аорти.
- C. Гіпертиреозу.
- D. Вазоренальної гіпертензії.
- E. Атріовентрикулярної блокади III ст.

115. Для верифікації діагнозу реноваскулярної гіпертензії використовують:

- A. Радіоізотопну реографію.
- B. Сцинтиграфію нирок.
- C. Внутрішньовенну урографію.
- D. Черевну аортографію.
- E. Все перелічене.

116. Найбільш ефективний метод лікування реноваскулярних гіпертензій:

- A. Діуретики.
- B.  $\beta$ -адреноблокатори.
- C. Інгібітори АПФ.
- D. Антагоністи кальцію.
- E. Катетеризаційна дилатація за допомогою зонду.

117. Раціональним в лікуванні реноваскулярної гіпертензії є застосування:

- A. Діуретиків.
- B.  $\beta$ -адреноблокаторів.
- C. Інгібіторів АПФ.
- D. Хірургічного лікування.
- E. Антагоністів кальцію.

118. При яких станах розвивається гемодинамічна гіпертензія:

- A. Коарктація аорти.
- B. Недостатність клапанів аорти.
- C. Застійна серцева недостатність.

- D. Атріовентрикулярна блокада III ст.
- E. Все правильно.

119. Для лікування гіпертензивного кризу у вагітних використовуються:

- A. Клофелін.
- B. Дібазол, гідралазин.
- C. Гангліоблокатори.
- D. Нітропрусид натрію.
- E. Все перераховане.

120. У вагітних з АГ (крім важкої гіпертензії) терапію слід починати з:

- A. 1 – 4 тижні вагітності.
- B. 8 – 10 тижнів вагітності.
- C. 11 – 14 тижнів вагітності.
- D. 15 – 20 тижнів вагітності.
- E. 28 тижнів вагітності.

121. Найбільш частою причиною міокардита є:

- A. Бактерії.
- B. Рикетсії.
- C. Віриси.
- D. Спірохети.
- E. Гриби

122. Серед вірусів самим частим збудником міокардита є:

- A. Вірус Коксакі В.
- B. Вірус ЕСНО.
- C. Ентеровірус.
- D. Віруси грипу А та В.
- E. Вірус енцефаломіокардиту.

123. «Золотим стандартом» діагностики міокардиту є:

- A. ЕКГ.
- B. ЕхоКГ.
- C. Ендоміокардіальна біопсія міокарду.
- D. Антиміокардіальні антитіла, антитіла до міозину, актину.
- E. Підвищенням рівня АсАТ, ЛДГ<sub>1</sub>, КФК, МВ КФК, тропоніна.

124. В генезі ДКМП має значення:

- A. Генетична схильність до виникнення захворювання.
- B. Вірусна інфекція.
- C. Алкоголь.
- D. Аутоімунні порушення.
- E. Все вказане.

125. Для ДКМП характерні наступні ЕКГ ознаки, крім:

- A. Гіпертрофії лівого шлуночка, лівого передсердя.
- B. Зниження зубця Т, його негативності, депресії сегмента ST.
- C. Екстрасистолії, миготливої аритмії, пароксизмальної тахікардії.
- D. СА блокади.
- E. Блокади лівої ніжки пучка Гіса.

126. При ЕхоКГ дослідженні найбільш характерні ознаки ДКМП, крім:
- A. Дилатація всіх порожнин серця, переважно шлуночків, більше лівого.
  - B. Практично незмінена або незначно збільшена товщина стінок шлуночків.
  - C. Значне зниження фракції викиду.
  - D. Мітральна та трикуспідальна регургітація.
  - E. Локальний гіпокінез.
127. Гіпертрофічна кардіоміопатія може бути, крім:
- A. З асиметричною гіпертрофією міжшлуночкової перегородки.
  - B. Верхівкова.
  - C. Базальна.
  - D. З гіпертрофією задньоперегородкової і/або бічної стінки лівого шлуночка.
  - E. З симетричною (концентричною) гіпертрофією.
128. У хворих на обструктивну ГКМП спостерігаються такі характерні фізикальні симптоми, крім:
- A. Подвійний, потрійний серцевий поштовх.
  - B. Нерівномірний, поштовхоподібний пульс.
  - C. Систолічний шум (пізній, вислуховується на верхівці та у лівого края грудини).
  - D. Діастолічний шум на верхівці.
  - E. Додатковий III тон, IV тон, ритм галопу, розщеплення II тону на аорті.
129. Характерні ознаки обструктивної ГКМП при ЕхоКГ дослідженні, крім:
- A. Товщина міжшлуночкової перегородки 15 – 20 мм і більше, її гіпокінезія.
  - B. Відношення товщини перетинки до товщини задньої стінки лівого шлуночка більше 1,3.
  - C. Систолічний шум уперед передньої та/або задньої стулки мітрального клапана у середині систоли та її контакт з міжшлуночковою перегородкою.
  - D. Зниження фракції викиду.
  - E. Допплер ЕхоКГ визначає обструкцію субаортальну або мезовентрикулярну, величину внутрішлуночкового градієнта систолічного тиску, діастолічну функцію лівого шлуночка.
130. Найбільш точний метод, що дозволяє оцінити розповсюдженість та виразність гіпертрофії міокарда у хворих на ГКМП:
- A. ЕКГ.
  - B. ЕхоКГ.
  - C. Допплер-ЕхоКГ.
  - D. Магнітно-резонансна томографія.
  - E. Рентгенологічне дослідження.
131. Для ГКМП найбільш характерні наступні ЕКГ зміни:
- A. Патологічні зубці Q у відведеннях  $V_4 - V_6$ .
  - B. Глибокі від'ємні зубці T ( $>10\text{мм}$ ) в грудних відведеннях (звичайно в  $V_4 - V_6$ ).
  - C. Гіпертрофія лівого шлуночка, лівого передсердя.
  - D. Порушення серцевого ритму та провідності.
  - E. Все вірно.
132. Алкогольна кардіоміопатія розвивається у осіб, що зловживають алкоголем протягом:
- A. 3-х років.
  - B. 5-ти років.
  - C. 10-ти років.
  - D. 15-ти років.

Е. 20-ти років.

133. Етіологічний фактор метаболічної кардіоміопатії:

- А. Захворювання крові.
- В. Захворювання органів травлення.
- С. Захворювання ендокринної системи.
- Д. Захворювання бронхолегеневої системи.
- Е. Все перелічене.

134. Критерії діагностики ДКМП:

- А. ЕхоКГ.
- В. Ендоміокардіальна біопсія.
- С. Сцинтиграфія міокарда.
- Д. Діагноз встановлюється методом виключення відомих захворювань, які викликають прогресуючу дилатацію камер серця.
- Е. Рентгенологічне дослідження.

135. Найбільш частою причиною здавлюючого перикардиту вважають:

- А. Системне захворювання сполучної тканини.
- В. Злоякісні пухлини.
- С. Вірусна інфекція.
- Д. Туберкульоз.
- Е. Травма грудної клітки.

136. Згідно класифікації гіпертрофічної кардіоміопатії (Нью-Йоркська кардіологічна асоціація, 2001р.) вірно все, крім одного положення. Що невірно:

- А. I стадія – градієнт тиску до 25мм.рт.ст.
- В. II стадія – градієнт тиску до 36мм.рт.ст.
- С. III стадія – градієнт тиску до 44мм.рт.ст.
- Д. IV стадія – градієнт тиску 80мм.рт.ст.
- Е. V стадія – градієнт тиску 100мм.рт.ст. і вище.

137. Для гострого перикардиту характерні перелічені ЕКГ зміни, крім:

- А. Неконкордантний підйом сегмента ST в багатьох відведеннях.
- В. Відсутність реципрокних змін.
- С. Зниження вольтажу комплексу QRS.
- Д. Наявність патологічного зубця Q.
- Е. Підйом сегмента ST з наступною інверсією зубця T, а потім нормалізацією ЕКГ.

138. В лікуванні ГКМП треба надати перевагу:

- А. Триметазидину.
- В. Верапамілу.
- С. Періндоприлу.
- Д. Мононітросиду.
- Е. Сіднофарму.

139.  $\beta$ -блокатор, найбільш доцільний для лікування хворих на ДКМП:

- А. Бісопролол.
- В. Метопролол.
- С. Карведілол.
- Д. Все вірно.
- Е. Все невірно.

140. Для ексудативного перикардиту, ускладненого тампонадою серця, характерні наступні клінічні дані, крім:
- A. Прогресуюча загальна слабкість.
  - B. Серцебиття.
  - C. Головокружіння, минущі порушення свідомості.
  - D. При аускультатії легень крепітації та вологі хрипи в нижніх відділах.
  - E. Наростаюча задишка.
141. ЕхоКГ дослідження виявляє ранні ознаки тампонади, крім однієї. Що невірно?
- A. Зменшення колабування на вдиху нижньої порожнистої вени (менше 50%).
  - B. Порожнини правого шлуночка та лівого шлуночка звичайно зменшені.
  - C. Відбувається зміна об'ємів порожнин шлуночків залежно від фаз дихання, парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки.
  - D. Систолічний рух уперед передньої стулки мітрального клапана.
  - E. Виявляються розходження листків перикарду, наявність рідини в порожнині перикарду.
142. Для міксоми характерні наступні клінічні прояви, крім:
- A. Діастолічний шум, що посилюється у вертикальному положенні.
  - B. Посилений I тон, ранній діастолічний тон («ляпанець пухлини»-tumor plop).
  - C. Напади головокружіння та непритомності.
  - D. Емболії великого кола кровообігу.
  - E. Метастази.
143. Перед проведенням тромболітичної терапії при ТЕЛА діагноз найдостовірніше підтверджується даними:
- A. ЕКГ.
  - B. Rtg.
  - C. Ізотопного сканування легень.
  - D. ЕхоКГ.
  - E. Аналізу ферментів.
144. Яка із вказаних ЕКГ-ознак не є ознакою міокардита?
- A. Депресія сегмента ST.
  - B. Інверсія зубця T.
  - C. Порушення ритму серця.
  - D. Елевація сегмента ST.
  - E. Динамічність змін процесів реполяризації.
145. Найбільш стійка ознака інфекційного ендокардиту:
- A. Лихоманка.
  - B. Втрата ваги.
  - C. Слабкість.
  - D. Спленомегалія.
  - E. Анемія.
146. Найбільш часта причина перикардита:
- A. Поширення процесу з інших органів.
  - B. Туберкульоз.
  - C. Сепсис.
  - D. Ревматизм.
  - E. Новоутворення.

147. Парадоксальний пульс характерний для:
- A. ДКМП.
  - B. Ексудативного перикардиту.
  - C. Мітрального стенозу.
  - D. Гіпертрофічної кардіоміопатії.
  - E. Миготливої аритмії.
148. На тлі якої вродженої вади частіше всього виникає інфекційний ендокардит?
- A. Дефект міжшлуночкової перегородки.
  - B. Дефект міжпередсердної перегородки.
  - C. Незрощення артеріальної протоки.
  - D. Стеноз гирла аорти.
  - E. Вроджена мітральна недостатність.
149. При гіпертрофічній кардіоміопатії не застосовують  $\beta$ -адреноблокатори у зв'язку з їх позитивною інотропною дією:
- A. Обидва твердження правильні і причинно пов'язані.
  - B. Обидва твердження правильні, але причинно не пов'язані.
  - C. Перше – правильне, друге – помилкове.
  - D. Перше – помилкове, друге – правильне.
  - E. Обидва помилкові.
150. Інфекційно-алергічний міокардит супроводжується вальвулітом.
- A. Твердження правильне.
  - B. Не правильно.
  - C. Можливо поєднання в частині випадків.
  - D. Можливо у хворих на вірусний міокардит.
  - E. До кінця не встановлено.
151. Згідно класифікації хронічної серцевої недостатності (VI Національний конгрес кардіологів України, 2000р.) виділяють наступні клінічні стадії:
- A. I, II, III.
  - B. I А, I Б, II, III.
  - C. I А, I Б, II А, II Б, III.
  - D. I, II А, II Б, III.
  - E. I, II, III, IV.
152. Основний критерій систолічного варіанта серцевої недостатності величина фракції викиду лівого шлуночка:
- A.  $\leq 30\%$ .
  - B.  $\leq 35\%$ .
  - C.  $\leq 40\%$ .
  - D.  $\leq 45\%$ .
  - E.  $\leq 55\%$ .
153. Основний критерій діастолічного варіанта серцевої недостатності:
- A. Наявність клінічних ознак серцевої недостатності при збереженій (ФВ  $> 45\%$ ) фракції викиду лівого шлуночка.
  - B. Наявність клінічних ознак серцевої недостатності при збереженій (ФВ  $> 55\%$ ) фракції викиду лівого шлуночка.

- C. Зменшення кінцево-діастолічного об'єму порожнини лівого або правого шлуночків (за даними ЕхоКГ).
- D. Величина відношення максимальних швидкостей раннього та пізнього діастолічних наповнень (E/A) < 1 (за даними доплер-ЕхоКГ дослідження трансмітрального кровотоку).
- E. Все невірно.

154. Функціональних класів кардіологічних пацієнтів за критеріями Нью-Йоркської Асоціації серця:

- A. 2.
- B. 3.
- C. 4.
- D. 5.
- E. 7.

155. Діагностична програма для хворих із хронічною серцевою недостатністю включає наступні обов'язкові дослідження, крім одного:

- A. Загальний аналіз крові, сечі.
- B. ЕКГ у 12 відведеннях.
- C. Холтеровське моніторування ЕКГ.
- D. ЕхоКГ.
- E. Рентгенографія органів грудної порожнини.

156. Перелік медичних послуг обов'язкового асортименту при лікуванні хворих із хронічною серцевою недостатністю включає все, крім:

- A. Інгібіторів АПФ.
- B.  $\beta$ -адреноблокаторів.
- C. Діуретиків.
- D. Серцевих глікозидів.
- E. Аміодарону.

157. Вплив серцевих глікозидів на артеріальний тиск:

- A. Безпосередньо не впливають на АТ.
- B. Підвищують АТ.
- C. Знижують АТ.
- D. Підвищують АТ при гіпотонічних станах.
- E. Знижують АТ при гіпертонічних станах.

158. Дигоксін не можна застосовувати при:

- A. Серцевій недостатності при ІХС.
- B. Серцевій недостатності, яка обтяжена важким ураженням печінки.
- C. Серцевій недостатності у поєднанні з нирковою недостатністю.
- D. Миготливій аритмії на фоні дилатаційної кардіоміопатії.
- E. Атріовентрикулярній тахікардії.

159. Серцеві глікозиди не можна поєднувати з:

- A. Спіронолактоном.
- B. Препаратами калію.
- C. Препаратами кальцію.
- D. Еналаприлом.
- E. Гідралазином.

160. При лікуванні серцевими глікозидами потрібно мати на увазі рівень іонів калію у сироватці, так як гіпокаліємія може бути причиною зниження ефективності серцевих глікозидів:

- A. Обидва твердження правильні та взаємопов'язані.
- B. Обидва твердження правильні, але між ними немає причинного зв'язку.
- C. Перше твердження правильне, друге помилкове.
- D. Перше твердження помилкове, друге правильне.
- E. Обидва твердження помилкові.

161. Розвитку дигіталісної інтоксикації може сприяти наступна комбінація препаратів:

- A. Дигіталіс і фуросемід.
- B. Дигіталіс і спіронолактон.
- C. Дигіталіс і інгібітор АПФ.
- D. Дигіталіс і триамтерен.
- E. Дигіталіс і сартан.

162. Небезпечним ускладненням при діуретичній терапії є:

- A. Порушення АВ провідності.
- B. Слабкість синусового вузла.
- C. Гіпокаліємія з появою шлуночкових аритмій.
- D. Виникнення приступів тріпотіння передсердь.
- E. Гіперкінетичний синдром.

163. З  $\beta$ -адреноблокаторів, які вивчались при застійній серцевій недостатності, найбільш перспективним виявився:

- A. Бісопролол.
- B. Метопролол.
- C. Карведилол.
- D. Всі вказані.
- E. Все невірно.

164. Гепато-югулярний рефлюкс є типовим проявом:

- A. Асцити.
- B. Портальної гіпертензії.
- C. Хронічного гепатиту і цирозу.
- D. Правошлуночкової недостатності.
- E. Облітерації нижньої порожнистої вени.

165. Тіазидні діуретики протипоказані при:

- A. Нефротичному синдромі.
- B. Повній АВ блокаді.
- C. Туберкульозі.
- D. Цукровому діабеті.
- E. Всіх вказаних станах.

166. Одним із способів лікування рефрактерних набряків при серцевій недостатності:

- A. Збільшення дози сечогінних препаратів
- B. Корекція білкового спектру плазми.
- C. Обмеження вживання рідини і харчової солі.
- D. Приєднання антагоністів альдостерону.
- E. Всі вказані способи.



167. У хворих з діастолічним варіантом серцевої недостатності перевагу надають:
- A. Дигоксіну.
  - B. Верапамілу.
  - C. Еналаприлу.
  - D. Лозартану.
  - E. Строфантину.
168. Яке із наведених визначень відповідає поняттю переднавантаження?
- A. Інтенсивність притоку крові в камери серця.
  - B. Зміна венозного тиску.
  - C. Підвищення кінцевого діастолічного тиску в камерах серця.
  - D. Величина центрального венозного тиску.
  - E. Величина периферичного опору.
169. Яке визначення відповідає поняттю постнавантаження?
- A. Опір вигнанню крові із камери серця.
  - B. Величина периферійного опору у великому колі кровообігу.
  - C. Величина периферійного опору у малому колі кровообігу.
  - D. Венозне повернення крові в порожнини серця.
  - E. Рівень артеріального тиску.
170. Перенавантаження тиском лівого шлуночка характерне для:
- A. Артеріальної гіпертензії.
  - B. Недостатності аортального клапана.
  - C. Мітрального стенозу.
  - D. Дилатаційної кардіоміопатії.
  - E. Дефекту міжшлуночкової перетинки.
171. Перенавантаження об'ємом лівого шлуночка зустрічається при:
- A. Мітральному стенозі.
  - B. Аортальному стенозі.
  - C. Недостатності аортального клапана.
  - D. Гіпертрофічній кардіоміопатії.
  - E. Тетраді Фалло.
172. Для лівошлуночкової недостатності характерними симптомами є вказані нижче, за винятком:
- A. Задишки.
  - B. Сухого непродуктивного кашлю.
  - C. Ортопное.
  - D. Набухання шийних вен.
  - E. Серцевої астми.
173. Для правошлуночкової недостатності характерні наступні симптоми, за винятком:
- A. Ціанозу.
  - B. Набряків, асцити, гідротораксу, гідроперикарду.
  - C. Набухання шийних вен.
  - D. Крепітацій та вологих хрипів в нижніх відділах легень.
  - E. Гепато-югулярного рефлюксу.
174. Одним із ускладнень терапії салуретиками у хворих на серцеву недостатність є:
- A. Тромбози і тромбоемболії.

- В. СА блокада.
- С. АВ блокада III ст.
- Д. Блокада лівої ніжки пучка Гіса.
- Е. Анурія.

175. Розвиток вторинного гіперальдостеронізу у хворих із застійною серцевою недостатністю потребує включення одного із наведених препаратів:

- А. Фуросемід.
- В. Гідрохлортіазиду.
- С. Спіронолактону.
- Д. Індопаміду.
- Е. Етакринової кислоти.

176. Якщо серцева недостатність протікає на тлі брадикардії, доцільно призначити:

- А. Строфантин.
- В. Дигоксин.
- С. Коргликон.
- Д. Целапід.
- Е. Не застосовувати серцеві глікозиди.

177. Тактика лікаря поліклініки у веденні хворих з початковою стадією серцевої недостатності:

- А. Направлення в стаціонар на лікування.
- В. Призначення серцевих глікозидів і сечогінних препаратів з метою профілактики.
- С. Призначення препаратів, які впливають на перед- і постнавантаження, корекцію метаболічних порушень.
- Д. Повторний огляд через 3-4 місяці і направлення в стаціонар при прогресуванні недостатності кровообігу.
- Е. Корекція метаболічних порушень.

178. До основних (базисних) препаратів в лікуванні хронічної серцевої недостатності відносяться наступні, за винятком:

- А. Інгібітори АПФ.
- В. Діуретики.
- С. Аспірин.
- Д. Серцеві глікозиди.
- Е.  $\beta$ -адреноблокатори.

179. Ефективність інгібіторів АПФ при хронічній серцевій недостатності проявляється в наступних позитивних реакціях, крім однієї. Що невірно?

- А. Сповільнення процесів ремоделювання серця.
- В. Зворотній розвиток гіпертрофії міокарда.
- С. Сповільнення формування інтерстиціального фіброзу міокарда.
- Д. Збільшення активності симпато-адреналової системи.
- Е. Зниження діастолічної ригідності лівого шлуночка.

180. Застосування інгібіторів АПФ протипоказано при наступних станах, за винятком одного. Що невірно?

- А. Двобічний або виражений одnobічний стеноз ниркових артерій.
- В. Артеріальна гіпотензія.
- С. Аортальний стеноз, мітральний стеноз, обструктивна ГКМП.
- Д. Аутоімунні захворювання.
- Е. Вагітність.

## Пульмонологія

1. Які з перерахованих захворювань можуть супроводжуватися кровохарканням

1. синдром Шегрена
2. гострий плеврит
3. цироз печінки
4. незарощення Боталового протока
5. тромбоемболія легеневої артерії

2. Характерними ознаками легеневої кровотечі є

1. темний колір крові
2. піниста кров, що не збивається
3. темна кров у вигляді згустків
4. кисла реакція крові
5. згустки крові

3. Не характерними клінічними ознаками тромбоемболії легеневої артерії є

1. ціаноз
2. лімфаденопатія
3. задишка
4. набрякання шийних вен
5. синусова тахікардія

4. Чинниками, що не приводять до тромбоемболії легеневої артерії, є

1. тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок
2. ранній післяопераційний період
3. рання активізація в постінфарктному періоді
4. мітральний стеноз
5. гострий інфаркт міокарду

5. Які з перерахованих обстежень є <першочерговими> для уточнення діагнозу тромбоемболії легеневої артерії

1. аналіз крові
2. спірографія
3. коагулограма
4. рентгенографія грудної клітки
5. проба Тиффно

6. До <невідкладних> діагностичних заходів при підозрі на тромбоемболію легеневої артерії необхідно віднести все крім:

1. аналіз сечі
2. ЕКГ
3. коагулограми
4. рентгенографію грудної клітки
5. ангіопульмонографію

7. До невідкладних міроприємств при лікуванні тромбоемболії легеневої артерії необхідно віднести

1. інгаляцію кисню
2. призначення бета-адреноблокаторів
3. введення гепарину

4. введення стрептокінази
5. все вищевказане

8. Електрокардіографічними ознаками, що вказують на <можливість> розвитку тромбоемболії легеневої артерії, являються

1. відхилення електричної осі вправо
2. блокада правої ніжки пучка Гіса
3. виражені Q III і Q AVF
4. негативний ТШ
5. все вищевказане

9. Пневмоторакс найбільш часто може виникати при

1. емфіземі легені
2. гострій пневмонії
3. інфільтративному туберкульозі легенів
4. ексудативному плевриті
5. катетеризації V.Subclavia

10. Які симптоми не є характерними для спонтанного пневмотораксу

1. зв'язок з фізичним навантаженням
2. швидко наростаюча задишка
3. холодний піт
4. біль, що посилюється при диханні
5. біль, що знімається прийомом нітрогліцерину

11. Чинниками, що не приводять до розвитку астматичного статусу, є

1. загострення хронічного бронхіту
2. проведення діагностичних скарифікаційних проб
3. зловживання еуфіліном
4. відміна гормональної терапії
5. гостра респіраторна вірусна інфекція

12. Для розвитку астматичного статусу характерно

1. Біль у грудній клітині
2. хороший ефект бета-2-адреностимуляторів
3. продуктивний кашель
4. зникнення хрипів і дихальних шумів над легенями
5. притуплювання перкуторного звуку

13. <Першочерговими> мірами при важкому астматичному статусі є

1. введення адреналіну
2. інгаляція сальбутамолу
3. введення муколітиків
4. введення преднізолону або гідрокортизону
5. обмеження інфузійної терапії

14. Ознаками, що свідчать про розвиток астматичного статусу, є

1. припинення відходження мокроти
2. поява "німої" легені
3. посилення почуття ядухи

4. поява не продуктивного кашлю
5. болі в грудній клітині

15. При яких з перерахованих станів найбільш вірогідний розвиток спонтанного пневмотораксу

1. інфільтративний туберкульоз легенів
2. пневмококова пневмонія
3. бульозна емфізема легенів
4. коклюш
5. мікоплазмова пневмонія

16. Усе перераховане є характерним для 2-ої стадії астматичного статусу, <за виключенням>

1. вираженої тахікардії
2. підвищеного рівня рСО<sub>2</sub>
3. появи зон "німої" легені
4. рО<sub>2</sub> нижче 60 мм рт.ст
5. поява парадоксального пульсу

17. Які з тверджень справедливі для астматичного статусу

1. інгаляції бета-адреноміметиків не ефективні
2. застосування наркотичних анальгетиків не протипоказано
3. необхідно проводити дегідратаційну терапію
4. глюкокортикоїди протипоказані при поєднанні з цукровим діабетом
5. для зняття статусу ефективний інтал

18. Яке з перерахованих поєднань терапевтичних міроприємств доцільно використовувати в лікуванні астматичного статусу

1. рифампіцин, но-шпа, постійна киснетерапія
2. стрептокіназа, реланіум, еуфілін
3. гідрокортизон, інгаляція закису азоту
4. гідрокортизон, еуфілін, гепарин
5. беротек, адреналін, еуфілін

19. Для 2-ої стадії астматичного статусу <характерним> симптомом є

1. "німі" зони в легені
2. посилення кашлю
3. гіпокапнія
4. поява періодичного дихання
5. дихання Куссмауля

20. При анафілактичній формі астматичного статусу

1. показано введення адреналіну
2. доцільно введення антигістамінних препаратів
3. необхідна інтенсивна кортикостероїдна терапія
4. доцільне введення еуфіліну
5. все вищевказане

21. Що з перерахованого найбільш інформативно <для підтвердження> діагнозу при підозрі на спонтанний пневмоторакс

1. досліджувати газовий склад крові

2. провести ультразвукове дослідження грудної клітки
3. зняти ЕКГ для виявлення ознак перевантаження правих відділів серця
4. зробити рентгенограму грудної клітки
5. провести діагностичну плевральну пункцію

22. Показаннями для штучної вентиляції легенів при астматичному статусі є

1. рО<sub>2</sub> в артеріальній крові нижче 50 мм рт.ст.
2. підвищення рСО<sub>2</sub> в артеріальній крові вище 60 мм рт.ст.
3. втрата свідомості
4. парадоксальне торакоабдомінальне дихання
5. все вищевказане

23. Показання для проведення бронхоскопії за пневмонії є:

1. Повторна проява крові у харкотинні
2. Тривале нерозсмоктування запального процесу у легенях
3. Виявлення рентгенологічних ознак гіповентиляції сегментів у легенях
4. Всі вищеперераховані причини
5. Ні одна з вищеперерахованих причин

24. Для лікування хворого в астматичному статусі використовується все перераховане, <за виключенням>

1. киснетерапії
2. еуфіліну
3. кортикостероїдів
4. інтала
5. вібраційного масажу

25. В результаті визначеного патологічного процесу у хворого настало ущільнення альвеолярно-капілярної мембрани. Дифузія якого газу зменшиться в результаті цього найбільшою мірою

1. кисню
2. вуглекислого газу
3. дифузія кисню і вуглекислого газу зменшиться однаковою мірою
4. ущільнення мембрани не відіб'ється на дифузії газів
5. оксиду азоту

26. Які препарати не <протипоказані> при астматичному статусі, пов'язаному з передозуванням адреноміметиків

1. адреналін
2. орципреналіна сульфат
3. ізадрин
4. еуфілін
5. норадреналін

27. Які з перерахованих станів можуть супроводжуватися "помилковим" кровохарканням

1. абсцес мигдалини
2. бронхоектатична хвороба
3. синдром Гудпасчера
4. скорбут (цинга)
5. все вищевказане

28. У хворого із спонтанним пневмотораксом з'явилися ознаки серцево-судинної недостатності - зміщення органів середостіння в протилежну сторону, зменшення вентиляції здорової легені. Яке ускладнення, найімовірніше, має місце

1. флегмона середостіння
2. флегмона шиї
3. розвинення напруженого пневмотораксу
4. підшкірна емфізема
5. плеврит

29. У 64-річної жінки з ожирінням на 4-у добу холецистектомії раптово з'явилися інтенсивні, "плеврального" характеру болі у лівій половині грудної клітки. Що з перерахованого <найбільш> інформативно в плані підтвердження діагнозу тромбоемболії легеневої артерії

1. ангіопульмонограма з ознаками судинного дефекту
2. підвищення активності лактатдегідрогенази і білірубіну при нормальній активності аланінамінотрансферази
3. парціальний тиск кисню в артеріальній крові 60 мм рт.ст.
4. рентгенограма легенів із згущуванням легеневого малюнка
5. відхилення електричної осі вправо на ЕКГ

30. Індекс Тифно є показником:

1. загальної життєвої місткості легенів
2. показником альвеолярної вентиляції
3. стану бронхіальної прохідності
4. ефективності вентиляції
5. максимального споживання кисню

31. Переконливими критеріями діагностики гострого бронхіту є:

1. клінічні дані
2. дані загального аналізу крові
3. дані біохімічного аналізу крові
4. дослідження мокрот
5. рентгенологічні зміни в легенях

32. Поява задишки при хронічному обструктивному бронхіті обумовлено поразкою:

1. трахеї
2. великих бронхів
3. бронхів середнього калібру
4. дрібних бронхів
5. бронхіол

33. Свідченнями для лікування хронічного бронхіту антибіотиками служить:

1. погані погодні умови
2. виділення слизової мокрот
3. виділення гнійної мокрот
4. посилення задишки
5. антибіотики застосовувати не слід

34. Легка течія хронічного бронхіту у стадії ремісії характеризується:

1. наявністю інтоксикації
2. відсутністю фізикальних змін з боку легенів
3. наявністю ознак дихальної недостатності

4. помірним кашлем з виділенням мокроти
5. порушенням працездатності

35. Назвіть основні клінічні прояви бронхіальної астми :

1. приступ ядухи
2. приступ кашлю
3. приступ затруднення дихання
4. вимушене положення тіла
5. все вищевказане

36. Назвіть стани, що відносяться до первинної гіперреактивності бронхів, :

1. астма фізичного зусилля
2. гормонозалежна астма
3. адренергічний варіант
4. вагусзалежна астма
5. холодова астма

37. Які твердження <вірні> відносно бронхіальної астми?

1. потребує постійного лікування
2. гіперреактивність бронхів є обов'язковою ознакою бронхіальної астми
3. завжди є алергія до яких-небудь алергенів
4. навіть в період ремісії в бронхах є ознаки запалення
5. все вищевказане

38. Найбільш часті причини смерті хворих з бронхіальною астмою:

1. астматичний статус
2. тромбоемболія легеневої артерії
3. гостра серцева недостатність
4. розвиток гострої емфіземи легенів
5. розвиток гострого легеневого серця

39. Часте позалегеневе ускладнення гострої пневмонії

1. інфекційно-токсичний шок
2. гепатит
3. менінгіт
4. гіперглікемія
5. нефрит

40. Одним з компонентів аспіринової тріади є:

1. гайморит
2. тонзиліт
3. поліноз носу
4. бронхіт
5. пневмонія

41. Алергічну форму бронхіальної астми характеризують реакції:

1. цитотоксичного типу
2. реагінового типу
3. усі види алергічних реакцій
4. уповільненої алергії
5. ушкодження імунними комплексами



42. Які клітини беруть основну участь в розвитку запалення при бронхіальній астмі:

1. еозинофіли
2. тучні клітини
3. нейтрофіли
4. Т-лімфоцити
5. все вищевказане

43. Антагоністи кальцію найбільш виражений ефект роблять при

1. алергічній астмі
2. неалергічній астмі
3. змішаній астмі
4. астмі фізичного зусилля
5. аспіриновій астмі

44. Препаратами для попередження нападів бронхіальної астми є

1. інгаляційні глюкокортикоїди
2. бета 2-агоністи короткої дії
3. еуфілін
4. антагоністи кальцію
5. глюкокортикоїди в/в

45. Якщо за пневмонії патологічний процес локалізується в паренхімі легені, то:

1. кашель буде сухим, періодичним
2. кашель буде вологим, періодичним
3. кашель буде відсутнім
4. кашель буде посилюватись в горизонтальному положенні
5. кашель буде з домішками крові

46. Кашель може виникати при:

1. роздратуванні рецепторів плеври
2. роздратуванні рецепторів дихальних шляхів
3. роздратуванні п. Vagus внаслідок пухлини середостіння, аневризми аорти
4. при всіх вищеперерахованих патологічних станах
5. ні при одному з вищеперерахованих патологічних станів

47. Кашель за пневмонії не може бути пов'язаний з:

1. ураженням плеври
2. ураженням сегментарних бронхів
3. роздратуванням рефлексогенних зон, розташованих в реберно-діафрагмальних синусах
4. накопиченням харкотиння у великих бронхах
5. ні з однією з вищеперерахованих причин

48. Причиною появи крові в харкотинні може бути:

1. дольова пневмонія
2. вірусне ураження слизової трахео-бронхіального дерева
3. мітральний стеноз
4. бронхоектатична хвороба
5. всі вищеперераховані патологічні стани

49. Причиною появи крові в харкотинні при пневмонії може бути:

1. застій в венах бронхіального дерева (пропотівання формених елементів в просвіт бронха)
2. перикардит

3. втягування в патологічний процес плевральних листків
4. всі вищенаведені причини
5. ні одна з вищенаведених причин

50. Причиною кашлю з кровохарканням, що супроводжується задишкою, може бути:

1. дольова пневмонія
2. серцева лівошлуночкова недостатність
3. тромбоемболія легеневої артерії
4. всі вищеперераховані причини
5. ні одна з вищеперерахованих причин

51. Задишка при пневмонії може бути обумовлена:

1. великою площею ураження легеневої тканини
2. інтоксикаційним синдромом
3. ураженням плевральних листків
4. розповсюдженим набряком слизової бронхіального дерева та гіперсекрецією слизу
5. всіма вищенаведеними причинами

52. Біль в грудній клітці при пневмонії обумовлений:

1. втягненням в патологічний процес плевральних листків
2. обструкцією бронхіального дерева
3. підвищенням тиску в малому колі кровообігу внаслідок частого кашлю
4. гіпоксією дихальних м'язів
5. всіма вищенаведеними причинами

53. Найчастішими причинами виникнення болю в грудній клітці може бути:

1. плевропневмонія
2. спонтанний пневмоторакс
3. міжреберна невралгія, міозит
4. тромбоемболія легеневої артерії
5. всі вищенаведені причини

54. Якщо внутрішньо альвеолярна інфільтрація легеневої тканини локалізована в прикореневій зоні, то при перкусії грудної клітки буде:

1. ясний легеневий звук
2. тупий перкуторний звук
3. тимпанічний перкуторний звук
4. притуплений перкуторний звук
5. притуплений з тимпанічним відтінком легеневий звук

55. Яке з вищенаведених змін дихання при аускультатії легенів найбільш характерне для вогнищевої пневмонії?

1. жорстке дихання
2. ослаблене везикулярне дихання
3. бронхіальне дихання
4. амфоричне дихання
5. жорстке дихання з подовженим видихом

56. Крепітація на відміну від дрібнопухирчастих хрипів:

1. вислуховується лише на висоті вдоху
2. вислуховується лише на видоку
3. вислуховується на видоку і на вдоху, переміщується при покашлюванні

4. зникає при покашлюванні
5. посилюється при натискуванні фонендоскопом на грудну клітку

57. Вологі хрипи на відміну від крепітації:

1. вислуховується лише на висоті вдоху
2. вислуховується лише на видохи
3. вислуховується на видохи і на вдохи, переміщується при покашлюванні
4. зникає при покашлюванні
5. посилюється при натискуванні фонендоскопом на грудну клітку

58. Поява крепітації свідчить про ураження:

1. мілких бронхів
2. бронхів середнього калібру
3. альвеол
4. плевральних листків
5. бронхів великого калібру

59. Поява дрібнопухирчастих вологих хрипів свідчить про наявність рідкої запальної рідини:

1. в альвеолах
2. в мілких бронхах
3. в бронхах середнього калібру
4. в плевральній порожнині
5. в бронхах великого калібру

60. При параневмонічному фібринозному плевриті домінуючою аускультативною ознакою є:

1. вологі дрібнопухирчасті хрипи
2. шум тертя плеври
3. крепітація
4. бронхіальне дихання
5. ослаблене дихання

61. При пневмонії, що ускладнилась ексудативним плевритом при аускультативній проекції місця, де накопичилась рідина буде:

1. бронхіальне дихання
2. жорстке дихання, на фоні якого є дрібнопухирчасті вологі хрипи
3. різко ослаблене везикулярне дихання, можливо відсутність дихання
4. шум тертя плеври
5. бронхіальне дихання на фоні якого є сухі хрипи

62. накопичення рідини в плевральній порожнині може бути обумовлено:

1. пневмонією
2. недостатністю кровообігу
3. специфічним ураженням легенів
4. мезотеліомою плеври
5. всіма вищеперерахованими змінами

63. Якщо вогнища запалення при пневмонії розташовані в 9,10 сегментах правої легені, то вони на рентгенограмі будуть визначатись:

1. в прямій проекції
2. в правій боковій проекції

3. в лівій боковій проекції
4. в задній проекції
5. в прямій проекції з нахилом назад

64. Хворому встановлений діагноз «бронхіальна астма, легкий персистуючий перебіг». Якому препарату Ви віддасте перевагу для планового лікування хвороби?

1. Інталу
2. будесоніду-forte
3. бекотиду-mite
4. беротеку
5. сальбутамолу

65. Хворому встановлений діагноз «бронхіальна астма, персистуючий перебіг середньої важкості». Якому препарату ви віддасте перевагу для планового лікування хвороби?

1. Інталу
2. беротеку
3. будесоніду-forte
4. бекотиду-mite
5. сальбутамолу

66. Показання для проведення бронхоскопії за пневмонії є:

1. повторна поява крові у харкотинні
2. тривале не розсмоктування запального процесу у легенях
3. виявлення рентгенологічних ознак гіповентиляції сегментів у легенях
4. всі вищеперераховані причини
5. ні одна з вищеперерахованих причин

67. Здатність мікроорганізмів викликати інфекційне захворювання у людини називається:

1. патогенністю
2. вірулентністю
3. інвазивністю
4. метаболічною активністю
5. резистентністю

68. Здатність мікроорганізмів переборювати захисні бар'єри і дисемінувати у макроорганізмі називається:

1. патогенністю
2. вірулентністю
3. інвазивністю
4. метаболічною активністю
5. резистентністю

69. Якщо призначення антибіотика за пневмонії, навіть у максимально високих дозах не призводить до позитивного клінічного ефекту, то слід вважати, що:

1. має місце резистентність мікроорганізму до призначеного антибіотика
2. має місце низька біодоступність антибактеріального препарату
3. має місце низька абсорбція препарату
4. всі вищеназвані стани
5. ні один з вищеназваних станів

70. Частка (%) антибіотика, що досягає системного кровотоку після поза судинного введення, називається:

1. біодоступністю антибіотика
2. абсорбцією антибіотика
3. періодом напіввиведення антибіотика
4. періодом певного ефекту антибіотика
5. всі вищенаведені формулювання невірні

71. До класу б-лактамних антибактеріальних препаратів відносять:

1. пеніциліни
2. цефалоспорини
3. карбапенеми
4. монобактами
5. всі перераховані

72. До групи інгібіторзахищених пеніцилінів відносять:

1. ампіцилін+сульбактами
2. макроліди
3. карбеніцилін
4. всі вищеперераховані групи
5. ні одна з вищеперерахованих груп

73. Основним представником цефалоспоринових препаратів I покоління є:

1. цефазолін
2. цефуроксим
3. цефтріаксон
4. цефепім
5. ні один з перерахованих препаратів

74. Основним представником цефалоспоринових препаратів II покоління є:

1. цефазолін
2. цефуроксим
3. цефтріаксон
4. цефепім
5. ні один з перерахованих препаратів

75. Основним представником цефалоспоринових препаратів III покоління є:

1. цефазолін
2. цефуроксим
3. цефтріаксон
4. цефепім
5. ні один з перерахованих препаратів

76. Основним представником цефалоспоринових препаратів IV покоління є:

1. цефазолін
2. цефуроксим
3. цефтріаксон
4. цефепім
5. ні один з перерахованих препаратів

77. Цефалоспоринові препарати I покоління найбільш активні у відношенні до:

1. грампозитивних мікроорганізмів

- 2.грамнегативних мікроорганізмів
- 3.внутрішньоклітинних мікроорганізмів
- 4.синьогнійної палички
- 5.вірусів

78. Найбільшою активністю по відношенню до грамнегативних мікроорганізмів серед цефалоспоринів володіють:

- 1.цефазолін
- 2.цефуроксим
- 3.цефтріаксон
- 4.жоден не володіє
- 5.всі володіють однаковою активністю

79. Найбільшою активністю по відношенню до синьогнійної палички володіють:

- 1.цефазолін
- 2.цефуроксим
- 3.цефтріаксон
- 4.цефтазидім
- 5.всі володіють однаковою активністю

80. Серед перерахованих антибіотиків до макролідних відносять:

- 1.азитроміцин
- 2.кларітроміцин (фромлід)
- 3.мідекаміцин (макропен)
- 4.всі вищеперераховані
- 5.ні один з вищеперерахованих препаратів

81. До антибактеріальних препаратів групи фторхінолонів відносять:

- 1.ципрофлоксацин (ципрінол)
- 2.офлоксацин, пефлоксацин
- 3.левофлоксацин
- 4.всі вищеперераховані препарати
- 5.ні один з вищеперерахованих препаратів

82. До фторхінолонових препаратів II покоління відносять:

- 1.ципрофлоксацин (ципрінол)
- 2.цифамандол
- 3.левофлоксацин
- 4.всі вищеперераховані
- 5.ні один з вищеперерахованих

83. Найбільш активним серед фторхінолонів у відношенні до *Str.pneumoniae* є:

- 1.ципрофлоксацин (ципрінол)
- 2.офлоксацин
- 3.левофлоксацин
- 4.пефлоксацин
- 5.всі вищеперераховані препарати

84.Згідно сучасної класифікації розрізняють наступні рубрики пневмонії:

- 1.гостра бактеріальна пневмонія
- 2.гостра вірусно-бактеріальна пневмонія
- 3.хронічна пневмонія

- 4.приведена рубрикація пневмоній не використовується
- 5.використовуються всі вищенаведені рубрики пневмоній

85. Згідно сучасної класифікації розрізняють наступні види пневмонії

- 1.позалікарняна пневмонія
- 2.госпітальна пневмонія
- 3.аспіраційна пневмонія
- 4.пневмонія у осіб з важкими дефектами імунітету
- 5.все вищенаведене вірно

86. Яка з наведених нижче об'єктивних ознак є найбільш інформативною для встановлення діагнозу пневмонія?

- 1.притуплений перкуторний звук
- 2.дзвінки вологі дрібнопухирчасті хрипи
- 3.крепітація
- 4.високі показники лейкоцитозу, ШОЕ на тлі кашлю та інтоксикаційного синдрому
- 5.рентгенологічно встановлена наявність внутрішньо альвеолярної інфільтрації

87. Основними показниками, що лежать в основі поділу хворих на поза лікарняну пневмонію на категорії є:

- 1.вік хворого
- 2.наявність супутніх хронічних захворювань
- 3.звичка паління
- 4.все вищеназване у сукупності
- 5.виділений збудник (грампозитивний, грамнегативний, атиповий, інші)

88. Якими критеріями керуватись за вирішення питання про госпіталізацію хворого у стаціонар?

- 1.попереднє амбулаторне лікування неефективне
- 2.наявність у хворого супутніх хронічних захворювань
- 3.вік старше 59 років
- 4.всі вищенаведені критерії у сумі дають право госпіталізувати хворого
- 5.вищенаведених критеріїв недостатньо для вирішення питання

89. Який з нижченаведених критеріїв є показником для госпіталізації пацієнта у стаціонар?

- 1.порушення свідомості
- 2.нестабільна гемодинаміка
- 3.тахіпноє, гіпотермія
- 4.будь-який з вищенаведених
- 5.лише за сумачії всіх вищенаведених показників

90. До якої категорії позалікарняної пневмонії Ви віднесете хворого віком 45 років, що не має супутніх хронічних захворювань, не палить, а перебіг захворювання у нього не важкий?

- 1.I категорія
- 2.II категорія
- 3.III категорія
- 4.IV категорія
- 5.V категорія

91. Ви встановили, що у пацієнта має місце I категорія позалікарняної пневмонії, представника якої групи антибактеріальних препаратів доцільніше всього йому призначити?

- 1.макроліди
- 2.аміноглікозиди
- 3.цефалоспорини III покоління
- 4.тетрацикліни
- 5.класичні фторхінолони

92. Ви встановили, що у пацієнта має місце I категорія позалікарняної пневмонії, представника якої групи антибактеріальних препаратів доцільніше всього йому призначити?

- 1.амінопеніциліни
- 2.тетрацикліни
- 3.цефалоспорини IV покоління
- 4.лінкоміцин
- 5.аміноглікозиди

93. Хворий, 65 років, на протязі 15 років страждає хронічним бронхітом, після переохолодження захворів пневмонією, перебіг її не важкий. До якої категорії захворювання слід віднести пневмонію, що має місце у даного пацієнта?

- 1.перша категорія
- 2.друга категорія
- 3.третя категорія
- 4.четверта категорія
- 5.п'ята категорія

94. Якщо пацієнту встановлена III категорія важкості позалікарняної пневмонії, то найоптимальнішим буде антибіотик з групи:

- 1.пеніциліни
- 2.аміноглікозиди
- 3.захищених бета-лактамів+макролідів
- 4.всі вищеперераховані ефективні в однаковій мірі
- 5.всі вищеперераховані не є препаратами вибору в даній клінічній ситуації.

95. Ознаками важкості позалікарняної пневмонії є:

- 1.ціаноз, запаморочення, задишка ( $ЧД < 30$  в 1 хв)
- 2.тахікардія, артеріальна гіпотензія ( $> 90/60$  мм.рт.ст.)
- 3.гіперлейкоцитоз або лейкопенія
- 4.рентгенологічні ознаки двобічної або багаточасткової однобічної пневмонії
- 5.всі вищеперераховані

96. Якщо встановлено, що позалікарняна пневмонія викликана *Mycoplasma pneumoniae*, то антибактеріальні препарати якої групи найбільш доцільно призначити?

- 1.напівсинтетичні пеніциліни
- 2.захищені пеніциліни
- 3.аміноглікозиди
- 4.макроліди
- 5.цефалоспорини II покоління

97. Які з перерахованих антибактеріальних препаратів найбільш активно концентруються внутрішньоклітинно:

- 1.ампіцилін
- 2.цефазолін
- 3.фромлід
- 4.цефтриаксон



## 5. зінацеф

98. Якщо на тлі негоспітальної пневмонії I категорії у хворого має місце загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, то найбільш оптимальним «стартовим» антибіотиком буде:

1. цефазолін
2. гентаміцин
3. кларитроміцин (фромлід)
4. цефуроксим
5. пеніцилін

99. Якщо на тлі негоспітальної пневмонії III категорії у хворого має місце загострення хронічного пієлонефриту, то найбільш оптимальним «стартовим» антибіотиком буде:

1. цефазолін
2. кларитроміцин (фромлід)
3. ципрофлоксацин (ципрінол)
4. гентаміцин
5. ампіцилін

100. Якщо рентгенологічно встановлено внутрішньо альвеолярна інфільтрація, виникла через 72 години після знаходження хворого в стаціонарі, то така пневмонія називається:

1. госпітальною
2. нозокоміальною
3. застійною
4. ні одна з наведених назв не вірна
5. всі наведені назви можна використовувати

101. Факторами, що здатні призвести до виникнення пневмонії в умовах стаціонару є:

1. часті попередні госпіталізації в стаціонари з приводу інших захворювань
2. попереднє, тривале застосування антибактеріальних препаратів
3. наявність хронічних захворювань (хронічного бронхіту, цукрового діабету, серцевої недостатності)
4. всі вищенаведені фактори
5. ні один з вищенаведених факторів

102. Вентилятор-асоційована пневмонія це та, що виникла:

1. як результат перебування хворого в помешканні, де працює кондиціонер
2. як результат проведення дихання «рот в рот»
3. як результат штучної вентиляції легень
4. все вищеназване вірне
5. все вищеназване не вірне

103. До ранніх вентилятор-асоційованих пневмоній ВАП відносять ті, що виникли:

1. протягом першої доби штучної вентиляції легень
2. протягом перших трьох діб вентиляції легень
3. протягом 3-5 днів штучної вентиляції легень
4. всі вищеперераховані строки можна вважати тими, що трактують як ранні ВАП
5. не існує «ранніх» вентилятор-асоційованих пневмоній

104. Для емпіричної терапії госпітальної пневмонії слід давати перевагу:

1. цефалоспорином I покоління
2. цефалоспорином II покоління

- 3.ципрофлоксацину (ципринолу)
- 4.макролідам
- 5.пеніциліну

105. Якщо встановлено, що збудником госпітальної терапії є *Pseudomonas aeruginosa*, то найбільш ефективним є призначення:

1. захищені бета-лактами
2. макроліди
3. цефалоспорини IV покоління + аміноглікозиди
4. всі вищеперераховані групи препаратів не ефективні
5. всі ефективні в однаковій мірі

106. Найефективнішими антибактеріальними препаратами, що використовуються для лікування аспіраційної пневмонії, при якій найвірогіднішим збудником є анаеробна інфекція будуть:

1. захищені бета-лактами
2. кліндаміцин або метранідазол
3. карбепенеми
4. всі вищеперераховані
5. ні один з вищеперерахованих

107. До факторів, що суттєво стримують розрешення пневмонічного запалення відносять:

1. похилий, старечий вік
2. зловживання алкоголем, палінням
3. наявність хронічних захворювань
4. велика площа враження легень
5. всі вищеперераховані фактори

108. «Ступенева» антибактеріальна терапія це та, при якій:

1. доза антибіотика, що приймається per os зменшується поступово з максимально необхідної до мінімально можливої
2. після ін'єкційної форми антибіотика (при певних клінічних показках) хворий переводиться на прийом його per os
3. хворий приймав антибіотик per os, результат був задовільний і хворому рекомендовано цей же антибіотик приймати в/м або в/в
4. все вищеперераховане може називатись «ступеневою терапією»
5. все вищенаведене не може називатись «ступеневою терапією», а називається терапією переключення

109. Метою «ступеневої терапії» є:

1. досягнення максимального терапевтичного ефекту при мінімізації витрат
2. створення максимального комфорту для хворого
3. запобігання формування ранніх алергічних реакцій
4. запобігання формування резистентності до антибіотиків
5. профілактика внутрішньо лікарняних ускладнень

110. Антибіотиками першого ряду при пневмонії, що викликана стафілококом є препарати:

1. оксацилін
2. захищені бета-лактами
3. макроліди
4. цефалоспорини

## 5.аміноглікозиди

111. Через який час після початку антибіотикотерапії слід вважати, що вона неефективна і необхідно вирішувати питання про заміну антибактеріального препарату:

- 1.через 12 годин
- 2.через 24 години
- 3.через 48 годин
- 4.через 72 години
- 5.більше ніж через 72 години

112. Якими ознаками, критеріями слід керуватись, щоб стверджувати, що емпірично призначений антибіотик є ефективним:

- 1.стійка тенденція до зниження температури тіла, що на початку захворювання була підвищеною
- 2.зменшення ознак інтоксикації
- 3.позитивна динаміка аускультативної картини
- 4.всіма вищеперерахованими ознаками
- 5.лише позитивною динамікою рентген-картини і ні однією з інших перерахованих ознак

113.Основним показником зупинення антибактеріальної терапії при пневмонії є:

- 1.стійка нормалізація температури тіла протягом двох днів після початку антибіотикотерапії
- 2.стійка нормалізація температури тіла протягом 3-4 днів після початку антибіотикотерапії
- 3.рентгенологічно доведене зникнення внутрішньо альвеолярної інфільтрації
- 4.всі вищеперераховані ознаки
- 5.ні одне з вищеперерахованих ознак

114. За неускладненого перебігу пневмонії після припинення антибіотикотерапії лікування ще має загалом тривати:

- 1.до 3-х діб
- 2.до 5-ти діб
- 3.до 10-ти діб
- 4.до 12-ти діб
- 5.до 17-ти діб

115. У разі отримання клінічних або епідеміологічних даних, які свідчать про мікоплазмову або хламідійну пневмонію, тривалість антибактеріальної терапії має складати:

- 1.1-3 діб
- 2.5-7 діб
- 3.10-13 діб
- 4.14-21 доба
- 5.більше 21 доби.

116. У хворого, який хворіє бронхіальною астмою на протязі року, в між приступний період при аускультатії можна визначити:

- 1.послаблене везикулярне дихання
- 2.жорстке везикулярне дихання
- 3.жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом
- 4.поодинокі сухі хрипи
- 5.амфоричне дихання

117. Для тривалого лікування хворого бронхіальною астмою найбільш доцільні препарати:

- 1.інгаляційні  $\beta$ -2- агоністи
- 2.пролонговані теофіліни
- 3.мембраностабілізатори
- 4.інгаляційні глюкокортикостероїди
- 5.системні глюкокортикостероїди

118. Пікфлуометр-це пристрій, який дозволяє:

- 1.оптимізувати введення інгаляційних аерозолів у дихальні шляхи
- 2.вивчити показники пікової швидкості видиху
- 3.зменшити в'язкість мокроти і покращити її евакуацію
- 4.покращити роботу дихальних м'язів
- 5.покращити роботу основного дихального м'язу-діафрагми

119. Тимчасовим критерієм виникнення астматичного стану є ситуація коли приступ ядухи триває:

- 1.8 годин
- 2.12 годин
- 3.18 годин
- 4.більше 24 годин
- 5.3 години

120. Для швидкого зняття приступу ядухи рекомендовано:

- 1.сульфокамфокаїн
- 2.в/в муколван
- 3.в/в строфантин
- 4.сальбутамол
- 5.інстаріл

## Гастроентерологія

1. Який гастрит не відноситься до особливих форм?

- A. Лімфоцитарний.
- B. Гранульоматозний.
- C. Еозинофільний.
- D. Ерозивний.
- E. Радіаційний.

2. Який гастрит не відноситься до особливих форм?

- A. Лімфоцитарний.
- B. Гранульоматозний.
- C. Радіаційний.
- D. Асоційований з *H.pylori*.
- E. Хвороба Менетріє.

3. У хворого 60 років при обстеженні виявлений хронічний автоімунний гастрит із секреторною недостатністю. Який з перерахованих медикаментів показаний данному хворому?

- A. Шлунковий сок.
- B. Денол.
- C. Ранітидин.
- D. Алмагель.
- E. Вентер.

4. Хвора А., 25 років, страждає на хронічний гастрит з підвищеною кислото утворюючою функцією шлунка. Який препарат доцільно використовувати для профілактики виразкової хвороби при хронічному гастриті з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка?

- A. Метоклопрамід.
- B. Вольтарен.
- C. Омепразол.
- D. Мотиліум.
- E. Папаверину гідрохлорид.

5. Хворий В., 51 років, страждає на хронічний гастрит. Під час морфологічного дослідження біоптату слизової оболонки шлунка встановлено наявність вираженої плазмоцитарної інфільтрації з великою кількістю IgA – секретуючих клітин. Який тип хронічного гастриту має місце?

- A. Автоімунний гастрит типу А.
- B. Хронічний гастрит типу В.
- C. Хронічний гастрит змішаного типу.
- D. Хіміко-токсичний гастрит.
- E. Лімфоцитарний гастрит.

6. Чим проявляється порушення моторно-евакуаторної функції шлунка?

- A. Больовим синдромом.
- B. Шлуночковою диспепсією.
- C. Кишковою диспепсією.
- D. Порушенням шлуночкової секреції.
- E. Всім вище перерахованим.

7. У хворого 60 років, під час обстеження виявлено хронічний автоімунний гастрит із секреторною недостатністю. Який препарат показаний даному хворому?

- A. Ренітидин.
- B. Де-нол.
- C. Шлунковий сік.
- D. Алмагель.
- E. Вентер.

8. Який із перерахованих антибактеріальних засобів не використовують у лікуванні хронічного гастриту із-за первинної резистентності до нього збудника захворювання?

- A. Амоксицилін.
- B. Тетациклін.
- C. Триметоприм.
- D. Кларитроміцин.
- E. Метронідазол.

9. У студента медичного факультету, під час екзаменаційної сесії на фоні психічного напруження, зловживання кавою і курінням появились ниючі болі в епігастральній області та печія натще. Скарги зменшувались або приходили після прийому молока чи мінеральної води. При зверненні в студентську поліклініку було рекомендовано інструментальне до обстеження та фоновий прийом препарату з групи Н-рецепторів гістаміну. Який з вказаних препаратів належить до цієї групи Н-рецепторів гістаміну?

- A. Фамотидин (квamatел).
- B. Омепразол (омез).
- C. Пірензепін (гастроцепін).
- D. Клритин.

Е. Маалокс.

10. Молодий чоловік, 27 років, при до обстеженні ендоскопічно виявлено поверхнєве ерозивне запалення слизової оболонки антрального відділу шлунка. У біоптаті слизової оболонки з даного відділу – позитивний уреазний тест. У крові підвищений рівень імуноглобулінів та імуних комплексів. Ваш діагноз?

- А. Виразкова хвороба шлунку.
- В. Хронічний автоімуний гастрит, тип А.
- С. Хронічний гастрит, тип В.
- Д. Синдром подразненого шлунка.
- Е. Невиразкова диспепсія.

11. До особливих форм хронічного гастриту не відносять:

- А. Еозинофільний гастрит.
- В. Лімфоцитарний гастрит.
- С. Гіпертрофічний (хвороба Менетріє).
- Д. Пангастрит.
- Е. Поліпозний гастрит.

12. Як найбільш ефективна схема антихелікобактерної терапії при хронічному гастриті типу В?

- А. Омепразол у стандартній дозі по 20мг 2 рази на день + метронідазол по 400 мг на день або тинідазол по 500 мг 2 рази на день.
- В. Омепразол у стандартній дозі 20 мг 2 рази на день + амоксицилін по 1000мг 2 рази на день + кларитроміцин по 500 мг 2 рази на день.
- С. Омепразол у стандартній дозі 20 мг 2 рази на день + метронідазол по 400мг 3 рази на день або тинідазол по 500мг 2 рази на день + амоксицилін по 1000мг 2 рази на день.
- Д. Субцитрат вісмуту (де-нол) по 120мг 4 рази на день + метронідазол по 400 мг 3 рази на день + тетрациклін по 500мг 4 рази на день.
- Е. Жодна відповідь не вірна.

13. Для якого з типів гастриту встановлено зв'язок його розвитку з *Helicobacter pylori*?

- А. Хронічний гастрит тип А.
- В. Хронічний гастрит тип В.
- С. Хіміко-токсична форма.
- Д. Алкогольний гастрит.

14. Основою діагностики хронічного гастриту є:

- А. Комплекс клінічних даних.
- В. Рентгенологічне дослідження.
- С. Дослідження секреторної функції.
- Д. Ендоскопічне дослідження.
- Е. Гістологічне дослідження біоптату шлунку.

15. У хворого 60 років при обстеженні виявлений хронічний автоімуний гастрит з секреторною недостатністю. Який препарат найбільш показаний даному хворому?

- А. Де-нол.
- В. Ранітидин.
- С. Алмагель.
- Д. Вентер.
- Е. Шлуночковий сік.

16. Яке з вищеназваних досліджень допоможе уточнити природу захворювання при астральному гастриті у хворого Д., 48 років?

- A. Антитілі до парієнтальних клітин.
- B. Визначення вмісту гастриту в крові.
- C. *Helicobacter pylori* в слизовій оболонці шлунка.
- D. Інтрагастральна рН-метрія.
- E. Фракційне дослідження шлункової секреції.

17. Ліками, що блокують  $H_2$ -гістамінові рецептори, є:

- A. Дифарган.
- B. Атопін.
- C. Фенозолін.
- D. Циметидин.
- E. Інтал.

18. Хворому Д., 30 років, який хворіє на хронічний гастрит В, рекомендовано стандартний варіант антихелікобактерної терапії першої категорії першої черги. Вкажіть цей варіант:

- A. Омепразол+амоксицилін+кларитроміцин.
- B. Вісмуту субцитрат+метронідозол+тетрациклін.
- C. Омепразол+вісмуту субцитрат+метронідозол+тетрациклін.
- D. Вісмуту субцитрат+гастроцепін.
- E. Гастроцепін+алмагель А+солкосеріл.

19. У хворого К., 43 років, який страждає на хронічний гастрит, під час морфологічного дослідження біоптату слизової оболонки шлунка встановлено наявність вираженої плазмоцитарної інфільтрації з великою кількістю IgA-секретуючих клітин. Яка особлива морфологічна форма хронічного гастриту має місце?

- A. Лімфоцитарний.
- B. Гранульоматозний.
- C. Узинофільний.
- D. Поліпозний.
- E. Гіпертрофічний (хвороба Менетріє).

20. У пацієнта 45 років, який хворіє на хронічний гастрит, під час внутрішньошлункової рН-метрії встановлено, що рН в області тіла та дна становить 6,0 в області антрума-7,0. Який з типів хронічного гастриту за етіологією і топографією найбільш імовірний в цьому випадку?

- A. Аутоімунний (тип А) пангастрит.
- B. *Helicobacter pylori* асоційований антрум гастрит.
- C. Хіміко-токсичний гастродуоденіт.
- D. Змішаний дуоденіт.
- E. Алкогольний гастрит тіла шлунка.

21. Одним із проявів виразкової хвороби є біль. Коли виникають болі при виразковій хворобі шлунка?

- A. Через 4-5 годин після їди.
- B. Через 2-3 годин після їди.
- C. Через 15-60 хвилин після їди.
- D. Через 7-8 годин після їди.
- E. Через 2-3 хвилини після їди.

22. Що не відносяться до ускладнень виразкової хвороби?

- A. Перфорація.

- В. Стеноз.
- С. Пенетрація.
- Д. Мегаколон.
- Е. Малігнізація.

23. Які варіанти терапії рекомендуються при пілородуоденальних виразках з підвищеною кислото утворюючою та секреторною функцією шлунка, гастродуоденальній дискінезії за гіпермоторним типом.

- А. Комбінація антацидів та блокаторів Н-рецепторів гістаміну.
- В. Монотерапія де-нолем або сукральфатом, або омепразолом.
- С. Комбінація цитопротекторів та блокаторів Н –рецепторів гістаміну.
- Д. Комбінація антацидів та інших анти секреторних препаратів.
- Е. Всі вище перерахован. Варіанти комбінацій препаратів.

24. У хворого 3., 32 років, уперше встановлений діагноз виразкової хвороби 12-ти палкої кишки. Хворіє протягом 5 років на хронічний гастрит. З якого препарату найдоцільніше розпочати лікування?

- А. Ранітидину.
- В. Атропіну сульфату.
- С. Фесталу.
- Д. Нереболу.
- Е. Вікасолу.

25. Чоловік, 32 років, 12 років хворіє на виразкову хворобу з локалізацією виразки в дванадцятипалій кишці. Теперішнє погіршення стану спостерігається протягом двох тижнів. Яка патогенетично обумовлена терапія для цього хворого?

- А. Трихопол, но-шпа, ампіцилін.
- В. Атропін, вікалін, фестал.
- С. Но-шпа, омепразол, фосфолюгель.
- Д. Де-нол, платифілін, есенціале.
- Е. Трихопол, омепразол, кларитроміцин.

26. Чоловік 52 років, знаходиться на лікуванні у стаціонарі з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, важкого перебігу, фаза загострення, ускладненої кровотечею. Який препарат доцільно використати для вторинної профілактики рецидивів після виписки хворого з стаціонару?

- А. Солкосерил.
- В. Платифілін.
- С. Алмагель.
- Д. Ранітидин.
- Е. Де-нол.

27. Який найбільш вірогідний механізм розвитку виразки передньої стінки дванадцятипалої кишки?

- А. Порушення моторики шлунка.
- В. Зниження синтезу простагландинів.
- С. Продукція ауто антитіл до парієнтальних клітин.
- Д. Харчова алергія.
- Е. Гелікобактерна інфекція.

28. Чоловік, 32 років, скаржиться на печію та ниючий біль у надчеревній ділянці через 2-3 години після їди. Об'єктивно : болючість у гастродуоденальній області під час пальпації.



ЕФГДС: виразка 5 мм на передній стінці дванадцятипалої кишки. Позитивний уреазний тест. Який найбільш імовірний провідний механізм розвитку захворювання?

- A. Гелікобактерна інфекція.
- B. Харчова алергія.
- C. Продукція автоантитіл.
- D. Зниження синтезу простагландинів.
- E. Порушення моторики шлунку.

29. У хворого, 32 років, з виразковою хворобою 12-палої кишки при рН-метрії шлункового соку встановлено, що базальна рН тіла шлунка досягає 0,9 а астрального відділу – 1,6. Ваше заключення за даними рН-метрії:

- A. Помірно знижена кислото утворююча функція шлунка, субкомпенсований стан.
- B. Помірно підвищена кислотоутворююча функція шлунка, компенсований стан.
- C. Нормальна кислотоутворююча функція шлунка, компенсований стан.
- D. Різко підвищена кислотоутворююча функція шлунка, субкомпенсований стан.
- E. Різко знижена кислото утворююча функція шлунка, декомпенсований стан.

30. Ліками, що блокують H-гістамінові рецептори, є:

- A. Диферган.
- B. Атропін.
- C. Фенозолін.
- D. Циметидин.
- E. Інтал.

31. У диференціальній діагностиці між виразковою хворобою шлунка і раком шлунка найважливішим є:

- A. Рентгенологічне дослідження.
- B. Дослідження шлункової секреції з гістаміном.
- C. Фіброгастроуденоскопія.
- D. Дослідження калу на скриті кров.
- E. Цитологічне дослідження промивних вод шлунка.

32. Самим надійним діагностичним методом при виразковій хворобі являється:

- A. Рентгенологічне.
- B. Аналіз кала на скриті кров.
- C. Шлункової секреції.
- D. Пальпаторне.
- E. Ендоскопічне.

33. Сприятливим фактором виникнення виразкової хвороби є:

- A. Група крові 0(I).
- B. Патологічна спадковість.
- C. Куріння.
- D. Нервове перенапруження в поєднанні з дефектами харчування.
- E. Всі перераховані фактори.

34. Хворий, 23 років, поступив у клініку з рецидивом виразкової хвороби 12-палої кишки, асоційованої з *Helicobacter pylori*. Котрий з препаратів, що використовується при лікуванні виразкової хвороби, має антигелікобактерну активність?

- A. Маалокс.
- B. Омепразол.
- C. Кларитроміцин.

- D. Фамотидин.
- E. Гастроцепін.

35. Жінка, 26 років, хворіє на виразкову хворобу 12-палої кишки протягом 4-х років із неодноразовим загостренням. Дієти і рекомендованої терапії не дотримується. Спостерігається некомпенсований тонзиліт, часті ГРВЗ. Емоційно лабільна. При повторній ФГДС: дефект 0,5x0,6 см по передній стінці 12-палої кишки, уреаз ний тест позитивний. Який із перерахованих факторів може бути основною причиною рецидивуванням захворювання?

- A. Наявність вогнища хронічної інфекції.
- B. Порушення дієти.
- C. Психогенний.
- D. Збереження гелікобактера пілорі.
- E. Часті ГРВІ.

36. Хворий, 35 років, хворіє на виразкову хворобу 12-палої кишки із значно підвищеною секреторною і кислото утворюючою функцією шлунка протягом 2 років. Після лікування в стаціонарі виписаний у задовільному стані. Який препарат слід рекомендувати хворому з профілактичною метою для амбулаторного приймання?

- A. Трихопол.
- B. Но-шпу.
- C. Платифілін.
- D. Фамотидин.
- E. Атропін.

37. У чоловіка, 34 років, на фоні незбалансованого харчування, нервових і фізичних перевантажень появились болі в епігастрії натще і через 1-1,5 годин після їжі, переважно натще. Рентгеноскопія шлунка і 12-палої кишки: виразкова ніша на задній стінці цибулин. Дихальний тест (після перорального прийому сечовини, міченої радіоактивним вуглецем) – позитивний. Яка з вказаних схем лікування забезпечить кращу антигелікобактерну дію при вперше виявленій виразці 12-палої кишки?

- A. Де-нол+метронідозол+квamatел (фамотидин).
- B. Тетрациклін+вентер(сукральфат)+контролок (пантопразол).
- C. Амоксицилін+метронідозол+паркет (рабопрезол).
- D. Солкосерил+маалокс+омепразол.
- E. Гастроцепін+цитотек+ранітидин.

38. Хворий госпіталізований до лікувально-профілактичного закладу з діагнозом виразкова хвороба шлунка в фазі загострення. Яка гастроентерологічна дієта використовується як аліментарний лікувальний фактор в комплексній терапії?

- A. Дієта N 1.
- B. Дієта N 2.
- C. Дієта N 3.
- D. Дієта N 4.
- E. Дієта N 5.

39. Юнак 17 років, поступив у клініку з рецидивом виразкової хвороби 12-палої кишки, асоційованої з Н.рулогі. Котрий з препаратів, що використовується при лікуванні виразкової, має антигелікобактрну активність?

- A. Амоксицилін.
- B. Маалокс.
- C. Омепразол.
- D. Фамотидин.

Е. Гастроцепін.

40. У чоловіка, 34 років, шофера каміона, весною появились болі в підложечній області натще, що на певний час зникали після їжі, а також печія, відрижка кислим. У подальшому відмічав рецидиви даних болі переважно у весняно-осінні періоди. Лабораторні дані без суттєвих змін. Для якого захворювання найбільш характерна сезонність даного симптомокомплексу?

- А. Кардіальна виразка.
- В. Рак шлунка.
- С. Хронічний гастрит, тип А.
- Д. Солярит.
- Е. Пілорична виразка.

41. У 30 річного службовця з'явився біль у надчеребній ділянці, що супроводжувався печією. Вживання їжі знімає біль, але через 1,5 годин вона знову з'являється. Хворий часто вживає соду, яка полегшує стан на короткий період часу. Який з перелічених методів обстеження найбільш інформативний для діагнозу?

- А. Езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС).
- В. Рентгеноскопія травного тракту.
- С. Зондове дослідження шлункового соку.
- Д. РН-метрія шлунка.
- Е. Аналіз калу на скриті крові.

42. Хворий, 32 років, протягом 5 років хворіє на хронічний гастродуоденіт. Палить, харчується нерегулярно. Обіймає керівну посаду. Протягом останнього місяця з'явився нічний та голодний біль. Об'єктивно: визначається локальна болючість, резистентність та позитивний симптом Менделя в пілородуоденальній зоні. Дані ЕФГДС: виразка на передній стінці дванадцятипалої кишки. Який фактор є провідним у виникненні даної патології?

- А. Паління.
- В. Порушення моторної функції шлунка.
- С. Інфікованість *Helicobacter pylori*.
- Д. Порушення харчування.
- Е. Сиресовий фактор.

43. Хворий Т., 55 років, скаржиться на загальну слабкість, болі в правому підребер'ї, судинні зірочки, збільшення розмірів живота, субіктеричність склер. Вживає надмірну кількість алкоголю. Яким гепатитом найімовірніше хворіє особа?

- А. Вірусним.
- В. Автоімунним.
- С. Алкогольним.
- Д. Гепатитом, який не класифікують як вірусний чи автоімунний.
- Е. Гепатит С.

44. Який вид вірусного гепатиту найчастіше переходить у цироз печінки?

- А. Гепатит С.
- В. Гепатит А.
- С. Гепатит Д.
- Д. Гепатит В.
- Е. Алкогольний гепатит.

45. У хворої ниючий біль в правому підребер'ї, періодично відрижка гірким, нудота, пониження апетиту. Місяць тому появилася жовтяниця. В даний час, при обстеженні – збільшена на 2см

печінка. У крові загальний білірубін – 36 мкмоль/л, прямий білірубін – 14,9 мкмоль/л, АЛАТ-1,3 ммоль/(год.хл). Яке захворювання у хворої?

- A. Хронічний холангіт.
- B. Хронічний холецистит.
- C. Хронічний гепатит В.
- D. Цироз печінки.
- E. Жовчокам'яна хвороба.

46. Для якого захворювання печінки характерні тільця Меллорі – еозинофільні включення у вигляді сітчастих мас або глибок?

- A. Хронічний гепатит.
- B. Цироз печінки.
- C. Гострий алкогольний гепатит.
- D. Реактивний гепатит.
- E. Токсичний неалкогольний гепатит.

47. Наводимо особливості одного з вірусних гепатитів. Механізм передачі – фекально-оральний, вибуховий характер спалаху із переважним ураженням молодих осіб у яких є антитіла до ВГР. Надзвичайно висока летальність, винятково у вагітних. Виявляється велика частота холестатичних змін. Виражений нирково-печінковий синдром. Що це за гепатит?

- A. Вірусний гепатит Д.
- B. Вірусний гепатит А.
- C. Вірусний гепатит В.
- D. Вірусний гепатит Е.
- E. Вірусний гепатит С.

48. Хвора 28 років, ін'єкційна наркоманка, скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї, слабкість, зниження апетиту, біль у суглобах, який турбує впродовж 2 тижнів. При огляді: жовтяниця шкіри та склер, печінка та селезінка збільшені, сеча темна, кал знебарвлений. Ваш діагноз?

- A. Вірусний гепатит В.
- B. Вірусний гепатит В.
- C. ВІЛ-інфекція.
- D. Токсичний гепатит.
- E. Хронічний холецистит.

49. Гепатит вважають хронічним якщо патологічні процеси в печінці тривають:

- A. 2 місяці.
- B. 3 місяці.
- C. 4 місяці.
- D. 5 місяців.
- E. 6 місяців.

50. В інфекційне відділення поступив хворий 19 років з високою температурою і висипанням на тілі. При обстеженні – збільшена і болюча печінка, вугреві висипання, нудота, загальна слабкість, жовтушність, що супроводжується шкірним зудом, анорексія. Аналіз крові: прискорення ШОЕ, підвищення рівня білірубіну. Сеча – темного кольору. Ваш діагноз?

- A. Хронічний активний гепатит.
- B. Хронічний гепатит.
- C. Ексудативний плеврит.
- D. Хронічний гломерулонефрит.
- E. Системний червоний вовчак.

51. Що із нижче перерахованого являється причиною розвитку портального шунтування, асцита і спленомегалії:
- A. Портальна гіпертензія.
  - B. Гепато-ренальний синдром.
  - C. Артеріальна гіпертензія.
  - D. Шкірна гіперестезія.
  - E. Хронічний гепатит.
52. При якому із перерахованих гепатитів спостерігається генералізована пігментація чи так звана «брудна шкіра» при нормальному рівні заліза в крові та збільшені кількості меланіну:
- A. Хронічний холестатичний гепатит.
  - B. Алкогольний гепатит.
  - C. Хронічний медикаментозний гепатит.
  - D. Хронічний вірусний гепатит В.
  - E. Хронічний гранульоматозний гепатит.
53. Високий титр тканинних антитіл до гладких м'язів у крові є потогноманічною ознакою:
- A. Хронічного аутоімунного гепатиту.
  - B. Алкогольного гепатиту.
  - C. Хронічноо метаболічного гепатиту.
  - D. Хроічного холестатичного гепатиту.
  - E. Хронічного вірусного гепатиту С.
54. До якого з перерахованих синдромів відноситься збільшення показників активності АЛАТ, АсАТ і прямого білірубіну в крові:
- A. Цитолітичний.
  - B. Холестатичний.
  - C. Мезенхімально-запальний.
  - D. Печінково клітинної недостатності.
  - E. Уремічний.
55. Для якого захворювання печінки характерні такі синдроми: астеничний, диспептичний, абдомінальний, холестатичний, вегетодистонічний, набряково-асцитичний?
- A. Гострий гепатит.
  - B. Ехінококоз печінки.
  - C. Хронічний гепатит.
  - D. Абсцес печінки.
  - E. Рак печінки.
56. Основним противірусним препаратом для лікування хворих на хронічний вірусний гепатит є:
- A. Гепатопротектори.
  - B. Вітаміни.
  - C. Альфа-інтерферон.
  - D. Глюкокортикоїди.
  - E. Глюкоза.
57. Хворий Д., протягом 4 місяців скаржиться на прогресуючу слабкість, відразу до їди, відчуття гіркоти в роті, тяжкість в надчеревній ділянці, правому підребер'ї. Пальпаторно: печінка збільшена на 4 см. Лабораторно: гіперхолестеринемія, гіпербілірубінемія, підвищена активність лужної фосфатази, гіпоальбумінемія. Поставте попередній діагноз.

- A. Рак підшлункової залози.
- B. Хронічний гастродуоденіт.
- C. Хронічний гепатит.
- D. Гострий холецистит.
- E. Виразкова хвороба.

58. Хворий В., скаржиться на тупий ниючий біль в правому підребер'ї який посилюється після вживання жирної їжі, нудоту, гіркоту в роті, здуття живота, наявність геморагій на тілі, носові кровотечі, схуднення. Об'єктивно: шкіра жовтушна із бурувато-землистим відтінком, петехії. Печінка збільшена. В аналізах крові підвищення рівня АЛТ, АСТ, серологічні маркери HbsAg (поверхневий антиген вірусу гепатиту В), anti-HBS –позитивні.

- A. Цироз печінки.
- B. Хронічний вірусний гепатит В.
- C. Вірусний гепатит С.
- D. Автоімунний гепатит.
- E. Токсичний гепатит.

59. Хвора С., 29 років, скаржиться на загальну слабкість, головний біль, епізоди підвищеної дратівливості, біль в правому підребер'ї, жовтушність шкірних покривів, підвищення температури тіла до 39 С, біль в м'язах, особливо нижніх кінцівок, біль в ліктьових та колінних суглобах. Об'єктивно: істеричність склер та шкіри, печінка + 5см., збільшена селезінка. Ваш діагноз?

- A. Хронічний вірусний гепатит В.
- B. Хронічний аутоімунний гепатит.
- C. Гострий гепатит В.
- D. Алкогольний цироз печінки.
- E. Первинний рак печінки.

60. Хворий А., 38 років, звернувся до лікаря зі скаргами на болі у правому підребер'ї, нудоту, сонливість. Лабораторно: підвищений рівень тимолової проби, загального білка і білірубину. При УЗД виявлена помірна гепатомегалія із заокругленим нижнім краєм печінки. Який ваш діагноз?

- A. Цироз печінки.
- B. Холецистит.
- C. Хронічний активний гепатит.
- D. Рак печінки.
- E. Холангіт.

61. Яке з перерахованих ускладнень не відноситься до ускладнень хронічного гепатиту?

- A. Гломерулонефрит.
- B. Кровотеча.
- C. Печінкова енцефалопатія.
- D. Пенетрація.
- E. Перфорація.

62. Жінка, 32 років, перенесла гостру форму вірусного гепатиту В. Протягом останніх 2 місяців визначається висока концентрація HBV-DNK. Якою повинна бути тактика ведення хворої?

- A. Призначити гепатопротектори.
- B. Призначити глюкокортикоїди.
- C. Призначити холеретичні засоби.
- D. Призначити вітаміни групи В.
- E. Призначити курс терапії препаратами інтерферону.

63. У хворой 32 років, ниючий біль в правому підребер'ї, періодично відрижка гірким, нудота, пониження апетиту. Три роки тому проведена апендектомія. Через 2 місяці появилася жовтушність шкірних покривів з приводу якої лікувалась в інфекційній лікарні. В даний час виявлена збільшеною печінка на 2 см. Яке захворювання може бути у хворой? А. Хронічний холангіт.

- А. Цироз печінки.
- В. Хронічний гепатит В.
- С. Хронічний холецистит.
- Д. Доброякісна жовтяниця Жільбера.

64. Хвора К., 28 років, скаржиться на важкість в правому підребер'ї, зниження апетиту, нудоту. Два роки тому лікувалась з приводу гострого гепатиту в інфекційному відділенні. Лабораторно: позитивні маркери імунологічного механізму: гіперпротеїнемія, гіпоальбумінемія, високий титр ЦК та антитіл у титрі не менше ніж 1 : 40 до гладеньких м'язів, ДНК, мікросом. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Цироз печінки.
- В. Хронічний гепатит.
- С. Хронічний холангіт.
- Д. Ниркова коліка.
- Е. Жовчнокам'яна хвороба.

65. Які із зазначених форм вірусного гепатиту передаються фекально-оральним шляхом?

- А. Гепатит В.
- В. Гепатити В, С, Д.
- С. Всі форми вірусного гепатиту.
- Д. Гепатити А, Е.
- Е. Жодна з форм вірусного гепатиту.

66. До чого утворюються автоантитіла при аутоімунному ідіопатичному гепатиті 2 типу?

- А. Гладком'язевих клітин.
- В. Печінковониркових мікросом.
- С. Розчинного печінкового антигену.
- Д. Ядер усіх клітин.
- Е. Всі відповіді не вірні.

67. Назвіть номер дієти по Певзнеру, яку б ви назначили хворому із хронічним холестатичним гепатитом?

- А. Стіл N 1.
- В. Стіл N 1б.
- С. Стіл N 3.
- Д. Стіл N 4а.
- Е. Стіл N 5.

68. Хворий Д., 19 років, скаржиться на слабкість, погіршення апетиту, нудоту, відчуття важкості у правому підребер'ї, ломоту в тілі, темний колір сечі, підвищення температури тіла до 37,8°C. Встановлено, що молодша сестра 1,5 місяці тому назад перенесла «жовтяницю». Шкіра та видимі слизові оболонки жовтушні. Нижній край печінки пальпується на 2 см. нижче реберної дуги, нечітко пальпується селезінка. Ваш діагноз?

- А. Вірусний гепатит А.
- В. Дискінезія жовчних шляхів.
- С. Лептоспіроз.

- D. Інфекційний мононуклеоз.
- E. Псевдотуберкульоз.

69. Хворий, 45 років, з діагнозом хронічний гепатит. У крові: виражена гіпергаммаглобулінемія, збільшення ШОЕ, гіперпротеїнемія, гіперфібриногенемія, дефіцит лімфоцитів із супресорною активністю, гіперпродукція імуноглобулінів А, М і, особливо, G, лімфоцитоз, LE – клітинний феномен, позитивна реакція на ревматоїдний фактор. Яким синдромом обумовлені дані показники?

- A. Холестатичним.
- Б. Геморагічним.
- В. Мезенхімально-запальним.
- Г. Цитолітичним.
- Д. Астеновегетативним.

70. У хворого підвищений рівень прямого білірубіну, холестерину, активності лужної фосфатази. Який синдром лежить в основі цих лабораторних показників?

- A. Цитолітичний.
- Б. Мезенхімально-запальний.
- В. Холестатичний.
- Г. Диспептичний.
- Д. Печінково-клітинної недостатності.

71. Що не відноситься до ознак вірусного цирозу печінки на початкових стадіях?

- A. Біль в правому підребер'ї.
- Б. Ожиріння.
- В. Жовтяниця.
- Г. Ахолічний кал.
- Д. Втрата маси тіла.

72. Яким не буває за морфологічною характеристикою цироз печінки?

- A. Дрібновузловий.
- Б. Середньовузловий.
- В. Великовузловий.
- Г. Зливний.
- Д. Неповний перетинковий.

73. Які з перерахованих ускладнень не характерні для цирозу печінки?

- A. Печінкова кома.
- Б. Тромбоз ворітної вени.
- В. Легенева кровотеча.
- Г. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу.
- Д. Енцефалопатія.

74. Причиною вторинного біліарного цирозу печінки є:

- A. Порушення відтоку жовчі із-за пухлини, каменя і інше.
- Б. Автоімунна реакція організму.
- В. Хронічний деструктивний негнійний холангіт.
- Г. Сепсис.
- Д. Вірусна інфекція.

75. Дифузний патологічний процес, що характеризується вираженим фіброзом і утворенням структурно-аномальних регенераторних вузлів у печінці – це:



- А. Гепатит.
- Б. Ехінококоз.
- В. Метастази раку в печінку.
- Г. Цироз печінки.
- Д. Гемохроматоз.

76. Що не є протипоказанням для застосування глюкокортикоїдів при цирозі печінки?

- А. Виразкова хвороба.
- Б. Остеопороз.
- В. Пієлонефрит.
- Г. Ерозивний гастрит.
- Д. Жовчно-кам'яна хвороба.

77. У хворого, 62 років, з великовузловим цирозом печінки з'явилися носові кровотечі, біль у правому підребер'ї, загальна слабкість, нудота. Об-но: жовтушність шкірних покривів, геморагічний висип на шкірі, печінка збільшена на 2 см, край її гострий. В аналізі крові: гіпопротеїнемія, диспротеїнемія. Яка причина геморагічного синдрому у хворого?

- А. Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВС-синдром).
- Б. Тромбоцитопенія.
- В. Печінковоклітинна недостатність.
- Г. Портальна гіпертензія.
- Д. Гіповітаміноз В.

78. Хворий М., скаржиться на біль в правому підребер'ї, який посилюється після вживання жирної їжі, нудоту, втомлюваність, зниження працездатності, безсоння. Живіт збільшений за рахунок збільшення печінки, селезінки та асцити. Підшкірні вени навколопупкової ділянки розширені – симптом «голови Медузи». Ваш діагноз?

- А. Хронічний гепатит.
- Б. Хронічний холецистит.
- В. Реактивний гепатит.
- Г. Цироз печінки.
- Д. Хронічний панкреатит.

79. При якому виді цирозу у периферійних частинах печінкових часточок утворюються жовчні «озера»?

- А. Макронодулярний.
- Б. Мікронодулярний
- В. Змішаний.
- Г. Біліарний.
- Д. Автоімунний

80. Хворий П., 62 років, скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї, відчуття важкості і повноти в надчеревній ділянці, непереносимість жирної їжі. Об'єктивно: судинні зірочки на шиї, пальмарна еритема, печінка збільшена з загостреним краєм. Клініко-лабораторні ознаки анемії. В анамнезі – зловживання алкоголем. Який за морфологічною характеристикою алкогольний цироз?

- А. Дрібновузловий.
- Б. Великовузловий.
- В. Неповний септальний.
- Г. Змішаний.
- Д. Всі відповіді правильні.

81. Жінка Н., 27 років, скаржиться на інтенсивний свербіж шкіри, особливо ввечері, тупий біль у правому підребер'ї. Захворіла 2 роки тому після родів. Печінка на 6 см виступає з-під краю реберної дуги, край її рівний, безболючий. Реакція на поверхневий антиген вірусного гепатиту В негативна. Яке ураження печінки найбільш імовірне?

- А. Первинний біліарний цироз.
- Б. Хронічний гепатит.
- В. Хронічний холецистит.
- Г. Гемохроматоз.
- Д. Жировий гепатоз.

82. Хворий М., 45 років, скаржиться на біль у правому підребер'ї. Об'єктивно: жовтушність шкірних покривів та склер, судинні «зірочки» на шкірі обличчя і верхньої частини тулуба, сарит medusa, асцит. Поставте діагноз.

- А. Лептоспіроз.
- Б. Рак печінки.
- В. Цироз печінки.
- Г. Гепатит В.
- Д. Рак головки підшлункової залози.

83. Який з лабораторних показників свідчить про ступінь активності процесу при цирозі печінки?

- А. АсАТ (аспартатамінотрансфераза).
- Б. АлАТ (аланінамінотрансфераза).
- В. ЛДГ<sup>1</sup> (лактатдегідрогеназа 1).
- Г. ЛДГ<sup>2</sup> (лактатдегідрогеназа 2).
- Д. Білірубін.

84. Підвищення якого з лабораторних показників свідчить про цироз печінки?

- А. ЛДГ<sup>1</sup> (лактатдегідрогеназа 1).
- Б. ЛДГ<sup>2</sup> (лактатдегідрогеназа 2).
- В. АсАТ (аспартатамінотрансфераза).
- Г. АлАТ (аланінамінотрансфераза).
- Д. Білірубін.

85. Що не входить у класифікацію цирозу печінки за морфологічною характеристикою?

- А. Дрібновузловий.
- Б. Великовузловий.
- В. Змішаний.
- Г. Септальний.
- Д. Токсичний.

86. До якого захворювання можна віднести такі симптоми: метеоризм, зниження апетиту, жовтушність шкірних покривів і видимих слизових оболонок, геморагічний діатез, розширення навколопупкових підшкірних вен, асцит?

- А. Цироз печінки.
- Б. Хронічний гепатит.
- В. Мітральний стеноз.
- Г. Хронічний панкреатит.
- Д. Хронічний холецистит.

87. У хворої, 28 років, спостерігається непереносимість жирів, відчуття повноти і важкості в надчеревній ділянці після прийому їжі, здуття живота, тупий ниючий біль в правому підребер'ї,

збільшення розмірів печінки і селезінки, синдром портальної гіпертензії. Зловживає спиртними напоями. Ваш діагноз?

- А. Алкогольний мікронодулярний цироз.
- Б. Макронодулярний цироз.
- В. Біліарний цироз.
- Г. Хронічний холецистит.
- Д. Ниркова недостатність.

88. Який з препаратів при лікуванні цирозу печінки стабілізує мембрани гепатоцитів, покращує внутрішньопечінковий кровообіг, позитивно впливає на вираженість асцити?

- А. Рибоксин.
- Б. Ліпоєва кислота.
- В. Кокарбоксілаза.
- Г. Піридоксальфосфат.
- Д. Есенціале.

89. Яку дієту доцільно призначити при цирозі печінки?

- А. Дієта № 9.
- Б. Дієта № 4.
- В. Дієта № 5.
- Г. Дієта № 10.
- Д. Дієта № 15.

90. Який препарат застосовують для зниження портального тиску при цирозі печінки?

- А. Вазопресин.
- Б.  $\beta$ -блокатори.
- В. Кальцію хлорид.
- Г. Фуросемід.
- Д. Вікасол.

91. У хворої М., 58 років, з надмірною масою тіла, виявлено ксантоми, деформацію фаланг пальців рук за типом «барабанних паличок», збільшену гладку печінку. При аналізі крові – підвищений рівень холестерину, прямого білірубіну, лужної фосфатази. Про яке захворювання йдеться?

- А. Хронічний вірусний гепатит А.
- Б. Алкогольну хворобу печінки.
- В. Первинний біліарний цироз печінки.
- Г. Жировий гепатоз.
- Д. Хронічний холецистит.

92. Які із комбінацій сечогінних препаратів застосовують при набряково-асцитичному синдромі у хворих цирозом печінки?

- А. Фуросемід 80 мг + гіпотіазид 10 мг.
- Б. Урегіт 25-100 мг + верошпірон 200 мг.
- В. Триампур 2-4 таб. + верошпірон 200 мг.
- Г. Фуросемід 80 мг + оксодолін 100 мг + верошпірон 200 мг.
- Д. Всі перераховані комбінації.

93. Хворий Т., 56 років, на виробництві мав контакт із діетилнітрозаміном, скаржиться на біль в правому підребер'ї, загальну слабкість, втрату апетиту, зниження працездатності. Об'єктивно: поверхня печінки горбиста, відмічається спленомегалія, асцит. Температура тіла 37,3°C., ШОЕ

– 24 мм/год., нейтрофільний лейкоцитоз, гіпохромна анемія. Яке захворювання розвинулось у пацієнта?

- А. Рак печінки.
- Б. Гепатит.
- В. Цироз печінки.
- Г. Жовчно-кам'яна хвороба.
- Д. Дискінезія жовчних проток.

94. Хворий С., який зловживав спиртними напоями звернувся до дільничного терапевта зі скаргами на тупий ниючий біль у правому підребер'ї, відчуття повноти та важкості в надчеревній ділянці після їди, непереносимість жирів, вздуття живота, закрепи, що змінюються поносами. При обстеженні виявлені «судинні зірочки» та еритема долонь. При пальпації: збільшена, щільна з гострим краєм печінка. Ваш діагноз?

- А. Хронічний гепатит.
- Б. Алкогольний цироз печінки.
- В. Гострий холецистит.
- Г. Дуоденіт.
- Д. Хронічний панкреатит.

95. У хворої Н., 50 років, з надмірною масою тіла, виявлено ксантоми на повіках, долонях, деформацію фаланг пальців по типу «барабаних паличок», збільшену гладку печінку. У крові – підвищений рівень холестерину, прямого білірубіну, а також збільшення активності лужної фосфатази. Про яке захворювання йдеться?

- А. Хронічний гепатит А.
- Б. Алкогольну хворобу печінки.
- В. Первинний біліарний цироз печінки.
- Г. Жировий гепатоз.
- Д. Хронічний холецистит.

96. Хворий К., 63 років, майже 14 років зловживає алкоголем. При опитуванні скарги на здуття живота, важкість в надчеревній ділянці після їди, часто закрепи, що змінюються на пронос. При пальпації печінка збільшена, щільна, край гострий. Пальмарна еритема і набряки кінцівок. В аналізі крові – знижена кількість альбумінів, підвищення бета- і гаммаглобулінів. Ваш діагноз?

- А. Вірусний гепатит В.
- Б. Аутоімунний ідіопатичний гепатит.
- В. Первинний біліарний цироз печінки.
- Г. Алкогольний міконодулярний цироз печінки.
- Д. Хронічний гепатит.

97. Якої величини вузлики характерні при дрібновузликовому цирозі печінки?

- А. Вузли різних розмірів.
- Б. 5 мм і більше.
- В. 1-3 мм.
- Г. 0,01-0,1 мм.
- Д. Ні одна відповідь неправильна.

98. Хворий, 50 років, скаржиться на зниження апетиту, важкість в епігастральній ділянці після їжі, болі в правому підребер'ї ниючого характеру, які посилюються після жирної їжі, нудоту, метеоризм, схуднення. При огляді – жовтушність шкіри, судинні зірочки, гінекомастія. Асцит. Печінка при пальпації збільшена, не болюча, тверда, край її гострий. Селезінка – виступає з-під краю реберної дуги на 2 см. Ваш попередній діагноз?

- А. Цироз печінки.

- Б. Хронічний гепатит.
- В. Гострий гепатит А.
- Г. Гострий холецистит.
- Д. Гострий панкреатит.

99. Хворий, 55 років, страждає на хронічний алкоголізм, скаржиться на диспептичні прояви, тупий біль у правому підребер'ї, загальну слабкість. Об'єктивно: пальпується, збільшена, щільна, з гладкою поверхнею і гострим краєм печінка. Хворому поставлений діагноз цироз печінки. Яким за морфологічною ознакою найбільш імовірним є діагноз цирозу?

- А. Дрібновузловий.
- Б. Великовузловий.
- В. Змішаний.
- Г. Неповний перетинковий.
- Д. Застійний.

100. Хворий 2 роки тому переніс гострий вірусний гепатит В. Зараз турбують неприємні відчуття в правому підребер'ї. При об'єктивному обстеженні: живіт збільшений в об'ємі, печінка збільшена, край її загострений, поверхня – бугриста. Який цироз характерний для даного хворого?

- А. Великовузловий.
- Б. Дрібновузловий.
- В. Змішаний.
- Г. Неповний перетинковий.
- Д. Фібротичний.

101. Що не характерно для синдрому мальабсорбції?

- А. Пренос.
- Б. Відходження газів з неприємним запахом.
- В. Спрага.
- Г. Закреп.
- Д. Зменшення маси тіла.

102. Що не відноситься до синдрому мальабсорбції?

- А. Гастрогенний с-м.
- Б. Панкреатогенний с-м.
- В. Гепатогенний с-м.
- Г. Ентерогенний с-м.
- Д. Гематогенний с-м.

103. У хворого на хронічний гастрит із секреторною недостатністю синдром мальабсорбції може бути усунений призначенням вітаміну. Якого?

- А. Вітаміну В<sub>2</sub>.
- Б. Вітаміну В<sub>12</sub>.
- В. Вітаміну С.
- Г. Вітаміну В<sub>с</sub>.
- Д. Вітаміну Д.

104. Хворий С., 55 років, скаржиться на здуття і бурчання в животі, підвищене відходження газів, рідкий стілець пінистого характеру з кислим запахом після вживання страв на молоці. Як називається даний синдром?

- А. Гнильної диспепсії.
- Б. Жирової диспепсії.

- В. Бродильної диспепсії.
- Г. Дискінезія жовчних шляхів.
- Д. Дисбактеріозу.

105. Хворий на дисбактеріоз кишечника скаржиться на діарею з великою кількістю рідкого калу, метеоризм, біль вище пупка ліворуч. Про який синдром йдеться?

- А. Мальабсорбції.
- Б. Мальдигестії.
- В. Синдром подразненої товстої кишки.
- Г. Інтотоксикаційний.
- Д. Дискінетичний.

106. Хворий 50 років, скаржиться на схуднення, метеоризм, виділення великої кількості неоформленого рідкого калу, біль у правій клубовій ділянці. У глюкозо-галактозному тесті приріст глікемії на 0,3 ммоль/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Дискінезія ЖВШ.
- Б. Синдром мальабсорбції.
- В. Гострий апендицит.
- Г. Цироз печінки.
- Д. Дизентерія.

107. Хворий, 55 років, скаржиться на здуття і урчання в животі, підвищене відходження газів, рідкі випорожнення пінистого характеру з кислим запахом, що з'являються після вживання молочних страв. Як іменується даний симптомокомплекс?

- А. Синдром бродильної диспепсії.
- Б. Синдром гнильної диспепсії.
- В. Синдром жирової диспепсії.
- Г. Синдром дискінезії.
- Д. Синдром мальабсорбції.

108. У хворого, 60 років, який страждає на хронічний панкреатит, продовж останніх трьох років з'явилися ознаки порушення перетравлення жирів. Вкажіть найбільш вірогідний механізм стеатореї у даного хворого:

- А. Знижене утворення трипсіну.
- Б. Зниження кислотності шлункового соку.
- В. Зниження продукції ліпази.
- Г. Зниження секреції амілази.
- Д. Зниження активності лужної фосфатази.

109. За характером морфологічних змін при ентериті не спостерігаються:

- А. Катаральні зміни.
- Б. Ерозивні зміни.
- В. Виразкові зміни.
- Г. Атрофічні зміни.
- Д. Гангренозні зміни.

110. До клінічних синдромів хронічного ентериту відносяться всі, крім:

- А. Дискінетичний синдром.
- Б. С-м кишкової диспепсії.
- В. Дистрофічний с-м.
- Г. Астеноневротичний с-м.
- Д. Цитолітичний с-м.

111. Хворий Т., 37 років, скаржиться на здуття живота і бурчання в ньому після вживання м'яса, відходження газів з дуже неприємним запахом. При дослідженні калу: РН-лужна. Мікроскопічно: неперетравлені м'язеві волокна. Який з нижче перерахованих синдромів наявний у хворого?

- А. Синдром стеатореї.
- Б. Синдром амілореї.
- В. Синдром креатореї.
- Г. Синдром лієнтореї.
- Д. Жоден з перерахованих синдромів неправильний.

112. Хворий Р., 33 років, скаржиться на сильні переймоподібні болі по всьому животі переважно у мезогастрію, що виникають у другій половині дня, на відчуття розпирання, важкість, бурчання в животі. Відмічає проноси 5-6 разів на добу. За останні 3 тижні схуд на 4 кг. Який попередній діагноз можна поставити хворому?

- А. Рак тонкої кишки.
- Б. Хронічний ентерит.
- В. Хронічний коліт.
- Г. Хронічний гастрит.
- Д. Дизентерія.

113. Хворий К., 37 років, скаржиться на періодичні болі в обох здухвинних ділянках, часті випорожнення з домішками крові, субфебрильну температуру тіла, зниження маси тіла. Об'єктивно: шкірні покрови і видимі слизові оболонки бліді, болючість при пальпації всіх відділів товстої кишки. Рентгенологічно: ознаки запалення термінального відділу здухвинної кишки. Яке захворювання найімовірніше?

- А. Ентероколіт (гранульоматозний).
- Б. Дизентерія.
- В. Хронічний гастрит.
- Г. Синдром мальдигестії.
- Д. Ні одна відповідь неправильна.

114. За етіологією хронічні ентерити поділяють на:

- А. Інфекційні.
- Б. Токсичні.
- В. Алергічні.
- Г. Медикаментозні.
- Д. Всі перераховані.

115. Яка дієта використовується при хронічному коліті який перебігає із дискінетичними закрепамі без ознак запалення при невираженому або затухаючому загостренні?

- А. Дієта №1а.
- Б. Дієта №3.
- В. Дієта №4.
- Г. Дієта №5.
- Д. Дієта № 15.

116. Який основний метод діагностики хронічного коліту?

- А. Рентгенографія.
- Б. Ультразвукове обстеження.
- В. Колоноскопія.
- Г. Бактеріологічний.

Д. Загальний аналіз крові.

117. Хворий, 59 років, скаржиться на ниючі болі в нижніх відділах живота у другій половині дня, що зменшуються після дефекації і відходження газів, чергування проносів і закрепів, здуття живота. У калі – слизь. Виявляються чергування спазмованих і атонічних відділів з урчанням товстої кишки, болючість при пальпації. При колоноскопії – атрофічні зміни слизової різної локалізації. Ваш діагноз?

- А. Хронічний коліт.
- Б. Хвороба Крона.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- Г. Синдром подразненої товстої кишки.
- Д. Хронічний ентерит.

118. У гастроентерологічне відділення поступив хворий зі скаргами на часті рідкі випорожнення із кров'ю і слизом, підвищення температури до 37,7°C, переймоподібний біль у животі. При огляді блідий. Пальпаторно визначається болючість по ходу товстої кишки. Колоноскопія: стінка кишечника набрякла з ерозіями і виразками, легко ранима. У просвіті значна кількість крові і слизу. Ваш діагноз?

- А. Хвороба Крона.
- Б. Поліпоз товстої кишки.
- В. Хронічний ентерит.
- Г. Дизентерія.
- Д. Неспецифічний виразковий коліт.

119. При обстеженні хворого К., відмічається лихоманка, тахікардія, зменшення маси тіла, діарея, стілець до 4 разів на день, з домішками слизу і крові. При аналізі крові – анемія, прискорення ШОЕ (більше 30 мм/год). Який попередній діагноз?

- А. Хронічний гепатит.
- Б. Хронічний ентерит.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- Г. Хронічний гастрит.
- Д. Гострий гастрит.

120. В гастроентерологічне відділення поступила хвора, віком 35 років зі скаргами: на тупі ниючі болі в нижніх відділах живота, які посилюються після прийому їжі і перед дефекацією, відчуття неповного випорожнення кишечника, чередування проносів і запорів, диспептичні розлади протягом 2 місяців. При колоноскопії виявлене катаральне запалення слизової оболонки товстої кишки. Який попередній діагноз?

- А. Рак товстої кишки.
- Б. Дискінезія товстої кишки.
- В. Гострий коліт.
- Г. Хронічний коліт.
- Д. Дизентерія.

## Ревматологія

1. У пацієнта Б., 49 років, який тривалий час хворіє на ревматоїдний артрит, після самовільної відміни глюкокортикостероїдів різко погіршилося самопочуття, підвищилася температура тіла до 39°C, посилилася ранкова скутість. Об'єктивно: збільшення периферійних лімфатичних вузлів, значне збільшення селезінки. Суглоби кистей, променево-зап'ясткові та надп'ястково-гомількові опухлі, деформовані, із мінімальною рухомістю. У крові виявлено анемію, лейкопенію, тромбоцитопенію, збільшену ШОЕ, ревматоїдний фактор (+++).



Яким синдромом ускладнився перебіг ревматоїдного артриту у хворого Б.:

- A Шегрена;
- B Фелті;
- C антифосфоліпідним;
- D Стілла;
- E Рейтера?

2. У хворого Н., 37 років, діагностовано псоріатичний артрит.

Ураження яких суглобів найхарактерніше для даного захворювання:

- A кульшових;
- B п'ястково-фалангових та проксимальних міжфалангових;
- C крижово-клубових;
- D трьох послідовних суглобів пальців кистей;
- E плесно-фалангових суглобів великих пальців стоп?

3. Які з наведених позасуглобових проявів характерні для хвороби Бехтерева:

- A іридоцикліт;
- B гломерулонефрит;
- C виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – постбульбарна виразка;
- D виразковий коліт;
- E геморагічний васкуліт?

4. Хворий В., 32 років, упродовж останнього року скаржиться на біль у крижах та кульшових суглобах, болючість та скутість під час рухів у поперековому відділі хребта. ШОЕ-56мм/год. Рентгенологічно виявлено ознаки двобічного сакроілеїту. Хворий є носієм антигену HLA B27.

Ваш діагноз:

- A хвороба Бехтерева;
- B деформівний остеоартроз;
- C ревматоїдний артрит;
- D хвороба Рейтера;
- E псоріатичний артрит?

5. У лікарню поступила хвора Н., 35 років, зі скаргами на ранкову скутість, виражене припухання та деформацію суглобів кистей рук. Об'єктивно: ульнарна девіація кистей, атрофія м'язів фаланг із значним обмеженням рухів у них, рожево-ціанотичне забарвлення шкіри долонь. У крові – ШОЕ-40мм/год, титр ревматоїдного фактора (+++).

Який із наведених препаратів слід призначити:

- A кризанол;
- B колхіцин;
- C алопуринол;
- D купреніл;
- E румалон?

6. Хворий Н., 20 років, скаржиться на біль, припухлість і почервоніння суглобів рук та ніг (ліктьових, променево-зап'ясткових, надп'ястково-гомількових) мігруючого характеру, підвищення температури тіла до 38,2<sup>0</sup>С, ниючий біль у ділянці серця, серцебиття, задишку, загальну слабкість. Два тижні тому переніс ангіну. Об'єктивно: тони серця ослаблені, прискорені, ритмічні, ЧСС 110 за 1 хв., вислуховується систолічний шум над верхівкою серця. ЕКГ – зниження біоелектричної активності міокарда, інтервал Р – Q – 0,28с. У крові – збільшена ШОЕ, збільшення кількості серомукоїду, рівня сіалових кислот, С-реактивного білка, підвищення титру антитіл до антистрептолізину О.

Ваш діагноз:

- А ревматизм;
- В токсична кардіоміопатія;
- С гострий перикардит;
- Д підгострий інфекційний ендокардит;
- Е міокардит Фідлера?

7. Хвора Л., 23 роки, поступила зі скаргами на припухлість та біль в колінних суглобах. Захворіла 2 тижні тому, коли після охолодження зросла температура до 38<sup>0</sup>С, яка трималася протягом перших 2 днів захворювання. Межі відносної серцевої тупості у нормі. Тони приглушені, систолічний шум на верхівці. ЧСС-100 за 1 хв., АТ-120/70мм.рт.ст. На ЕКГ: негативний Т в I-III та правих грудних відведеннях. ШОЕ – 30мм/год, ДФА-0,270, АСЛ «О» - 625 од. Після лікування (пеніцилін – 6млн од./добу, аспірин 1,5г/добу протягом місяця) всі вказані скарги зникли, стан поліпшився. ЛОР: хронічний некомпенсований тонзиліт.

Назвіть найбільш імовірний діагноз:

- А бактеріальний ендокардит;
- В інфекційно-алергічний міокардит;
- С вірусний міокардит;
- Д гостра ревматична лихоманка;
- Е тонзилогенна кардіоміопатія?

8. Хворий М., 35 років, скаржиться на біль у правих надп'яtkово-гомiлковому і колінному суглобах, пекучість в очах, болючість під час сечовипускання, слизово-серозні виділення із сечівника. Об'єктивно: уражені суглоби припухлі, рухи в них болючі, дещо обмежені. Гіперкератоз стоп. Гіперемія кон'юнктиви.

Який етіологічний чинник даного захворювання:

- А гонокок;
- В ентеровіруси;
- С хламідії;
- Д мікоплазми;
- Е вірус Епштейна-Барр?

9. Чоловік 31 року, декілька років періодично лікувався з приводу радикуліту попереково-крижового відділу хребта. В останні 2 роки з'явився біль у суглобах верхніх та нижніх кінцівок, що посилюється у другій половині ночі. Об'єктивно: припухлість колінних суглобів, болючість при пальпації попереково-крижового відділу хребта, обмеження рухливості грудної клітки при глибокому вдиханні. У зв'язку з підозрою на хворобу Бехтерева була призначена рентгенограма хребта та тазової кістки.

Які зміни на рентгенограмах найвірогідніші:

- А численні кістковидні просвітлення;
- В остеопороз, узурація суглобової поверхні;
- С звуження суглобової щілини, остеофітоз;
- Д двобічний сакроілеїт;
- Е розширення суглобових щілин, субхондральний склероз?

10. Хворий П., 27 років, скаржиться на біль у суглобах нижніх кінцівок, гнійне виділення з очей, різь та біль при виділенні сечі. Захворів гостро. В анамнезі – грип. Багато палить, зловживає алкоголем. Робота пов'язана з відрядженнями. На підставі клінічних та лабораторно-інструментальних даних встановлена хвороба Рейтера.

Назвіть можливий етіологічний фактор цієї хвороби:

- А хламідії, ієрсинії;
- В аденовірус;
- С стрептококи;

- D стафілококи;
- E кандиди?

11. Хвора 22 років, перенесла гострий ентероколіт ієрсиніозного генезу. Лікувалась в інфекційній лікарні. Після виписки гостро з'явився біль у правому колінному суглобі з набряком, болучий, рухливість обмежена. У крові: лейкоцитоз, ШОЕ-30мм/год, СРБ(++); фібриноген – 5,2г/л, альфа-2-глобуліни – 12%, титр антитіл до ієрсинії підвищений, РФ(-).

Діагноз:

- A реактивний артрит;
- B хвороба Рейтера;
- C деформуючий остеоартроз;
- D РА;
- E хондроматоз суглобів?

12. У хворої 50 років скарги на біль, припухлість, скутість суглобів кистей, стоп та колінних суглобів. При огляді – ульнарна девіація кистей, припухлість міжфалангових суглобів. На рентгенограмі: виражений остеопороз кісток, поодинокі узури, звуження міжсуглобових щілин. Встановлено діагноз – ревматоїдний артрит.

Які лабораторні показники найбільш характерні для даного захворювання:

- A підвищений рівень сечової кислоти в крові і сечі;
- B позитивний РФ та підвищення рівня фібриногену;
- C наявність М-градієнту, висока ШОЕ;
- D підвищення рівня КФК і міоглобіну;
- E нейтрофільний лейкоцитоз, білок Бен-Джонса?

13. Хворий 47 років, протягом 10 років лікувався у невропатолога з приводу остеохондрозу хребта з корінцевим синдромом. Останні 2 роки лікування проходило без клінічного ефекту. Лікар помітив зростання лабораторної активності процесу, зникнення фізіологічного лордозу. Була запідозрена хвороба Бехтерева.

Яке дослідження допоможе підтвердити діагноз:

- A рівень імуноглобулінів;
- B рентгенографія;
- C рівень ЦІК в крові;
- D антитіла до ДНК;
- E наявність ревматоїдного фактора?

14. Хвора 27 років, яка хворіє на ревматоїдний артрит протягом 7 місяців, об'єктивно має набряки ліктьових, променево-зап'ясткових, колінних та гомілково-стопних суглобів, ревматоїдні вузлики в ділянці ліктьових суглобів. У крові: ШОЕ-56мм/г, СРБ (+++). На рентгенограмах суглобів виявляється виражений остеопороз.

Що є базисною терапією в такій ситуації:

- A диклофенак натрію;
- B індометацин;
- C метотрексат;
- D преднізолон;
- E мелоксикам?

15. У хворої, 38 років, відмічається ранкова скутість у всьому тілі, особливо у суглобах верхніх та нижніх кінцівок, які зникають після активних рухів через 30-60 хв., артрит п'ястно-фалангових та проксимальних міжфалангових суглобів, субфебрильна температура, ШОЕ-45мм/год. Рентгенологічно відзначається остеопороз та узурація суглобової поверхні дрібних суглобів кистей та стоп.

Який найбільш імовірний діагноз:

- A псоріатична артропатія;
- B ревматоїдний артрит;
- C деформуючий остеоартроз;
- D системний червоний вовчак;
- E реактивний поліартрит?

16. Жінка 34 років, захворіла гостро 3 місяці тому, після гострої респіраторної інфекції з'явився біль в міжфалангових, а потім через 2 тижні в колінних суглобах, ранкова скутість, підвищилась температура тіла до 38<sup>0</sup>С. Суглоби міжфалангові, п'ястково-фалангові, колінні припухлі, малорухомі, набряклі, гарячі на дотик. В аналізі крові: ШОЕ – 45 мм/год, СРБ(+++), реакція Ваалера-Роузе 1:128.

Про який механізм захворювання можна думати:

- A дистрофічний;
- B алергічний;
- C обмінний;
- D дегенеративний;
- E аутоімунний?

17. Хворий Т., 24 років, протягом місяця лікувався в уролога з приводу уретриту, резистентного до ампіциліну, гентаміцину. Одночасно відмічав закисання очей зранку, а також припухання, біль та скутість в гомілково-стопних суглобах.

Про яке захворювання може йти мова:

- A ревматоїдний артрит;
- B гонорея;
- C кон'юктивіт вірусний;
- D синдром Рейтера;
- E ієрсиніозний артрит?

18. Хвора С., 24 років, скаржиться на постійні болі в дрібних суглобах пальців рук та ніг, в ліктьових та колінних суглобах протягом 4-х місяців. Лікувалась амбулаторно з незначним клінічним ефектом. При огляді – контури суглобів згладжені, температура шкіри над ними на дотик підвищена.

Яке першочергове рентгенологічне обстеження суглобів треба призначити хворій:

- A шийного відділу хребта;
- B колінних суглобів;
- C I-х плюсно-фалангових суглобів;
- D черепа;
- E суглобів кистей та ступнів?

19. Хворий Т., 36 років, скарги на біль у дрібних суглобах рук, ніг, в правому колінному суглобі. Огляд: суглоби деформовані, правий колінний суглоб збільшений в об'ємі (вільна рідина). Пункція: одержано 10 мл мутної рідини, кількість клітин в 1 мкл – 20 000 (нейтр.-78%, мононуклеари-22%, фагоцити-40%). Заг. білок – 52 г/л, глюкоза – 2,8 ммоль/л. Ревматоїдний фактор (+).

Якому захворюванню можуть відповідати такі клініко-лабораторні дані:

- A деформуючий остеоартроз;
- B ревматоїдний артрит;
- C неспецифічний бактеріальний артрит;
- D реактивний артрит;
- E подагра?

20. Хвора С., 56 років, підвищеної вгодованості, скаржиться на біль в суглобах кистей. 10 років страждає на захворювання суглобів. Огляд: виражена деформація та набряк пальців. Ro-грама: зниження суглобових щілин, остеофіти, остеопороз, ерозії та анкілози епіфізів п'ястково-фалангових суглобів з ульнарною девіацією. Аналіз крові: Нв-95г/л, ШОЕ-20мм/год. Сечова кислота – 0,38 ммоль/л.

Ваш діагноз:

- A подагра;
- B ревматоїдний артрит;
- C деформуючий остеоартроз;
- D поєднання ревматоїдного артрити та остеоартрозу;
- E реактивний артрит?

21. У жінки Н., 30 років, після тривалої інсоляції виникли різкий біль у колінних суглобах, висипання на шкірі обличчя, підвищилась температура тіла до 38<sup>0</sup>С. Об'єктивно: метеликоподібна еритема на обличчі, променево-зап'ясткові, колінні та надп'ястково-гомількові суглоби опухлі, болючі під час рухів. У крові – ознаки анемії, лейкопенія, лімфопенія.

Який із наведених імунних тестів найбільш специфічний для встановлення діагнозу:

- A антитіла до нативної ДНК;
- B антитіла до склеродерми-70;
- C антитіла до антигену мітохондрій;
- D антитіла до РНК;
- E міозинспецифічні антитіла?

22. У жінки Д., 30 років, після відпочинку на морі виникла мігруюча артралгія, висипання на шкірі, різка загальна слабкість. Об'єктивно: температура тіла – 38,2<sup>0</sup>С. На шиї, грудях, у ділянці колінних суглобів – еритематозні висипання, на слизовій оболонці піднебіння, щік – енантематозні плями. Під час аускультатії легенів нижче від кута правої лопатки вислуховується шум тертя плеври. У крові – ознаки анемії, збільшення ШОЕ, позитивна реакція Вассерманна.

Які додаткові дослідження слід провести для уточнення діагнозу:

- A визначення титру антистрептококових антитіл;
- B визначення титру ревматоїдного фактора;
- C визначення міозинспецифічних антитіл;
- D виявлення (мікроскопічно) блідої трепонеми;
- E виявлення антинуклеарного фактора?

23. У стаціонар у важкому стані доставлено 30-річну хвору Н. із скаргами на гарячку, запаморочення, судоми, масивні набряки. Упродовж року хворіє на системний червоний вовчак. Під час обстеження виявлено люпус-нефрит із нефротичним синдромом, цереброваскуліт, високу активність запального процесу.

Що найбільш доцільно призначити в даному випадку:

- A пульс-терапію метилпреднізолоном;
- B нестероїдні протизапальні засоби;
- C купреніл;
- D далагіл;
- E преднізолон усередину в дозі 30 мг на добу?

24. Хвора Ж., 35 років, скаржиться на гарячку (39<sup>0</sup>С), біль у поперековій ділянці та суглобах, набряки обличчя, які з'явилися після тривалої інсоляції. Об'єктивно: на щоках та переніссі еритема, збільшені підщелепні та пахвові лімфатичні вузли, суглоби кінцівок набрякли. Аускультативно: I тон над верхівкою серця ослаблений, акцент II тону над аортою, АТ 200/120мм.рт.ст. У крові – нормохромна анемія, лейкопенія, ШОЕ 60мм/год, виявлені

антинуклеарний фактор, антитіла до нативної ДНК. У сечі – виражена протеїнурія, мікрогематурія, циліндрурія.

Ваш діагноз:

- A системний червоний вовчак, люпус-нефрит;
- B ревматоїдний артрит, нефропатія;
- C хронічний гломерулонефрит;
- D інфекційно-токсична нефропатія;
- E склеродермічна нефропатія?

25. У хворой Д., 40 років, із встановленим діагнозом системного червоного вовчака у весняно-літній період спостерігаються ознаки фотосенсибілізації.

Який з перерахованих препаратів слід призначити на цей період:

- A делагіл;
- B купреніл;
- C метилпреднізолон;
- D циклофосфан;
- E метотрексат?

26. Хворий Н., 30 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 38<sup>0</sup>С, виражену слабкість у проксимальних м'язах рук і ніг, спонтанний м'язовий біль. У крові – підвищення активності креатинфосфокінази-ММ-фракції, амінотрансфераз (АСАТ, АЛАТ), білків гострої фази, збільшення ШОЕ. За даними біопсії м'яза – втрата посмугованості м'язових волокон, їхня фрагментація, зерниста і соскоподібна дегенерація, некроз та лімфоїдно-макрофагальна інфільтрація.

Який діагноз найбільш вірогідний:

- A поліміозит;
- B ревматична поліміалгія;
- C міастенія;
- D прогресуюча м'язова дистрофія;
- E трихінельоз?

27. Хвора С., 25 років, скаржиться на загальну слабкість, субфебрильну температуру тіла, біль у суглобах, зниження маси тіла, посиніння кистей рук на холоді. Після проведеного обстеження діагностовано системний склероз.

Яке з наведених уражень шкіри є характерною ознакою даного захворювання:

- A стійка еритема обличчя в ділянці великих дуг та перенісся;
- B еритема на відкритих ділянках за типом декольте;
- C еритема та періорбітальний набряк у вигляді окулярів;
- D пухирцеві висипання на шкірі тулуба;
- E щільний набряк та індурація шкіри обличчя, кистей, гомілок?

28. Хвора В., віком 40 років, страждає на системний склероз з ураженням шкіри, суглобів, серця, легенів, синдром Рейно.

Яке з наведених уражень серця є найхарактернішим для системного склерозу:

- A інфаркт міокарда;
- B кардіосклероз;
- C хронічна аневризма лівого шлуночка;
- D мітральний стеноз;
- E конструктивний перикардит?

29. У хворой В., 40 років, із синдромом Рейно, щільним набряком шкіри обличчя, артралгіями, під час проведення біопсії шкіри виявлено порушення мікроциркуляції, проліферацію

ендотелію, стовщення стінки та звуження просвіту судин, деформацію і редукцію капілярної сітки.

Для якого з ревматичних захворювань характерні наведені ознаки:

- А системного склерозу;
- В дерматополіміозиту;
- С системного червоного вовчака;
- Д ревматизму;
- Е вузликового поліартеріїту?

30. Хвора М., 40 років, страждає на синдром Рейно впродовж 10 років. Останнім часом з'явилася дисфагія з утрудненням ковтання твердої їжі, періодичним зригуванням. У крові виявлено нормохромну анемію, збільшену ШОЕ, поодинокі LE-клітини; у сечі – збільшення вмісту оксипроліну.

Яке з вказаних захворювань найбільш вірогідне в даному випадку:

- А системний склероз;
- В пухлина стравоходу;
- С залізодефіцитна анемія;
- Д гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба;
- Е системний червоний вовчак?

31. В стаціонар поступила хвора В., 22 років, з вовчаковою кризою, високою лабораторно-клінічною активністю, температурою 38,5<sup>0</sup>С.

Найбільш доцільним є призначення:

- А цитостатиків;
- В нестероїдних протизапальних препаратів;
- С глюкокортикоїдів;
- Д амінохінолінових препаратів;
- Е пульс-терапії?

32. У практично здорової жінки 22 років під час профілактичного огляду на виробництві виявлені ШОЕ – 25 мм/год, Л - 2,9×10<sup>9</sup>/л При додатковому обстеженні: гаммаглобулінів сироватки – 25%, імуноглобулінів G – 22,3 г/л. Сестра хворіє на системний червоний вовчак.

Яка рекомендація лікаря безпідставна:

- А приймати нестероїдні протизапальні засоби;
- В протипоказані профілактичні щеплення;
- С уникати інсоляцій;
- Д протипоказані фізіотерапевтичні процедури;
- Е приймати ліки тільки за призначенням лікаря?

33. Хвора О., 37 років, скаржиться на виражену загальну слабкість плечових та стегнових м'язів, біль в них, набряки на обличчі, почервоніння шкіри над колінними та гомілково-стопними суглобами, біль та обмеження рухів в них. В анамнезі – перенесена ангіна 2 тижні тому. Об'єктивно: світло-фіолетова еритема на обличчі з набряком верхніх повік, колоїдні плями на тілі та над суглобами, припухлість колінних, гомілково-стопних суглобів, біль при пальпації плечових та стегнових м'язів. Т-37,8<sup>0</sup>С. Заг. аналіз крові: Нь-92г/л, Ер-3,2×10<sup>12</sup>/л, Л-4,8×10<sup>9</sup>/л, с/я-67%, л-18%, еоз-6%, м-7%, баз-2%, ШОЕ-42мм/год, СРБ(+++), сіалові кислоти-0,38 од. опт. щільності. У біоптаті литкових м'язів – інфільтрація з фокальною дегенерацією м'язових волокон.

Ваш діагноз:

- А контактний дерматит;
- В системний червоний вовчак;
- С набряк Квінке;

- D дерматоміозит;
- E ревматична поліміалгія?

34. Чоловік 38 років, скаржиться на неінтенсивний біль та наростаючу останні 3 тижні слабкість у м'язах плечового і тазового пояса, спини, значні труднощі при підйомі з ліжка, голінні, підйомі сходами, підвищення температури тіла до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . У крові: Нb-114г/л, Л- $10,8 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 9%, ШОЕ-22мм/год, С-реактивний протеїн (++).

Зміни якого лабораторного показника матимуть вирішальне діагностичне значення:

- A антитіла до нДНК;
- B церулоплазмін;
- C сіалові кислоти;
- D креатинфосфокіназа;
- E гаммаглобуліни?

35. Хвора 19 років, скаржиться на біль в кистях та колінних суглобах, нудоту, задишку при незначному фізичному навантаженні. Захворіла 2 тижні тому після пологів, коли з'явилися артралгії, анорексія, лихоманка. Об'єктивно:  $t - 37,6^{\circ}\text{C}$ , ЧСС-116/хв., АТ-150/100мм.рт.ст. Визначаються хейліт, дигітальний васкуліт, набряки на обличчі та ногах. Тони серця глухі, ритм галопу. У крові: Нb-90г/л, Л- $4,2 \times 10^9$ /л, Тр- $112 \times 10^9$ /л, ШОЕ-64мм/год. В загальному аналізі сечі: білок-4,2г/л, Л-8-10 в п/з, Ер-20-25 в п/з, циліндри гіалінові – 4-6 в п/з, зернисті – 2-6 в п/з.

Найбільше значення в патогенезі ураження нирок можуть мати:

- A антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла;
- B IgA;
- C антитіла до нДНК;
- D резус-антитіла;
- E IgM?

36. Хвора 16 років, хворіє протягом року системним червоним вовчаком. Після перенесеного грипу стан різко погіршився. З'явилася стійка гіпертермія, задишка, тахікардія, гематурія, надмірна протеїнурія, рідина в плевральній і черевній порожнинах, надмірні показники креатиніну і сечовини в плазмі крові.

Яке лікування може дати найкращий ефект:

- A пульс – терапія глюкокортикоїдами;
- B гепаринотерапія;
- C аміносаліцилати;
- D D-пеніциламін;
- E амінохінолони?

37. У хворої 20 років, після тривалого перебування на сонці з'явилась субфебрильна температура, біль і припухлість в колінних і гомілково-стопних суглобах, еритема на обличчі і перенісі, лейкопенія, прискорена ШОЕ. Виставлений попередній діагноз – системний червоний вовчак.

Назвіть патогномонічні лабораторні дані, які підтверджують цей діагноз:

- A присутність С-реактивного протеїну;
- B прискорена ШОЕ;
- C наявність антинуклеарного фактора;
- D анемія;
- E лімфоцитоз?

38. У хворої 22 років після ГРЗ через 3 тижні з'явилась слабкість, субфебрильна температура, артрит, еритема на обличчі за типом «метелика». В плазмі крові були виявлені LE-клітини в 6:1000 лейкоцитів.



Що це за клітини:

- A фагоцитуючі моноцити;
- B клітини Березовського-Штенберга;
- C ревматоїдний фактор;
- D зрілі нейтрофіли, які фагоцитують ядерні білки;
- E недиференційовані клітини?

39. Хвора 42 років, яка страждає на склеродермію протягом 5 років, досягла стійкої ремісії після використання D-пеніциламіну протягом року.

Який механізм дії препарату має патогенетичну дію:

- A зв'язування отрут;
- B вплив на білковий обмін;
- C гальмування синтезу колагену;
- D вплив на Т-лімфоцити;
- E пригнічення функції макрофагів?

40. Хвора Т., 32р., звернулась зі скаргами на потовщення, індурацію шкіри кистей, обличчя, кашель, мерзлякуватість, утруднення ковтання. 10 років тому хворій було встановлено діагноз – синдром Рейно. Лікувалась епізодично. Об'єктивно: обличчя амімічне, «кисетний» рот.

Яка базисна терапія показана при даній патології в першу чергу:

- A циклофосфан;
- B D-пеніциламін;
- C кризанол;
- D делагіл;
- E преднізолон?

41. Хворий С., 50 років, скаржиться на різкий біль у I плесно-фаланговому суглобі та підвищення температури тіла до 38<sup>0</sup>С. Ці ознаки виникли раптово, вночі. Зі слів хворого, напередодні вживав копчену рибу та пиво. Під час огляду суглоб набряклий, шкіра над ним синьо-багряна, гаряча на дотик, напружена. У крові виявлено збільшення ШОЕ, рівня гострофазових білків.

Який із наведених факторів спричинює ураження суглобів у даному випадку:

- A утворення імунних комплексів та їх відкладання в синовіальній оболонці;
- B порушення метаболізму хряща;
- C пошкодження синовіальної оболонки інфекційним збудником;
- D надмірне утворення кристалів уратів та їх накопичення в синовіальній рідині;
- E надмірне утворення кристалів пірофосфату та їх накопичення в синовіальній рідині?

42. Хворий Н., 60 років, скаржиться на біль та хруст у правому кульшовому суглобі, що виникає під час ходіння. Хворіє впродовж 5 років. Об'єктивно: обмеження ротації та відведення стегна. Під час рентгенологічного дослідження виявлено звуження суглобової щілини, крайові остеофіти.

Який із наведених факторів найбільш імовірно спричинив ураження суглоба:

- A утворення імунних комплексів та їх відкладання в синовіальній оболонці;
- B порушення метаболізму хряща;
- C пошкодження синовіальної оболонки інфекційним збудником;
- D надмірне утворення кристалів уратів та їх накопичення в синовіальній рідині;
- E надмірне утворення кристалів пірофосфату та їх накопичення в синовіальній рідині?

43. Жінка 56 років, поступила до клініки із скаргами на біль та припухлість правого колінного суглоба, які з'явилися тиждень тому. В анамнезі часті простудні захворювання, хронічний холецистопанкреатит. Об'єктивно: на тильно-бокових поверхнях дистальних міжфалангових

суглобів є щільні вузлики невеликих розмірів, дещо болючі при пальпації, відмічається деформація 1-х плюсно-фалангових суглобів обох ступнів, правий колінний суглоб деформований, рухи в ньому обмежені.

Який діагноз найбільш вірогідний:

- A реактивний артрит;
- B ревматичний поліартрит;
- C ревматоїдний артрит;
- D подагра;
- E остеоартроз?

44. Хвора Р., 56 р., скаржиться на біль в дистальних міжфалангових суглобах кистей та колінних суглобах. Хворіє 8 років. Температура тіла нормальна. Міжфалангові суглоби потовщені і болючі при пальпації, хрускіт в колінних суглобах при згинанні. Рентгенографія колінних суглобів: звуження суглобової щілини, незначні кісткові розростання по краях суглобів. Аналіз крові: Л-6,2×10<sup>9</sup>/л, ШОЕ-13мм/год.

Ваш діагноз:

- A реактивний поліартрит;
- B ревматичний поліартрит;
- C подагрична артропатія;
- D ревматоїдний артрит;
- E остеоартроз?

45. Хворий В., 58 років, хворіє на подагру тофусну стадію 8 років. Останній місяць турбують тиснучі болі в ділянці серця, головні болі переважно в потиличній ділянці, шум у вухах. При обстеженні: сечова кислота – 740мкм/л, CRP (+), ЦІК-40 од., сечовина – 14мм/л, креатинін – 240мкм/л. АТ-170/100мм.рт.ст. Вислухано систолічний шум над верхівкою серця, переважання ІІ тону серця над аортою.

Яке ускладнення подагри у хворого:

- A склеротична мітральна вада;
- B міокардит;
- C подагрична нефропатія;
- D есенціальна артеріальна гіпертензія;
- E ішемічна хвороба серця?

46. Хвора 58 років, бухгалтер, 2 роки страждає на остеоартроз колінних суглобів. 2 тижні лікувалась стаціонарно. Виписана в задовільному стані із скаргами на незначний больовий синдром після тривалого статичного навантаження. Локальні гіпертермія та ексудативні явища в області суглобів відсутні.

Яка найбільш доцільна тактика ведення хворої:

- A лікування в умовах санаторію;
- B повторне стаціонарне лікування;
- C провести артроскопію;
- D направити на МСЕК;
- E консультація ортопеда?

47. Хвора 55-ти років на протязі 2-х місяців скаржиться на біль в лівому колінному суглобі. За останні 2 тижні спостерігається помірна гіпертермія шкіри над ним, набряк, порушення функції. Рівень сечової кислоти не підвищений. Рентгенологічно в колінному суглобі визначається остеохондроз, остеофіти, звуження суглобової щілини.

Який найбільш імовірний діагноз:

- A туберкульозний гоніт;
- B гонорейний гоніт;

- С подагра;
- D ревматоїдний артрит;
- Е остеоартроз?

48. Чоловік 60 років, будівельник, скаржиться на болі в колінних і правому кульшовому суглобах, що посилюються після навантаження. Хворіє протягом останніх 5-ти років. Об'єктивно: підвищеної вгодованості. Правий колінний суглоб помірно деформований. З боку інших органів і систем патології не виявлено. Аналіз крові: Л-8,2; ШОЕ-15мм/г, сечова кислота – 0,35ммоль/л.

Який діагноз найбільш імовірний:

- A хвороба Рейтера;
- B реактивний артрит;
- C ревматоїдний артрит;
- D деформуючий остеоартроз;
- E подагра.

49. Чоловік 55 років, поступив у клініку в зв'язку з нападом ниркової кольки, яка періодично повторюється протягом року. Об'єктивно: в ділянці вушних раковин та правого ліктьового суглоба знаходяться вузликові утворення, покриті тонкою блискучою шкірою. Пульс – 88/хв. АТ – 170/100мм.рт.ст. Позитивний симптом Пастернацького з обох боків.

Визначення якого лабораторного показника найбільш доцільно для уточнення діагнозу:

- A ШОЕ;
- B ревматоїдного фактора;
- C сечової кислоти;
- D осаду сечі;
- E молочної кислоти?

50. Жінка 51 років, хворіє на суглобову форму ревматоїдного артрити з ураженням дрібних суглобів кистей, приймає нестероїдні протизапальні ліки, але захворювання прогресує, з'явився біль у колінних та гомілково-ступеневих суглобах, вранішня скутість до 12 години дня.

Яку комбінацію ліків доцільно призначити:

- A кризанол, диклофенак натрію;
- B преднізолон, плаквеніл;
- C алопуринол, ібупрофен;
- D румалон, напроксен;
- E артепарон, вольтарен?

51. Жінка 49 років, скаржиться на біль у плечових суглобах, що посилюється при рухах, обмеження рухливості, короткочасну ранішню скутість. Хворіє декілька років. В минулому займалась спортивною гімнастикою. На рентгенограмі плечових суглобів – звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз, остеофіти у нижньовнутрішньому відділі плечової голівки.

Що лежить в основі патогенезу ураження суглобів у хворі:

- A пошкодження синовіальної оболонки інфекційним агентом;
- B відкладання у синовіальній оболонці імунних комплексів;
- C порушення обміну сечової кислоти;
- D відкладання у суглобах пірофосфату кальцію;
- E порушення метаболізму хряща?

52. Жінка 49 років, скаржиться на біль у плечових суглобах, що посилюється при рухах, обмеження рухливості, короткочасну вранішню скутість. На рентгенограмі плечових суглобів –

звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз, остеофіти у нижньовнутрішньому відділі плечової головки.

Яка найбільш доцільна базисна терапія:

- A кризанол;
- B делагіл;
- C ібупрофен;
- D D-пеніциламін;
- E Структум?

53. Хвора 56 років, з надмірною масою тіла, скаржиться на біль в колінних суглобах, який посилюється при ходьбі, особливо по сходах та при довгому стоянні на ногах. Хворіє 5 років. Об'єктивно: колінні суглоби деформовані, набряклі, під час руху – болючість, хрускіт. Рентгенограма суглобів – суглобова щілина звужена, субхондральний склероз, крайові остеофіти.

Який діагноз найбільш імовірний:

- A ревматоїдний артрит;
- B ревматичний артрит;
- C реактивний артрит;
- D подагра;
- E деформуючий остеоартроз?

54. Жінка 55 років, кухар, скаржиться на біль у правому колінному суглобі, який турбує протягом місяця, підсилюючись наприкінці дня. Об'єктивно: підвищена маса тіла, колінний суглоб набряклий, при пальпації відмічається локальна болючість, хрускіт при рухах. Є деформація 1-х плюсно-фалангових суглобів обох ступнів. Змін з боку крові та сечі не виявлено.

Які зміни на рентгенограмі можна очікувати:

- A звуження суглобової щілини, численні узури, підвивихи;
- B остеопороз, звуження суглобової щілини, поодинокі узури;
- C звуження суглобової щілини, крайові остеофіти;
- D ерозії епіфізів, кісткові анкілози;
- E звуження суглобової щілини, круглі дефекти кісткової тканини?

55. На курорті лікар оглянув хворого на подагру у фазі ремісії перед початком бальнеотерапії (сірководневмісних ванн). На перші дні лікування додатково слід призначити для профілактики загострення:

- A антуран;
- B алопуринол;
- C вольтарен;
- D преднізолон;
- E супрастин?

56. Чоловік 62 років, відзначає біль у кульшовому суглобі, який посилюється під час ходи, різке обмеження рухів у суглобі, що ускладнює пересування. Під час ходи шкутильгає внаслідок невеликого вкорочення лівої ноги і обмеження рухливості у кульшовому суглобі. На рентгенограмі: різке зниження суглобової щілини, субхондральний склероз, крайові остеофіти.

Найкраща тактика ведення хворого:

- A провести амбулаторне лікування;
- B направити на протезування суглоба;
- C направити на лікування в ревматологічне відділення;
- D направити на лікування в терапевтичне відділення;
- E направити на санаторно-курортне лікування?

57. Чоловіка 57-ми років турбує біль в колінних суглобах, дистальних міжфалангових суглобах кистей. Вказані явища тривають 5 років. У колінних суглобах при рухах і пальпації відмічається болючість і інтраартикулярний хрускіт. На кінцевих фалангах пальців рук пальпуються тверді вузлики. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. Клінічний аналіз крові не змінений. С-реактивний протеїн (+), латекс-тест – негативний. Ro-графія суглобів: звуження міжсуглобової щілини, субхондральний остеосклероз.

Який з перелічених діагнозів є вірним:

- A ДОА;
- B склеродермія;
- C ревматоїдний артрит;
- D подагра;
- E ревматичний поліартрит?

58. Жінка 58 років, поступила зі скаргами на біль та обмеження рухів в колінних та гомілково-ступневих суглобах. Об'єктивно: уражені суглоби деформовані, рухи в них обмежені, при рухах відмічається хрускіт. На рентгенограмі – суглобова щілина звужена, остеофітоз.

Призначення якого базисного препарату найбільш раціональне у даній ситуації:

- A структум;
- B диклофенак;
- C преднізолон;
- D алопуринол;
- E азатіоприн?

59. Хвора 55 років. При огляді на вушних раковинах визначаються щільні утворення, що виступають над поверхнею шкіри, діаметром до 2мм. В анамнезі гострі болі у I плюсно-фаланговому суглобі лівої ступні, що супроводжувались гіперемією шкіри над ним. Об'єктивно: температура в нормі, ЧСС-80/хв., АТ-150/90мм.рт.ст. В біохімічному аналізі крові: сечова кислота-0,500ммоль/л, креатинін - 100мкмоль/л.

Який препарат з перерахованих слід призначити:

- A азатіоприн;
- B індометацин;
- C гіпотіазид;
- D сульфасалазин;
- E алопуринол?

60. Жінка 56 років, скаржиться на біль в колінних суглобах. Суглоби збільшені в розмірі, рухи обмежені та болісні, відмічається хрускіт в суглобах при рухах. Запідозрений остеоартроз. Призначено рентгенологічне дослідження.

Які рентгенологічні зміни ви очікуєте одержати:

- A остеосклероз, зниження суглобової щілини, остеофіти;
- B остеопороз, звуження суглобової щілини;
- C остеопороз, «симптом пробійника»;
- D остеопороз, розширення суглобової щілини;
- E остеопороз, узурпація суглобових поверхонь?

## Гематологія

1. До якого класу схеми кровотворення відносяться стовбурові клітини:
  - 1.І
  - 2.ІІ
  - 3.ІІІ

4.IV

5.V

2. Які клітини в схемі кровотворення відносяться до II класу:

- 1.Лімфобласти
- 2.Частково детерміновані клітини-попередники
- 3.Ретикулярні
- 4.Морфологічно розпізнавані
- 5.Фібробласти

3. Які клітини в схемі кровотворення відносяться до III класу:

- 1.Мієлобласти
- 2.Монобласти
- 3.Поліпотентні клітини
- 4.Уніпотентні клітини
- 5.Макрофаги

4. До якого класу схеми кровотворення відносяться бластні клітини - родоначальниці рядів:

- 1.I
- 2.III
- 3.IV
- 4.V
- 5.VI

5. Клітина - родоначальниця мієлоїдного ряду:

- 1.Лімфобласт
- 2.Мієлоцит
- 3.Мієлобласт
- 4.Монобласт
- 5.Уніпотентна клітина – попередниця

6. Про що свідчить позитивна біологічна проба?

- 1.Про антигенну несумісність плазми
- 2.Про сенсibiliзацію
- 3.Несумісність за антигенами еритроцитів
- 4.Про несумісність за лейкоцитарними антигенами
- 5.Несумісність за аглютинінами.

7. Клітина - родоначальниця еритроїдного ряду:

- 1.Малий лімфоцит
- 2.Мієлобласт
- 3.Еритробласт
- 4.Ортохромний нормоцит
- 5.Ретикулоцит

8. Клітина - родоначальниця тромбоцитопоезу:

- 1.Мієлобласт
- 2.Уніпотентна клітина - попередниця тромбоцитопоезу
- 3.Мегакаріобласт
- 4.Монобласт
- 5.Лімфоїдна клітина

9. Де утворюються лімфоїдні клітини:

1. У лімфатичних вузлах
2. Селезінці
3. У кістковому мозку
4. У печінці
5. У лімфатичних протоках

10. Величина гематокриту відображає:

1. Співвідношення між об'ємом плазми та лейкоцитів
2. Співвідношення між об'ємом циркулюючої крові та еритроцитів
3. Співвідношення між об'ємом плазми та еритроцитів
4. Співвідношення між ОЦК та лейкоцитами
5. Співвідношення між лейкоцитами та еритроцитами

11. Утворення монетних стовпчиків еритроцитів при приготуванні мазків крові пов'язано з:

1. Високим вмістом сироваткових гама-глобулінів
2. Взаємодії холодкових аглютининів з антигенами еритроцитів
3. Помірним або значним дефіцитом заліза
4. Помірним або значним дефіцитом вітаміну В12
5. Взаємодія теплових аглютининів з антигенами еритроцитів

12. При яких захворюваннях в мазках крові часто зустрічаються монетні стовпчики еритроцитів:

1. Мієломна хвороба
2. Макроглобулінемія Вальденстрема
3. Хронічні запальні процеси
4. Гострі запальні процеси
5. Хвороба Вакеза

13. Гіпохромні еритроцити найчастіше зустрічаються при:

1. Дефіциті заліза
2. Серповидноклітинній анемії
3. Таласемії
4. Гемоглобінопатії
5. Анемії Фанконі

14. Основний патогенетичний механізм утворення гіпохромних овалоцитів:

1. Дефіцит заліза
2. Порушення метаболізму еритроцитів
3. Порушення синтезу ДНК
4. Порушення синтезу РНК
5. Мембранопатії

15. Гіперхромні еритроцити найчастіше зустрічаються при:

1. Мегалобластній анемії
2. Дефіциті вітаміну В-12
3. Дефіциті фолієвої кислоти
4. Дефіциті заліза
5. Дефіциту вітаміну Е

16. Пойкілоцитоз - це стан, при якому спостерігається:

1. Зміна розмірів еритроцитів

- 2.Зміна кольору еритроцитів
- 3.Зміна форми еритроцитів
- 4.Зміна кількості еритроцитів
- 5.Зміна маси еритроцитів

17. Анізоцитоз - це стан, при якому спостерігається:

- 1.Зміна форми еритроцитів
- 2.Зміна кольору еритроцитів
- 3.Зміна розмірів еритроцитів
- 4.Зміна кількості еритроцитів
- 5.Зміна маси еритроцитів

18. Центральним органом імунної системи людини є:

- 1.Тимус
- 2.Кістковий мозок
- 3.Селезінка
- 4.Периферична кров
- 5.Лімфатичний вузол

19. При трансфузії плазми чи потрібне проведення біологічної проби?

- 1.Обов'язково
- 2.Проводиться в рідких випадках
- 3.Якщо хворий сенсibilізований раніше
- 4.Не проводиться
- 5.Проводиться індивідуально

20. Непряма проба Кумбса використовується для визначення наявності антитіл:

- 1.У сироватці крові
- 2.На еритроцитах донора
- 3.На еритроцитах хворого
- 4.На лейкоцитах донора
- 5.На лейкоцитах хворого

21. Пряма проба Кумбса використовується для визначення наявності антитіл:

- 1.На еритроцитах хворого
- 2.На еритроцитах донора
- 3.У сироватці крові хворого
- 4.У сироватці крові донора
- 5.На лейкоцитах хворого

22. Симптом, що найчастіше зустрічається при В12-фолієво-дефіцитній анемії:

- 1.Глосит Хантера
- 2.Міокардит
- 3.Інтоксикація
- 4.Екстрасистолія
- 5.Спленомегалія

23. Клінічні форми ауто- і гетероімунних захворювань в гематологічній практиці:

- 1.Анемія
- 2.Тіреодит
- 3.Гепатит
- 4.Тромбоцитопенія



## 5. Агранулоцитоз

24. Основним лабораторним діагностичним методом аутоімунної гемолітичної анемії є:

1. Реакція сольової аглютинації
2. Пряма реакція Кумбса
3. Прямоїмунофлуоресцентний метод
4. Реакція гемаглютинації
5. Цитохімічне обстеження

25. При В12-дефіцитній анемії ураження нервової системи проявляється ураженням:

1. Фунікулярний мієлоз
2. Лицьових нервів
3. Попереково-крижових нервів
4. Сідничого нерва
5. Нейроінтоксикації

26. Методи протипухлинної терапії злоякісних захворювань імунної системи:

1. Антибіотикотерапія
2. Гормонотерапія
3. Променева терапія
4. Цитостатична хіміотерапія
5. Метаболічна терапія

27. До природних антикоагулянтів відносяться:

1. Фенілін
2. Гепарин
3. Синкумар
4. Антитромбопластин
5. Аспірин

28. Найбільш ефективним при лікуванні В12-дефіцитної анемії є:

1. Введення вітаміну В12
2. Трансфузії еритроцитарної маси
3. Глюкокортикоїдні гормони
4. Поєднання вітаміну В12 і глюкокортикоїдних гормонів
5. Цитостатична терапія

29. Генетичний дефект при гемофілії А передається по типу:

1. Домінантно-аутосомному
2. Рецесивно-аутосомному
3. Рецесивному, зчепленому з Х-хромосомою
4. Рецесивному, зчепленому з Y-хромосомою
5. Пов'язано з філадельфійською хромосомою

30. Спадковий дефект при гемофілії А передається:

1. Всім дітям
2. Тільки дівчаткам
3. Тільки хлопчикам
4. І хлопчикам і дівчаткам
5. При трансфузіях

31. Гострі гемартрози при гемофілії А найчастіше вражають суглоби:

1. Плечові
2. Ліктьові
3. Колінні
4. Гомілковостопні
5. Кульшові

32. Вторинний ревматоїдний синдром при гемофілії А характеризується поразкою суглобів:

1. Плечових
2. Ліктьових
3. Дрібних суглобів стопи
4. Колінних
5. Кульшових

33. Ниркоподібні кровотечі у хворих на гемофілію А можуть виникати:

1. Спонтанно
2. Після травми поперекової області
3. Як наслідок пієлонефриту
4. Як наслідок нирковокам'яної хвороби
5. При лихоманкових станах

34. Генетичний дефект при гемофілії В передається по типу:

1. Домінантно-аутосомному
2. Рецесивно-аутосомному
3. Рецесивному, зчепленому з X-хромосою
4. Рецесивному, зчепленому з Y-хромосою
5. Пов'язано з філадельфійською хромосою

35. Клінічні форми прояву геморагічного синдрому ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури:

1. Крововиливи в колінні суглоби
2. Шкіряні крововиливи
3. Крововиливи в ліктьові суглоби
4. Ясневі кровотечі
5. Гематурія

36. Картина крові при хворобі Мінковського-Шоффара:

1. Мікросфероцитоз, анемія, ретикулоцитоз
2. Анізоцитоз, зниження вмісту еритроцитів, тромбоцитопенія
3. Макроанізоцитоз, пойкилоцитоз еритроцитів, зниження вмісту гемоглобіну
4. Нормоцитоз, зниження вмісту еритроцитів
5. Мегалобластоз, анемія

37. Основний патогенетичний механізм анемії при свинцевій інтоксикації:

1. Гемоліз еритроцитів
2. Дефіцит заліза
3. Пригнічення синтезу гема
4. Дефіцит мікроелементів
5. Дефіцит вітаміна Е

38. Геморагічний синдром при хворобі Рандю-Ослера найчастіше проявляється кровотечами:

1. Маточними
2. Легеневими
3. Носовими

- 4. Десневими
- 5. Шлунково-кишковими

39. Основні патогенетичні фактори при геморагічному васкуліті /хвороба Шенлейн-Геноха/:

- 1. Активація згортуючої системи
- 2. Активація протизгортуючої системи
- 3. Ушкоджуюча дія циркулюючих аутоантитіл
- 4. Ушкоджуюча дія циркулюючих імунних комплексів
- 5. Підвищення сенсибілізації організму

40. Найчастіша локалізація висипу при геморагічному васкуліті на шкірі:

- 1. Тулуба
- 2. Верхніх кінцівок
- 3. Спини
- 4. Нижніх кінцівок
- 5. Голові

41. Характер геморагічного висипу на шкірі при хворобі Шенлейн-Геноха:

- 1. Асиметричний
- 2. Частково симетричний
- 3. Симетричний
- 4. Плямистий
- 5. Зливний

42. Препарати, що використовуються для лікування геморагічного васкуліту:

- 1. Антибіотики
- 2. Антигістамінні
- 3. Мінералокортикоїди
- 4. Гепарин
- 5. Вітамінотерапія

43. Основні критерії для діагностики гострого лейкозу:

- 1. Омоложення лейкоцитарної формули крові
- 2. Анемія
- 3. Панцитопенія
- 4. Бластоз в кісткового мозку (> 30%)
- 5. Тромбоцитопенія

44. Метод дослідження для діагностики форми гострого лейкозу:

- 1. Цитологічний
- 2. Гістологічний
- 3. Цитохімічний
- 4. Імунологічний
- 5. Радіологічний

45. Морфологія еритроцитів при хворобі Мінковського-Шоффара:

- 1. Мікросфероцитоз
- 2. Овалоцитоз
- 3. Акантоцитоз
- 4. Анізо-пойкілоцитоз
- 5. Мегалобластоз

46. Цитохімічні критерії гострого лімфобластного лейкозу:

1. Позитивна реакція на мієлопероксидазу
2. Позитивна реакція на глікоген
3. Позитивна реакція на кислу фосфатазу
4. Позитивна реакція на неспецифічну естеразу
5. Позитивна реакція на ліпіди

47. Цитохімічні критерії гострого мієлобластного лейкозу:

1. Позитивна реакція на кислу фосфатазу
2. Позитивна дифузна реакція на глікоген (PAS-реакція)
3. Позитивна реакція на мієлопероксидазу
4. Позитивна реакція на хлорацетат естеразу
5. Позитивна реакція на ліпіди

48. Найбільш ефективне лікування хвороби Мінковського-Шоффара:

1. Спленектомія
2. Глюкокортикоїдні гормони
3. Трансфузії еритроцитної маси
4. Вітамінотерапія
5. Цитостатична терапія

49. Діагностичні критерії нейролейкозу:

1. Головний біль, нудота, блювота
2. Ригідність потиличних м'язів
3. Симптом Керніга
4. Цитоз спинномозкової рідини більше 10/мкл, наявність бластів
5. Підвищення артеріального тиску

50. Збільшення лімфатичних вузлів і селезінки найчастіше зустрічається при:

1. Мієлобластному лейкозі
2. Промієлоцитарному лейкозі
3. Монобластному лейкозі
4. Лімфобластному лейкозі
5. Еритромієлозі

51. Принципи терапії гострого лейкозу:

1. Лікування цитостатичними засобами
2. Лікування до поліпшення самопочуття
3. Лікування до поліпшення показників крові та кісткового мозку
4. Індукція, консолідація ремісії, підтримуюча терапія
5. Глюкокортикостероїдна терапія

52. Картина периферичної крові в розгорнутій стадії хронічного мієлолейкозу:

1. Лейкоцитоз, зсув в лейкоцитарній формулі вліво до промієлоцитів, еозинофільно-базофільна асоціація, тромбоцитоз
2. Анемія, тромбоцитопенія
3. Помірний лейкоцитоз, гіпертромбоцитоз
4. Лейкопенія, анемія
5. Лейкоцитоз, тромбоцитоз, еритроцитоз

53. Цитологічний діагноз бластного кризу хронічного мієлолейкозу:

1. Кількість бластів і промієлоцитів в кістковому мозку більше 30% та більше,

2. Кількість бластів і промієлоцитів в кістковому мозку 15%
3. Кількість бластів і промієлоцитів в периферичній крові більше 15%
4. Кількість промієлоцитів в кістковому мозку більше 10%
5. Кількість бластів в кістковому мозку більше 5%

54. Препарат вибору для лікування хронічного мієлолейкозу в розгорнутій стадії:

1. Поліхіміотерапія
2. Лейкеран
3. Глівек
4. Циклофосфан
5. Метотрексат

55. Принцип терапії бластного кризу ХМЛ:

1. Мієлосан або мієлобромол у великих дозах
2. Трансплантація кісткового мозку
3. Схеми лікування гострого лейкозу
4. Циклофосфан з преднізолоном
5. Метотрексат

56. Що таке тіні Боткіна-Гумпрехта?

1. Молоді пухлинні клітини
2. Ретикулярні клітини
3. Напівзруйновані при приготуванні мазка, розмиті ядра лімфоцитів
4. Бластні клітини
5. Лімфоцити великих розмірів

57. Показники периферичної крові при мієломній хворобі:

1. Анемія, висока ШОЕ
2. Лейкопенія, нейтрофільоз
3. Гіперлейкоцитоз
4. Лейкопенія, лімфоцитом
5. Лейкоцитоз, лімфоцитоз

58. Тривалість лікування препаратами заліза хворих на залізодефіцитну анемію:

1. 2 - 3 місяці
2. 2 тижні
3. 21 день
4. 6 місяців
5. Пожиттєво

59. Які препарати заліза є пролонгованими?

1. Ферроплект
2. Сорбіфер
3. Фенюльс
4. Тардіферон
5. Ферроплекс

60. Морфологічні особливості еритроцитів при мегалобластній анемії:

1. Макроцитоз, наявність тілець Жоллі, кілець Кебота
2. Нормоцитоз еритроцитів
3. Мікро-анізоцитоз еритроцитів
4. Шизоцитоз

## 5. Овалоцитоз

### Нефрологія

1. Серед факторів, що перераховані нижче, до припинення клубочкової фільтрації призводить:  
А. Наростання гідростатичного тиску у капсулі Боумена до 15 мм.рт.ст.  
Б. Наростання онкотичного тиску плазми крові до 40 мм.рт.ст.  
В. Зниження систолічного тиску до 60 мм.рт.ст.  
Г. Наростання систолічного тиску вище 200 мм.рт.ст.  
Ґ. Жоден з перерахованих факторів.
2. Для якого із нижчеперерахованих захворювань гематурія не характерна:  
А. Гострий гломерулонефрит.  
Б. Амілоїдоз нирок.  
В. Хронічний гломерулонефрит.  
Г. Туберкульоз нирок.  
Ґ. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.
3. Який із перерахованих критеріїв є визначальним для діагностики нефротичного синдрому:  
А. «Безбілкові» набряки.  
Б. Гіперхолестеринемія.  
В. Протеїнурія понад 3,5 г/добу.  
Г. Гіпопротеїнемія.  
Ґ. Гіперкоагуляція.
4. Для якого із вказаних нижче захворювань розвиток нефротичного синдрому не характерний:  
А. Діабетична нефропатія.  
Б. Амілоїдоз нирок.  
В. Полікістоз нирок.  
Г. Хронічний гломерулонефрит.  
Ґ. Тромбоз ниркових вен.
5. Гломерулонефрит здатен маніфестувати:  
А. Гостронефритичним синдромом.  
Б. Нефротичним синдромом.  
В. Персистоючою протеїнурією з/чи без/ гематурією.  
Г. Всіма вищеперерахованими варіантами.  
Ґ. Жодним з перерахованих варіантів.
6. Засобом вибору для лікування гіпертензії при гострому гломерулонефриті є:  
А. Еналаприл.  
Б. Лосартан.  
В. Бісопролол.  
Г. Амлодипін.  
Ґ. Фуросемід.
7. Для якого з нижчеперерахованих захворювань не характерний розвиток набряків?  
А. Гострого гломерулонефриту.  
Б. Хронічного гломерулонефриту.  
В. Хронічного піелонефриту.  
Г. Діабетичної нефропатії.  
Ґ. Амілоїдозу нирок.

8. Яка з наведених характеристик гематурії заперечує гломерулярне походження останньої?
- А.Наявність макрогематурії.
  - Б.Наявність мікрогематурії.
  - В.Наявність безбольової гематурії.
  - Г.Наявність мікрозгортків крові у сечі.
  - Ґ.Ізольований характер гематурії.
9. Який тип уроцитограми характерний для пієлонефриту?
- А.Еозинофільний.
  - Б.Нейтрофільний.
  - В.Моноцитарний.
  - Г.Лімфоцитарний.
  - Ґ.Всі перераховані.
10. Виберіть стан, при якому призначення глюкокортиостероїдів абсолютно протипоказане:
- А.Активний вовчаків нефрит.
  - Б.Гломерулонефрит при геморагічному васкуліті.
  - В.Справжня склеродермічна нирка.
  - Г.Активний хронічний гломерулонефрит.
  - Ґ.Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.
11. Яка доза преднізолону на кілограм ваги тіла пацієнта є адекватною для лікування хронічного гломерулонефриту з нефротичним синдромом?
- А.1 мг/кг.
  - Б.0,6-0,7 мг/кг.
  - В.0,5 мг/кг.
  - Г.0,2-0,3 мг/кг.
  - Ґ.0,1 мг/кг.
12. Яке положення є невірним для характеристики гострого гломерулонефриту?
- А.Артеріальна гіпертензія не зустрічається у дебюті захворювання.
  - Б.Хвороба маніфестує через період сенсibiliзації після дії пускового чинника.
  - В.Енцефалопатія найчастіше зустрічається у дітей.
  - Г.Основні прояви обумовлені надмірною затримкою в організмі натрію та води.
  - Ґ.Всі вищеперераховані положення вірні.
13. Цитостатичні препарати у нефрології застосовують для лікування наступних захворювань, окрім:
- А.Активний вовчаків нефрит.
  - Б.Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.
  - В.Хронічний пієлонефрит у фазі загострення.
  - Г.Хронічний гломерулонефрит нефротичного типу.
  - Ґ.Вузликовий периартеріїт з ураженням нирок.
14. У хворого 27 років на наступний день після перенесеної ангіни з'явилися набряки, нарiс рівень артеріального тиску, сеча набула виду кров'янистої. Який найімовірніший діагноз?
- А.Апостематозний нефрит.
  - Б.Гострий постстрептококовий гломерулонефрит.
  - В.Хронічний гломерулонефрит, загострення.
  - Г.Амілоїдоз нирок.
  - Ґ.Хронічний пієлонефрит, загострення.

15. Які ревматологічні захворювання найчастіше ускладнюються вторинним амілоїдозом?
- А.Ревматоїдний артрит та хвороба Бехтерева.
  - Б.Системний червоний вовчак та системна склеродермія.
  - В.Дерматомиозит та вузликовий периартерит.
  - Г.Ревматизм та системний червоний вовчак.
  - Ґ.Дерматомиозит та системна склеродермія.
16. Хвора 55 років скаржиться на виражену слабкість, болі у хребті. Концентрація гемоглобіну в крові – 72 г/л, концентрація альбуміну в плазмі – 43 г/л, протеїнурія – 17 г. Який діагноз найімовірніший?
- А.Хронічний гломерулонефрит в стадії ниркової недостатності.
  - Б.Мієломна хвороба.
  - В.Вторинний амілоїдоз з ураженням нирок.
  - Г.Полікістоз нирок.
  - Ґ.Ускладнений пієлонефрит.
17. Для мієломної нефропатії характерні:
- А.Макрогематурія.
  - Б.Нефротичний синдром.
  - В.Мікрогематурія.
  - Г.Протеїнурія від мінімальної до масивної.
  - Ґ.Артеріальна гіпертензія.
18. Яке з перерахованих положень правильне стосовно діабетичної нефропатії:
- А.Розвивається тільки при діабеті I типу.
  - Б.Розвивається тільки при діабеті II типу.
  - В.Розвивається при діабеті I та II типів.
  - Г.Супроводжується епізодами макрогематурії.
  - Ґ.Не супроводжується набряками.
19. Які ознаки притаманні доклінічній стадії діабетичної нефропатії?
- А.Зменшення швидкості клубочкової фільтрації та ниркового кровотоку.
  - Б.Клубочкова гіперфільтрація та мікроальбумінурія.
  - В.Поєднання нефротичного синдрому з гематурією.
  - Г.Клубочкова гіперфільтрація та мікрогематурія.
  - Ґ.Персистуюча мікрогематурія з епізодами макрогематурії.
20. Які ліки використовують для лікування діабетичної нефропатії?
- А.Глюкокортикостероїди.
  - Б.Цитостатики.
  - В.Фторхінолони.
  - Г.Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту.
  - Ґ.Фосфатбіндери.
21. Які мікроорганізми є найчастішими збудниками пієлонефриту?
- А.Кишкова паличка, протей, ентерокок.
  - Б.Мікобактерії, пневмококи, клебсієла.
  - В.Бета-гемолітичний стрептокок групи А.
  - Г.Стрептококи, стафілококи, уреоплазма.
  - Ґ.Синьогнійна паличка, клостридії.



22. Які препарати є найоптимальнішими при емпіричному лікуванні пієлонефриту?
- А. Нестероїдні протизапальні.
  - Б. Стероїдні протизапальні.
  - В. Тетрацикліни.
  - Г. Фторхінолони.
  - Ґ. Карбепенеми.
23. Які препарати не варто призначати при пієлонефриті в стадії хронічної ниркової недостатності?
- А. Аміноглікозиди.
  - Б. Фторхінолони.
  - В. Цефалоспорини.
  - Г. Оксацилін.
  - Ґ. Всі вищевказані протипоказані абсолютно.
24. Морфологічним субстратом синдрому хронічної ниркової недостатності є:
- А. Тубулярний некроз нирок.
  - Б. Медулярний некроз нирок.
  - В. Кортикальний некроз нирок.
  - Г. Тромбоз ниркових вен.
  - Ґ. Нефросклероз.
25. Вкажіть препарати першого ряду для лікування інфекції сечовидільних шляхів у вагітних:
- А. Фторхінолони.
  - Б. Напівсинтетичні пеніциліни.
  - В. Сульфаніламід.
  - Г. Тетрацикліни.
  - Ґ. Хлорамфенікол.
26. Основною клінічною ознакою нефротичного синдрому є:
- А. Лихоманка.
  - Б. Артеріальна гіпертензія.
  - В. набряки.
  - Г. Дизурія.
  - Ґ. Сійкий біль у поперековій ділянці.
27. Протеїнурія Бенс-Джонса характерна для:
- А. Вторинного амілоїдозу нирок.
  - Б. Множинної мієломи.
  - В. Раку паренхіми нирок.
  - Г. Полікістозу нирок.
  - Ґ. Справжньої склеродермічної нирки.
28. Поєднання синдрому артеріальної гіпертензії з прогресуючим погіршенням функції нирок та асиметричним поліневритом характерне для:
- А. Синдрому Гудпастчера.
  - Б. Синдрому Альпорта.
  - В. Геморагічного васкуліту.
  - Г. Системної склеродермії.
  - Ґ. Вузликового периартерійту.
29. Який з перерахованих синдромів є найбільш притаманний для синдрому Гудпастчера?

- А. Рецидивуюча мікрогематурія.
- Б. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.
- В. Ізольована протеїнурія.
- Г. Нефротичний синдром.
- Ґ. Синдром канальцевих дисфункцій.

30. До розвитку хронічної ниркової недостатності можуть призвести наступні захворювання, окрім:
- А. Гострий гломерулонефрит.
  - Б. Хронічний пієлонефрит.
  - В. Фібромускулярна дисплазія ниркових артерій.
  - Г. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.
  - Ґ. Цукровий діабет.
31. Серед перерахованих, найчастішою причиною хронічної ниркової недостатності у дорослих є:
- А. Полікістоз нирок.
  - Б. «Анальгетична» нефропатія.
  - В. Цукровий діабет.
  - Г. Атеросклероз ниркових артерій.
  - Ґ. Хронічний гломерулонефрит.
32. Початковими клінічними проявами хронічної ниркової недостатності є:
- А. Олігурія, анурія.
  - Б. Уремичний запах з рота.
  - В. Свербіж шкіри.
  - Г. Поліурія, ніктурія.
  - Ґ. Шум тертя перикарду.
33. Патогенетичне лікування при переході нефропатії у стадію хронічної ниркової недостатності показано при:
- А. Амілоїдозі нирок.
  - Б. Полікістозі нирок.
  - В. Швидкопрогресуючому гломерулонефриті.
  - Г. Всіх вищеперерахованих захворюваннях.
  - Ґ. Жодному з вищеперерахованих станів.
34. Патогенетичне лікування нефропатії в стадії хронічної ниркової недостатності протипоказане, за виключенням:
- А. Полікістозу нирок.
  - Б. Гіпоплазії нирок.
  - В. Амілоїдозу нирок.
  - Г. Вовчакового гломерулонефриту.
  - Ґ. Дифузносклерозуючого гломерулонефриту.
35. Критерієм поділу хронічної хвороби нирок на стадії є:
- А. Рівень креатинінемії.
  - Б. Рівень сечовини в сироватці крові.
  - В. Рівень залишкового азоту.
  - Г. Рівень урикемії.
  - Ґ. Швидкість клубочкової фільтрації.

36. У хворого на хронічну хворобу нирок швидкість клубочкової фільтрації 27,4 мл/хв. Яка стадія ХХН у даного хворого?
- А. 1-ша.
  - Б. 2-га.
  - В. 3-тя.
  - Г. 4-та.
  - Ґ. 5-та.
37. У хворої на цукровий діабет встановлено III –тя стадія ХХН. Серед наведених виберіть величину ШКФ, що відповідає даній стадії:
- А. 12,4 мл/хв.
  - Б. 92,6 мл/хв.
  - В. 28,7 мл/хв.
  - Г. 49,5 мл/хв.
  - Ґ. 74,4 мл/хв.
38. Серед запропонованих, виберіть пробу, яка не належить до функціональних:
- А. Проба Нечипоренко.
  - Б. Проба Зимницького.
  - В. Визначення швидкості клубочкової фільтрації.
  - Г. Визначення величини канальцевої реабсорбції.
  - Ґ. Проба на концентрування (з сухоїдінням).
39. Серед запропонованих, виберіть методику, яка дозволяє роздільно оцінити функціональну здатність нирок:
- А. Ультразвукове дослідження.
  - Б. Оглядова рентгенографія нирок.
  - В. Екскреторна урографія.
  - Г. Визначення кліренсу креатиніну.
  - Ґ. Жодна із запропонованих методик.
40. Проба за Зимницьким дозволяє оцінити функції нирок, за виключенням:
- А. Видільну.
  - Б. Концентраційну.
  - В. Виділення.
  - Г. Азотовидільну.
  - Ґ. Жодну з перерахованих вище.
41. Знайдіть логічно зв'язану пару величині 824 мкмоль/л:
- А. Швидкість клубочкової фільтрації.
  - Б. Величина ниркового кровоплину.
  - В. Рівень креатинінемії.
  - Г. Концентрація гемоглобіну.
  - Ґ. Рівень каліємії.
42. Для типової форми гострого гломерулонефриту характерні наступні симптоми, за винятком:
- А. Олігурія.
  - Б. Набряки.
  - В. Артеріальна гіпертензія.
  - Г. Біль при сечовипусканні.
  - Ґ. Макрогематурія.

43. До можливих ускладнень гострого гломерулонефриту відносяться наступні, окрім:
- А. Напад ниркової кольки.
  - Б. Гостра серцево-судинна недостатність.
  - В. Еклампсія.
  - Г. Минаюче порушення мозкового кровообігу.
  - Ґ. Гостра ниркова недостатність.
44. До методик замісної ниркової терапії належать:
- А. Гемодіаліз.
  - Б. Перитонеальний діаліз.
  - В. Трансплантація нирки.
  - Г. Всі перераховані вище.
  - Ґ. Пластика ниркових артерій.
45. Яка з перерахованих морфологічних ознак найхарактерніша для ліпоїдного нефрозу (хвороби мінімальних змін)?
- А. Мезангіальна проліферація.
  - Б. Відсутність змін на світлооптичному рівні.
  - В. Феномен «дротяних петель».
  - Г. Півмісяці.
  - Ґ. Лінійне світіння при імунофлюоресцентному дослідженні.
46. До клінічної характеристики ниркових набряків належать наступні ознаки, за винятком:
- А. Найшвидше розвиваються у місцях з пугкою підшкірною клітковиною.
  - Б. Рихлі.
  - В. Теплі.
  - Г. Шкіра над ділянкою набряку ціанотична.
  - Ґ. Ступінь вираженості від латентних, до анасарки.
47. Серед перерахованих, виберіть захворювання чи стан, що рідше призводить до розвитку пієлонефриту:
- А. Простатит.
  - Б. Вживання гормональних контрацептивів.
  - В. Цукровий діабет.
  - Г. Вагітність.
  - Ґ. Ревматоїдний артрит.
48. Яке з перерахованих тверджень правильне стосовно пієлонефриту:
- А. Частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок.
  - Б. Виникає на ґрунті порушеного пасажу сечі.
  - В. Найчастішим збудником є бета-гемолітичний стрептокок.
  - Г. Часто виникає на фоні застійної серцевої недостатності.
  - Ґ. Всі вищевказані твердження вірні.
49. Серед запропонованих, виберіть препарат, ефективний для лікування еритропоетиндефіцитної анемії:
- А. Рекормон.
  - Б. Ранферон.
  - В. Ферум-лек.
  - Г. Цианокобаламін.
  - Ґ. Фолієва кислота.

50. Вкажіть причину преренальної гострої ниркової недостатності:
- А. Збільшення серцевого викиду.
  - Б. Гіпертензивний криз.
  - В. Судинний колапс.
  - Г. Гіперволемія.
  - Ґ. Гіперпротеїнемія.
51. Для лікування подагричної нефропатії призначають:
- А. Тіазидові діуретини.
  - Б. Індометацин.
  - В. Дипиридабол.
  - Г. Алопуринол.
  - Ґ. Аторвастатин.
52. Найчастішим морфологічним варіантом ураження нирок при нефротичному синдромі у дітей є:
- А. Інтерстиціальний нефрит.
  - Б. Хвороба мінімальних змін.
  - В. Мембранозна нефропатія.
  - Г. ІгА-нефропатія.
  - Ґ. Жодний з перерахованих варіантів.
53. Протеїнурія за механізмом переповнення зустрічається при:
- А. Полікістозі нирок.
  - Б. Медикаментозно-токсичній нирці.
  - В. Вторинному амілоїдозі.
  - Г. Мієломній нефропатії.
  - Ґ. Гіпертензивній нефропатії.
54. Гостра ниркова недостатність як ускладнення екскреторної орографії, найчастіше виникає у хворих на:
- А. Цукровий діабет.
  - Б. Множинну мієлому.
  - В. Вторинний амілоїдоз.
  - Г. Рак ниркової паренхіми.
  - Ґ. Хронічний пієлонефрит.
55. Яка з наведених клінічних ознак, супутніх артеріальній гіпертензії, підтвердить реноваскулярний генез останньої:
- А. Високий рівень АТ.
  - Б. Кризовий перебіг гіпертензії.
  - В. Систолічний шум над зоною проекції ниркової артерії.
  - Г. Діастолічний характер гіпертензії.
  - Ґ. Асиметрія тиску на руках.
56. Виберіть показання для термінового початку гемодіалізного лікування у хворого з хронічною нирковою недостатністю:
- А. Анасарка.
  - Б. Важка гіпертензія.
  - В. Метаболічний ацидоз.
  - Г. Олігурія.
  - Ґ. Виражена гіперкаліємія.

57. Визначте показання для призначення пеніцилінових антибіотиків при лікуванні гострого гломерулонефриту:
- А. Препарати стартової терапії.
  - Б. Вказівка на перенесену ангіну в анамнезі.
  - В. Вказівка на зв'язок із застудою.
  - Г. Підтверджена наявність активного вогнища інфекції.
  - Ґ. Наявність макрогематурії.
58. Вкажіть найчастіше ускладнення гострої ниркової недостатності:
- А. Гіпокаліємія.
  - Б. Гострі бактеріальні інфекції.
  - В. Застійна серцева недостатність.
  - Г. Вторинний гіперпаратиреоз.
  - Ґ. Артеріальна гіпертензія.
59. Вкажіть найчастішу причину смерті хворих на гемодіалізі:
- А. Гострий вірусний гепатит.
  - Б. Гострі бактеріальні пневмонії.
  - В. Діалізний амілоїдоз.
  - Г. Онкологічні захворювання.
  - Ґ. Серцево-судинні захворювання.
60. Виберіть симптом, не характерний для гострої ниркової недостатності:
- А. Гострий початок.
  - Б. Гіперкаліємія.
  - В. Судинний колапс.
  - Г. Зменшені розміри нирок.
  - Ґ. Оліго-, анурія.

#### Тести з ендокринології

1. Який нормальний рівень глікемії у здорових осіб:
- А. 3,3-5,5 ммоль/л.
  - Б. 3,3-6,1 ммоль/л.
  - В. 3,3-7,0 ммоль/л.
  - Г. 3,0-6,1 ммоль/л.
  - Д. 5,5-7,8 ммоль/л.
2. Які лабораторні критерії діагностики цукрового діабету?
- А. Глікемія натще  $\geq 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 7,8$  ммоль/л.
  - Б. Глікемія натще  $\geq 7,0$  ммоль/л, після їжі  $\geq 14,0$  ммоль/л.
  - В. Глікемія натще  $\geq 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1$  ммоль/л.
  - Г. Глікемія натще  $\geq 5,5$  ммоль/л, після їжі  $\geq 14,0$  ммоль/л.
  - Д. Глікемія натще  $\geq 5,5$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1$  ммоль/л.
3. Які лабораторні критерії діагностики порушення толерантності до вуглеводів?
- А. Глікемія натще  $\geq 6,1 < 7,0$  ммоль/л, після їжі  $\geq 7,8 < 11,1$  ммоль/л.
  - Б. Глікемія натще  $\geq 7,0 < 7,8$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1 < 14,0$  ммоль/л.
  - В. Глікемія натще  $\geq 6,1 < 7,0$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1 < 14,0$  ммоль/л.
  - Г. Глікемія натще  $\geq 5,5 < 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 7,8 < 11,1$  ммоль/л.
  - Д. Глікемія натще  $\geq 5,5 < 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1 < 14,0$  ммоль/л.

4. Який нирковий поріг для глюкози в нормі?

- А. 6,1 ммоль/л.
- Б. 7,0 ммоль/л.
- В. 7,8 ммоль/л.
- Г. 11,1 ммоль/л.
- Д. 14,0 ммоль/л.

5. Показаннями до проведення тесту толерантності до глюкози є всі, крім:

- А. Тимчасові порушення вуглеводного обміну.
- Б. Ожиріння.
- В. Патологічна вагітність і пологи.
- Г. Хронічна інфекція.
- Д. Ревматоїдний артрит.

6. Який цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну для хворих на цукровий діабет 2 типу?

- А. 6,0%.
- Б. 6,5%.
- В. 7,0%.
- Г. 7,5%.
- Д. 5,0%.

7. Який цільовий рівень артеріального тиску для хворих на цукровий діабет?

- А. 120/70 мм рт.ст.
- Б. 125/75 мм рт.ст.
- В. 130/80 мм рт.ст.
- Г. 135/85 мм рт.ст.
- Д. 140/90 мм рт.ст.

8. Який цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну для хворих на цукровий діабет 1 типу?

- А. 6,0%.
- Б. 6,5%.
- В. 7,0%.
- Г. 7,5%.
- Д. 5,0%.

9. Який цільовий рівень артеріального тиску для хворих на цукровий діабет з протеїнурією понад 1 г/добу?

- А. 120/70 мм рт.ст.
- Б. 125/75 мм рт.ст.
- В. 130/80 мм рт.ст.
- Г. 135/85 мм рт.ст.
- Д. 140/90 мм рт.ст.

10. Для цукрового діабету 1 типу правильні усі твердження, окрім:

- А. Частіше виникає в осіб дитячого, підліткового та молодого віку.
- Б. Частіше виникає в осіб середнього та похилого віку.
- В. Клініка розвивається швидко, протягом кількох днів – кількох тижнів.
- Г. Виражена схильність до кетозу.
- Д. У крові наявні антитіла до острівців Лангерганса.

11. Для цукрового діабету 2 типу правильні усі твердження, окрім:

- А. Частіше виникає в осіб середнього та похилого віку.
- Б. Частіше виникає в осіб із ожирінням.
- В. Клініка розвивається повільно, протягом кількох місяців – кількох років.
- Г. Виражена схильність до кетозу.
- Д. Діабетичні ангіопатії часто наявні вже на момент діагностування хвороби.

12. До уражень шкіри при цукровому діабеті не належить:

- А. Рубеоз обличчя.
- Б. Гіперкератоз.
- В. Ксантоматоз.
- Г. Кропив'янка.
- Д. Ліпоїдний некробіоз.

13. До уражень органів травлення при цукровому діабеті не належить:

- А. Ентеропатія.
- Б. Гепатопатія.
- В. Гінгівіт.
- Г. Гастропарез.
- Д. Виразкова хвороба.

14. До діабетичних мікроангіопатій не належить:

- А. Нефропатія.
- Б. Мікроангіопатія нижніх кінцівок.
- В. Ретинопатія.
- Г. Кардіопатія.
- Д. Гастропарез.

15. У нормі за добу із сечею виділяється білка в кількості:

- А. До 1 г.
- Б. 0,3-1 г.
- В. 0,033-0,3 г.
- Г. До 0,033 г.
- Д. Білок не виділяється із сечею.

16. При цукровому діабеті мікроальбумінурія – це наявність в сечі білка в кількості:

- А. Понад 3,5 г/добу.
- Б. До 1 г/добу.
- В. 0,3-1 г/добу.
- Г. 0,033-0,3 г/добу.
- Д. Менше 0,033 г/добу.

17. При цукровому діабеті протеїнурія – це наявність в сечі білка в кількості:

- А. Понад 3,5 г/добу.
- Б. До 1 г/добу.
- В. Понад 0,3 г/добу.
- Г. 0,033-0,3 г/добу.
- Д. Менше 0,033 г/добу.

18. Діабетична ретинопатія має наступні стадії розвитку (по порядку):

- А. Непроліферативна, дистрофічна, ексудативна.
- Б. Непроліферативна, препроліферативна, проліферативна.
- В. Непроліферативна, геморагічна, неоваскулярна.



- Г. Непроліферативна, набрякова, геморагічна.
- Д. Непроліферативна, проліферативна.

19. Патогномонічною ознакою діабетичної ретинопатії є:

- А. Звивистість судин сітківки.
- Б. Розширення вен сітківки.
- В. Мікроаневризми судин сітківки.
- Г. Спазм артерій сітківки.
- Д. Крововиливи та ексудати по ходу судин сітківки.

20. Ознакою нейропатичної форми діабетичної стопи не є:

- А. Біль у ногах вночі.
- Б. Судоми литкових м'язів.
- В. Набряки на стопах.
- Г. Збережена пульсація артерій стоп.
- Д. Сухожильні рефлекси збережені.

21. Ознакою ішемічної форми діабетичної стопи не є :

- А. Біль у литках під час ходьби.
- Б. Збережені всі види чутливості на стопах.
- В. Набряки на стопах.
- Г. Знижена або відсутня пульсація артерій стоп.
- Д. Сухожильні рефлекси збережені.

22. До діабетичної невропатії не належить:

- А. Мононевропатія.
- Б. Центральна невропатія.
- В. Периферійна поліневропатія.
- Г. Автономна невропатія.
- Д. Транзиторні ішемічні атаки.

23. Варіантом перебігу діабетичної коми не є:

- А. Абдомінальний.
- Б. Кардіоваскулярний.
- В. Нирковий.
- Г. Легеневий.
- Д. Енцефалопатичний.

24. Із якою швидкістю проводять зниження рівня глікемії при діабетичній комі?

- А. 15 ммоль/л за годину.
- Б. 10 ммоль/л за годину.
- В. 5-10 ммоль/л за годину.
- Г. 5 ммоль/л за годину.
- Д. Швидкість зниження рівня глікемії не має значення.

25. У якій дозі застосовують інсулін під час виведення хворого з діабетичної коми?

- А. Метод великих доз (50-100 ОД в/в і в/м).
- Б. Метод середній доз (20-30 ОД через 1-2 год.).
- В. Метод малих доз (0,1 ОД/кг/год).
- Г. Не має значення доза інсуліну – слід добиватися якнайшвидшої нормалізації глікемії.
- Д. Інсулін не застосовують.

26. Під час виведення хворого з діабетичної коми можуть виникнути усі ускладнення, окрім?
- А. Гіпокаліємія.
  - Б. Гіпоглікемія.
  - В. набряк мозку.
  - Г. Гіперкаліємія.
  - Д. Алкалоз.
27. Для лікування гіпоглікемічної коми необхідно:
- А. Ввести в/венно 10 ОД простого інсуліну.
  - Б. Ввести в/венно 50-100 мл 40% розчину глюкози.
  - В. Ввести в/венно 50-100 мл 20% розчину глюкози.
  - Г. Ввести в/венно 50-100 мл 10% розчину глюкози.
  - Д. Ввести в/венно 50-100 мл 5% розчину глюкози.
28. Схема лікування цукрового діабету 1 типу включає все наступне, окрім:
- А. Дієта №9.
  - Б. Дозовані фізичні навантаження.
  - В. Пероральні цукрознижувальні препарати.
  - Г. Інсулінотерапія.
  - Д. Навчання хворого самоконтролю.
29. Схема лікування цукрового діабету 2 типу включає все, окрім:
- А. Дієта №9, навчання хворого самоконтролю.
  - Б. Дозовані фізичні навантаження.
  - В. Цукрознижувальна терапія.
  - Г. Корекція інших факторів ризику (ожиріння, артеріальної гіпертензії, гіперліпідемії, гіперкоагуляційного синдрому).
  - Д. Антибіотикотерапія.
30. Який характер і оптимальна тривалість дозованих фізичних навантажень при цукровому діабеті для покращення глікемічного контролю?
- А. Аеробні динамічні вправи протягом 60 хв/день.
  - Б. Статичні силові вправи протягом 60 хв/день.
  - В. Аеробні динамічні вправи протягом 30 хв/день.
  - Г. Статичні силові вправи протягом 30 хв/день.
  - Д. Всі відповіді неправильні.
31. Який характер і оптимальна тривалість дозованих фізичних навантажень при цукровому діабеті для зниження маси тіла?
- А. Аеробні динамічні вправи протягом 60 хв/день.
  - Б. Статичні силові вправи протягом 60 хв/день.
  - В. Аеробні динамічні вправи протягом 30 хв/день.
  - Г. Статичні силові вправи протягом 30 хв/день.
  - Д. Всі відповіді неправильні.
32. При складанні індивідуального харчового раціону хворого на цукровий діабет розрахунок добового калоражу проводять:
- А. На реальну масу тіла, залежно від рівня енерговитрат людини.
  - Б. На належну (ідеальну) масу тіла, залежно від рівня енерговитрат людини.
  - В. Незалежно від рівня енерговитрат людини.
  - Г. У кількості 2500 ккал/добу.
  - Д. Складання індивідуального харчового раціону для таких хворих неефективне.

33. Для дієтичного харчування хворого на цукровий діабет правильно все, крім:
- А. Добовий калораж розраховують на ідеальну масу тіла хворого.
  - Б. Співвідношення енергії вуглеводів:білків:жирів – 50%:20%:30%.
  - В. Обсяг споживаних вуглеводів повинен бути однаковим щодня і під час кожного вживання їжі.
  - Г. Продукти харчування неможливо взаємно замінювати на еквівалентні.
  - Д. Враховується глікемічний індекс продуктів.
34. До пероральних цукрознижувальних препаратів не належать:
- А. Бігуаніди.
  - Б. Похідні сульфанілсечовини.
  - В. Тіазолідиндіони (глітазони).
  - Г. Інгібітори дипептидилпептидази 4.
  - Д. Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту.
35. До пероральних цукрознижувальних препаратів не належать:
- А. Бігуаніди.
  - Б. Агоністи і аналоги глюкагоноподібного пептиду 1.
  - В. Блокатори рецепторів ангіотензину II.
  - Г. Інгібітори дипептидилпептидази 4.
  - Д. Несульфанілсечовинні секретогени інсуліну.
36. До бігуанідів, які використовуються в сучасній клінічній практиці належить:
- А. Піоглітазон.
  - Б. Метформін.
  - В. Буформін.
  - Г. Глімепірид.
  - Д. Саксагліптин.
37. До похідних сульфанілсечовини II покоління не належить:
- А. Хлорпропамід.
  - Б. Глібенкламід.
  - В. Гліклазид.
  - Г. Гліпізид.
  - Д. Гліквідон.
38. Яка цільова терапевтична доза метформіну для лікування хворих на цукровий діабет 2 типу:
- А. 500-1000 мг/добу.
  - Б. 1000-1500 мг/добу.
  - В. 1500-2000 мг/добу.
  - Г. 2000-2500 мг/добу.
  - Д. 2500-3000 мг/добу.
39. Який побічний ефект метформіну найчастіше обмежує його застосування у хворих на цукровий діабет 2 типу?
- А. Диспептичний синдром.
  - Б. Гіпоглікемія.
  - В. Анорексія.
  - Г. Зниження маси тіла.
  - Д. Алергія.

40. Протипоказаннями до призначення метформіну хворим на цукровий діабет є всі, крім?
- А. Цукровий діабет 1 типу.
  - Б. Кето ацидоз і зловживання алкоголем.
  - В. Вагітність.
  - Г. Цукровий діабет 2 типу.
  - Д. Супровідні захворювання, які викликають гіпоксичний синдром (ГІМ, СН, ДН).
41. Показаннями до інсулінотерапії є всі, окрім:
- А. Цукровий діабет 1 типу.
  - Б. Цукровий діабет 2 типу при неефективності максимальних доз пероральних цукрознижувальних препаратів.
  - В. Вагітність у хворих на цукровий діабет.
  - Г. Видалення зубів у хворих на цукровий діабет.
  - Д. Важкі супровідні захворювання та операційні втручання в усіх хворих на цукровий діабет.
42. Щитоподібна залоза виділяє усі перелічені гормони, окрім:
- А. Тироксин (Т4).
  - Б. Трийодтиронін (Т3).
  - В. Тиреотропний гормон (ТТГ).
  - Г. Дийодтиронін.
  - Д. Кальцитонін.
43. Клінічними ознаками тиреотоксикозу є всі, окрім:
- А. Тахікардія.
  - Б. Схуднення.
  - В. Тремор кінчиків пальців.
  - Г. Підвищена дратівливість.
  - Д. Сухість шкіри.
44. Клінічними ознаками гіпотиреозу є всі перераховані, окрім:
- А. Збільшення маси тіла.
  - Б. Погіршення пам'яті, уваги.
  - В. Тремор кінчиків пальців.
  - Г. Брадикардія.
  - Д. Сухість шкіри.
45. Патогномонічними ознаками автоімунного тиреоїдиту (Хашимото) є всі, окрім:
- А. Мозаїчна ехо-структура щитоподібної залози.
  - Б. Дифузне збільшення щитоподібної залози.
  - В. Атрофія щитоподібної залози.
  - Г. Підвищення титру антитіл до тиреопероксидази у крові у понад 10 разів.
  - Д. Підвищення титру тиреостимулювальних антитіл у крові.
46. Класичними симптомами дифузного токсичного зобу (Базеда) є всі перераховані, крім:
- А. Зоб.
  - Б. Тахікардія.
  - В. Претибіальна мікседема.
  - Г. Екзофтальм.
  - Д. Ожиріння.
47. До препаратів, які володіють антитиреоїдною дією, не належить:
- А. Тіамазол.

- Б. Пропранолол.
- В. Пропілтіурацил.
- Г. Препарати йоду.
- Д. Препарати літію.

48. Показаннями до хірургічного лікування хворих із тиреотоксикозом є всі наступні, крім:

- А. Великі розміри і вузлові форми зобу.
- Б. Відсутність стійкого еутиреозу або рецидив тиреотоксикозу на фоні або після консервативного лікування.
- В. Щойно виявлений дифузно-токсичний зоб з тиреотоксикозом.
- Г. При загрудинному розміщенні зобу або здавленні сусідніх органів.
- Д. Хворим, яким тиреостатики протипоказані (вагітність, алергія, хвороби крові).

49. Препаратом вибору для лікування тиреотоксикозу під час вагітності є:

- А. Тіамазол.
- Б. Пропілтіурацил.
- В. Літію карбонат.
- Г. Калію йодид.
- Д. Фенобарбітал.

50. Причинами розвитку тиреотоксичної кризи можуть бути всі наступні, окрім:

- А. Струментомія або резекція щитоподібної залози.
- Б. Лікування радіоїодом.
- В. Стрес або фізичне навантаження.
- Г. Операція на фоні некомпенсованого тиреотоксикозу.
- Д. Тривале лікування тиреостатиками.

51. Для лікування гіпотиреозу застосовують:

- А. Тіамазол.
- Б. Левотироксин.
- В. Пропранолол.
- Г. Антиструмін.
- Д. Йодомарин.

52. Для профілактики та лікування ендемічного зобу застосовують:

- А. Калію йодид у дозі 100-200 мкг/добу.
- Б. Калію йодид у дозі 1000 мкг/добу.
- В. Калію йодид у дозі 100-200 мг/добу.
- Г. L-тироксин у дозі 100-200 мкг/добу.
- Д. D-тироксин у дозі 100-200 мкг/добу.

53. Для хвороби Іценко-Кушинга властиві наступні ознаки, крім:

- А. Диспластичне ожиріння, червоно-фіолетові смуги на тулубі, стегнах.
- Б. Артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до вуглеводів.
- В. Зростання рівня кортизолу.
- Г. Зниження рівня кортизолу.
- Д. Потемніння шкіри.

54. Для синдрому Іценко-Кушинга властиві всі наступні ознаки, окрім:

- А. Диспластичне ожиріння, червоно-фіолетові смуги на тулубі, стегнах.
- Б. Артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до вуглеводів.
- В. Зростання рівня кортизолу.

- Г. Зростання рівня АКТГ.
- Д. Зниження рівня кортизолу.

55. Для первинного гіперальдостеронізму (синдрому Конна) властиво все, окрім:

- А. Гіпокаліємія.
- Б. Артеріальна гіпертензія.
- В. набряковий синдром.
- Г. Зниження рівня реніну в крові.
- Д. Підвищення рівня реніну в крові.

56. Для купірування феохромоцитарної кризи у першу чергу застосовують:

- А. Фентоламін.
- Б. Бісопролол.
- В. Пропранолол.
- Г. Натрію нітропрουσид.
- Д. Каптоприл.

57. Симптомокомплекс метаболічного синдрому включає всі наступні стани, окрім:

- А. Абдомінальне ожиріння.
- Б. Порушення вуглеводного обміну.
- В. Дисліпідемія.
- Г. Бронхообструктивний синдром.
- Д. Артеріальна гіпертензія.

58. Критеріями абдомінального ожиріння у чоловіків є:

- А. Обсяг талії  $\geq 94$  см.
- Б. Обсяг талії  $\geq 80$  см.
- В. Обсяг талії  $\geq 102$  см.
- Г. Обсяг талії  $\geq 88$  см.
- Д. Обсяг талії  $\geq 100$  см.

59. Критеріями абдомінального ожиріння у жінок є:

- А. Обсяг талії  $\geq 94$  см.
- Б. Обсяг талії  $\geq 80$  см.
- В. Обсяг талії  $\geq 102$  см.
- Г. Обсяг талії  $\geq 88$  см.
- Д. Обсяг талії  $\geq 100$  см.

60. Лікування пацієнта з метаболічним синдромом повинне включати все, окрім:

- А. Корекцію артеріального тиску до цільового рівня.
- Б. Корекцію дисліпідемії і вуглеводного обміну до цільових значень.
- В. Лікування не потрібне до початку клінічних проявів цукрового діабету та ІХС.
- Г. Зниження маси тіла.
- Д. Корекція способу життя і факторів ризику.

#### Ендокринологія

1. Який нормальний рівень глікемії у здорових осіб:

- А. 3,3-5,5 ммоль/л.
- Б. 3,3-6,1 ммоль/л.
- В. 3,3-7,0 ммоль/л.
- Г. 3,0-6,1 ммоль/л.

Д. 5,5-7,8 ммоль/л.

2. Які лабораторні критерії діагностики цукрового діабету?

- А. Глікемія натще  $\geq 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 7,8$  ммоль/л.
- Б. Глікемія натще  $\geq 7,0$  ммоль/л, після їжі  $\geq 14,0$  ммоль/л.
- В. Глікемія натще  $\geq 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1$  ммоль/л.
- Г. Глікемія натще  $\geq 5,5$  ммоль/л, після їжі  $\geq 14,0$  ммоль/л.
- Д. Глікемія натще  $\geq 5,5$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1$  ммоль/л.

3. Які лабораторні критерії діагностики порушення толерантності до вуглеводів?

- А. Глікемія натще  $\geq 6,1 < 7,0$  ммоль/л, після їжі  $\geq 7,8 < 11,1$  ммоль/л.
- Б. Глікемія натще  $\geq 7,0 < 7,8$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1 < 14,0$  ммоль/л.
- В. Глікемія натще  $\geq 6,1 < 7,0$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1 < 14,0$  ммоль/л.
- Г. Глікемія натще  $\geq 5,5 < 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 7,8 < 11,1$  ммоль/л.
- Д. Глікемія натще  $\geq 5,5 < 6,1$  ммоль/л, після їжі  $\geq 11,1 < 14,0$  ммоль/л.

4. Який нирковий поріг для глюкози в нормі?

- А. 6,1 ммоль/л.
- Б. 7,0 ммоль/л.
- В. 7,8 ммоль/л.
- Г. 11,1 ммоль/л.
- Д. 14,0 ммоль/л.

5. Показаннями до проведення тесту толерантності до глюкози є всі, крім:

- А. Тимчасові порушення вуглеводного обміну.
- Б. Ожиріння.
- В. Патологічна вагітність і пологи.
- Г. Хронічна інфекція.
- Д. Ревматоїдний артрит.

6. Який цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну для хворих на цукровий діабет 2 типу?

- А. 6,0%.
- Б. 6,5%.
- В. 7,0%.
- Г. 7,5%.
- Д. 5,0%.

7. Який цільовий рівень артеріального тиску для хворих на цукровий діабет?

- А. 120/70 мм рт.ст.
- Б. 125/75 мм рт.ст.
- В. 130/80 мм рт.ст.
- Г. 135/85 мм рт.ст.
- Д. 140/90 мм рт.ст.

8. Який цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну для хворих на цукровий діабет 1 типу?

- А. 6,0%.
- Б. 6,5%.
- В. 7,0%.
- Г. 7,5%.
- Д. 5,0%.

9. Який цільовий рівень артеріального тиску для хворих на цукровий діабет з протеїнурією понад 1 г/добу?

- А. 120/70 мм рт.ст.
- Б. 125/75 мм рт.ст.
- В. 130/80 мм рт.ст.
- Г. 135/85 мм рт.ст.
- Д. 140/90 мм рт.ст.

10. Для цукрового діабету 1 типу правильні усі твердження, окрім:

- А. Частіше виникає в осіб дитячого, підліткового та молодого віку.
- Б. Частіше виникає в осіб середнього та похилого віку.
- В. Клініка розвивається швидко, протягом кількох днів – кількох тижнів.
- Г. Виражена схильність до кетозу.
- Д. У крові наявні антитіла до острівців Лангерганса.

11. Для цукрового діабету 2 типу правильні усі твердження, окрім:

- А. Частіше виникає в осіб середнього та похилого віку.
- Б. Частіше виникає в осіб із ожирінням.
- В. Клініка розвивається повільно, протягом кількох місяців – кількох років.
- Г. Виражена схильність до кетозу.
- Д. Діабетичні ангіопатії часто наявні вже на момент діагностування хвороби.

12. До уражень шкіри при цукровому діабеті не належить:

- А. Рубеоз обличчя.
- Б. Гіперкератоз.
- В. Ксантоматоз.
- Г. Кропив'янка.
- Д. Ліпоїдний некробіоз.

13. До уражень органів травлення при цукровому діабеті не належить:

- А. Ентеропатія.
- Б. Гепатопатія.
- В. Гінгівіт.
- Г. Гастропарез.
- Д. Виразкова хвороба.

14. До діабетичних мікроангіопатій не належить:

- А. Нефропатія.
- Б. Мікроангіопатія нижніх кінцівок.
- В. Ретинопатія.
- Г. Кардіопатія.
- Д. Гастропарез.

15. У нормі за добу із сечею виділяється білка в кількості:

- А. До 1 г.
- Б. 0,3-1 г.
- В. 0,033-0,3 г.
- Г. До 0,033 г.
- Д. Білок не виділяється із сечею.

16. При цукровому діабеті мікроальбумінурія – це наявність в сечі білка в кількості:

- А. Понад 3,5 г/добу.



- Б. До 1 г/добу.
- В. 0,3-1 г/добу.
- Г. 0,033-0,3 г/добу.
- Д. Менше 0,033 г/добу.

17. При цукровому діабеті протеїнурія – це наявність в сечі білка в кількості:

- А. Понад 3,5 г/добу.
- Б. До 1 г/добу.
- В. Понад 0,3 г/добу.
- Г. 0,033-0,3 г/добу.
- Д. Менше 0,033 г/добу.

18. Діабетична ретинопатія має наступні стадії розвитку (по порядку):

- А. Непроліферативна, дистрофічна, ексудативна.
- Б. Непроліферативна, препроліферативна, проліферативна.
- В. Непроліферативна, геморагічна, неоваскулярна.
- Г. Непроліферативна, набрякова, геморагічна.
- Д. Непроліферативна, проліферативна.

19. Патогномонічною ознакою діабетичної ретинопатії є:

- А. Звивистість судин сітківки.
- Б. Розширення вен сітківки.
- В. Мікроаневризми судин сітківки.
- Г. Спазм артерій сітківки.
- Д. Крововиливи та ексудати по ходу судин сітківки.

20. Ознакою нейропатичної форми діабетичної стопи не є:

- А. Біль у ногах вночі.
- Б. Судоми литкових м'язів.
- В. Набряки на стопах.
- Г. Збережена пульсація артерій стоп.
- Д. Сухожильні рефлекси збережені.

21. Ознакою ішемічної форми діабетичної стопи не є :

- А. Біль у литках під час ходьби.
- Б. Збережені всі види чутливості на стопах.
- В. Набряки на стопах.
- Г. Знижена або відсутня пульсація артерій стоп.
- Д. Сухожильні рефлекси збережені.

22. До діабетичної невропатії не належить:

- А. Мононевропатія.
- Б. Центральна невропатія.
- В. Периферійна поліневропатія.
- Г. Автономна невропатія.
- Д. Транзиторні ішемічні атаки.

23. Варіантом перебігу діабетичної коми не є:

- А. Абдомінальний.
- Б. Кардіоваскулярний.
- В. Нирковий.
- Г. Легеневий.

Д. Енцефалопатичний.

24. Із якою швидкістю проводять зниження рівня глікемії при діабетичній комі?

А. 15 ммоль/л за годину.

Б. 10 ммоль/л за годину.

В. 5-10 ммоль/л за годину.

Г. 5 ммоль/л за годину.

Д. Швидкість зниження рівня глікемії не має значення.

25. У якій дозі застосовують інсулін під час виведення хворого з діабетичної коми?

А. Метод великих доз (50-100 ОД в/в і в/м).

Б. Метод середній доз (20-30 ОД через 1-2 год.).

В. Метод малих доз (0,1 ОД/кг/год).

Г. Не має значення доза інсуліну – слід добиватися якнайшвидшої нормалізації глікемії.

Д. Інсулін не застосовують.

26. Під час виведення хворого з діабетичної коми можуть виникнути усі ускладнення, окрім?

А. Гіпокалійємія.

Б. Гіпоглікемія.

В. набряк мозку.

Г. Гіперкалійємія.

Д. Алкалоз.

27. Для лікування гіпоглікемічної коми необхідно:

А. Ввести в/венно 10 ОД простого інсуліну.

Б. Ввести в/венно 50-100 мл 40% розчину глюкози.

В. Ввести в/венно 50-100 мл 20% розчину глюкози.

Г. Ввести в/венно 50-100 мл 10% розчину глюкози.

Д. Ввести в/венно 50-100 мл 5% розчину глюкози.

28. Схема лікування цукрового діабету 1 типу включає все наступне, окрім:

А. Дієта №9.

Б. Дозовані фізичні навантаження.

В. Пероральні цукрознижувальні препарати.

Г. Інсулінотерапія.

Д. Навчання хворого самоконтролю.

29. Схема лікування цукрового діабету 2 типу включає все, окрім:

А. Дієта №9, навчання хворого самоконтролю.

Б. Дозовані фізичні навантаження.

В. Цукрознижувальна терапія.

Г. Корекція інших факторів ризику (ожиріння, артеріальної гіпертензії, гіперліпідемії, гіперкоагуляційного синдрому).

Д. Антибіотикотерапія.

30. Який характер і оптимальна тривалість дозованих фізичних навантажень при цукровому діабеті для покращення глікемічного контролю?

А. Аеробні динамічні вправи протягом 60 хв/день.

Б. Статичні силові вправи протягом 60 хв/день.

В. Аеробні динамічні вправи протягом 30 хв/день.

Г. Статичні силові вправи протягом 30 хв/день.

Д. Всі відповіді неправильні.

31. Який характер і оптимальна тривалість дозованих фізичних навантажень при цукровому діабеті для зниження маси тіла?
- А. Аеробні динамічні вправи протягом 60 хв/день.
  - Б. Статичні силові вправи протягом 60 хв/день.
  - В. Аеробні динамічні вправи протягом 30 хв/день.
  - Г. Статичні силові вправи протягом 30 хв/день.
  - Д. Всі відповіді неправильні.
32. При складанні індивідуального харчового раціону хворого на цукровий діабет розрахунок добового калоражу проводять:
- А. На реальну масу тіла, залежно від рівня енерговитрат людини.
  - Б. На належну (ідеальну) масу тіла, залежно від рівня енерговитрат людини.
  - В. Незалежно від рівня енерговитрат людини.
  - Г. У кількості 2500 ккал/добу.
  - Д. Складання індивідуального харчового раціону для таких хворих неефективне.
33. Для дієтичного харчування хворого на цукровий діабет правильно все, крім:
- А. Добовий калораж розраховують на ідеальну масу тіла хворого.
  - Б. Співвідношення енергії вуглеводів:білків:жирів – 50%:20%:30%.
  - В. Обсяг споживаних вуглеводів повинен бути однаковим щодня і під час кожного вживання їжі.
  - Г. Продукти харчування неможливо взаємно замінювати на еквівалентні.
  - Д. Враховується глікемічний індекс продуктів.
34. До пероральних цукрознижувальних препаратів не належать:
- А. Бігуаніди.
  - Б. Похідні сульфанілсечовини.
  - В. Тіазолідиндіони (глітазони).
  - Г. Інгібітори дипептидилпептидази 4.
  - Д. Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту.
35. До пероральних цукрознижувальних препаратів не належать:
- А. Бігуаніди.
  - Б. Агоністи і аналоги глюкагоноподібного пептиду 1.
  - В. Блокатори рецепторів ангіотензину II.
  - Г. Інгібітори дипептидилпептидази 4.
  - Д. Несульфанілсечовинні секретогени інсуліну.
36. До бігуанідів, які використовуються в сучасній клінічній практиці належить:
- А. Піоглітазон.
  - Б. Метформін.
  - В. Буформін.
  - Г. Глімепірид.
  - Д. Саксагліптин.
37. До похідних сульфанілсечовини II покоління не належить:
- А. Хлорпропамід.
  - Б. Глібенкламід.
  - В. Гліклазид.
  - Г. Гліпізид.
  - Д. Гліквідон.

38. Яка цільова терапевтична доза метформіну для лікування хворих на цукровий діабет 2 типу:

- А. 500-1000 мг/добу.
- Б. 1000-1500 мг/добу.
- В. 1500-2000 мг/добу.
- Г. 2000-2500 мг/добу.
- Д. 2500-3000 мг/добу.

39. Який побічний ефект метформіну найчастіше обмежує його застосування у хворих на цукровий діабет 2 типу?

- А. Диспептичний синдром.
- Б. Гіпоглікемія.
- В. Анорексія.
- Г. Зниження маси тіла.
- Д. Алергія.

40. Протипоказаннями до призначення метформіну хворим на цукровий діабет є всі, крім?

- А. Цукровий діабет 1 типу.
- Б. Кето ацидоз і зловживання алкоголем.
- В. Вагітність.
- Г. Цукровий діабет 2 типу.
- Д. Супровідні захворювання, які викликають гіпоксичний синдром (ГІМ, СН, ДН).

41. Показаннями до інсулінотерапії є всі, окрім:

- А. Цукровий діабет 1 типу.
- Б. Цукровий діабет 2 типу при неефективності максимальних доз пероральних цукрознижувальних препаратів.
- В. Вагітність у хворих на цукровий діабет.
- Г. Видалення зубів у хворих на цукровий діабет.
- Д. Важкі супровідні захворювання та операційні втручання в усіх хворих на цукровий діабет.

42. Щитоподібна залоза виділяє усі перелічені гормони, окрім:

- А. Тироксин (Т4).
- Б. Трийодтиронін (Т3).
- В. Тиреотропний гормон (ТТГ).
- Г. Дийодтиронін.
- Д. Кальцитонін.

43. Клінічними ознаками тиреотоксикозу є всі, окрім:

- А. Тахікардія.
- Б. Схуднення.
- В. Тремор кінчиків пальців.
- Г. Підвищена дратівливість.
- Д. Сухість шкіри.

44. Клінічними ознаками гіпотиреозу є всі перераховані, окрім:

- А. Збільшення маси тіла.
- Б. Погіршення пам'яті, уваги.
- В. Тремор кінчиків пальців.
- Г. Брадикардія.
- Д. Сухість шкіри.

45. Патогномонічними ознаками аутоімунного тиреоїдиту (Хашимото) є всі, окрім:
- А. Мозаїчна ехо-структура щитоподібної залози.
  - Б. Дифузне збільшення щитоподібної залози.
  - В. Атрофія щитоподібної залози.
  - Г. Підвищення титру антитіл до тиреопероксидази у крові у понад 10 разів.
  - Д. Підвищення титру тиреостимулювальних антитіл у крові.
46. Класичними симптомами дифузного токсичного зобу (Базеда) є всі перераховані, крім:
- А. Зоб.
  - Б. Тахікардія.
  - В. Претибіальна мікседема.
  - Г. Екзофтальм.
  - Д. Ожиріння.
47. До препаратів, які володіють антитиреоїдною дією, не належить:
- А. Тіамазол.
  - Б. Пропранолол.
  - В. Пропілтіоурацил.
  - Г. Препарати йоду.
  - Д. Препарати літію.
48. Показаннями до хірургічного лікування хворих із тиреотоксикозом є всі наступні, крім:
- А. Великі розміри і вузлові форми зобу.
  - Б. Відсутність стійкого еутиреозу або рецидив тиреотоксикозу на фоні або після консервативного лікування.
  - В. Щойно виявлений дифузно-токсичний зоб з тиреотоксикозом.
  - Г. При загродинному розміщенні зобу або здавленні сусідніх органів.
  - Д. Хворим, яким тиреостатики протипоказані (вагітність, алергія, хвороби крові).
49. Препаратом вибору для лікування тиреотоксикозу під час вагітності є:
- А. Тіамазол.
  - Б. Пропілтіоурацил.
  - В. Літію карбонат.
  - Г. Калію йодид.
  - Д. Фенобарбітал.
50. Причинами розвитку тиреотоксичної кризи можуть бути всі наступні, окрім:
- А. Струмектомія або резекція щитоподібної залози.
  - Б. Лікування радіоїодом.
  - В. Стрес або фізичне навантаження.
  - Г. Операція на фоні некомпенсованого тиреотоксикозу.
  - Д. Тривале лікування тиреостатиками.
51. Для лікування гіпотиреозу застосовують:
- А. Тіамазол.
  - Б. Левотироксин.
  - В. Пропранолол.
  - Г. Антиструмін.
  - Д. Йодомарин.
52. Для профілактики та лікування ендемічного зобу застосовують:
- А. Калію йодид у дозі 100-200 мкг/добу.

- Б. Калію йодид у дозі 1000 мкг/добу.
- В. Калію йодид у дозі 100-200 мг/добу.
- Г. L-тироксин у дозі 100-200 мкг/добу.
- Д. D-тироксин у дозі 100-200 мкг/добу.

53. Для хвороби Іценко-Кушинга властиві наступні ознаки, крім:

- А. Диспластичне ожиріння, червоно-фіолетові смуги на тулубі, стегнах.
- Б. Артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до вуглеводів.
- В. Зростання рівня кортизолу.
- Г. Зниження рівня кортизолу.
- Д. Потемніння шкіри.

54. Для синдрому Іценко-Кушинга властиві всі наступні ознаки, окрім:

- А. Диспластичне ожиріння, червоно-фіолетові смуги на тулубі, стегнах.
- Б. Артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до вуглеводів.
- В. Зростання рівня кортизолу.
- Г. Зростання рівня АКТГ.
- Д. Зниження рівня кортизолу.

55. Для первинного гіперальдостеронізму (синдрому Конна) властиво все, окрім:

- А. Гіпокаліємія.
- Б. Артеріальна гіпертензія.
- В. набряковий синдром.
- Г. Зниження рівня реніну в крові.
- Д. Підвищення рівня реніну в крові.

56. Для купірування феохромоцитарної кризи у першу чергу застосовують:

- А. Фентоламін.
- Б. Бісопролол.
- В. Пропранолол.
- Г. Натрію нітропрусид.
- Д. Каптоприл.

57. Симптомокомплекс метаболічного синдрому включає всі наступні стани, окрім:

- А. Абдомінальне ожиріння.
- Б. Порушення вуглеводного обміну.
- В. Дисліпідемія.
- Г. Бронхообструктивний синдром.
- Д. Артеріальна гіпертензія.

58. Критеріями абдомінального ожиріння у чоловіків є:

- А. Обсяг талії  $\geq 94$  см.
- Б. Обсяг талії  $\geq 80$  см.
- В. Обсяг талії  $\geq 102$  см.
- Г. Обсяг талії  $\geq 88$  см.
- Д. Обсяг талії  $\geq 100$  см.

59. Критеріями абдомінального ожиріння у жінок є:

- А. Обсяг талії  $\geq 94$  см.
- Б. Обсяг талії  $\geq 80$  см.
- В. Обсяг талії  $\geq 102$  см.
- Г. Обсяг талії  $\geq 88$  см.

Д. Обсяг талії  $\geq 100$  см.

60. Лікування пацієнта з метаболічним синдромом повинне включати все, окрім:

А. Корекцію артеріального тиску до цільового рівня.

Б. Корекцію дисліпідемії і вуглеводного обміну до цільових значень.

В. Лікування не потрібне до початку клінічних проявів цукрового діабету та ІХС.

Г. Зниження маси тіла.

Д. Корекція способу життя і факторів ризику.

## Задачі

1. Хворий Н., 48 років, скаржиться на напади за грудинного болю з іррадіацією в ліву руку, які почастишали протягом останнього тижня, стали виникати не лише при навантаженні, а і в стані спокою, збільшилася їх тривалість до 10-15 хвилин, приймає до 15 таблеток нітрогліцерину на добу. В анамнезі перенесений два роки тому Q-інфаркт міокарда. Об'єктивно: АТ-120/80мм.рт.ст., пульс 72 уд/хв., ритмічний, на ЕКГ вогнищево-рубцеві зміни в зоні інфаркту. Який діагноз?

- A. Стабільна стенокардія.
- B. Кардіосклероз постінфарктний.
- C. Нестабільна (прогресуюча) стенокардія.
- D. Гострий не-Q-інфаркт міокарда.
- E. Гострий Q-інфаркт.

2. Хворий К., 60 років, скаржиться на напад серцебиття, задишку, стискаючий біль в ділянці серця. Рік тому переніс інфаркт міокарду. Об'єктивно: акроціаноз, тони серця ослаблені, АТ-110/70мм.рт.ст. ЕКГ: ритм правильний, ЧСС – 180 за хв., комплекс QRS деформований, ширина – 0,14с., дискордантне зміщення сегменту ST, дискордантне положення зубця Т. Який препарат слід ввести першочергово?

- A. Строфантин.
- B. АТФ.
- C. Верапаміл.
- D. Лідокаїн.
- E. Пропранолол.

3. Жінка 46 років скаржиться на стискаючий біль за грудиною, що віддає в ліву руку, під ліву лопатку, напад болю виник вперше 8 годин тому під час фізичного навантаження, не проходить після прийому нітрогліцерину. Об'єктивно: АТ- 120/80ммрт.ст., пульс 80 ударів за хвилину, ЧД – 18 на хв. На ЕКГ зміни відсутні. Який попередній діагноз слід встановити у даному випадку?

- A. Стенокардія напруги.
- B. Інфаркт міокарда.
- C. Міокардит.
- D. Перикардит.
- E. Нестабільна стенокардія.

4. Хворий М., 50 років, поступив із скаргами на інтенсивний головний біль, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима, відчуття жару та тремтіння в усьому тілі, слабкість правої руки та ноги. Об'єктивно: АТ 190/110мм.рт.ст., пульс 82 удара за хв., акцент ІІ тону над аортою. Аналіз сечі: білок 0,033 г/л, еритроцити – 4-8 в полі зору. Який патологічний стан розвинувся у хворого?

- A. Неускладнений гіпертонічний криз.
- B. Епілептиформний напад.
- C. Ускладнений гіпертонічний криз.
- D. Тіреотоксичний криз.
- E. Адисонічний криз.

5. У хворої з гіпертонічною хворобою раптово з'явився різкий біль за грудиною з іррадіацією в спину, що поширюється по хребту, виражена задуха, що різко наростає, запаморочення. Об'єктивно: блідість шкіри, пульс 104 удара за хвилину, ритмічний, асиметрія на руках, АТ 90/50мм.рт.ст., тони серця ослаблені, систолічний та діастолічний шум над аортою. В легенях везикулярне дихання, живіт м'який, не болючий. Яке захворювання можна запідозрити?

- A. Гострий перикардит.



- В. Тромбоемболія легеневої артерії.
- С. Пухлина середостіння.
- Д. Розшаровуючи аневризма аорти.
- Е. Гостра лівошлуночкова недостатність.

6. У хворі з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок раптово з'явився різкий біль у грудній клітці справа, кровохаркання, виражена задуха, запаморочення. Об'єктивно: ціаноз шиї, обличчя, пульс 116 ударів за хвилину, аритмічний, АТ 100/70мм.рт.ст., тони серця ослаблені, ЧД – 26 на хвилину. Аускультативно в легенях справа вологі дрібно пухирцеві хрипи. На ЕКГ: патологічний зубець Q в III відведенні. Який із препаратів слід призначити?

- А. Кордіамін.
- В. Строфантин.
- С. Стрептокіназа.
- Д. Нітропрусід натрію.
- Е. Пентамін.

7. У хворого 76 років зі штучним водієм ритму серця, що працює в режимі «за вимогою», виникають короточасні непритомні стани. Об'єктивно: ритмі серця правильний, 42 удари на хвилину. Що може бути причиною розвитку таких станів?

- А. Пароксизми суправентрикулярної тахікардії.
- В. Порушення внутрішлуночкової провідності.
- С. Відмова роботи кардіостимулятора.
- Д. Церебральний атеросклероз.
- Е. Пароксизми шлуночкової тахікардії.

8. Хворий 60 років, після обстеження в стаціонарі встановлений діагноз: ІХС, стенокардія напруги, ФК II, кардіосклероз атеросклеротичний, СН II А. Який з перерахованих критеріїв є найбільш достовірним в діагностиці систолічного варіанту серцевої недостатності?

- А. Задишка при навантаженнях.
- В. Набряки нижніх кінцівок увечері.
- С. Фракція викиду  $\leq 45\%$ .
- Д. Крепітація в нижніх ділянках легенів.
- Е. Збільшення печінки.

9. Хворий 32 років звернувся зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні, напади задишки по ночах, відчуття пульсації в голові, запаморочення. Об'єктивно: блідість шкіри, пульсація каротин, пульс 98 за хв., ритмічний, високий, швидкий, АТ 100/50мм.рт.ст., при аускультатії I тон над верхівкою, II тон над аортою послаблені, діастолічний шум в другому міжребер'ї справа від грудини. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Аортальна недостатність.
- В. Мітральний стеноз.
- С. Аортальний стеноз.
- Д. Дефект міжпередсердної перегородки.
- Е. Коарктація аорти.

10. Хворий 23 років, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, біль в лівому підребер'ї, підвищення температури тіла до 38-39<sup>0</sup>С. Об'єктивно: стан важкий, шкіра кольору «кави з молоком», поодинокі геморагії на руках, пульс 96 на хв., ритмічний, АТ 110/40мм.рт.ст., межі серця зміщені вліво, протодіастолічний шум у II міжребер'ї справа від грудини і в V точці. Печінка виступає на 3 см нижче правої реберної дуги, пальпується болючий край селезінки. Аналіз крові: Ер.-2,8x10<sup>12</sup>/л, Нв-96г/л, л 3,2x10<sup>9</sup>/л, ШОЕ 58 мм/год. Ваш діагноз?

- А. Системний червоний вовчак.

- В. Ревматичний ендокардит.
- С. Інфекційний ендокардит.
- Д. Гострий міокардит.
- Е. Гіпертрофічна кардіоміопатія.

11. У хворої 32 років протягом 2-х років утримується АТ 180/100 – 230/140мм.рт.ст. Лікування ніфедипіном давало частковий гіпотензивний ефект. В момент огляду АТ 230/140мм.рт.ст. Серце збільшено вліво. Вислуховується систолічний шум по обидві сторони від пупка. В сечі: білок 0,33 г/л, ер. 2-4 в п/з. Яке захворювання найбільш імовірне?

- А. Феохромоцитома.
- В. Коарктація аорти.
- С. Двостороння гіпоплазія нирок.
- Д. Стенотичне ураження ниркових артерій.
- Е. Хронічний гломерулонефрит.

12. Хвора 32р., впродовж 2 років скаржиться на задишку в спокої, нічні напади ядухи, набряки на ногах, поступове збільшення в об'ємі живота. Об'єктивно: стан важкий, акроціаноз, вологі незвучні хрипи в нижніх ділянках легень. Пульс – 90 за хв., аритмічний. Тони серця ослаблені, систолічний шум над верхівкою. АТ 90/60мм.рт.ст. ЕхоКГ: розширення всіх порожнини серця, ФВ 28%. Клапани серця не змінені. Листки перикарду не потовщені. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гострий міокардит.
- В. Гіпертрофічна кардіоміопатія.
- С. Дилатацій на кардіоміопатія.
- Д. Бронхіальна астма.
- Е. Конструктивний перикардит.

13. Хворий К., 19 років, поступив у терапевтичне відділення зі скаргами на головний біль, набряки по всьому тілові, малу кількість сечі. Вищевказані скарги виникли вперше, гостро, за 2 дні до поступлення у стаціонар на фоні переохолодження. Із анамнезу відомо, що 3 роки тому перехворів на бешихове запалення на правій гомілці. Об'єктивно: анасарка. Пульс-62 уд/хв., ритмічний, АТ 160/115 мм.рт.ст. В аналізі сечі: ВГ 1021, білок-3,7 г/л, цукор-не виявлено, лейкоцити 6-7 у п/зору, еритроцити 12-15 незмінні та 18-20 змінні у п/зору, цил.гіал. 1-2, зерн. 1-2 у п/зору.

1. Сформулюйте попередній нозологічний діагноз.
2. Призначте план дообстеження.
3. Призначте план лікування.

14. Хвора З, 26 років, відмічає появу настирного відчуття холоду у поперековій ділянці, збільшення кількості сечі, потребу до сечовипускання по 2-3 рази щоночі, підвищення температури тіла до субфебрильної впродовж останнього тижня. Із анамнезу вдалося з'ясувати, що подібні симптоми на фоні переохолодження хвора відмічає впродовж останніх 2-х років, однак до лікарів не зверталась, так як стан покращувався на фоні ліжкового режиму. Об'єктивно: шкіра та слизові бліднуваті, над легеньми – везикулярне дихання, серцева діяльність ритмічна, тахікардія, пульс-84 уд/хв., АТ 115/70 мм.рт.ст.; живіт-без особливостей; симптом Пастернацького сумнівний з обох сторін. У загальному аналізі сечі: ВГ 1016, білок-0,097 г/л, цукор-не виявлено, лейкоцити-18-20 у п/зору, еритроцити не змінні 2-4 у п/зору, бактерії+++.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте план дообстеження.
3. Призначте план лікування.

15. У хворого К., 36 років на фоні харчового отруєння з'явилися нестримна блювота та профузний пронос, різко зменшилась кількість виділеної сечі. Звернувся за допомогою у приймальне відділення інфекційної лікарні. До теперішнього часу не хворів. Шкірні покрови бліді, сухі, тургор шкіри знижений. В легенях – везикулярне дихання. Серцева діяльність ритмічна, тахікардія, тони суттєво приглушені. Пульс 106 уд/хв., ритмічний, АТ 80/40 мм.рт.ст. Спроба отримати сечу для аналізу виявилася невдалою – сеча відсутня. Яке ускладнення найвірогідніше має місце у даного хворого?

16. У хворого Б., 32 років сімейним лікарем діагностовано ГРВІ. Для лікування призначено парацетамол та амоксицилін з метою профілактики бактеріальних ускладнень. На 2-й день лікування у хворого посилилась ломота в кістках і суглобах, з'явився розлитий біль у череві, мав місце епізод олігурії, що швидко змінився поліурією, з'явилась ніктурія. Поліклінічно виконано біохімічне дослідження крові, яке виявило креатинінемію 654 мкмоль/л. За УЗД нирки нормальних розмірів, паренхіма дещо потовщена, гіперехогенна, пірамідки набряклі. Контрольний біохімічний аналіз на наступний день виявив креатинінемію 768 мкмоль/л. Який нефрологічний діагноз має місце у хворого?

17. Хворий К., 19 років, поступив у терапевтичне відділення зі скаргами на головний біль, набряки по всьому тілові, малу кількість сечі. Вищевказані скарги виникли вперше, гостро, за 2 дні до поступлення у стаціонар на фоні переохолодження. Із анамнезу відомо, що 3 роки тому переохворів на бешихове запалення на правій гомілці. Об'єктивно: анасарка. Пульс-62 уд/хв., ритмічний, АТ 160/115 мм.рт.ст. В аналізі сечі: ВГ 1021, білок-3,7 г/л, цукор-не виявлено, лейкоцити 6-7 у п/зору, еритроцити 12-15 незмінні та 18-20 змінні у п/зору, цил.гіал. 1-2, зерн. 1-2 у п/зору.

1. Сформулюйте попередній нозологічний діагноз.
2. Призначте план дообстеження.
3. Призначте план лікування.

18. Хвора З, 26 років, відмічає появу настирного відчуття холоду у поперековій ділянці, збільшення кількості сечі, потребу до сечовипускання по 2-3 рази щоночі, підвищення температури тіла до субфебрильної впродовж останнього тижня. Із анамнезу вдалося з'ясувати, що подібні симптоми на фоні переохолодження хвора відмічає впродовж останніх 2-х років, однак до лікарів не зверталась, так як стан покращувався на фоні ліжкового режиму. Об'єктивно: шкіра та слизові бліднуваті, над легенями – везикулярне дихання, серцева діяльність ритмічна, тахікардія, пульс-84 уд/хв., АТ 115/70 мм.рт.ст.; живіт-без особливостей; симптом Пастернацького сумнівний з обох сторін. У загальному аналізі сечі: ВГ 1016, білок-0,097 г/л, цукор-не виявлено, лейкоцити-18-20 у п/зору, еритроцити не змінні 2-4 у п/зору, бактерії+++.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте план дообстеження.
3. Призначте план лікування.

19. У хворого К., 36 років на фоні харчового отруєння з'явилися нестримна блювота та профузний пронос, різко зменшилась кількість виділеної сечі. Звернувся за допомогою у приймальне відділення інфекційної лікарні. До теперішнього часу не хворів. Шкірні покрови бліді, сухі, тургор шкіри знижений. В легенях – везикулярне дихання. Серцева діяльність ритмічна, тахікардія, тони суттєво приглушені. Пульс 106 уд/хв., ритмічний, АТ 80/40 мм.рт.ст. Спроба отримати сечу для аналізу виявилася невдалою – сеча відсутня. Яке ускладнення найвірогідніше має місце у даного хворого?

20. У хворого Б., 32 років сімейним лікарем діагностовано ГРВІ. Для лікування призначено парацетамол та амоксицилін з метою профілактики бактеріальних ускладнень. На 2-й день лікування у хворого посилилась ломота в кістках і суглобах, з'явився розлитий біль у череві, мав місце епізод олігурії, що швидко змінився поліурією, з'явилась ніктурія. Поліклінічно виконано біохімічне дослідження крові, яке виявило креатинінемію 654 мкмоль/л. За УЗД нирки нормальних розмірів, паренхіма дещо потовщена, гіперехогенна, пірамідки набряклі. Контрольний біохімічний аналіз на наступний день виявив креатинінемію 768 мкмоль/л. Який нефрологічний діагноз має місце у хворого?

21. Хвора А., 34 років, скаржиться на біль в надчеревній ділянці, який виникає скоро після їжі, нудоту, відрижку, нестійкий стілець. Захворювання виникло поступово, перші ознаки з'явилися 2 роки тому.

При огляді: хвора задовільного харчування, язик обкладений білим нальотом, з відбитками зубів по краях. При пальпації живота визначається розлита біль в черевній ділянці.

Результати фракційного дослідження шлункової секреції: натще взято 15 мл соку з вмістом слизі, вільна хлористоводнева кислота відсутня, загальна кислотність 20 ммоль/л; базальна секреція: часове напруження секреції 35 мл, вільна хлористоводнева кислота 0; секреція, стимульована гістаміном ( введено підшкірно 0,5 мл гістаміна): часове напруження секреції 50 мл, дебіт вільної хлористоводневої кислоти 3 ммоль/л, кількість пепсина 0,8 ммоль/л.

При фіброгастроскопії виявлені вогнища гіперемії слизової оболонки, наявність набряку і значна кількість слизу.

1. Ваш діагноз?

2. Які захворювання необхідно виключити?

3. Ваш план подальшого ведення хворого?

22. Пацієнтка П., 51 рік, направлена в гастроентерологічне відділення зі скаргами на біль в ділянці правого підребір'я, що іррадіює в ділянку лівого підребір'я та поперек, постійного характеру, ниючий; нудоту, повторне блювання без помітного покращення самопочуття. Захворіла раптово після подорожі за місто на автобусі.

В анамнезі – хронічний холецистит, з приводу чого пацієнтка приймала амбулаторне лікування, 6 місяців тому назад пацієнтка перенесла гострий панкреатит. При огляді температура 37,4°C, жовтушність склер, язик сухий обкладений сірувато-жовтим нальотом. Живіт вздутий, при пальпації симптоми подразнення очеревини відсутні, відрізки товстого кишківника безболісні, болючість в зоні Шоффара, позитивний симптом Ортнера, справа і зліва пальпується виступаючи на 4 см з-під краю реберної дуги печінка, край її ущільнений, болісність в точці Кера, симптом Курвуазьє від'ємний.

1. Ваш діагноз?

2. Які захворювання слід виключити?

3. Які методи дослідження необхідні?

23. Хвору М., 50 р., на протязі 6 років турбують болі в правому підребер'ї, що виникають переважно після вживання жирної їжі. Рік тому після обстеження, була запропонована холецистектомія, від якої хвора відмовилась. За останній тиждень болі стали щоденними ( раніше були 1-2 рази на місяць) і значно більш виражені, в зв'язку з чим хвора госпіталізована. На 3-й день перебування в лікарні з'явилися жовтушність склер і шкірних покривів, світлий кал, темна сеча. Аналіз крові: нейтрофільний лейкоцитоз ( $13,1 \times 10^9$ /л), ШОЕ 28 мм/год.

1. Ваш діагноз?

2. Які зміни можна запідозрити в ЗАС?

3. Ваша подальша тактика?

24. Хворий М., 44 роки, скаржиться на різку загальну слабкість, відчуття важкості в правому підребір'ї, схуднення, постійну нудоту, кровоточивість ясен, сонливість.

Із анамнезу відомо, що хворий з 18 років зловживає алкоголем. Вказані скарги з'явилися близько рік тому.

При огляді: стан середньої важкості, хворий зниженого харчування, шкіра суха, іктеричність склер та шкіри, на шкірі обличчя і плечового поясу «судинні зірочки». Набряків немає.

Язик помірно обкладений білим нальотом, вологий. Живіт вздутий, м'який, неболючий при пальпації. Печінка виступає на 6 см з-під краю реберної дуги, край її заокруглений, неболючий. Пальпується виступаюча на 2 см нижче лівої реберної дуги селезінка.

Пульс 64 за 1 хв., ритмічний, задовільних властивостей. АТ 105/60 мм.рт.ст. Тони серця помірно послаблені. При перкусії грудної клітки – скорочення перкуторного звуку праворуч нижче краю лопатки. Там же – ослаблене дихання.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Ваша лікувальна тактика?
4. Чи показано хворому санаторно-курортне лікування?

25. Хворий Н., 24 років поступив в клініку у плановому порядку зі скаргами на біль у животі, який виникає через 1,5-2 год. після прийому їжі, більше ввечері, а іноді і вночі, печію, кислий смак в ротовій порожнині, закрепи. Біль посилюється при прийомі гострої, солоної і кислої їжі, зменшується після прийому соди і накладання грілки. Хворіє близько року. Стан погіршився з осені.

Із анамнезу відомо, що живе в гуртожитку, батько хворіє виразковою хворобою 12-ти паллої кишки.

При огляді хворий зниженого харчування, язик не обкладений, вологий. Перкусія і поверхнева пальпація живота викликає біль в епігастрії зправа, в цій же ділянці – резистентність м'язів черевного пресу. Пульс – 60 уд/хв., ритмічний. АТ-100/80 мм.рт.ст.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які необхідно провести додаткові дослідження?
3. Які захворювання потрібно виключити?
4. Ваша лікарська тактика.

26. Хвора Б., 36 років, скаржиться на жовтушність шкіри, шкірний зуд, нудоту, біль і відчуття важкості в правому підребер'ї, після вживання жирної і смаженої їжі, підвищення температури до 38°C ввечері, кровоточивість ясен, загальну слабкість.

Захворювання починалось поступово біля 4 років назад. Лікувалась амбулаторно з приводу холецистити.

При огляді: хвора достатньої вгодованості, загальний стан задовільний, шкірні покрови і склери – іктеричні, на шкірі видно сліди розчухів, на обличчі і шиї ділянки гіперпигментація шкіри. Язик чистий, вологий. Живіт – м'який, при пальпації болючий в правому підребер'ї і в точці Керра.

Печінка виступає на 4 см. з-під краю реберної дуги, край болючий, гладкий. Селезінка не пальпується.

При біохімічному дослідженні крові виявлено: гіпербілірубінемію, гіперхолеринемію, підвищення активності лужної фосфатази, β-лімфоцитів, підвищення амінотрансфераз.

В сечі виявлено жовті пігменти (білірубін). При дуоденальному зондуванні знайдені елементи запалення в порціях жовчі В і С. При холецистографії тінь жовчного міхура малої інтенсивності.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які значення потрібно виключити?
3. Яка тактика лікаря?

27. Хворий С., 56 років, скаржиться на загальну слабкість, відсутність апетиту, постійний біль у правому підребер'ї, здуття живота, нестійкий стілець, схуднення. В останній час відмічається періодичне блювання з домішками крові, помітна жовтушність склер.

При огляді хворий зниженого харчування, іктеричність склер, шкіра суха, «судинні зірочки» на шкірі обличчя і верхніх кінцівок, знижене оволосіння обличчя та пахвових ямок. Язик малиновий зі згладженими сосочками. Живіт збільшений, пупок вип'ячується. На передній черевній стінці шкіра витончена, видно розширені венозні судини, перкуторно виявляється асцит. Нижній край печінки загострений, ущільнений, не болючий при пальпації виступає на 4 см. з-під краю реберної дуги. Селезінка виступає на 6-7 см., край її щільний. На гомілках відмічається пастозність та варикозно розширені вени.

1. Ваш діагноз?
2. Ваш план подальшого обстеження?
3. Які захворювання необхідно виключити.

28. Хвора М., 41 рік, скаржиться на рідкий стілець ( до 10-12 на добу) з домішками слизу та крові, розлитий біль в нижній частині живота, зниження маси тіла на 4 кг. на протязі останнього року. Вважає себе хворою близько року. Неодноразово обстежувалась в інфекційній лікарні, де діагнози гострих інфекційних захворювань не виставлялись.

Об'єктивно: хвора різко зниженої вгодованості, шкіра суха, язик яскраво-червоний, живіт м'який, пальпація сигмоподібної кишки, різко болюча. Печінка збільшена, виступає з-під реберної дуги на 3 см., ущільнена.

Пульс – 86 уд./хв., ритмічний, м'який. АТ-100/60 мм.рт.ст. Тони серця ослаблені. ЧД-20 уд./хв. В калі – незначна кількість рідкого вмісту з домішками крові.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які необхідно провести додаткові методи дослідження?
3. Лікувальна тактика.
4. Прогноз.

29. Хвора П., 54 роки, скаржиться на постійний ниючий біль в правому підребір'ї та епігастрії, нудоту, субфебрильну температуру, загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що 10 років тому перенесла вірусний гепатит.

Об'єктивно: хвора з нормальною масою тіла. Шкіра звичайного кольору. Живіт збільшений за рахунок асцита, при пальпації болючий в правому підребір'ї. Печінка на 6 см. виступає з-під краю реберної дуги, поверхня бугриста, край щільний, заокруглений, болючий. Селезінка пальпується на 4 см. нижче краю реберної дуги зліва. При клінічному обстеженні змін з боку дихальної системи та системи крові не виявлено.

Загальний аналіз крові: Нв-96г/л, I-3,5x10<sup>9</sup>/л, ШОЕ 40 мм/год.; біохімічний аналіз крові: лужна фосфатаза 15 од./мл, альбуміни – 32%, глобулін – 68%, тимолова проба 11од., холестерин 2,3 ммоль/л, протромбіновий індекс 60%.

При скануванні печінки виявлено збільшення печінки та селезінки, нерівномірне поглинання ізотопу печінкою.

1. Ваш діагноз (обгрунтуйте його) ?
2. Які можливі ускладнення протікання захворювання?
3. Ваш прогноз працездатності хворої?

30. Хвора П., 54 р., доставлена без свідомості у приймальне відділення. Зі слів родичів 10 років тому перехворіла на вірусний гепатит. З того часу стоїть на обліку й лікується з приводу хронічного гепатиту. Об'єктивно: свідомість відсутня, після голосного оклику не реагує. Шкірні покриви жовтушні, з рота солодкувато-гнилісний запах метилмеркаптану («печінковий»). На шкірі геморагічний висип (петехії, крововиливи), печінка зменшена, ущільнена, асцит.

1. Ваш діагноз?

2. План обстеження.
3. Невідкладна допомога.

31. Чоловік 35 р., прооперований з приводу виразкової хвороби шлунку. Дефіцит маси тіла 10 кг. Після операції рівень глюкози у цільній капілярній крові натще 6,7 ммоль/л. При повторному обстеженні – 11,1 ммоль/л (після їди).

1. Який ваш діагноз?
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Призначте лікування хворому.

32. Хвора, 52 років, має зріст 162 см, масу тіла 92 кг. Хворіє на цукровий діабет 2 типу впродовж 2 років. На дієтотерапії. Глікемія натще 12,4 ммоль/л, глюкозурія 2,5/л.

1. Який ваш діагноз?
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Призначте хворій лікування.

33. Чоловік 30 років звернувся зі скаргами на сухість в роті, спрагу, поліурію, втрату ваги, слабкість. Об'єктивно: глікемія натще - 14,6 ммоль/л, глюкозурія - 35 г/л.

1. Який ваш діагноз?
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Призначте хворому лікування.

34. Чоловік 37 р. скаржить на втрату ваги (5 - 6 кг за півроку), помірну сухість у роті, постійну спрагу, поліурію. Хворіє біля 8 міс. Об-но: температура 36.5°C, ЧДР 18 за хвилину, пульс - 76 уд/хв., АТ 130/80 мм рт.ст. шкіра та слизові помірно сухі. Глікемія натще 12 ммоль/л; глюкозурія - 20 г/л, реакція сечі на ацетон - негативна.

1. Який ваш діагноз?
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Призначте хворому лікування.

35. У жінки 25 років під час профогляду виявлено збільшення щитоподібної залози. Постійно проживає у Сколівському районі Львівської області. З боку внутрішніх органів відхилень не зафіксовано. Щитоподібна залоза дифузно збільшена до 2 ст., м'яко-еластична, гладка, не болюча. Рівень тиреоїдних гормонів у межах норм. УЗД: щитоподібна залоза збільшена за рахунок усіх відділів, ехогенність не змінена.

1. Який ваш діагноз?
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Призначте хворій лікування.

36. Хлопчик 10 років госпіталізований в лікарню зі скаргами на полідипсію, поліурію до 9 літрів за добу, слабкість, поганий апетит. Перші симптоми захворювання з'явилися через 2 тижні після перенесеного грипу. При дослідженні рівень глюкози в крові становить 4,2 ммоль/л.

1. Який ваш діагноз?
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Призначте хворому лікування.

37. Хворий Д., 22 р. Доставлений у клініку машиною швидкої допомоги у тяжкому стані. Встановлено, що хворий протягом 12 років хворіє на цукровий діабет, отримує інсулін (Актрапід НМ і Протафан НМ) в сумарній дозі 46-50 од/добу. Щорічно лікується в стаціонарі. Чотири дні тому захворів на фолікулярну ангіну. У зв'язку із погіршенням апетиту дільничний лікар порадив зменшити дозу інсуліну на 12 од для профілактики гіпоглікемічного стану. стан

хворого погіршився, посилилася спрага, з'явилися нудота і блювання. Об-но: стан хворого тяжкий, хворий при свідомості, контактний, дещо загальмований. Середньої вгодованості, маса тіла 65 кг. Шкіра суха, гіпотонія м'язів. Запах ацетону з рота, дихання шумне. АТ – 95/60 мм рт.ст., ЧСС – 112 за хв, малого наповнення. Тони серця послаблені. Над легеньми послаблене везикулярне дихання. Живіт м'який, болючий при пальпації в епігастральній ділянці. нижній край печінки виступає на 4 см з-під реберної дуги. Набряків немає.

1. Поставте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Вкажіть, чи правильною була тактика дільничного лікаря.
3. Визначте, які додаткові дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу.
4. Вкажіть, який дієтичний стіл необхідно призначити хворому.
5. Вкажіть, який інсулін необхідно призначити хворому, його доза, шлях введення.

38. Хворий К., 30 років. Поступив у лікарню без свідомості. Хворіє на цукровий діабет протягом 5 років. Отримує інсулін Протафан НМ 26 од вранці та 14 од ввечері. О 13 год. на роботі втратив свідомість. При огляді лікарями швидкої допомоги шкіра волога, тонус м'язів підвищений. Зіниці розширені. Дихання рівне. Пульс – 90 за хв., ритмічний, звичайних властивостей. АТ – 125/75 мм рт.ст. Сухожилкові рефлексії підвищені. Симптом Бабінського позитивний.

1. Поставте діагноз.
2. Вкажіть, які необхідно провести дослідження для встановлення заключного діагнозу.
3. Призначте хворому лікування.

39. Хвора 50 років доставлена в хірургічне відділення з підозрами на флегмону обох плечей. Захворіла гостро 5 днів тому назад, коли з'явилась різка слабкість, біль в суглобах, з'явилась т тіла до 39,6<sup>0</sup>С. лікар швидкої допомоги поставив діагноз: грип. Через 2 дні в області нижньої третини лівого плеча виникло пухлино подібне утворення синюшного кольору. В наступному через 2 дні подібні утворення виникли в нижній третині правого плеча і правого стгна. Залишилась висока t (38-39<sup>0</sup>С) в зв'язку з чим хвора госпіталізована.

Із перенесених раніше захворювань відмічає дитячі інфекції, хворобу Боткіна, грип. Хвора працює бухгалтером. Алергологічний анамнез без особливостей. Стан при поступленні важкий, t 40,2<sup>0</sup>С. На шкірі лица, тулуба, кінцівок – множинні крововиливи. При пальпації в області крововиливів відмічається потовщення. В області внутрішньої поверхні обох плечей також крововиливи – інфільтрати розміром 10-15 см. Дрібноточечні крововиливи на слизовій піднебіння, щік, язика. Суглоби не змінені. Кістки при пальпації безболючі. Периферичні лімфовузли не збільшені. В легеньх дрібно пухирчасті хрипи в нижніх відділах обох легень. Кількість дихання 26/хв. Тони серця приглушені. ЧСС 122/хв. АТ 120/70мм.рт.ст. Язик сухий при пальпації, не болючий.

Печінка та селезінка не збільшені. Черговим терапевтом виказано припущення, що у хворої вузлова еритема. Призначено лікування пеніциліном. Через 2 дні стан хворої погіршився. З'явилась тошнота, рвота, рідкий стіл. Свідомість спутана. Температура 41<sup>0</sup>С.

Аналіз крові: Ер. 2,2Т/л, Нb-90 г/л, Л 28г/л, Тр. 88г/л, практично всі 100% складають бластні клітини крові. ШОЕ-54мм/год.

В сечі: білок 0,99%, Л-10-18 в полі зору. Еритроцити не змінені – 5-8 в полі зору. Біохімічний аналіз крові: сечовина 9,8; цукор крові 5,2 мм/л, білірубін заг. 10 мм/л.

- А. Чи правильно встановлений діагноз черговим хірургом і терапевтом? Якщо неправильно, то чому?
- В. Перерахуйте захворювання про які можна подумати при поступленні хворої.
- С. Сформулюйте діагноз.
- Д. Яке лікування показано хворій?
- Е. Назвіть причини анемії у даної хворої.
- Ф. Назвіть причини геморагічного синдрому.



40. Чоловік 64 років скаржиться на кашель із слизовою мокротою і прожилками крові, задуху, субфебрилітет, загальну слабкість. Хворіє 3 місяці. Курить з дитинства. Об'єктивно:  $t=37,4^{\circ}\text{C}$ , ЧД 26/хв., пульс 82/хв., ритмічний, АТ 130/85 мм.рт.ст. Права половина грудної порожнини відстає в акті дихання, там же визначається притуплення перкуторного звуку і різке послаблення дихання. Рентгенологічне дослідження: гомогенне затемнення легеневого поля справа із зміщенням середостіння в хвору сторону. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Екссудативний плеврит.
- B. Центральний рак легень.
- C. Плевропневмонія.
- D. Туберкульоз легень.
- E. Бронхоектатична хвороба.

41. У хворого 20 років на протязі останніх 2 місяців відмічаються слабкість, носові кровотечі, шкірні геморагії, субфебрильна температура, болі в епігастрії. Лімфатичні вузли, печінка, селезінка не збільшені. Хворий госпіталізований у хірургічне відділення з підозрою на шлунково-кишкову кровотечу, де після обстеження виявлено: Нв 50г/л, еритроцитів  $1,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , кольоровий показник 1,0, лейкоцитів  $1,8 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерних 1%, сегментоядерних 38%, еозинофілів 1%, моноцитів 5%, тромбоцитів  $30 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ 60 мм/год.

Завдання:

- A. Оцініть тривалість лікарської тактики.
- B. Встановіть діагноз та дані, які його підтверджують?

42. Дівчина 20 років, захворіла гостро, два дні тому, після переохолодження. Скаржиться на кашель з «іржавим» харкотинням, біль у м'язах, суглобах, виражену загальну слабкість, задишку при навантаженні. Об'єктивно: гіперемія обличчя, підвищення температури тіла до  $38,9^{\circ}\text{C}$ , ЧД 34/хв. над легеньми: при перкусії – тупий перкуторний звук нижче від кута лопатки ліворуч, аускультативно – дихання бронхіальне. Тони серця ритмічні, чисті, тахікардія. АТ 100/70мм.рт.ст. Аналіз крові: Л  $16,8 \times 10^9/\text{л}$ , ШЗЕ-41 мм/год. Рентгенографія легень: гомогенне інтенсивне затемнення нижньої частки лівої легені. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- A. Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії.
- B. Гострий бронхіт.
- C. Туберкульоз легені.
- D. Пневмонія.
- E. Екссудативний плеврит.

43. Під час епідемії грипу у хворого Г., 59 років, після зниження температури з'явився головний біль в грудній клітці, кашель з жовто-зеленим харкотинням 100 мл на добу, інколи з домішками крові. Об'єктивно: ЧД-36/хв.. над легеньми справа під лопаткою притуплення перкуторного звуку, жорстке дихання, середньо- і великопухирцеві хрипи. В крові: лейкоц.  $18,6 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ 64 мм/год. Аналіз харкотиння: лейкоц. 80-100 в п/з, ер. 40-50 в п/з, еластичні волокна, коки. Рентгенологічно: корені розширені, справа нижня частка неоднорідно затемнена з двома ділянками просвітлення. Який найімовірніший діагноз?

- A. Інфільтративний туберкульоз легенів в фазі розпаду.
- B. Екссудативний плеврит.
- C. Правобічна часткова пневмонія з абсцедуванням.
- D. Периферичний рак нижньої частки правої легені.
- E. Інфаркт міокарда.

44. Хвора 36 років скаржиться на задишку, відчуття стискання в правій половині грудної клітки, підвищення температури до  $38,7^{\circ}\text{C}$ , кашель з виділенням невеликої кількості слизово-гнійного харкотиння. Хворіє понад тиждень. Скарги пов'язує з переохолодженням. При огляді: легкий акроціаноз губ, пульс ритмічний, 90/хв., АТ 140/85мм.рт.ст. Права половина грудної

клітки відстає в акті дихання. Перкусія – справа нижче кута лопатки прослуховується тупість з межею до верху. В цій ділянці дихання різко ослаблене, відсутнє. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Правобічна нижньочасткова плевропневмонія.
- B. Правобічний ексудативний плеврит.
- C. Ателектаз правої легені.
- D. Правобічна вогнищева пневмонія.
- E. Абсцес правої легені.

45. Хвора У., 19 років. Через місяць після перебування у спортивно – оздоровчому таборі у криму (липень-серпень місяць) появилась загальна слабкість, періодичне підвищення температури до 38°C-39,5°C, алергії, а за три дні до поступлення у стаціонар – гіперемія шкіри спинки носа і щік.

Об'єктивно: симптом «метелика», на слизовій оболонці порожнини рота мають місце еритематозні ділянки. Пульс 96 ударів за хвилину. АТ 135/80мм.рт.ст. Тони серця ослаблені.

- A. Який найбільш імовірний діагноз у хворої?
- B. Який з додаткових методів дообстеження дозволить найдостовірніше підтвердити діагноз?

46. Хвора М., 20 років, захворіла після переохолодження. Підвищилась температура тіла до 39°C, появились болі і припухлість у колінних, гомілково-костопухових і ліктьових суглобах, збільшились підщелепові лімфовузли.

Об'єктивно: на щоках яскравий румянець, підщелепові лімфовузли збільшені, помірно болючі і ущільнені. Колінні, гомілково-костопухові і ліктьові суглоби припухли, шкіра над ними гаряча, рухи в них обмежені і болючі. В області плечевих суглобів незначна кількість петехіальних висипань. Пульс 118 ударів за хвилину. АТ 90/40мм.рт.ст. Тони серця ослаблені. В нижніх відділах легень ослаблене дихання. Печінка на 2см нижче правої реберної дуги, чутлива.

Аналіз крові: Ер. 2,8 г/л, Нв 120 г/л, Лейк. 3,2 г/л, тромбоц. 90 г/л, тривалість кровотечі 21хв., гамма-глобуліни 28,5%, фібриноген 5,5 г/л. Аналіз сечі: білок 5 г/л, л. 6-8 в полі зору, ер. 20-25 в полі зору, гіалінові циліндри 3-5 в полі зору.

- A. Ваш попередній аналіз?
- B. Які необхідні додаткову обстеження?

47. Хвора З., 30 років, скаржиться на загальну слабкість, біль у великих суглобах, ниючу біль в області серця, шкірний набряк шкіри передпліч і зап'ясть, зябкість в кінчиках пальців рук.

Хворіє 3 місяці. Спочатку появилась загальна слабкість, потім оніміння кінців пальчиків рук, щільні набряки кистей, позноблювання, періодично – субфебрилітет.

Об'єктивно: пониженої вгдованності, шкіра смугла, ущільнена. Пульс 96 ударів за хвилину, ритмічний. АТ 90/60мм.рт.ст. Тони серця ослаблені, систолічний шум над верхівкою серця, акцент II тону над легеневою артерією. Над підлопаточними зонами з обох боків свистячі сухі хрипи. Печінка по краю реберної дуги, безболюча.

- A. Ваш діагноз?
- B. Які обстеження проведете для уточнення діагнозу?

48. Хвора У., 29 років, скаржиться на задишку, болі в області серця, затруднене ковтання щільної і сухої шкіри, періодичне підвищення температури.

З 24 річного віку стоїть на диспансерному обліку у зв'язку з ревматизмом. Останні три роки проходить круглорічну профілактику біциліном - 5. Недивлячись на це, останні 6-8 місяців появилось періодичне безпричинне підвищення температури, посилилась загальна слабкість, стало важче проковтувати грубу суху їжу (хліб, печиво, сухарі, макаронні вироби і т.д.) у зв'язку з чим госпіталізована.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, погано беруться у складку, лице амімічне, м'язи атрофовані, складчатість шкіри навколо рота. Відкрити рот в повному об'ємі хвора не може. Пульс 108 за хвилину, ритмічний. АТ 120/80мм.рт.ст. Границі серця розширені вліво і ввверх, І тон ослаблений, акцент ІІ тону над легеневою артерією. Систолічний шум над верхівкою серця. В підлопаточних областях – ослаблене дихання.

При рентгенологічному обстеженні встановлено підвищення прозорості легеневих полів, посилення легеневого малюнку. Серце розширене вліво і ввверх, пульсація ритмічна.

Стравохід розширений, пасаж сповільнений. Відмічається закидування шлункового вмісту у стравохід.

Хворій встановлено діагноз: ревматизм а/ф, ендоміокардит, недостатність мітрального клапану, міокардитичний кардіосклероз, ХНК- ІІ А ст. Пневмонія, емфізема легень. Езофагіт. Завдання:

А. Чи вважаєте діагноз правильним?

В. Якщо ваш діагноз не співпадає з рекомендованим, обґрунтуйте свої міркування.

49. У ревматологічне відділення лікарні поступила хвора С., 24 роки, із скаргами на поліартралгії, лихоманку до 37,8°C, сухий кашель, еритематозні висипки на шкірі чола, обличчя. Із анамнезу відомо, що на протязі останніх

4-х років лікується з приводу СЧВ, приймає постійно Делагіл, Медрол 8мг на добу, періодично – Моваліс. Погіршення стану пов'язує з переохолодженням. Хворій було призначено стандартне лікування – Медрол 32 мг на добу, Делагіл - 0,25 мг на ніч, Моваліс -15 мг. На фоні лікування на третій день стан погіршився – посилились явища поліартриту, лихоманка до 39,5°C, задишка, яскраві еритематичні висипки на шкірі бокових поверхонь шиї, «метелик», порушення зору, різка загальна слабкість.

Лабораторно: ШОЕ – 62мм/год.,  $\gamma$ -глобуліни 32%, ЦК – 120 од., виявлені LE-клітини.

А. Чим викликано погіршення стану у хворої?

В. Яка повинна бути тактика подальшого лікування?

50. У дитини 13 років, яка знаходилася в клініці з приводу бронхіальної астми різко погіршився стан, з'явилися ціаноз, задишка, тахікардія, набряки на гомілках. При огляді нижні межі легень максимально опущені, екскурсія незначна, хрипи не вислуховуються. Тони серця приглушені, пульс слабого наповнення, ЧСС-120 на 1 хв, АТ 80/50 мм.рт.ст., печінка +1,5 см. Яке ускладнення розвинулося у хворій дитини?

А. Астматичний статус ІІ стадія

В. Астматичний статус І стадія

С. Астматичний статус ІІІ стадія

Д. Гостра серцева недостатність

Е. Спонтанний пневмоторакс

51. В приймальне відділення лікарні швидкої медичної допомоги привезли хвору С., 44 роки, у якої симптоми астми обтяжують фізичну активність, є постійними і тривалими як в денний так і нічний час. ОФВ1-50-60% від належних величин, відхилення менше 30%. Який ступінь важкості перебігу захворювання?

А. Важка персистуюча бронхіальна астма

В. Персистуюча бронхіальна астма середнього ступеня важкості

С. Інтермітуюча бронхіальна астма

Д. Легка персистуюча бронхіальна астма

Е. Астматичний статус

52. Чоловік 32 років скаржиться на напад ядухи, який триває 48 годин, кашель з утрудненим відходженням харкотиння. Хворіє на бронхіальну астму 5 років, лікувався безконтрольно, приймав глюкокортикостероїди, користувався інгаляторами. Об'єктивно: стан важкий,

положення напівсидяче. Дифузний ціаноз, Ps -110/хв., АТ 110/70 мм.рт.ст. Тони серця ослаблені, акцент ІІ тону над легеневою артерією. Перкуторнокоробковий звук, маса сухих свистячих хрипів. В крові: еозинофілія- 18%. Які препарати є препаратами вибору для хворого?

- А. Кортикостероїди
- В. Теофіліни
- С. Бета- 2 адреноміметики
- Д. Холінолітики
- Е. Антигістамінні.

53. Хворий 50 років, фотограф, поступив зі скаргами на збільшення лімфовузлів, яке почав відмічати на протязі останнього місяця

Об'єктивно: шкірні покриви звичайного кольору, пальпуються збільшені шийні і підчелюсні лімфовузли величиною з квасоллю та лісних горіх, не болючі, тістувато-еластичної консистенції, не спаяні між собою і оточуючими тканинами, зі сторони органів грудної клітини без особливостей. Печінка не збільшена. Чітко палькується нижній полюс селезінки (довжина 16см).

Аналіз крові: гемоглобін 120 г/л, еритроцити 4,0 Т/л, КП 1,0, лейкоцитоз 51 г/л, е – 2%, П-3%, с-6%, мон.- 4%, лімфоцитів – 83%, про лімфоцитів – 2%, тромбоцитів 21Г/л, ШОЕ 28 мм/год. Тіні Боткіна-Гумпрехта у великій кількості.

Розпочато курс хіміотерапії за схемою COP, однак стан хворого погіршився, з'явився п'ятнисто-петехіальні висипи на нижніх кінцівках та тулубі.

- А. Який діагноз?
- В. Яка помилка лікаря, який розпочав лікування?
- С. Яка тактика подальшої терапії?

54. У хлопчика, який страждає бронхіальною астмою, напади задухи почали спостерігатися декілька разів на день. Під час останнього приступу інгаляція астмопента ефекту не дала. Інтенсивна терапія нападу не купувала. Дитина переведена в реанімаційне відділення з діагнозом астматичний статус ІІ стадії. Що виявилось ведучим механізмом розвитку цього стану у дитини.

- А. Повна рефрактерність (блокада) бета 2 адренорецепторів
- В. Посилена секреція тучними клітинами біологічно активних речовин
- С. набряк слизової оболонки бронхів
- Д. Запалення слизової оболонки бронхів
- Е. Спазм гладких м'язів бронхів

55. Хвора Л., 42 роки, поступила з скаргами на слабкість, пітливість, підвищення температури. Рік назад з'явилися слабкість, пітливість, підвищена втомлюваність і були виявлені зміни в крові. По словам хворої лейкоцити крові тоді були  $2,4 \cdot 10^9$  /л.

Проводилось лікування 6-меркаптопурином. Півроку тому при аналізі крові: ер.-  $4,0 \cdot 10^{12}$  /л, Нв – 120 г/л, КП – 0,9, тромбоцити – 200 Г/л., лейкоцити –  $3,4 \cdot 10^9$  Г/л, е – 1 %, баз. – 4%, мієлоцити – 5%, паличко ядерні – 20%, с. – 40%, лімфоцити – 13%, моноцити – 1%, баластні клітини – 7%, ШОЕ -29 мм/год. Селезінка до 6 см., нижче краю реберної дуги.

Аналіз крові: ер. – 3,0 т/л, Нв – 110 г/л, кП – 1.1, тромбоцити 107 г/л, Л – 29 Г/л, е. – 9%, Мієлоцити – 10%, с-16%, лімфоцити 22%, бласти 53%, ШОЕ – 30 мм/год.

- А. Питання:
- В. Поставте діагноз
- С. Яке лікування показано хворій на даний час?
- Д. Чи можна знову хворій призначити тільки мієлосан?
- Е. Яку мету прислідували при проведенні хворій спленектомії та чи правильна вона?

56. Хворий М., 44 роки, скаржиться на різку загальну слабкість, відчуття важкості в правому підребір'ї, схуднення, постійну нудоту, кровоточивість ясен, сонливість.

Із анамнезу відомо, що хворий з 18 років зловживає алкоголем. Вказані скарги з'явилися близько рік тому.

При огляді: стан середньої важкості, хворий зниженого харчування, шкіра суха, іктеричність склер та шкіри, на шкірі обличчя і плечового поясу «судинні зірочки». набряків немає.

Язик помірно обкладений білим нальотом, вологий. Живіт вздутий, м'який, неболючий при пальпації. Печінка виступає на 6 см з-під краю реберної дуги, край її заокруглений, неболючий. Пальпується виступаюча на 2 см нижче лівої реберної дуги селезінка.

Пульс 64 за 1 хв., ритмічний, задовільних властивостей. АТ 105/60 мм.рт.ст. Тони серця помірно послаблені. При перкусії грудної клітки – скорочення перкуторного звуку праворуч нижче краю лопатки. Там же – ослаблене дихання.

- A. Ваш попередній діагноз?
- B. Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?
- C. Ваша лікувальна тактика?
- D. Чи показано хворому санаторно-курортне лікування?